



DIR.GEN./ DIR. STAFF (*)		U.O.D. / Staff
DG	04	00

Regione Campania

GIUNTA REGIONALE

SEDUTA DEL **04/08/2021**

PROCESSO VERBALE

Oggetto :

Definizione dei limiti di spesa assegnati agli erogatori privati di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2021 e, in via provvisoria, per l'esercizio 2022, e autorizzazione alle ASL per la stipula di contratti integrativi per l'esercizio 2021 ai sensi dell'art. 26, commi 2 e 3, del decreto legge 25 maggio 2021 n.73, convertito con modifiche dalla legge 23 luglio 2021 n. 106.

1)	Presidente	Vincenzo	DE LUCA	PRESIDENTE
2)	Vice Presidente	Fulvio	BONAVITACOLA	
3)	Assessore	Nicola	CAPUTO	
4)	”	Felice	CASUCCI	ASSENTE
5)	”	Ettore	CINQUE	
6)	”	Bruno	DISCEPOLO	
7)	”	Valeria	FASCIONE	
8)	”	Armida	FILIPPELLI	
9)	”	Lucia	FORTINI	
10)	”	Antonio	MARCHIELLO	
11)	”	Mario	MORCONE	
	Segretario	Mauro	FERRARA	

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione Generale e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Direttore a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO

- a. che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- b. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
- c. che l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: *"Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale"*;
- d. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della legge n. 191/09;
- e. che in data 10 luglio 2017 il Consiglio dei Ministri ha deliberato la nomina del Presidente della Giunta Regionale a Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario;
- f. che a seguito della delibera del Consiglio dei Ministri del 5 dicembre 2019 e della verifica positiva degli adempimenti ivi previsti, intervenuta nella riunione congiunta del 24 gennaio 2020 del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, è cessato il mandato commissariale conferito con la sopra citata deliberazione del Consiglio dei Ministri il 10 luglio 2017, e la Regione Campania è rientrata nell'esercizio delle funzioni precedentemente ricomprese nel mandato commissariale, nel rispetto della cornice normativa vigente in materia sanitaria e in materia di Piani di rientro dai deficit sanitari;

DATO ATTO

- a. che il decreto del Commissario ad acta n. 10 del 17 gennaio 2020, tra l'altro, ha stabilito i volumi massimi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa, assegnati agli erogatori privati di prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2019 e, in via provvisoria, per l'esercizio 2020, approvando i relativi schemi contrattuali da sottoscrivere tra le ASL e le strutture private accreditate, rispettivamente, per l'esercizio 2019 e per l'esercizio 2020;
- b. che la delibera della Giunta regionale n. 450 del 3 agosto 2020 ha stabilito in via definitiva i volumi massimi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa, assegnati agli erogatori privati di prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2020, disponendo che le ASL e gli erogatori privati avrebbero utilizzato gli schemi contrattuali approvati dal DCA n. 10/2020 per formulare e sottoscrivere le conseguenti modifiche dei contratti per l'esercizio 2020;
- c. che la delibera della Giunta regionale n. 621 del 29 dicembre 2020, nel definire i limiti di spesa assegnati agli erogatori privati di prestazioni di assistenza ospedaliera per l'esercizio 2020 e, in via provvisoria, per l'esercizio 2021, ha aggiornato il quadro della programmazione 2020 e 2021 della spesa soggetta alla cd. *Spending Review* (acquisto di prestazioni sanitarie ospedaliere e di specialistica ambulatoriale dalle strutture private accreditate), utilizzando il maggiore margine (ca. 2%) di flessibilità in più, rispetto al limite complessivo previgente, consentito a decorrere dall'esercizio 2020 dalla modifica dell'art. 15, comma 14, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, introdotta dall'art. 45, comma 1-ter, del decreto legge 24 ottobre 2019, n. 124, convertito con modificazioni dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157; ed ha disposto che, in via provvisoria:
 1. *"per l'esercizio 2021 ... i limiti di spesa delle case di cura sono ridotti nella misura dell'1% in meno rispetto al totale limite di spesa 2020; la riduzione, pari ad euro 6.950.000, è accantonata per assicurare uno spazio di manovra per eventuali modifiche / sopravvenienze e, possibilmente entro il 30 giugno 2021, si procederà con successivo provvedimento ad assegnare alle case di cura l'importo accantonato"*;
 2. *"parimenti, nella programmazione 2021 viene effettuata una generale riduzione dell'1% dei tetti di*

spesa assegnati per il 2020 dalla DGRC n. 450 del 03.08.2020 ai centri privati accreditati erogatori di assistenza specialistica ambulatoriale, ad eccezione della branca della dialisi ambulatoriale, per la quale si stima un incremento di almeno l'1,5%";

d. che, pertanto, con la presente delibera si provvede a determinare in via definitiva la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, assegnati agli erogatori privati di prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2021, stabilendo anche, in via provvisoria le variazioni percentuali dei limiti di spesa 2022, rispetto a quelli definitivi del 2021; e si rinvia a successivo provvedimento, in corso di istruttoria, ogni determinazione in merito alla fissazione definitiva dei limiti di spesa 2021 delle strutture ospedaliere private accreditate;

CONSIDERATO

a. che, come negli anni scorsi, anche per l'esercizio 2021 l'istruttoria della programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, assegnati agli erogatori privati di prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale si è basata sul criterio della spesa storica, integrato per le diverse branche con la considerazione di specifiche situazioni e fabbisogni, declinato nel rispetto dei limiti tassativi imposti dalla cd. "*Spending Review*", ovvero, dalle disposizioni recate dall'art. 15, comma 14, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e s.m.i.;

b. che, in merito alla legittimità di tali criteri, la giurisprudenza amministrativa si è espressa positivamente, anche nelle sedi più autorevoli: è sufficiente, in proposito, richiamare le sentenze del Consiglio di Stato – Sezione Terza, n. 3247/2013, 203/2018 e 3796/2018; quest'ultima sentenza così recita: *"... in ordine alla ragionevolezza di un sistema programmatico basato sul riferimento alla produzione dell'anno precedente, questa Sezione si è espressa anche recentemente (16/01/2018, n. 203) richiamando in termini altro precedente della Sezione (sentenza n. 3247 del 12 giugno 2013) in cui è affermato che "l'esigenza di determinare i tetti di spesa e, quindi, delle prestazioni erogabili con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale costituisce per l'Amministrazione sanitaria un'esigenza prioritaria ed ineludibile, ed è quindi inevitabile che, nella concreta determinazione delle somme spettanti alle diverse branche e poi alle diverse aziende, si faccia riferimento, in assenza di più precisi studi sull'evoluzione delle necessità assistenziali e della relativa spesa, alla spesa storica costituita dalle prestazioni erogate negli anni e nei mesi immediatamente precedenti a quello di riferimento, con la possibile applicazione sugli importi così determinati anche di tagli percentuali e di meccanismi di regressione tariffaria" ... Ne consegue, secondo la citata sentenza n. 203/2018, che siffatto modus procedendi assolve in sé anche gli oneri istruttori, in quanto "il volume di spesa raggiunto nell'anno immediatamente precedente" è "susceptibile di costituire una adeguata base di riferimento per la determinazione del fabbisogno per l'anno successivo";*

c. che si è ritenuto, comunque, opportuno elaborare una analisi aggiornata del fabbisogno di prestazioni dei diversi settori dell'assistenza specialistica ambulatoriale, evidenziando anche le approfondite analisi del fabbisogno di determinate tipologie di prestazioni, già approvate dalla Regione negli anni più recenti, che si espone nell'allegato documento "*IL FABBISOGNO REGIONALE DI PRESTAZIONI SANITARIE - Assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera - Anni 2020-2022*";

d. che tale documento costituisce, quindi, l'aggiornamento della cornice entro cui si iscrive la programmazione regionale della domanda e dell'offerta di prestazioni sanitarie, nel rispetto del limite inderogabile dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario pubblico (come recentemente sottolineato dal TAR di Salerno – Sezione II nella sentenza n. 1096/2021, richiamando il nuovo primo comma all'art. 97 della Costituzione, come riformulato dalla legge costituzionale 20 aprile 2012, n. 1) e dei sopra richiamati vincoli di legge, che si applicano specificamente all'acquisto, da parte del SSR pubblico, delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie private accreditate;

CONSIDERATO

a. che, rispetto alla programmazione provvisoria per l'esercizio 2021, operata dalla delibera della Giunta regionale n. 621 del 29 dicembre 2020, con la presente delibera è possibile incrementare di circa euro 6 milioni i tetti di spesa della specialistica ambulatoriale, come si espone nell'allegato n. 1 alla presente delibera, che fornisce il quadro programmatico aggiornato delle prestazioni acquistate dalle strutture sanitarie private soggette alla *Spending Review*, fermo restando l'accantonamento di euro 6.950.000 per il quale, come sopra richiamato, la DGRC n. 621/2020 ha previsto che nel corso del 2021 *"si procederà con successivo provvedimento ad assegnare alle case di cura l'importo accantonato"*;

b. che le modifiche, rispetto ai limiti di spesa provvisori 2021, sono finalizzate, innanzitutto, a garantire le prestazioni di dialisi e di radioterapia, con i seguenti criteri:

1. per la dialisi ambulatoriale si fissano i volumi di prestazioni ed i limiti spesa 2021 nella misura del 1,5% in più, rispetto al consuntivo 2020, come si espone nell'allegato n. 2 alla presente delibera

(confermando, sostanzialmente, l'incremento complessivo del tetto di spesa di questa branca, già previsto per l'esercizio 2021 dalla DGRC n. 621/2020); nella stessa tabella si espongono anche i volumi massimi ed i limiti di spesa provvisori 2022, applicando un ulteriore incremento del 1,5%;

2. per la branca della radioterapia, considerato lo sfioramento di circa euro 2,9 milioni del consuntivo 2020, rispetto al tetto 2020 fissato dalla DGRC n. 450/2020, si è ritenuto necessario incrementare di tale importo i limiti di spesa 2021, aggiungendo un ulteriore incremento prudenziale nella misura del 3%, (circa euro 1,4 milioni), rispetto al dato consuntivo 2020; in tal modo il budget 2021 della radioterapia aumenta, rispetto al budget provvisorio 2021, di complessivi (2,9 + 1,4 =) euro 4,3 milioni;

c. che per le altre branche è stato confermato il limite di spesa provvisorio 2021, con le seguenti eccezioni, che tengono di situazioni particolari, verificate a livello di singole ASL:

1. per la diabetologia, a seguito del recente accreditamento nell'ambito della ASL Napoli 2 Nord di diversi centri privati, si attribuisce per l'esercizio 2021 un budget di euro 1.861.000 (spesa netta) per circa 200 mila prestazioni, in conformità al fabbisogno comunicato dal Direttore Generale della ASL Napoli 2 Nord con nota prot. n. 0021611/u del 28.05.2021;

2. per la medicina nucleare, si aggiorna, poi, il budget provvisorio 2021 delle seguenti ASL:

a) per l'ASL di Avellino si accoglie la richiesta di cui alla nota del Direttore Generale della ASL, prot. n. 0026094 del 06.07.2021, di incrementare il limite di spesa a circa euro 574 mila, considerato il fabbisogno di prestazioni di PET-TAC sul territorio;

b) per l'ASL Napoli 2 Nord si provvede ad incrementare il limite di spesa di circa euro 762 mila, per tenere conto dell'accreditamento, disposto in data 01.07.2021, di un ulteriore centro privato, limitatamente alle prestazioni di PET/TC 92.11.6, 92.11.7 e 92.18.6, necessarie per i pazienti oncologici;

c) per l'ASL Napoli 3 Sud, si dispone per il 2021 la riduzione del budget a circa l'80% del tetto provvisorio, atteso che le proiezioni del consumo del tetto di spesa provvisorio 2021, fornite dalla ASL sulla base del consuntivo del I semestre 2021, confermano per il secondo anno consecutivo una produzione inferiore ai 2/3 del tetto di spesa (ferma restando la possibilità di ripristinare il budget preesistente nel prossimo anno, qualora l'ASL dovesse attestare un significativo incremento del fabbisogno);

d. che, pertanto, per l'esercizio 2021 i volumi massimi ed i correlati limiti di spesa lorda e netta delle branche di Diabetologia, Branche a Visita, Cardiologia, Laboratorio di Analisi, Medicina Nucleare, Radiodiagnostica e Radioterapia, sono aggiornati secondo quanto esposto negli allegati n. 3, 4 e 5 alla presente delibera; mentre i volumi massimi ed i correlati limiti di spesa lorda e netta della branca di Medicina Fisica e Riabilitazione (cd. FKT) sono aggiornati (rispetto all'analogo prospetto approvato dalla DGRC n. 450/2020) come si espone nella tabella seguente:

Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT)	Volumi e limiti di spesa 2021		
	Limite di spesa a tariffa	Limite di spesa netta (*)	per n° prestazioni
ASL Avellino	1.768.973	1.621.125	84.869
ASL Benevento	1.581.324	1.423.521	78.249
ASL Caserta	5.218.432	4.805.064	262.260
ASL Napoli 1 Centro	6.966.840	6.524.298	347.074
ASL Napoli 2 Nord	9.204.807	8.633.592	465.661
ASL Napoli 3 Sud	8.787.586	8.213.139	444.691
ASL Salerno	5.397.823	4.825.755	275.347
TOTALE	38.925.785	36.046.494	1.958.151

(*) Importi in euro al netto del ticket e della quota ricetta

PRECISATO

a. che, 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, anche per il biennio 2021 e 2022, in considerazione della specificità della branca della dialisi ambulatoriale, 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.);

b. che anche per la branca di radioterapia, in considerazione della specificità di tali prestazioni, si confermano 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”*;

c. che, al fine di fornire a tutti gli erogatori pubblici e privati una prima indicazione, è opportuno stabilire, ancorché in via provvisoria, la variazione dei limiti di spesa netta ad oggi programmabile per l'esercizio 2022, come si espone nell'ultima colonna dell'allegato n. 1: oltre al già accennato incremento del 1,5% per la dialisi ambulatoriale, va previsto un incremento ulteriore del 3% per la radioterapia e, per assicurare l'invarianza della programmazione complessiva, una corrispondente riduzione dello 0,8% dei limiti di spesa delle altre branche;

CONSIDERATO

a. che il decreto legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, all'art. 29 rubricato *“Disposizioni urgenti in materia di liste di attesa”*, ha stabilito, al comma 1, che *“Al fine di corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2, e, contestualmente allo scopo di ridurre le liste di attesa ... a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto e sino al 31 dicembre 2020, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono avvalersi degli strumenti straordinari di cui al presente articolo, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa del personale”*, specificamente previsti nei commi 2 e 3 del medesimo art. 29 del citato DL n. 104/2020;

b. che, per le finalità previste dal comma 1, il successivo comma 8 dell'art. 29 del DL n. 104/2020 ha assegnato alla regione Campania risorse aggiuntive per complessivi euro 44.483.036, con la precisazione, però, che il ricorso agli strumenti straordinari richiamati dai citati commi 2 e 3, secondo quanto stabilito inizialmente dal legislatore, è consentita limitatamente al periodo dalla data di entrata in vigore del decreto e fino al 31 dicembre 2020;

c. che il comma 9 dello stesso art. 29 del DL n. 104/2020 ha previsto, poi, che *“per l'accesso alle risorse di cui al comma 8, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano provvedono ... a presentare al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito del programma operativo previsto dall'articolo 18, comma 1, quarto periodo, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 un Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, con la specificazione dei modelli organizzativi prescelti, dei tempi di realizzazione e della destinazione delle risorse”*;

d. che con DGRC n. 543 del 02.12.2020 è stato approvato il *“Programma operativo per la gestione dell'emergenza da Covid-19 per gli anni 2020 e 2021”* che contiene, conformemente a quanto previsto dal citato comma 9 dell'art. 29 del DL n. 104/2020, il *“Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa”*; tale Piano è stato, poi, integrato e modificato dalla DGRC n. 620 del 29.12.2020, con la quale, tra l'altro, sono state ripartite tra le diverse aziende sanitarie del SSR risorse a valere sul finanziamento di cui al sopra citato comma 8 dell'art. 29 del DL n. 104/2020 per euro 34.810.609, mantenendo accantonata in capo alla gestione sanitaria accentrata la parte residua rispetto all'assegnazione complessiva di euro 44.483.036;

e. che, successivamente, il decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito con modifiche dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, all'art. 26 ha stabilito:

al comma 1, che: *“Per le finalità del Piano di cui all'articolo 29 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, ... al fine di consentire un maggior recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione e delle prestazioni di specialistica ambulatoriali non erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate nel 2020, a causa dell'intervenuta emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2 le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possono ricorrere, dalla data di entrata in vigore del presente decreto e fino al 31 dicembre 2021:*

a) *per il recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione, agli*

istituti già previsti dall'articolo 29, comma 2, lettere a), b) e c), del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104 ...;

b) per il recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, agli istituti già previsti dall'articolo 29, comma 3, lettere a), b) e c), del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104 ...”

al comma 2, che: *“Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per il raggiungimento delle finalità di cui al comma 1, fermo restando il prioritario ricorso alle modalità organizzative di cui al comma 1, possono integrare gli acquisti di prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale da privato, di cui agli accordi contrattuali stipulati per l'anno 2021, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in deroga all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale, anche utilizzando eventuali economie derivanti dai budget attribuiti per l'anno 2020. A tal fine le regioni e le province autonome rimodulano il piano per le liste d'attesa adottato ai sensi dell'articolo 29 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104 ..., prevedendo, ove ritenuto, il coinvolgimento delle strutture private accreditate e conseguentemente rimodulando l'utilizzo delle relative risorse. Le strutture private accreditate eventualmente interessate dal periodo precedente rendicontano alle rispettive regioni entro il 31 gennaio 2022 le attività effettuate nell'ambito dell'incremento di budget assegnato, anche ai fini della valutazione della predetta deroga”;*

al comma 3 che: *“Per l'attuazione delle finalità di cui ai commi 1, 2 ... le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano utilizzano le risorse non impiegate nell'anno 2020, previste dall'articolo 29, comma 8, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, ... nonché quota parte delle economie di cui all'articolo 1, comma 427, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, qualora tali economie non siano utilizzate per le finalità indicate dal medesimo articolo 1, comma 427, secondo le modalità indicate nei rispettivi Piani per il recupero delle liste d'attesa opportunamente aggiornati e dando priorità agli utilizzi secondo le modalità organizzative di cui al comma 1 e solo in via residuale alle modalità individuate ai sensi del comma 2. Il Ministero della salute monitora le attività effettuate dalle regioni e province autonome a valere sui finanziamenti di cui al presente comma”;*

f. che, in attuazione della normativa appena richiamata, la Giunta regionale con delibera n. 353 del 04.08.2021 ha approvato il: *“Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa. Aggiornamento della DGRC n. 620/2020 ai sensi dell'art. 26 del D.L. 25 maggio 2021, n.73 convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106”*, completando l'assegnazione alle AA.SS. del finanziamento di euro 44.483.036 di cui al comma 8 dell'art. 29 del DL n. 104/2020, e mettendo a disposizione di eventuali contratti integrativi con le strutture private accreditate – ai sensi del combinato disposto del comma 427 dell'art. 1 della legge n. 178/2020 e del comma 4 dell'art. 26 del DL n. 73/2021 – economie per complessivi euro 37.261.448, realizzate sui finanziamenti concessi per l'emergenza COVID dal DL 18/2020 e, precedentemente, destinate alle finalità, sempre relative all'emergenza COVID, previste dai commi 423 e 425 dell'art. 1 della legge 178/2020;

g. che, in conformità al comma 2 dell'art. 26 del DL n. 73/2021, sono inoltre disponibili per le finalità di cui al comma 1 del medesimo articolo anche le economie realizzate sui budget 2020, assegnati dalla Regione alle strutture private accreditate; tali economie, sulla base dei dati preconsuntivi forniti dalle ASL, assommano per il complesso delle strutture private che erogano assistenza specialistica e assistenza ospedaliera, a circa euro 56 milioni, che risultano accantonati nel conto economico consolidato del Servizio sanitario regionale per l'esercizio 2020; di tali economie, prudenzialmente, con il presente provvedimento si procede a mettere a disposizione dei budget integrativi, previsti dal comma 2 dell'art. 26 del DL n. 73/2021, circa 2/3 che, sommati alle suddette economie di euro 37.261.448, consentono di fissare in circa euro 72 milioni i budget integrativi dell'assistenza specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2021, approvati dal presente provvedimento;

DATO ATTO

a. che la cospicua riduzione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, intervenuta nel 2020 a causa dell'emergenza COVID, ha determinato una conseguente maggiore domanda delle medesime prestazioni nell'anno corrente, tra l'altro, con l'effetto, evidenziato nel sopra citato *“Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa. Aggiornamento della DGRC n. 620/2020 ai sensi dell'art. 26 del D.L. 25 maggio 2021, n.73 convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106”*, di determinare un più rapido esaurimento dei budget assegnati ai centri privati erogatori di assistenza specialistica ambulatoriale, stimabile in circa due mesi di minore copertura, come si evidenzia nella tabella esposta nell'allegato n. 6 alla presente delibera;

b. che è opportuno sottolineare che tale tabella è basata sui preconsuntivi 2020 e sui monitoraggi 2021 forniti dalle ASL in corso d'anno, laddove ancora per il 2020 e, a maggior ragione, per il 2021, il

completamento di tutti i controlli, anche in contraddittorio con le strutture interessate, può determinare risultati parzialmente diversi;

c. che, sulla base delle previsioni di esaurimento dei limiti di spesa vigenti, si è provveduto a formulare i budget integrativi per l'esercizio 2021, esposti nell'allegato n. 7, nella misura di circa 1/3 della differenza tra la stima per ciascuna ASL dell'importo che sarebbe necessario per portare a fine anno il consumo del tetto di spesa di ogni branca e quello definitivamente assegnato dalla presente delibera;

d. che per la branca della dialisi ambulatoriale non è stato determinato alcun budget integrativo, perché il limite di spesa 2021 assegnato a tale branca dalla presente delibera dovrebbe essere sufficiente a coprire interamente la domanda di tali prestazioni (tenuto conto anche della possibilità di compensazione tra sforamenti e sottoutilizzi a livello di ASL e tra le diverse ASL, consentita per questa branca);

e. che il budget integrativo per l'esercizio 2021, assegnato alla branca di Laboratorio di Analisi, deve intendersi relativo alle sole prestazioni "non R", poiché, sulla base della valutazione del fabbisogno delle prestazioni di Patologia Clinica contrassegnate dalla lettera "R" (quasi interamente costituite da prestazioni di Genetica Medica), effettuata con il DCA n. 58/2018, il fabbisogno appropriato di tali prestazioni risulta sostanzialmente soddisfatto, sia per l'anno 2020 che per l'anno in corso, attraverso l'attività delle strutture pubbliche ed il concorso dei budget specifici, assegnati alle strutture private;

RITENUTO

- a. che le prestazioni comprese nei budget integrativi 2021, assegnati dal presente provvedimento:
1. devono essere erogate dalle strutture private accreditate esclusivamente a cittadini residenti in Campania, considerata la finalità essenziale di recupero delle minori attività svolte nel 2020 a seguito dell'emergenza COVID;
 2. potranno essere erogate non prima del 1° settembre 2021, a meno che a tale data il budget "ordinario" non risulti ancora non esaurito: dovrà, quindi, essere cura di ciascuna ASL di comunicare formalmente a tutte le strutture private interessate la data effettiva di inizio della possibilità di attingere ai budget integrativi assegnati dalla presente delibera;
 3. dovranno essere tracciate sul flusso informativo "FILE C", anche ai fini della specifica rendicontazione richiesta entro il 31.01.2022 dal comma 2 dell'art. 26 del DL n. 73/2021; a tal fine le strutture interessate inseriranno nel tracciato C2, alla posizione 202 (campo alfanumerico di un solo carattere) il numero "9";
 4. dovranno essere fatturate separatamente, riportando nella fattura l'indicazione: "*Prestazioni rese utilizzando il budget integrativo assegnato dalla DGRC n. 353 del 04/08/2021*";
 5. dovranno essere oggetto di specifico e separato monitoraggio da parte delle ASL, al fine di comunicare ogni mese alle strutture private la data prevista di esaurimento del budget integrativo e, successivamente, la data consuntiva;
- b. che ad esse si applicheranno tutte le limitazioni vigenti per i budget "ordinari", con specifico riferimento ai limiti inerenti ai valori medi di branca e/o tipologie di strutture o di prestazioni, secondo le regole definite, da ultimo, nel DCA n. 10/2020; riguardo, invece, al limite del 10% di incremento del numero di prestazioni rispetto all'anno precedente, per assicurare una sana competizione tra le strutture private ed evitare comportamenti opportunistici, il limite sarà applicato sul totale delle prestazioni rese nell'esercizio 2021, sommando quelle rese da ciascun centro nell'ambito del budget "ordinario" e del budget "integrativo" e depurando la percentuale di variazione dalla variazione percentuale della somma dei due budget, rispetto al budget dell'anno prima (tenuto conto di eventuali variazioni del numero di strutture che hanno consumato il budget "ordinario" 2020 ed uno o entrambi dei budget 2021);
- c. che per la branca di Medicina Fisica e Riabilitazione (cd. FKT), per la quale la normativa vigente prevede l'assegnazione di un tetto individuale da parte della ASL, viene consentito che la ripartizione del budget integrativo sui diversi centri privati sia effettuata dalla ASL tenendo conto del maggiore o minore esaurimento, nel corso del 2021, del budget "ordinario" assegnato alle singole strutture;

RITENUTO, altresì,

che sia opportuno incaricare il Direttore Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR affinché con proprio decreto emani entro venti giorni dalla approvazione della presente delibera gli schemi dei protocolli d'intesa con le Associazioni di Categoria e dei contratti ex art- 8-quinquies con gli erogatori privati accreditati, da applicarsi per l'esercizio 2021, sia per i limiti di spesa "ordinari" che per i budget "integrativi" assegnati dalla presente delibera, sulla base degli schemi già approvati per l'esercizio 2020 dal DCA n. 10/2020 e delle prescrizioni tutte recate dalla presente delibera;

DATO ATTO

- a. che per l'assistenza ospedaliera erogata dalle case di cura private e dall'IRCCS ICS Maugeri di Telese Terme, nonché per l'assistenza ospedaliera e specialistica erogata dagli Ospedali Religiosi, l'eventuale assegnazione di budget integrativi per l'esercizio 2021, ai sensi dei commi 2 e 3 dell'art. 26 del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito con modifiche dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, sarà oggetto di separati e successivi provvedimenti;
- b. che per tutto quanto non modificato dalla presente delibera, rimangono in vigore le disposizioni recate dal citato decreto del Commissario ad acta n. 10 del 17 gennaio 2020, come modificato integrato dalla delibera della Giunta regionale n. 450 del 3 agosto 2020;

Alla stregua della istruttoria tecnico-amministrativa effettuata dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento con il SSR

DELIBERA

Per tutto quanto esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato:

1. di **APPROVARE** l'allegato documento "IL FABBISOGNO REGIONALE DI PRESTAZIONI SANITARIE - Assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera - Anni 2020-2022", nonché gli allegati da n. 1 a n. 7, che costituiscono parte integrante e sostanziale della presente delibera.
2. di **APPROVARE** specificamente tutte le indicazioni e disposizioni dettagliatamente esposte nelle premesse alla presente delibera e, in particolare:
 - a. di **INCARICARE** il Direttore Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR affinché con proprio decreto emani entro venti giorni dalla approvazione della presente delibera gli schemi dei protocolli d'intesa con le Associazioni di Categoria e dei contratti ex art. 8-quinquies con gli erogatori privati accreditati, da applicarsi per l'esercizio 2021, sia per i limiti di spesa "ordinari" che per i budget "integrativi" assegnati dalla presente delibera, sulla base degli schemi già approvati per l'esercizio 2020 dal DCA n. 10/2020 e delle prescrizioni tutte recate dalla presente delibera.
 - b. di **STABILIRE** che le prestazioni comprese nei budget integrativi 2021, assegnati dal presente provvedimento:
 - b1. potranno essere erogate non prima del 1° settembre 2021, a meno che a tale data il budget "ordinario" non risulti ancora non esaurito: dovrà, quindi, essere cura di ciascuna ASL di comunicare formalmente a tutte le strutture private interessate la data effettiva di inizio della possibilità di attingere ai budget integrativi assegnati dalla presente delibera;
 - b2. siano tracciate sul flusso informativo "FILE C", anche ai fini della specifica rendicontazione richiesta entro il 31.01.2022 dal comma 2 dell'art. 26 del DL n. 73/2021; a tal fine le strutture interessate inseriranno nel tracciato C2, alla posizione 202 (campo alfanumerico di un solo carattere) il numero "9";
 - b3. siano fatturate separatamente, riportando nella fattura l'indicazione: "Prestazioni rese utilizzando il budget integrativo assegnato dalla DGRC n. 353 del 04/08/2021";
3. di **STABILIRE** che le ASL e le strutture private accreditate dovranno sottoscrivere i contratti ex art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. per i limiti di spesa "ordinari", assegnati dalla presente delibera, entro il 15 settembre 2021. Entro la stessa data dovranno essere sottoscritti anche i contratti ex art. 8-quinquies per i budget "integrativi", laddove il tetto di spesa "ordinario" risulti già esaurito. Diversamente, i contratti per i budget "integrativi" dovranno essere sottoscritti entro 10 giorni dalla formale comunicazione della ASL alle strutture private di avvenuto esaurimento del tetto di spesa "ordinario".
4. di **STABILIRE** che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura privata è subordinata alla sottoscrizione da parte della stessa di specifico contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. con la ASL nel cui territorio è ubicata, e non può eccedere i limiti di spesa fissati nella presente delibera e riportati nel suddetto contratto.
5. di **PRECISARE** che i limiti di spesa fissati dalla presente delibera hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del SSR: rimane, infatti, obbligo della ASL territorialmente competente verificare prima della stipula dei contratti con i singoli operatori privati accreditati, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari per poter erogare prestazioni sanitarie con oneri a carico del SSR.
6. di **STABILIRE** che la presente delibera sarà immediatamente notificata alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste, a tutte le Associazioni di categoria ed a tutte le strutture private interessate.
7. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, riservandosi di adeguarlo alle eventuali osservazioni formulate dagli stessi.
8. di **TRASMETTERE** il presente atto alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, alla Direzione Generale per le Risorse Finanziarie, ai Direttori Generali delle

Aziende Sanitarie Locali e all'Ufficio competente per la pubblicazione nella sezione trasparenza del sito istituzionale della Regione Campania.



GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

DELIBERAZIONE n°	354	del	04/08/2021	DIR.GEN./DIR. STAFF (*)	UOD/STAFF DIR.GEN.
				DG 04	00

OGGETTO :

Definizione dei limiti di spesa assegnati agli erogatori privati di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2021 e, in via provvisoria, per l'esercizio 2022, e autorizzazione alle ASL per la stipula di contratti integrativi per l'esercizio 2021 ai sensi dell'art. 26, commi 2 e 3, del decreto legge 25 maggio 2021 n.73, convertito con modifiche dalla legge 23 luglio 2021 n. 106.

QUADRO A	CODICE	COGNOME	MATRICOLA	FIRMA
PRESIDENTE <input type="checkbox"/> ASSESSORE <input type="checkbox"/>		<i>Presidente De Luca Vincenzo</i>		<i>05/08/2021</i>
DIRETTORE GENERALE / DIRIGENTE STAFF		<i>Avv. Postiglione Antonio</i>	<i>15437</i>	<i>05/08/2021</i>

VISTO DIRETTORE GENERALE ATTIVITA' ASSISTENZA GIUNTA	COGNOME	FIRMA	
DATA ADOZIONE	<i>04/08/2021</i>	INVIATO PER L'ESECUZIONE IN DATA	<i>05/08/2021</i>

AI SEGUENTI UFFICI:

- 40 . 1 : Gabinetto del Presidente**
- 50 . 4 : DG per la tutela della salute e il coordin. del sist. sanitario regionale**
- 50 . 13 : Direzione generale per le risorse finanziarie**

Dichiarazione di conformità della copia cartacea:

Il presente documento, ai sensi del T.U. dpr 445/2000 e successive modificazioni è copia conforme cartacea dei dati custoditi in banca dati della Regione Campania.

Firma

(*)

DG= Direzione Generale

US= Ufficio Speciale

SM= Struttura di Missione

UDCP= Uffici di Diretta Collaborazione con il Presidente

Allegato n. 1

Quadro delle prestazioni da privato soggette alla Spending Review (DL 95/2012 e s.m.i.)

Limiti di Spesa programmati per le strutture sanitarie private accreditate

(importi in migliaia di euro)	2020 (DGRC n. 450 e 621/2020)	var 2020 - 2019	var %	2021 (provvisorio da DGRC n. 621/2020)	var 2021 - 2020	var %	2021 (presente delibera)	var 2021 presente delib. - 2021 provv.rio	var %	variazione provv.ria tetto 2022 vs. 2021
Assistenza Specialistica e Ospedaliera da Ospedali Religiosi e IRCCS Maugeri (compreso PACC ed escluso incentivo Alta Spec.)	165.368	0	0,0%	165.368	0	0,0%	165.368	0	0,0%	
Diabetologia	9.203	682	8,0%	9.111	-92	-1,0%	10.972	1.861	20%	-0,8%
Branche a visita	16.902	1.252	8,0%	16.733	-169	-1,0%	16.733	0	0%	-0,8%
Cardiologia	35.013	1.667	5,0%	34.663	-350	-1,0%	34.663	0	0%	-0,8%
Patologia Clinica (Laboratorio di analisi)	111.177	4.788	4,5%	110.065	-1.112	-1,0%	110.060	-5	0%	-0,8%
Medicina nucleare	46.330	4.664	11,2%	45.867	-463	-1,0%	45.877	11	0%	-0,8%
Radiodiagnostica	131.763	3.214	2,5%	130.446	-1.318	-1,0%	130.446	0	0%	-0,8%
Radioterapia	33.660	3.028	9,9%	33.323	-337	-1,0%	37.629	4.305	13%	3,0%
Dialisi	136.322	2.960	2,2%	138.367	2.045	1,5%	138.219	-148	0%	1,5%
Medicina Fisica e Riabilitazione (FKT)	36.411	331	0,9%	36.046	-364	-1,0%	36.046	0	0%	-0,8%
Totale Assistenza Specialistica da altri privati	556.781	22.585	4,2%	554.622	-2.160	-0,4%	560.645	6.023	1%	0,0%
Accantonamento per specialistica ambulatoriale e/o ass.za ospedaliera da assegnare in corso d'anno				10.000			6.950	-3.050	-31%	
Assistenza Ospedaliera da case di cura private, escludendo: la riattivazione dei PL di lungodegenza della ex Villa Russo, l'incentivo per Alta Specialità e compresi i PACC	635.582	0	0,0%	628.632	-6.950	-1,1%	628.632	0	0%	
Residuo acc.to per contratti integrativi di specialistica amb.le e/o di ass.za ospedaliera e/o per contenziosi	4.938	4.668	n.s.	4.047	-890	-18,0%	1.074	-2.973	-73%	
TOTALE GENERALE = LIMITE di LEGGE	1.362.669	27.253	2,0%	1.362.669	0	0,0%	1.362.669	0	0%	
per memoria:										
Riattivazione PL Villa Russo	14.418	0	0%	14.418	0	0%	14.418	0	0%	
Incentivo Alta Specialità per le case di cura private	45.000	0	0%	45.000	0	0%	45.000	0	0%	
Totale tetto di spesa Case di Cura private	695.000	0	0%	688.050	-6.950	-1%	688.050	0	0%	
Incentivo Alta Specialità per altri Ospedali privati	9.000	0	0%	9.000	0	0%	9.000	0	0%	
LIMITE di LEGGE	1.362.669			1.362.669			1.362.669			

Allegato n. 2

Prestazioni di dialisi ambulatoriale: programmazione 2021 e provvisoria 2022

	A	B		C	D		E	F	G	H
ASL	Consuntivo 2019 n° prestazioni di dialisi ambulatoriale	Consuntivo 2020 n° prestazioni di dialisi ambulatoriale	var %	Consuntivo 2019 di spesa netta (con soglia convettive al 20%) comunicato dalle ASL	Consuntivo 2020 di spesa netta (con soglia convettive al 20%) comunicato dalle ASL	var %	Volumi massimi 2021 di prestazioni (consuntivo 2020 + 1,5 %)	Limite di spesa netta 2021 con soglia convettive al 20% (consuntivo 2020 + 1,5 %)	Volumi massimi 2022 di prestazioni (volumi MAX 2021 + 1,5 %)	Limite di spesa netta 2022 con soglia convettive al 20% (limite di spesa 2021 + 1,5%)
ASL Avellino	32.958	33.978	3,1%	5.842.201,21	6.063.654,18	3,8%	34.488	6.155.000,00	35.005	6.247.330,00
ASL Benevento	29.972	30.955	3,3%	5.287.882,83	5.492.775,73	3,9%	31.419	5.575.000,00	31.890	5.658.630,00
ASL Caserta	116.283	119.948	3,2%	20.710.143,60	21.351.022,75	3,1%	121.747	21.671.000,00	123.573	21.996.070,00
ASL Napoli 1 Centro	113.100	106.967	-5,4%	20.192.558,64	19.110.040,46	-5,4%	108.572	19.397.000,00	110.201	19.687.960,00
ASL Napoli 2 Nord	158.577	165.750	4,5%	28.268.937,18	29.541.501,29	4,5%	168.236	29.985.000,00	170.760	30.434.780,00
ASL Napoli 3 Sud	156.749	157.090	0,2%	28.000.768,02	28.060.050,61	0,2%	159.446	28.481.000,00	161.838	28.908.220,00
ASL Salerno	144.153	148.606	3,1%	25.741.126,01	26.556.359,02	3,2%	150.835	26.955.000,00	153.098	27.359.330,00
TOTALE	751.792	763.294	1,5%	134.043.617,49	136.175.404,04	1,6%	774.743	138.219.000,00	786.365	140.292.320,00

Assistenza Specialistica da strutture private: limiti di spesa 2021 a tariffa vigente (1)

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Tetto di Spesa
ASL Avellino				
Diabetologia	1.863.705	30.071	2.561	1.896.337
Branche a visita	34.043	4.589	0	38.632
Cardiologia	662.064	3.261	0	665.325
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	7.487.467	1.235.998	207.178	8.930.643
di cui:				
- prestazioni non "R"	5.701.728	913.954	162.788	6.778.470
- prestazioni "R"	1.785.739	322.044	44.390	2.152.173
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	979.834	177.201	24.357	1.181.393
Medicina nucleare	402.613	192.635	5.279	600.527
Radiodiagnostica	3.224.544	188.463	140.356	3.553.363
Radioterapia	1.480.784	533.606	2.006	2.016.396
TOTALE	15.155.220	2.188.623	357.380	17.701.223
ASL Benevento				
Diabetologia	202.595	10.867	480	213.942
Branche a visita	0	0	0	0
Cardiologia	0	0	0	0
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	3.810.615	346.067	112.904	4.269.586
di cui:				
- prestazioni non "R"	3.373.990	306.257	95.634	3.775.881
- prestazioni "R"	436.625	39.810	17.270	493.705
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	282.281	25.737	7.333	315.351
Medicina nucleare	533.117	262.832	10.983	806.932
Radiodiagnostica	5.095.278	990.551	121.177	6.207.006
Radioterapia	0	0	0	0
TOTALE	9.641.605	1.610.317	245.544	11.497.466
ASL Caserta				
Diabetologia	3.334.789	469.203	11.112	3.815.104
Branche a visita	3.582.072	1.895.019	49.240	5.526.331
Cardiologia	5.298.078	400.487	65.287	5.763.852
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	16.197.180	1.622.911	391.372	18.211.463
di cui:				
- prestazioni non "R"	14.161.008	1.415.511	346.273	15.922.792
- prestazioni "R"	2.036.172	207.400	45.099	2.288.671
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	1.322.342	134.720	29.289	1.486.351
Medicina nucleare	4.382.173	1.822.442	180.153	6.384.768
Radiodiagnostica	19.649.521	3.379.728	1.755.036	24.784.285
Radioterapia	2.965.446	1.417.797	52.267	4.435.510
TOTALE	55.409.259	11.007.587	2.504.467	68.921.313

Assistenza Specialistica da strutture private: limiti di spesa 2021 a tariffa vigente (1)

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Tetto di Spesa
ASL NA 1 Centro				
Diabetologia	1.490.641	203.230	101	1.693.972
Branche a visita	3.647.632	1.492.661	15.580	5.155.873
Cardiologia	9.229.951	1.887.880	28.112	11.145.943
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	17.114.248	5.080.787	528.153	22.723.187
di cui:				
- prestazioni non "R"	14.936.132	4.402.955	454.505	19.793.592
- prestazioni "R"	2.178.116	677.832	73.648	2.929.595
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	1.442.902	439.588	48.788	1.931.278
Medicina nucleare	6.543.066	10.224.300	4.990.615	21.757.981
Radiodiagnostica	19.261.295	7.566.907	1.662.494	28.490.696
Radioterapia	3.623.812	2.095.913	49.046	5.768.771
TOTALE	60.910.645	28.551.678	7.274.101	96.736.423
ASL NA 2 Nord				
Diabetologia	1.836.316	195.623	2.310	2.034.249
Branche a visita	1.805.593	187.605	3.904	1.997.102
Cardiologia	6.773.064	1.343.773	15.848	8.132.685
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	20.065.403	5.017.938	543.544	25.626.885
di cui:				
- prestazioni non "R"	16.317.952	4.009.794	438.474	20.766.220
- prestazioni "R"	3.747.451	1.008.144	105.070	4.860.665
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	2.978.355	800.393	83.507	3.862.255
Medicina nucleare	3.541.890	3.394.554	10.801	6.947.245
Radiodiagnostica	23.534.624	12.198.762	308.156	36.041.542
Radioterapia	6.947.290	10.000.783	93.050	17.041.123
TOTALE	64.504.180	32.339.038	977.613	97.820.831
ASL NA 3 Sud				
Diabetologia	1.202.282	75.986	511	1.278.779
Branche a visita	3.113.101	720.893	7.630	3.841.624
Cardiologia	6.229.221	864.091	8.113	7.101.425
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	18.170.017	2.158.888	8.191	20.337.096
di cui:				
- prestazioni non "R"	16.571.120	1.953.140	7.527	18.531.787
- prestazioni "R"	1.598.897	205.748	664	1.805.309
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	1.050.686	135.203	436	1.186.325
Medicina nucleare	2.552.449	1.429.030	199.039	4.180.518
Radiodiagnostica	20.932.644	4.252.144	367.018	25.551.806
Radioterapia	2.170.989	458.703	0	2.629.692
TOTALE	54.370.703	9.959.735	590.502	64.920.940

Assistenza Specialistica da strutture private: limiti di spesa 2021 a tariffa vigente (1)

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Tetto di Spesa
ASL Salerno				
Diabetologia	1.044.514	5.605	1.257	1.051.376
Branche a visita	1.420.839	287.788	96.756	1.805.383
Cardiologia	5.854.522	168.361	20.681	6.043.564
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	21.756.352	10.318.395	205.864	32.280.610
di cui:				
- prestazioni non "R"	19.344.327	9.284.738	188.764	28.817.829
- prestazioni "R"	2.412.025	1.033.657	17.100	3.462.781
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	1.668.224	718.205	11.827	2.398.257
Medicina nucleare	5.572.412	420.146	33.040	6.025.598
Radiodiagnostica	21.903.939	2.520.383	766.984	25.191.306
Radioterapia	4.682.931	1.135.874	249.344	6.068.149
TOTALE	62.235.509	14.856.552	1.373.926	78.465.986
TOTALE REGIONE				
Diabetologia	10.974.842	990.585	18.332	11.983.759
Branche a visita	13.603.280	4.588.555	173.110	18.364.945
Cardiologia	34.046.900	4.667.853	138.041	38.852.794
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	104.601.281	25.780.983	1.997.206	132.379.471
di cui:				
- prestazioni non "R"	90.406.257	22.286.349	1.693.965	114.386.571
- prestazioni "R"	14.195.024	3.494.634	303.241	17.992.900
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	9.724.623	2.431.049	205.537	12.361.209
Medicina nucleare	23.527.720	17.745.939	5.429.910	46.703.569
Radiodiagnostica	113.601.845	31.096.938	5.121.221	149.820.004
Radioterapia	21.871.252	15.642.676	445.713	37.959.641
TOTALE	322.227.120	100.513.529	13.323.533	436.064.183

Assistenza Specialistica da strutture private: volumi programmati di prestazioni 2021

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)
N° di prestazioni	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Volumi massimi
ASL Avellino				
Diabetologia	201.824	2.897	197	204.918
Branche a visita	978	127	0	1.105
Cardiologia	15.216	46	0	15.262
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	1.744.039	278.551	45.942	2.068.531
di cui:				
- prestazioni non "R"	1.725.629	275.231	45.484	2.046.344
- prestazioni "R"	18.410	3.320	458	22.187
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	9.073	1.641	226	10.939
Medicina nucleare	2.222	568	19	2.809
Radiodiagnostica	59.152	2.226	1.540	62.918
Radioterapia	18.287	5.654	16	23.957
TOTALE	2.041.718	290.069	47.714	2.379.500
ASL Benevento				
Diabetologia	20.936	1.162	68	22.166
Branche a visita	0	0	0	0
Cardiologia	0	0	0	0
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	1.003.169	88.088	23.856	1.115.114
di cui:				
- prestazioni non "R"	998.668	87.678	23.678	1.110.024
- prestazioni "R"	4.501	410	178	5.090
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	2.614	238	68	2.920
Medicina nucleare	1.446	528	25	1.999
Radiodiagnostica	93.201	14.724	1.169	109.094
Radioterapia	0	0	0	0
TOTALE	1.118.752	104.502	25.118	1.248.373
ASL Caserta				
Diabetologia	272.116	38.993	987	312.096
Branche a visita	134.530	61.537	1.585	197.652
Cardiologia	147.189	11.082	1.681	159.952
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	4.139.471	372.376	77.921	4.589.769
di cui:				
- prestazioni non "R"	4.118.480	370.238	77.456	4.566.174
- prestazioni "R"	20.991	2.138	465	23.595
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	12.244	1.247	271	13.763
Medicina nucleare	14.358	5.119	655	20.132
Radiodiagnostica	331.109	36.457	24.443	392.009
Radioterapia	47.100	20.250	798	68.148
TOTALE	5.085.873	545.814	108.070	5.739.758

Assistenza Specialistica da strutture private: volumi programmati di prestazioni 2021

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)
N° di prestazioni	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Volumi massimi

ASL NA 1 Centro

Diabetologia	130.889	15.879	6	146.774
Branche a visita	152.161	60.717	579	213.457
Cardiologia	269.536	51.868	774	322.178
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	4.454.315	1.291.952	134.437	5.880.704

di cui:

- prestazioni non "R"	4.431.860	1.284.964	133.678	5.850.502
- prestazioni "R"	22.455	6.988	759	30.202
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	13.360	4.070	452	17.882

Medicina nucleare	15.741	24.349	5.856	45.946
Radiodiagnostica	358.586	95.077	17.129	470.792
Radioterapia	53.565	29.819	671	84.055
TOTALE	5.434.793	1.569.661	159.452	7.163.906

ASL NA 2 Nord

Diabetologia	182.685	19.244	213	202.142
Branche a visita	60.391	5.108	69	65.568
Cardiologia	196.962	38.027	432	235.421
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	4.961.316	1.214.037	97.564	6.272.917

di cui:

- prestazioni non "R"	4.922.682	1.203.644	96.481	6.222.807
- prestazioni "R"	38.634	10.393	1.083	50.110
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	27.577	7.411	773	35.762

Medicina nucleare	7.264	6.954	31	14.249
Radiodiagnostica	410.896	154.500	3.158	568.554
Radioterapia	103.306	146.669	1.267	251.242
TOTALE	5.922.820	1.584.539	102.734	7.610.093

ASL NA 3 Sud

Diabetologia	136.804	7.466	30	144.300
Branche a visita	128.886	25.296	204	154.386
Cardiologia	178.762	24.614	230	203.606
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	4.873.896	569.972	1.815	5.445.683

di cui:

- prestazioni non "R"	4.857.413	567.851	1.808	5.427.072
- prestazioni "R"	16.483	2.121	7	18.611
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	9.729	1.252	4	10.984

Medicina nucleare	6.127	2.673	303	9.103
Radiodiagnostica	377.216	60.678	3.872	441.766
Radioterapia	31.084	6.315	0	37.399
TOTALE	5.732.775	697.014	6.454	6.436.243

Assistenza Specialistica da strutture private: volumi programmati di prestazioni 2021

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)
N° di prestazioni	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Volumi massimi
ASL Salerno				
Diabetologia	101.134	420	74	101.628
Branche a visita	50.764	7.431	1.705	59.900
Cardiologia	156.482	4.487	515	161.484
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	5.620.731	2.645.930	46.124	8.312.786
di cui:				
- prestazioni non "R"	5.595.865	2.635.274	45.948	8.277.087
- prestazioni "R"	24.866	10.656	176	35.699
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	15.447	6.650	110	22.206
Medicina nucleare	9.608	888	91	10.587
Radiodiagnostica	339.268	33.437	7.178	379.883
Radioterapia	39.832	7.077	1.217	48.126
TOTALE	6.317.819	2.699.670	56.904	9.074.394
TOTALE REGIONE				
Diabetologia	1.046.388	86.061	1.575	1.134.024
Branche a visita	527.710	160.216	4.142	692.068
Cardiologia	964.147	130.124	3.632	1.097.903
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	26.796.937	6.460.907	427.659	33.685.504
di cui:				
- prestazioni non "R"	26.650.597	6.424.880	424.533	33.500.010
- prestazioni "R"	146.340	36.027	3.126	185.494
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	90.043	22.510	1.903	114.456
Medicina nucleare	56.766	41.079	6.980	104.825
Radiodiagnostica	1.969.428	397.099	58.489	2.425.016
Radioterapia	293.174	215.784	3.969	512.927
TOTALE	31.654.550	7.491.270	506.446	39.652.267

Assistenza Specialistica da strutture private: limiti di spesa NETTA 2021 a tariffa vigente (1)

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)	var % su tetto 2020 da DGRC n. 450/2020	Tetto 2020 di Spesa NETTA da DGRC n. 450/2020
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Tetto di Spesa		
ASL Avellino						
Diabetologia	1.679.890	27.525	2.213	1.709.628	-1%	1.726.897
Branche a visita	30.932	4.028	0	34.960	-1%	35.313
Cardiologia	589.027	2.998	0	592.025	-1%	598.005
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	6.195.256	1.060.952	152.390	7.408.598	-1%	7.483.432
di cui:						
- prestazioni non "R"	4.538.385	762.148	111.203	5.411.736	-1%	5.486.570
- prestazioni "R"	1.656.871	298.804	41.187	1.996.862	0%	1.996.862
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	907.254	164.075	22.553	1.093.882	0%	1.093.882
Medicina nucleare	382.645	186.730	5.027	574.402	105%	280.000
Radiodiagnostica	2.728.823	167.315	113.721	3.009.859	-1%	3.040.262
Radioterapia	1.461.249	526.051	2.000	1.989.300	21%	1.650.000
TOTALE	13.067.822	1.975.599	275.351	15.318.772	3%	14.813.909
ASL Benevento						
Diabetologia	179.756	9.639	321	189.716	-1%	191.632
Branche a visita	0	0	0	0	0%	0
Cardiologia	0	0	0	0	0%	0
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	3.124.434	285.373	78.139	3.487.946	-1%	3.523.178
di cui:						
- prestazioni non "R"	2.719.318	248.436	62.115	3.029.869	-1%	3.065.101
- prestazioni "R"	405.116	36.937	16.024	458.077	0%	458.077
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	261.371	23.831	6.790	291.992	0%	291.992
Medicina nucleare	521.674	259.399	10.927	792.000	-1%	800.000
Radiodiagnostica	4.321.912	865.490	105.445	5.292.847	-1%	5.346.310
Radioterapia	0	0	0	0	0%	0
TOTALE	8.147.776	1.419.901	194.832	9.762.509	-1%	9.861.120
ASL Caserta						
Diabetologia	3.092.605	433.022	9.688	3.535.315	-1%	3.571.025
Branche a visita	3.297.464	1.715.538	43.578	5.056.580	-1%	5.107.657
Cardiologia	4.638.919	350.658	53.974	5.043.551	-1%	5.094.496
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	13.541.361	1.362.167	288.226	15.191.754	-1%	15.345.206
di cui:						
- prestazioni non "R"	11.652.129	1.169.734	246.382	13.068.245	-1%	13.221.697
- prestazioni "R"	1.889.232	192.433	41.844	2.123.509	0%	2.123.509
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	1.224.391	124.741	27.119	1.376.251	0%	1.376.251
Medicina nucleare	4.286.413	1.776.472	174.115	6.237.000	-1%	6.300.000
Radiodiagnostica	17.037.450	2.983.393	1.492.050	21.512.893	-1%	21.730.195
Radioterapia	2.935.843	1.403.790	51.567	4.391.200	33%	3.300.000
TOTALE	48.830.055	10.025.040	2.113.198	60.968.293	1%	60.448.579

Assistenza Specialistica da strutture private: limiti di spesa NETTA 2021 a tariffa vigente (1)

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)	var % su tetto 2020 da DGRC n. 450/2020	Tetto 2020 di Spesa NETTA da DGRC n. 450/2020
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Tetto di Spesa		
ASL NA 1 Centro						
Diabetologia	1.401.094	186.546	23	1.587.663	-1%	1.603.700
Branche a visita	3.359.563	1.327.094	12.896	4.699.553	-1%	4.747.023
Cardiologia	8.329.786	1.653.005	23.399	10.006.190	-1%	10.107.263
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	14.875.438	4.364.063	455.999	19.695.500	-1%	19.894.444
di cui:						
- prestazioni non "R"	12.854.506	3.735.147	387.666	16.977.319	-1%	17.176.263
- prestazioni "R"	2.020.932	628.916	68.333	2.718.181	0%	2.718.181
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	1.336.020	407.026	45.174	1.788.220	0%	1.788.220
Medicina nucleare	6.418.406	10.025.446	4.940.148	21.384.000	-1%	21.600.000
Radiodiagnostica	16.827.604	6.614.834	1.469.222	24.911.660	-1%	25.163.293
Radioterapia	3.588.558	2.074.523	48.319	5.711.400	3%	5.550.000
TOTALE	54.800.449	26.245.511	6.950.006	87.995.966	-1%	88.665.723
ASL NA 2 Nord						
Diabetologia	1.681.000	178.000	2.000	1.861.000	n.s.	0
Branche a visita	1.686.258	177.289	3.532	1.867.079	-1%	1.885.938
Cardiologia	6.129.856	1.203.399	13.125	7.346.380	-1%	7.420.586
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	17.049.298	4.348.476	458.948	21.856.722	-1%	22.077.497
di cui:						
- prestazioni non "R"	13.572.282	3.413.085	361.460	17.346.827	-1%	17.567.602
- prestazioni "R"	3.477.016	935.391	97.488	4.509.895	0%	4.509.895
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	2.757.736	741.105	77.321	3.576.162	0%	3.576.162
Medicina nucleare	3.494.678	3.344.819	10.503	6.850.000	11%	6.150.000
Radiodiagnostica	20.647.011	10.994.093	264.108	31.905.212	-1%	32.227.487
Radioterapia	6.889.740	9.917.666	91.994	16.899.400	9%	15.550.000
TOTALE	57.577.841	30.163.742	844.210	88.585.793	4%	85.311.508
ASL NA 3 Sud						
Diabetologia	1.076.613	66.857	435	1.143.905	-1%	1.155.460
Branche a visita	2.820.665	645.689	5.831	3.472.185	-1%	3.507.258
Cardiologia	5.628.859	774.059	6.540	6.409.458	-1%	6.474.200
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	15.091.003	1.820.497	5.738	16.917.238	-1%	17.088.119
di cui:						
- prestazioni non "R"	13.607.490	1.629.597	5.122	15.242.209	-1%	15.413.090
- prestazioni "R"	1.483.513	190.900	616	1.675.029	0%	1.675.029
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	972.857	125.188	404	1.098.449	0%	1.098.449
Medicina nucleare	2.500.207	1.405.919	193.874	4.100.000	-21%	5.200.000
Radiodiagnostica	18.085.382	3.753.143	312.323	22.150.848	-1%	22.374.594
Radioterapia	2.153.346	455.054	0	2.608.400	116%	1.210.000
TOTALE	47.356.075	8.921.218	524.741	56.802.034	0%	57.009.631

Assistenza Specialistica da strutture private: limiti di spesa NETTA 2021 a tariffa vigente (1)

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)	var % su tetto 2020 da DGRC n. 450/2020	Tetto 2020 di Spesa NETTA da DGRC n. 450/2020
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Tetto di Spesa		
ASL Salerno						
Diabetologia	938.239	5.125	1.125	944.489	-1%	954.029
Branche a visita	1.255.499	259.678	87.811	1.602.988	-1%	1.619.180
Cardiologia	5.101.422	147.080	16.851	5.265.353	-1%	5.318.538
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	17.319.630	8.048.234	134.291	25.502.155	-1%	25.759.753
di cui:						
- prestazioni non "R"	15.081.669	7.089.171	118.425	22.289.265	-1%	22.546.863
- prestazioni "R"	2.237.961	959.063	15.866	3.212.890	0%	3.212.890
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	1.544.652	665.005	10.951	2.220.608	0%	2.220.608
Medicina nucleare	5.494.227	413.860	31.913	5.940.000	-1%	6.000.000
Radiodiagnostica	18.863.910	2.167.627	630.705	21.662.242	-1%	21.881.053
Radioterapia	4.651.463	1.129.718	247.619	6.028.800	-6%	6.400.000
TOTALE	53.624.390	12.171.322	1.150.315	66.946.027	-1%	67.932.553
TOTALE REGIONE						
Diabetologia	10.049.197	906.714	15.805	10.971.716	19%	9.202.743
Branche a visita	12.450.381	4.129.316	153.648	16.733.345	-1%	16.902.369
Cardiologia	30.417.869	4.131.199	113.889	34.662.957	-1%	35.013.088
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	87.196.420	21.289.762	1.573.731	110.059.913	-1%	111.171.629
di cui:						
- prestazioni non "R"	74.025.779	18.047.318	1.292.373	93.365.470	-1%	94.477.186
- prestazioni "R"	13.170.641	3.242.444	281.358	16.694.443	0%	16.694.443
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	9.004.281	2.250.971	190.312	11.445.564	0%	11.445.564
Medicina nucleare	23.098.250	17.412.645	5.366.507	45.877.402	-1%	46.330.000
Radiodiagnostica	98.512.092	27.545.895	4.387.574	130.445.561	-1%	131.763.194
Radioterapia	21.680.199	15.506.802	441.499	37.628.500	12%	33.660.000
TOTALE	283.404.408	90.922.333	12.052.653	386.379.394	0,6%	384.043.023

Allegato n. 6

Monitoraggio delle ASL sui tetti di spesa della specialistica amb.le: capienza e/o esaurimento: preconsuntivo 2020 e proiezione 2021 (1)

branca	anno	AV	BN	CE	NA1	NA2	NA3	SA
DIABETOLOGIA	precons 2020	capiente	capiente	5,5 mesi scoperti	2,5 mesi scoperti		capiente	1 mese scoperto
	proiez 2021	2 mesi scoperti	3 mesi scoperti	contenzioso	6 mesi scoperti	nuovi accred	4 mesi scoperti	5 mesi scoperti
BRANCHE a VISITA	precons 2020	capiente		capiente	capiente	1,5 mesi scoperti	capiente	utilizzo ca. 2/3
	proiez 2021	capiente		1 mese scoperto	3 mesi scoperti	4 mesi scoperti	capiente	capiente
CARDIOLOGIA	precons 2020	capiente		capiente	3 mesi scoperti	3 mesi scoperti	capiente	3,5 mesi scoperti
	proiez 2021	capiente		3 mesi scoperti	6 mesi scoperti	6 mesi scoperti	4,5 mesi scoperti	5,5 mesi scoperti
LABORATORIO di ANALISI (2)	precons 2020	2 mesi scoperti	2,5 mesi scoperti	3,5 mesi scoperti	capiente	2 mesi scoperti	1 mese scoperto	3 mesi scoperti
	proiez 2021	3,5 mesi scoperti	4, 5 mesi scoperti	4,5 mesi scoperti	4 mesi scoperti	5 mesi scoperti	5 mesi scoperti	4,5 mesi scoperti
MEDICINA NUCLEARE	precons 2020	capiente	5 gg scoperti	10 gg scoperti	utilizzo ca. 85%	2,5 mesi scoperti	utilizzo ca. 60%	utilizzo ca. 85%
	proiez 2021	5,5 mesi scoperti	1 mese scoperto	2 mesi scoperti	1 mese scoperto	6 mesi scoperti	utilizzo ca. 64%	1 mese scoperto
RADIOLOGIA	precons 2020	3,5 mesi scoperti	1,5 mesi scoperti	3,5 mesi scoperti	3 mesi scoperti	2 mesi scoperti	1 mese scoperto	3 mesi scoperti
	proiez 2021	5 mesi scoperti	4 mesi scoperti	5 mesi scoperti	5 mesi scoperti	4,5 mesi scoperti	5 mesi scoperti	5,5 mesi scoperti
RADIOTERAPIA	precons 2020	2 mesi scoperti		3 mesi scoperti	capiente	20 gg scoperti	6 mesi scoperti	utilizzo ca. 90%
	proiez 2021	2 mesi scoperti		3 mesi scoperti	1 mese scoperto	1 mese scoperto	6 mesi scoperti	2 mesi scoperti

(1): Le proiezioni 2021 sono effettuate in base ai monitoraggi delle ASL sul consuntivo gen - giu 2021 (gen - mag 2021 per NA1, NA2 e NA3 e Laboratori di CE)

(2): Nell'ambito della branca, in quasi tutte le ASL i budget delle prestazioni "R" sono stati esauriti nei primi mesi dell'anno, sia per il 2020 che per il 2021

Assegnazione del budget per contratti integrativi 2021 ai sensi dell'art. 26 del DL 73/2021

Importi in euro a tariffa vigente, netto ticket e quota ricetta nazionale regionale

Branche / ASL	ASL Avellino	ASL Benevento	ASL Caserta	ASL Napoli 1 Centro	ASL Napoli 2 Nord	ASL Napoli 3 Sud	ASL Salerno	TOTALE
DIABETOLOGIA	115.200,00	21.400,00	0,00	554.200,00	0,00	195.200,00	232.500,00	1.118.500,00
BRANCHE a VISITA	0,00	0,00	154.100,00	530.800,00	318.600,00	0,00	0,00	1.003.500,00
CARDIOLOGIA	0,00	0,00	569.600,00	3.493.100,00	2.564.600,00	1.318.500,00	1.544.500,00	9.490.300,00
LABORATORIO	1.037.200,00	717.500,00	3.125.200,00	3.361.400,00	5.380.100,00	4.164.200,00	5.246.200,00	23.031.800,00
MEDICINA NUCLEARE	0,00	24.100,00	420.200,00	651.700,00	1.363.900,00	0,00	181.000,00	2.640.900,00
RADIOLOGIA	740.900,00	903.300,00	5.295.500,00	6.132.100,00	6.563.400,00	5.452.500,00	6.354.300,00	31.442.000,00
RADIOTERAPIA	0,00	0,00	0,00	282.600,00	694.600,00	0,00	1.574.200,00	2.551.400,00
FKT	11.300,00	29.800,00	87.000,00	131.000,00	66.500,00	152.400,00	194.700,00	672.700,00
Totale Spesa Netta	1.904.600,00	1.696.100,00	9.651.600,00	15.136.900,00	16.951.700,00	11.282.800,00	15.327.400,00	71.951.100,00

Volumi di prestazioni (quantità)

Branche / ASL	ASL Avellino	ASL Benevento	ASL Caserta	ASL Napoli 1 Centro	ASL Napoli 2 Nord	ASL Napoli 3 Sud	ASL Salerno	TOTALE
DIABETOLOGIA	13.813	2.497	0	51.233	0	24.628	25.029	117.199
BRANCHE a VISITA	0	0	6.027	24.110	11.198	0	0	41.335
CARDIOLOGIA	0	0	18.068	112.463	82.181	41.880	47.369	301.960
LABORATORIO	391.525	262.641	1.094.080	1.158.344	1.940.508	1.482.691	1.947.703	8.277.492
MEDICINA NUCLEARE	0	61	1.350	1.589	2.835	0	322	6.156
RADIOLOGIA	15.702	18.793	97.221	118.670	117.282	109.331	112.606	589.604
RADIOTERAPIA	0	0	0	4.161	10.331	0	12.773	27.265
FKT	592	1.638	4.748	6.969	3.587	8.252	11.109	36.894
Totale Quantità	421.631	285.630	1.221.494	1.477.539	2.167.922	1.666.780	2.156.910	9.397.906

Importi in euro a tariffa vigente, al lordo della compartecipazione degli utenti

Branche / ASL	ASL Avellino	ASL Benevento	ASL Caserta	ASL Napoli 1 Centro	ASL Napoli 2 Nord	ASL Napoli 3 Sud	ASL Salerno	TOTALE
DIABETOLOGIA	127.773,84	24.119,33	0,00	591.282,25	0,00	218.211,17	258.810,69	1.220.197,28
BRANCHE a VISITA	0,00	0,00	168.366,07	582.177,70	340.765,68	0,00	0,00	1.091.309,45
CARDIOLOGIA	0,00	0,00	650.536,75	3.890.264,33	2.838.635,67	1.460.667,16	1.772.380,43	10.612.484,34
LABORATORIO	1.294.546,29	889.756,10	3.796.619,65	3.918.491,06	6.438.795,59	5.062.563,68	6.774.384,76	28.175.157,13
MEDICINA NUCLEARE	0,00	24.559,91	430.022,47	664.521,37	1.383.234,65	0,00	183.590,60	2.685.929,00
RADIOLOGIA	873.127,13	1.059.746,25	6.091.221,51	7.017.751,98	7.412.273,44	6.287.973,15	7.379.368,79	36.121.462,25
RADIOTERAPIA	0,00	0,00	0,00	285.426,51	700.413,23	0,00	1.584.444,39	2.570.284,13
FKT	12.330,43	33.103,56	94.484,54	139.885,60	70.899,75	163.059,16	217.780,97	731.544,01
Totale Spesa Lorda	2.307.777,69	2.031.285,15	11.231.250,99	17.089.800,80	19.185.018,01	13.192.474,32	18.170.760,63	83.208.367,59



IL FABBISOGNO REGIONALE DI PRESTAZIONI SANITARIE

Assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera

Anni 2020-2022

Sommario

1. Premessa.....	3
2. Analisi del contesto epidemiologico campano	3
3. Il fabbisogno assistenziale della Regione Campania.....	8
4. Il fabbisogno di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.....	11
4.1 Le principali branche specialistiche	12
4.2 Genetica medica	18
4.3 La Radioterapia.....	19
4.4 La Dialisi	20
4.5 Il fabbisogno complessivo.....	22
5. Il fabbisogno di prestazioni di Assistenza Ospedaliera	24

1. Premessa

Il presente documento ha lo scopo di aggiornare e rivalutare i fabbisogni sanitari della popolazione campana nei setting assistenziali ospedalieri e di specialistica ambulatoriale costituendo così un riferimento imprescindibile per la programmazione dell'offerta delle reti assistenziali ed in particolare per la programmazione delle prestazioni sanitarie per il triennio 2020-2022.

Il documento espone, innanzitutto, i pilastri metodologici alla base dello studio che sono di utile riferimento per approfondire i singoli aspetti della domanda assistenziale della popolazione campana in riferimento all'attuale rete di offerta. Tale volontà deriva dalla consapevolezza di una mutata situazione demografica ed epidemiologica da rivalutare, nonché dall'introduzione di nuove potenzialità terapeutiche e diagnostiche che richiedono una riconfigurazione globale dell'offerta sanitaria.

2. Analisi del contesto epidemiologico campano

La Campania e la Lombardia sono le due regioni italiane più densamente popolate con oltre 400 abitanti per kmq. Quando si divide il territorio nazionale in classi di superficie, considerando la più piccola di esse (con meno di 1.000 ettari), la Campania e la Sicilia sono le regioni con più alta densità abitativa; in particolare, in Campania si ha un picco di 2.560 abitanti per kmq.

La popolazione totale residente è pari a 5.712.143 abitanti (dato Istat al 01.01.2020), ripartita in 550 comuni con una densità media di 415 abitanti per kmq (media italiana: 200 ab/ kmq), valori che portano la Campania ad essere la terza regione d'Italia per numero di abitanti e la prima per densità abitativa.

Provincia	Popolazione residente (01/01/2020)	Superficie km ²	Densità abitanti/km ²	Numero Comuni
Avellino	410.369	2.806,07	145	118
Benevento	272.318	2.080,44	120	78
Caserta	913.666	2.651,35	344	104
Napoli	3.034.410	1.178,93	2.560	92
Salerno	1.081.380	4.954,16	217	158
Totale	5.712.143	13.670,95	415	550

Tabella 1 - Popolazione residente al 01.01.2020 – ISTAT

Dall'analisi della Tabella 1, si evince che la provincia più popolosa della Regione è quella di Napoli con 3.034.410 abitanti (2.560 ab/kmq), pari al 53,1% del totale, seguita dalle province di Salerno, Caserta, Avellino e Benevento.

Densità abitativa della Regione Campania

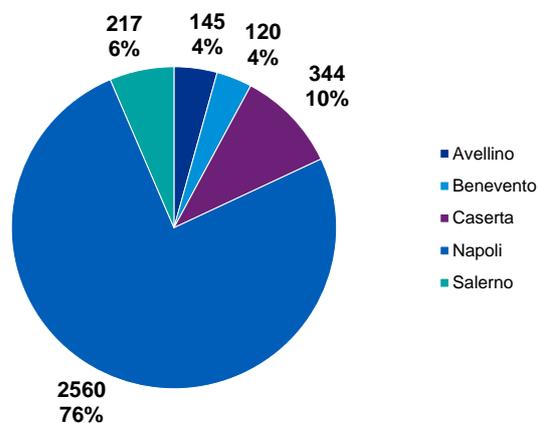


Figura 1 – Densità abitativa della Regione Campania al 01.01.2020

Estensione territoriale della Regione Campania

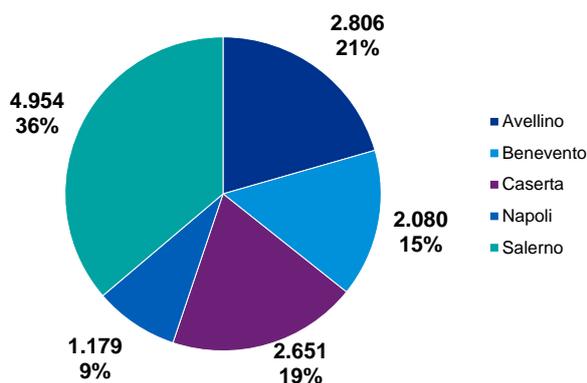


Figura 2 – Estensione territoriale della Regione Campania al 01.01.2020

Osservando la distribuzione della popolazione campana nel range temporale 2002-2020, si registra un incremento sul totale di ca. 0,2%, una riduzione di ca. 30% per la popolazione con fascia di età "0-14", una riduzione di ca. 1% per la popolazione con fascia di età "15-64" e un aumento di ca. 26% per la popolazione con fascia di età "65+". Di seguito si riporta il dettaglio per singolo anno:

Residenti al 1° gennaio					
Anno	0-14 anni	15-64 anni	65+ anni	Totale	Età media
2002	1.055.119	3.832.157	814.113	5.701.389	37,7
2003	1.046.999	3.842.746	835.353	5.725.098	38
2004	1.037.504	3.871.310	851.539	5.760.353	38,3
2005	1.027.455	3.890.161	871.370	5.788.986	38,5
2006	1.014.796	3.889.648	886.485	5.790.929	38,8
2007	999.259	3.892.247	898.681	5.790.187	39,1
2008	985.576	3.914.984	910.830	5.811.390	39,4
2009	972.414	3.917.840	922.708	5.812.962	39,7
2010	962.955	3.932.620	929.087	5.824.662	40
2011	954.052	3.938.155	941.849	5.834.056	40,2
2012	929.113	3.881.122	954.189	5.764.424	40,6
2013	919.307	3.872.234	978.209	5.769.750	40,9
2014	923.015	3.937.290	1.009.660	5.869.965	41,1
2015	907.340	3.925.061	1.029.128	5.861.529	41,5
2016	890.754	3.915.012	1.045.084	5.850.850	41,7
2017	873.733	3.902.680	1.062.671	5.839.084	42,1
2018	859.140	3.892.315	1.075.405	5.826.860	42,3
2019	832.055	3.829.593	1.078.643	5.740.291	42,6
2020	814.074	3.798.435	1.099.634	5.712.143	43,0

Tabella 2 - Andamento demografico nella Regione Campania - Anno 2002-2020

Si evidenzia, altresì, che all'interno delle diverse province la popolazione residente varia considerevolmente anche in relazione allo sviluppo delle attività presenti sul territorio, per cui risultano particolarmente popolose le zone dell'area metropolitana di Napoli, le aree contermini, e alcune zone del casertano.

Da un'elaborazione dei dati ISTAT presentata sul sito <http://www.tuttitalia.it>, emerge che tra i primi 50 Comuni italiani per densità demografica sono compresi 29 comuni Campani appartenenti alle province di Napoli (inclusa la città partenopea), di Caserta e di Salerno. Nella tabella e grafico che seguono, sono riportati i primi dieci comuni italiani ordinati per densità di popolazione.

Comune	Popolazione residenti	Superficie km ²	Densità abitanti/km ²	Altitudine m s.l.m.
Casavatore	18.428	1,53	12.070	80
Portici	53.254	4,6	11.574	29
San Giorgio a Cremano	43.304	4,15	10.425	56
Melito di Napoli	35.535	3,8	9.353	89
Napoli	940.940	118,94	7.911	17
Bresso	26.358	3,38	7.793	142
Frattaminore	15.787	2,04	7.732	36
Milano	1.397.715	181,68	7.693	122
Arzano	33.527	4,73	7.087	74
Sesto San Giovanni	80.589	11,7	6.888	140

Tabella 3 - Classifica primi 10 comuni italiani ordinati per densità di popolazione al 01.01.2020

Ad eccezione di Milano, Bresso e Sesto San Giovanni, gli altri 7 comuni insistono tutti nella città e nella provincia di Napoli. Nell'ambito della Regione Campania, è, dunque, la provincia di Napoli quella più popolosa; in essa risiede, infatti, oltre la metà della popolazione campana.

Provincia	Popolazione 0-14 a.		Popolazione 15-64 a.		Popolazione > 65 a.		Popolazione
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	totale
Avellino	49.374	12%	269.201	66%	91.794	22%	410.369
Benevento	32.811	12%	176.636	65%	62.871	23%	272.318
Caserta	134.166	15%	615.818	67%	163.682	18%	913.666
Napoli	454.989	15%	2.025.267	67%	554.154	18%	3.034.410
Salerno	142.734	13%	711.513	66%	227.133	21%	1.081.380
Totale	814.074	13%	3.798.435	66%	1.099.634	21%	5.712.143

Tabella 4 - Popolazione residente ripartita per provincia e per fasce d'età al 01.01.2020

La Regione si caratterizza per una percentuale di popolazione tra 0-14 anni pari al 13%, tra i 15-64 anni pari al 66% e oltre i 65 anni pari al 21%.

Per quel che riguarda la distribuzione demografica, la provincia di Benevento presenta in percentuale il maggior numero di anziani con un valore pari al 23% (superiore al valore medio nazionale pari al 21%), mentre le province di Napoli e di Caserta mostrano, in percentuale, sul totale regionale, il minor numero di cittadini ultrasessantacinquenni residenti.

Dalla lettura analitica dei dati demografici per fasce d'età e degli indicatori di struttura della popolazione (indice di vecchiaia, indice di dipendenza anziani e indice di dipendenza strutturale) ripartiti per ASL e per singolo comune è possibile rilevare sensibili differenze rispetto ai valori standard nazionali.

Provincia	indice di vecchiaia (%)	indice di dipendenza degli anziani (%)	indice di dipendenza strutturale (%)
Avellino	185,7	34,1	52,4
Benevento	191,5	35,6	54,2
Caserta	121,8	26,6	48,4
Napoli	121,5	27,4	49,8
Salerno	158,8	31,9	52,0
Regione Campania	134,7	29,0	50,4
Italia	178,4	36,4	56,7

Tabella 5 - Indicatori di struttura della popolazione al 01.01.2020

I suddetti indicatori di struttura della popolazione risultano così determinati:

- **indice di vecchiaia:** dato dal rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni e il numero di giovani fino a quattordici anni; rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione.
- **indice di dipendenza anziani:** dato dal rapporto percentuale tra gli adulti in età non attiva (65 anni e oltre) e quelli in età attiva (14-64 anni);
- **indice di dipendenza strutturale:** dato dal rapporto percentuale tra gli individui in età non attiva (0-14 anni + over 65 anni) e gli individui in età attiva (14-64 anni); indica quante persone in età non attiva si rilevano ogni 100 di età attiva e fornisce una misura della sostenibilità della struttura di una popolazione. Valori superiori al 50 % indicano una condizione di squilibrio generazionale.

Risulta inoltre importante prendere in esame l'espressione di alcuni indici demografici e sanitari che possono essere utili per capire i bisogni della popolazione, ad esempio l'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto di composizione tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e la popolazione più giovane (0-14), pari a 134,7 rispetto al valore medio di 178,4 dell'Italia.

La distribuzione di tale indice è difforme all'interno della regione con valori molto bassi nelle province di Napoli e Caserta (rispettivamente 121,5 e 121,8) e più alti nelle restanti province (Benevento 191,5, Avellino 185,7 e Salerno 158,8).

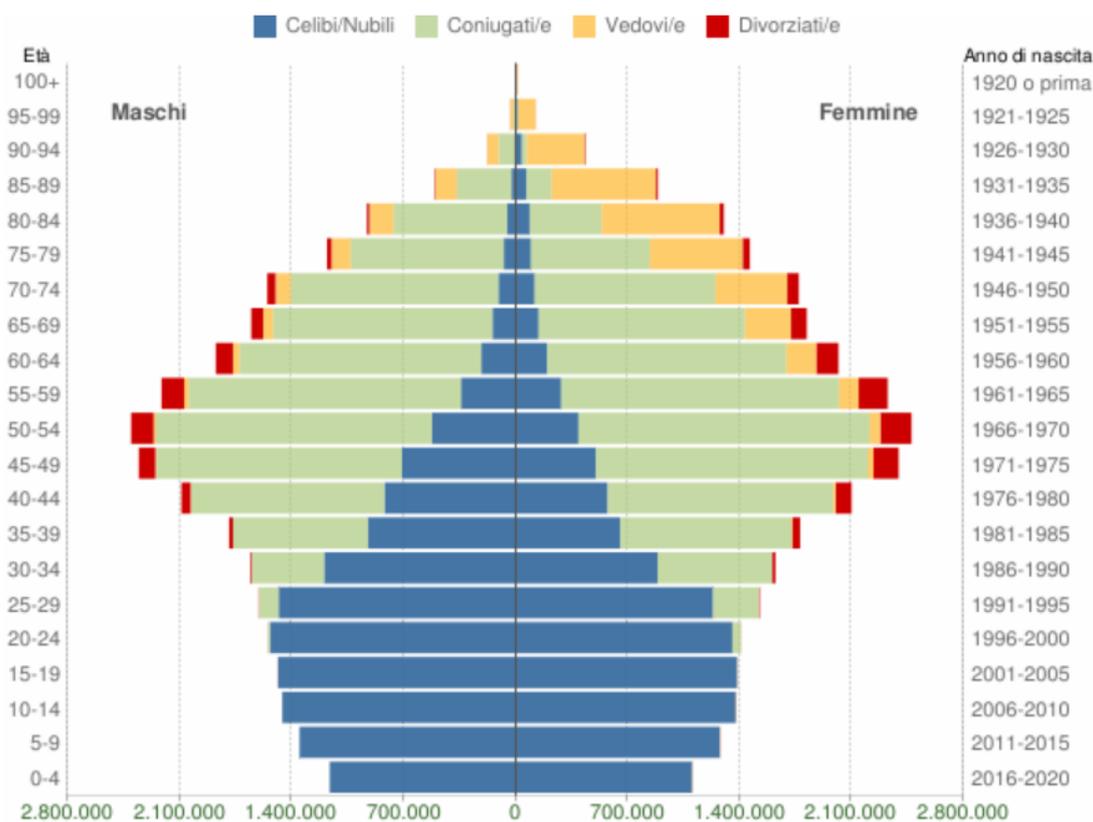


Figura 3 – Popolazione per età, sesso e stato civile Istat – 2020

La tendenza alla modifica della piramide demografica ed il mutato scenario epidemiologico impongono di riorganizzare l'assistenza sanitaria, secondo i mutati bisogni assistenziali. Negli ultimi 20 anni l'aumento della popolazione anziana anche in Campania ha determinato un incremento delle malattie croniche e invalidanti, delle poli-patologie e della non autosufficienza; a tale cambiamento del quadro nosologico generale si è affiancato il continuo progresso in campo tecnologico e terapeutico, il variare del contesto sociale di riferimento ed il crescente assorbimento di risorse in campo sanitario.

L'insieme di questi fenomeni ha determinato da un lato una crescita inarrestabile del consumo di risorse economiche in sanità, senza un corrispettivo incremento del livello di salute dei cittadini campani, dall'altro la sempre più inderogabile necessità di assicurare livelli di appropriatezza, declinati in contesti di cure e *setting* assistenziali adeguati, finalizzati all'erogazione di un'assistenza di qualità, capace anche di aver riguardo al contenimento della spesa.

Come tutte le regioni italiane, quindi, la Campania si prepara ad affrontare la sfida dell'invecchiamento della popolazione e l'esigenza di coniugare servizi adeguati con la loro sostenibilità. L'invecchiamento pone nuove sfide, come ad esempio la necessità di potenziare la gestione delle malattie croniche e della multi morbilità, ma offre anche molte opportunità nell'ambito della "Silver Economy". Da qui la necessità di imparare ad "invecchiare bene",

la promozione della salute anche con l'Attività Fisica Adattata (AFA) e l'enfasi sugli approcci innovativi per la prevenzione, la diagnosi precoce e servizi "age-friendly" da usare dentro e fuori i sistemi sociali e sanitari.

I cittadini campani hanno un'aspettativa di vita alla nascita inferiore rispetto alla media italiana, nello specifico per gli uomini la speranza di vita alla nascita è inferiore di **ca. 1,3** anni e per le donne di **ca. 1,1** anni. Rispetto alla media delle regioni del "mezzogiorno", il trend è confermato ma i divari sono inferiori; la speranza di vita alla nascita è inferiore di **ca. 0,9** anni per gli uomini ed è inferiore di **ca. 0,7** anni per le donne.

Provincia	Uomini		Donne	
	Speranza di vita alla nascita	Speranza di vita a 65 anni	Speranza di vita alla nascita	Speranza di vita a 65 anni
Avellino	78,7	17,6	83,5	21,2
Benevento	79,2	18,3	84,8	22,1
Caserta	78,1	17,1	83,4	20,9
Napoli	78,1	17,2	82,9	20,5
Salerno	79,5	18,5	84,4	22,0
Regione Campania	78,4	17,5	83,3	20,9
Mezzogiorno	79,3	18,2	84,0	21,5
Italia	79,7	18,2	84,4	21,6

Tabella 6 - Speranza di vita alla nascita al 01.01.2020 (ISTAT)

L'aspettativa di vita in buona salute in Campania è 58,2 anni per gli uomini (inferiore di **ca. 1,6** anni rispetto alla media nazionale e superiore di **ca. 0,8** rispetto alla media delle regioni del "mezzogiorno") e 57,9 anni per le donne (superiore di **ca. 0,3** anni rispetto alla media nazionale e superiore di **ca. 2,2** rispetto alla media delle regioni del "mezzogiorno").

2019	Speranza di vita in buona salute	
	Uomini	Donne
Regione Campania	58,2	57,9
Mezzogiorno	57,4	55,7
Italia	59,8	57,6

Tabella 7 - Speranza di vita in buona salute al 01.01.2019 (ISTAT)

3. Il fabbisogno assistenziale della Regione Campania

Il **fabbisogno assistenziale** è rappresentato dalle prestazioni e dai servizi che il Servizio sanitario è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione, con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

Erogazione delle prestazioni secondo criteri di appropriatezza, efficacia terapeutica ed efficienza economica per garantire la sostenibilità finanziaria

Le prestazioni sanitarie che definiscono i Livelli Essenziali di Assistenza devono essere erogate secondo criteri di massima appropriatezza clinica ed organizzativa, sicurezza, efficacia terapeutica ed efficienza economica.

Infatti, punto cardine della corretta gestione dei servizi sanitari è l'equilibrio economico e finanziario, come ricordato recentemente dal TAR di Salerno – Sezione II nella sentenza n. 1096/2021: "... la legge cost. 20 aprile 2012 n. 1 di riforma della Costituzione ha eretto a principio costituzionale fondamentale l'interesse pubblico finanziario, introducendo il nuovo primo comma all'art. 97 Cost., che segnatamente prevede la necessità che le pubbliche amministrazioni, in coerenza con l'ordinamento dell'U.E., assicurino l'equilibrio dei bilanci e la sostenibilità del debito pubblico, per come il riformato art. 81 Cost. e la legge 24 dicembre 2012 n. 243 hanno meglio declinato in

maniera dettagliata. Pertanto, è imposto alle pubbliche amministrazioni e ai soggetti concessionari di pubbliche funzioni e servizi, se destinatari di risorse finanziarie pubbliche, di operare nei limiti dei budget prestabiliti”.

La Regione Campania fuori dal commissariamento decennale perché migliora nella erogazione dei LEA in un quadro di consolidato equilibrio economico-finanziario

La Campania è attualmente valutata adempiente dal Ministero della salute anche per quanto attiene, in generale, all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, come attestato dal punteggio raggiunto nella cd. griglia LEA. Il documento del Ministero della salute di luglio 2018 riconosce che: “La valutazione finale per il 2018, si attesta per la Regione Campania su un **punteggio pari a 170** che secondo i parametri di riferimento fissati dal Comitato Lea (... positivo a 160) risulta positivo e in incremento rispetto agli anni precedenti”. Peraltro, nel Verbale del 16 dicembre 2020, il Ministero rileva che la Regione: “...registra nel 2019 un punteggio provvisorio paria a 168, raggiungendo la soglia di adempienza”.

Il fabbisogno sanitario di prestazioni viene soddisfatto tramite la rete assistenziale pubblica e, in via complementare, tramite l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati

Il **fabbisogno assistenziale** è declinato quale programmazione regionale della articolazione delle strutture sanitarie e dei volumi dell'offerta di prestazioni sanitarie da rendersi, in primis, tramite le strutture sanitarie pubbliche (ASL, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie e IRCCS pubblici) e, a complemento dell'offerta da rendersi, attraverso l'acquisto di prestazioni sanitarie erogate dalle strutture sanitarie private accreditate nell'interesse degli assistiti. Il tutto, ovviamente, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza e dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio Sanitario Regionale.

Nel contesto della programmazione dei cd. tetti di spesa, devono, quindi, essere ben definiti sia gli importi che i volumi delle prestazioni sanitarie **rientranti** nel **fabbisogno assistenziale** che devono essere erogati dalle strutture sanitarie private accreditate per i differenti setting assistenziali (ricovero, ambulatorio, ecc.) nell'ambito dei budget ad esse assegnati nei contratti e negli accordi ex art. 8-*quinquies* del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

Il volume di spesa raggiunto nell'anno immediatamente precedente è suscettibile di costituire una adeguata base di riferimento per la determinazione del fabbisogno per l'anno successivo

Si ritiene opportuno richiamare la consolidata giurisprudenza amministrativa, secondo la quale il riferimento alla spesa storica nella determinazione dei tetti di spesa, costituisce già di per sé una idonea stima del fabbisogno assistenziale. Si richiamano, in proposito, le sentenze del Consiglio di Stato – Sezione Terza, n. 3247/2013, 203/2018 e 3796/2018. In proposito, quest'ultima sentenza così recita: “... in ordine alla ragionevolezza di un sistema programmatico basato sul riferimento alla produzione dell'anno precedente, questa Sezione si è espressa anche recentemente (16/01/2018, n. 203) richiamando in termini altro precedente della Sezione (sentenza n. 3247 del 12 giugno 2013) in cui è affermato che *“l'esigenza di determinare i tetti di spesa e, quindi, delle prestazioni erogabili con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale costituisce per l'Amministrazione sanitaria un'esigenza prioritaria ed ineludibile, ed è quindi inevitabile che, nella concreta determinazione delle somme spettanti alle diverse branche e poi alle diverse aziende, si faccia riferimento, in assenza di più precisi studi sull'evoluzione delle necessità assistenziali e della relativa spesa, alla spesa storica costituita dalle prestazioni erogate negli anni e nei mesi immediatamente precedenti a quello di riferimento, con la possibile applicazione sugli importi così determinati anche di tagli percentuali e di meccanismi di regressione tariffaria”* ... Ne consegue, secondo la citata sentenza n. 203/2018, che siffatto *modus procedendi* assolve in sé anche gli oneri istruttori, in quanto *“il volume di spesa raggiunto nell'anno immediatamente precedente”* è *“suscettibile di costituire una adeguata base di riferimento per la determinazione del fabbisogno per l'anno successivo”*.

Le prestazioni erogate, rilevabili nei Sistemi Informativi nazionali e regionali, non corrispondono necessariamente all'intera offerta di prestazioni erogate ai cittadini

Le prestazioni rilevate dai flussi informativi nazionali e regionali possono non contenere tutte le prestazioni erogate; infatti:

- non sono rilevate le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale il cui onere è sostenuto direttamente dall'utente (cd. "*out of pocket*"), spesso perché di importo inferiore o uguale al ticket, e/o per altri motivi legati per lo più a scelte dell'utente; dai dati rilevati dall'Università Cattolica nel Rapporto *OsservaSalute*, si evidenzia che le prestazioni sanitarie acquistate direttamente dal cittadino campano rappresentano circa il 20% della spesa sanitaria complessiva: nel 2017 circa euro 410 pro capite; si tratta di un fenomeno non comprimibile che, anzi, osservando ciò che accade in regioni italiane economicamente più avanzate della Campania, è destinato a crescere nel tempo;
- le strutture pubbliche e, in particolare, gli ambulatori delle ASL non conferiscono i flussi informativi relativi alle prestazioni di assistenza specialistica sempre in maniera completa e tempestiva, ad esempio spesso non sono rilevate le prestazioni a cui non corrisponde un'entrata finanziaria (esenti ticket), o non vengono effettuate le dovute correzioni sugli scarti rispetto agli errori rilevati in fase di primo conferimento del flusso informativo; dalle verifiche effettuate sui dati 2019 si valuta una sottostima delle prestazioni dichiarate dalle strutture pubbliche nei flussi informativi mediamente di circa il 40%;
- inoltre, non vengono rilevate le prestazioni di specialistica ambulatoriale cd. "*per interni*" (pazienti ricoverati e/o che hanno semplicemente effettuato degli accessi in day hospital), ancorché non comprese nello specifico DRG; ad esempio: non sono rilevate nel FILE C oltre 86 mila prestazioni di Laboratorio di Genetica Medica (dato 2020) che l'AOU Federico II fornisce alle strutture di diagnosi e cura delle aziende sanitarie pubbliche tramite la sua controllata CEINGE – Biotecnologie Avanzate s.c. a r.l.; si possono stimare in circa 100 mila le prestazioni di dialisi erogate annualmente dalle strutture pubbliche e non inserite nel FILE C, ecc.

Il fabbisogno sanitario di prestazioni specialistiche ambulatoriali stimato nel DCA n. 83/2019 va revisionato alla luce di nuove evidenze

La metodologia utilizzata del DCA n°83/2019 riprende le conclusioni del Progetto Mattoni del Ministero della salute (che, va detto, si basa su rilevazioni statistiche nazionali relative all'anno 2003), dalle quali si evidenzerebbe un fabbisogno di 12 prestazioni / anno pro-capite.

Le evidenze e le conclusioni a cui è pervenuto il Progetto Mattoni, utilizzate nel percorso metodologico seguito dalla Regione nel DCA n°83 del 2019, seppur approvate dal Ministero della Salute, risentivano quindi, evidentemente, da una parte, della vetustà delle evidenze utilizzate e, dall'altra, del campione di Regioni coinvolto nell'analisi statistica.

Il fabbisogno sanitario di prestazioni ospedaliere è determinato a livello nazionale dal Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70

Per l'area delle prestazioni di ricovero ospedaliero, la determinazione del **fabbisogno assistenziale** è stata fissata nel Piano Ospedaliero Regionale, approvato dal DCA n. 8 del 01.02.2018, pubblicato sul BURC n. 12 del 12.02.2018, come modificato e integrato, a seguito delle prescrizioni dei Tavoli tecnici ministeriali, dal DCA n. 103 del 28.12.2018, pubblicato sul BURC n. 2 del 14.01.2019.

In tale fondamentale atto di programmazione:

- si è dato atto che i ricoveri ospedalieri sono erogati per oltre il 70% dalle strutture ospedaliere pubbliche;
- si è dato atto che l'insieme dei ricoveri ospedalieri nelle strutture pubbliche e private deve ancora ridursi dai circa 170 per 1000 abitanti per giungere all'obiettivo di un tasso di ospedalizzazione del 160 per 1000;
- sono stati programmati i posti letto per le varie discipline ospedaliere e per ciascuna struttura ospedaliera pubblica e privata; la dotazione di posti letto, regolamento adottato con decreto del Ministro della Salute del 2 aprile 2015 n. 70, è stata fissata in "19.841 posti letto (pari a 3,6 PL per 1000 abitanti – popolazione "pesata"), di cui 16.191 per acuti (pari a 2,90 PL x 1.000 abitanti) e 3.650 posti letto post acuzie (pari a 0,7

PL x 1.000 abitanti). Tale dotazione corrisponde alla programmata attivazione di nuovi 1.637 posti letto aggiuntivi”, soprattutto nell’area della post acuzie;

- si è programmato l’incremento di 2.136 posti letto nelle strutture ospedaliere pubbliche, la riduzione di 549 posti letto nelle strutture ospedaliere private, di cui 562 posti letto nelle case di cura ex neuropsichiatriche, attraverso la riconversione in strutture territoriali di salute mentale, realizzata soprattutto nel biennio 2018 – 2019 e attualmente in fase di completamento, 41 posti letto negli Ospedali Classificati ed un incremento di 54 posti letto nelle altre case di cura private (soprattutto per portare alla soglia di efficienza di almeno 60 posti letto, richiesta dal DM 70/2015);
- si è previsto l’accantonamento di 50 posti letto ancora da attribuire di codice 75 (gravi traumi cranio-encefalici e cerebropatie acquisite).

Di tutto quanto esplicitamente normato con riguardo all’offerta di assistenza ospedaliera erogata dalle strutture private, peraltro, si è tenuto espressamente conto anche nel definire i tetti di spesa, sia per il biennio 2018 – 2019, sia per il biennio 2020 - 2021.

4. Il fabbisogno di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

In assenza di criteri standard fissati a livello nazionale dal Ministero della Salute, la Regione ha proceduto ad una analisi della letteratura esistente e ad una ricerca comparativa dei diversi approcci seguiti nelle principali Regioni italiane.

La Regione Campania intende, quindi, definire e perseguire una metodologia comune a più Regioni, che possa guidare un riequilibrio della produzione complessiva anche nell’ottica di un recupero della mobilità passiva e delle prestazioni erogate in pronto soccorso per pazienti con codici bianchi e verdi.

Dall’analisi delle metodologie utilizzate dalle Regioni Emilia-Romagna, Abruzzo, Lazio e Veneto emerge come la stima del fabbisogno sia effettuata, come tra l’altro specificato dal Consiglio di Stato, considerando come sua *proxy* il volume di prestazioni erogate nell’anno 2019.

Come per le altre Regioni, anche la Campania applica dei *correttivi*, così da rivalutare i volumi ed i mix di produzione in modo da considerare nel fabbisogno, eventuali variazioni intervenute nella popolazione e nella sua evoluzione epidemiologica e le prestazioni che le strutture campane non hanno erogato in quanto:

- ricevute in altre Regioni (mobilità passiva);
- ricevute in luoghi inappropriati, ovvero all’interno del Pronto Soccorso registrati alla dimissione (“livello di appropriatezza”) con codice bianco e verde.

Il percorso metodologico ha, quindi, assunto come **base di partenza il volume di prestazioni, desunte dal flusso informativo regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (File C)**, rese per l’anno 2019, ed ha previsto i seguenti step procedurali:

- si è condotta la **ricognizione dell’offerta** del sistema sanitario regionale;
- il volume della produzione è stato suddiviso per la **popolazione residente**, per **provincia** e per **branca**;
- si è determinato il numero di **prestazioni pro-capite** e i tassi di consumo delle prestazioni;
- si è determinato un “**primo fabbisogno teorico**” riportando alla media regionale il numero di prestazioni per residenti, per singola ASL di residenza, per tutte le branche specialistiche.

Il risultato dell'analisi effettuata ha rappresentato la base per la fase successiva volta a definire una corretta e completa determinazione del fabbisogno utile per l'attività di programmazione, applicando i seguenti *correttivi*:

- **Mobilità passiva extra – regionale:** fabbisogno aggiuntivo per ASL di residenza determinato dalle prestazioni erogate fuori regione e rendicontate alla Regione Campania per l'anno 2019;
- **Prestazioni ambulatoriali da PS** (codice bianco e verde): tali prestazioni presentano condizioni di erogabilità nell'ambito della specialistica ambulatoriale, in considerazione che con un diverso modello organizzativo possono essere programmate e prescritte, secondo criteri di appropriatezza e effettive necessità aziendali. Nell'analisi sono stati, pertanto, considerati gli accessi in PS con codice bianco e verde.

4.1 Le principali branche specialistiche

La metodologia descritta nel paragrafo precedente è stata applicata per le seguenti branche specialistiche:

- Patologia Clinica;
- Medicina Fisica e Riabilitazione;
- Cardiologia;
- Radiodiagnostica;
- Branche a visita (comprensivo di Diabetologia);
- Medicina Nucleare.

Per le prestazioni di **Genetica medica, Radioterapia e Dialisi**, la presente metodologia si basa su criteri e standard previsti specificamente dalla normativa nazionale e regionale, oltre che da linee guida, studi e sperimentazioni riconosciute a livello nazionale.

In Campania per quanto riguarda il consumo ed il costo delle prestazioni ambulatoriali nell'anno 2019, sono stati individuati il numero di prestazioni complessive, il numero di prestazioni pro-capite, il relativo costo complessivo, il costo pro-capite e il costo medio della prestazione, sulla base della popolazione residente in Campania al 1° gennaio 2020. Ogni cittadino campano usufruisce di **circa 9,4 prestazioni ambulatoriali**, al netto delle prestazioni di radioterapia e dialisi, ogni anno, per un costo complessivo di circa **108 euro** (che include sia la quota a carico dello Stato che la compartecipazione).

I dati considerati nella seguente analisi, relativi al File C del 2019, sono stati aggregati sia in termini di numero di prestazioni che in termini di costo della prestazione; la tabella seguente riporta il numero di prestazioni totale e numero di prestazioni pro-capite per singola branca.

Branche	N° prestazioni	Prestazioni pro-capite
Patologia Clinica	40.787.572	7,14
Medicina Fisica e Riabil.	2.135.470	0,37
Cardiologia	2.015.802	0,35
Radiodiagnostica	3.241.032	0,57
Branche a visita*	5.174.197	0,91
Medicina Nucleare	121.192	0,02
Totale	53.475.265	9,4

* comprensivo di Diabetologia

Tabella 8 - Analisi dei Volumi, per i residenti in Campania al 01.01.2020

La tabella sottostante riporta il costo complessivo delle prestazioni erogate, il valore economico medio pro-capite ed il valore economico medio della singola prestazione per branca.

Branche	Valore Prestazioni [€]	Valore medio pro-capite [€]	Valore medio della prestazione [€]
Patologia Clinica	177.556.375	31,1	4,4
Medicina Fisica e Riabil.	42.365.697	7,4	19,8
Cardiologia	63.568.576	11,1	31,5
Radiodiagnostica	184.832.480	32,4	57,0
Branche a visita	100.121.220	17,5	19,4
Medicina Nucleare	48.246.683	8,4	398,1
Totale	616.691.030	108	11,5
Radioterapia	51.071.960	9	75
Dialisi	151.949.861	27	178

Tabella 9 – Valore economico prestazioni per i residenti in Campania al 01.01.2020

Nella tabella seguente sono riportati gli indici di consumo (rapporto tra le prestazioni utilizzate dai cittadini della provincia e la popolazione di riferimento) per 1.000 abitanti per singola branca.

Aziende		Avellino	Benevento	Caserta	Napoli 1	Napoli 2	Napoli 3	Salerno	Totale
Residenti		410.369	272.318	913.666	962.890	1.022.706	1.048.814	1.081.380	5.712.143
Branche	Indicatori								
Patologia Clinica	Consumi	3.326.182	1.896.582	6.332.268	7.550.156	6.150.793	7.832.683	7.698.908	40.787.572
	Indice di consumo per 1000 ab.	8.105	6.965	6.931	7.841	6.014	7.468	7.120	7.141
Medicina Fisica e Riabil.	Consumi	109.078	62.054	280.273	500.028	407.348	501.421	275.268	2.135.470
	Indice di consumo per 1000 ab.	266	228	307	519	398	478	255	374
Cardiologia	Consumi	92.980	41.010	335.303	485.016	361.950	369.073	330.470	2.015.802
	Indice di consumo per 1000 ab.	227	151	367	504	354	352	306	353
Radiodiagnostica	Consumi	184.666	120.285	517.437	669.458	610.850	635.359	502.977	3.241.032
	Indice di consumo per 1000 ab.	450	442	566	695	597	606	465	567
Branche a visita	Consumi	280.481	169.628	805.185	1.212.433	964.649	923.817	818.004	5.174.197
	Indice di consumo per 1000 ab.	683	623	881	1.259	943	881	756	906
* Medicina Nucleare	Consumi	5.561	3.489	23.628	27.740	23.020	25.368	12.386	121.192
	Indice di consumo per 1000 ab.	14	13	26	29	23	24	11	21

* comprensivo di Diabetologia

Tabella 10 - Indice di consumi pesato per 1.000 abitanti per area provinciale (Anno 2019)

La tabella evidenzia un consumo complessivamente omogeneo tra le ASL per ogni branca, ad eccezione di:

- **Patologia Clinica** dove si registra un consumo sopra la media per i residenti dell'ASL Avellino;
- **Medicina Fisica e Riabilitazione** dove si registra un consumo sopra la media per i residenti dell'ASL Napoli 1 e dell'ASL Napoli 3;
- **Cardiologia** dove si registra un consumo sopra la media per i residenti dell'ASL Napoli 1;
- **Radiodiagnostica** dove si registra un consumo sopra la media per i residenti dell'ASL Napoli 1 e dell'ASL Napoli 3;
- **Branche a visita** dove si registra un consumo sopra la media per i residenti dell'ASL Napoli 1 e dell'ASL Napoli 2;
- **Medicina Nucleare** dove si registra un consumo sopra la media per i residenti dell'ASL Caserta e dell'ASL Napoli 1.

L'offerta relativa alla specialistica ambulatoriale regionale risulta erogata, considerando le strutture registrate nel File C relativo al 2019, da 1.591 strutture di cui 661 a gestione diretta e 930 private accreditate, comprensive di dialisi e radioterapia, come riportato nella tabella seguente:

Strutture Erogatrici			
Macroarea	Pubblico	Privato	Totale
Avellino/ Benevento		21	58
Caserta	24		149
Napoli 1	95		188
Napoli 2	28		142
Napoli 3	69		230
Salerno	424	163	587
Totale	661	930	1.591

Tabella 11 - Strutture erogatrici pubbliche e private per ASL (Anno 2019)

Per analizzare la copertura dell'offerta per le diverse branche è necessario individuare i punti di erogazione, intesi come punti, situati presso la stessa struttura, che erogano prestazioni per branche diverse, suddivisi per le singole Aziende come riportato nella tabella seguente:

Punti di erogazione	Avellino/Benevento			Caserta			Napoli 1			Napoli 2			Napoli 3			Salerno			Totale		
	Pubblico		Privato	Pubblico		Privato	Pubblico		Privato	Pubblico		Privato	Pubblico		Privato	Pubblico		Privato	Pubblico		Privato
Branca	ASL	AO		ASL	AO		ASL	AO/AOU/IRCCS	Privato	ASL	AO	Privato	ASL	AO	Privato	ASL	AO/AOU	Privato	ASL	AO	Privato
Patologia Clinica	13	2	45	17	1	68	23	8	60	21	-	46	43	-	102	42	1	72	159	12	393
Medicina Fisica e Riabil.	9	2	17	10	1	27	32	6	25	6	-	20	26	-	47	13	1	26	96	10	162
Cardiologia	17	2	9	22	1	26	32	9	60	26	-	36	34	-	65	45	1	33	176	13	229
Radiodiagnostica	11	2	21	16	1	32	25	7	57	17	-	39	30	-	66	45	1	47	144	11	262
Branche a visita	22	3	16	27	1	47	73	29	102	40	-	61	76	-	132	427	1	52	665	34	410
Dialisi	3	2	13	6	1	20	9	5	15	2	-	20	8	-	26	47	1	21	75	9	115
Medicina Nucleare	-	1	2	-	-	5	1	5	8	-	-	4	-	-	2	-	1	6	1	7	27
Radioterapia	5		2	5		2	10		2	1		7	2		2	4		5	27		20
Totale	94	125	109	227	274	329	113	233	219	442	630	262	1439	1618							

Tabella 12 - Punti di erogazione per branca pubblici e privati (anno 2019)

Per la Radioterapia si considerano i punti di erogazione programmati come da DCA n°49 del 22.06.2018 e DCA n°75 del 20.09.2018 come descritto nel paragrafo successivo.

I punti di erogazione presenti nel 2019 sono in totale 3.057, suddivisi in 1.439 pubblici e 1.618 privati. Al fine di "incrociare" il dato dell'offerta a quello della possibile domanda di salute dei residenti della Regione, si può individuare la densità di offerta per 100.000 abitanti data dal rapporto tra le strutture che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale e la popolazione residente nella provincia in cui sono ubicate le strutture. La densità di offerta è risultata al di sopra della media regionale nell'ASL/provincia di Salerno dove si registrano 82 punti di erogazione per 100.000 abitanti.

ASL	Popolazione residente (1° gennaio 2020)	Punti di offerta (Pubblico e Privato)	Densità offerta per 100.000 ab
Avellino/Benevento	682.687	219	32
Caserta	913.666	336	37
Napoli 1	962.890	603	63
Napoli 2	1.022.706	346	34
Napoli 3	1.048.814	661	63
Salerno	1.081.380	892	82
Totale	5.712.143	3.057	54

Tabella 13 - Densità di offerta per 100.000 abitanti per ASL

Provincia	Popolazione residente (1° gennaio 2020)	Punti di offerta (Pubblico e Privato)	Densità offerta per 100.000 ab
Avellino/Benevento	682.687	219	32
Caserta	913.666	336	37
Napoli	3.034.410	1.610	53
Salerno	1.081.380	892	82
Totale	5.712.143	3.057	54

Tabella 14 - Densità di offerta per 100.000 abitanti per provincia

Estendendo la densità di offerta per 100.000 abitanti alla distribuzione dei punti di erogazione per singola branca si riportano i valori nelle tabelle sottostanti.

Aziende		Avellino/ Benevento	Caserta	Napoli 1	Napoli 2	Napoli 3	Salerno	Totale
<i>Residenti</i>		682.687	913.666	962.890	1.022.706	1.048.814	1.081.380	5.712.143
Branche	Indicatori							
Patologia Clinica	Punti di erogazione	60	86	91	67	145	115	564
	Densità di offerta per 100.000 ab	8,8	9	10	7	14	11	10
Medicina Fisica e Riabil.	Punti di erogazione	28	38	63	26	73	40	268
	Densità di offerta per 100.000 ab	4,1	4,2	6,5	2,5	7,0	3,7	4,7
Cardiologia	Punti di erogazione	28	49	101	62	99	79	418
	Densità di offerta per 100.000 ab	4,1	5,4	10,5	6,1	9,4	7,3	7,3
Radiodiagnostica	Punti di erogazione	34	49	89	56	96	93	417
	Densità di offerta per 100.000 ab	5,0	5,4	9,2	5,5	9,2	8,6	7,3
Branche a visita **	Punti di erogazione	41	75	204	101	208	480	1.109
	Densità di offerta per 100.000 ab	6,0	8,2	21,2	9,9	19,8	44,4	19,4
Dialisi	Punti di erogazione	18	27	29	22	34	69	199
	Densità di offerta per 100.000 ab	2,6	3,0	3,0	2,2	3,2	6,4	3,5
Medicina Nucleare	Punti di erogazione	3	5	14	4	2	7	35
	Densità di offerta per 100.000 ab	0,4	0,5	1,5	0,4	0,2	0,6	0,6
Radioterapia*	Punti di erogazione	7	7	8	8	8	9	47
	Densità di offerta per 100.000 ab	1,0	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8

* dati programmati **comprensivo di Diabetologia

Tabella 15 - Densità di offerta per 100.000 abitanti per Azienda

Provincia		Avellino/ Benevento	Caserta	Napoli	Salerno	Totale
<i>Residenti</i>		682.687	913.666	3.034.410	1.081.380	5.712.143
Branche	Indicatori					
Patologia Clinica	Punti di erogazione	60	86	303	115	564
	Densità di offerta per 100.000 ab	8,8	9,4	10	11	10
Medicina Fisica e Riabil.	Punti di erogazione	28	38	162	40	268
	Densità di offerta per 100.000 ab	4,1	4,2	5	3,7	5
Cardiologia	Punti di erogazione	28	49	262	79	418
	Densità di offerta per 100.000 ab	4,1	5,4	9	7,3	7
Radiodiagnostica	Punti di erogazione	34	49	241	93	417
	Densità di offerta per 100.000 ab	5,0	5,4	7,9	8,6	7
Branche a visita **	Punti di erogazione	41	75	513	480	1.109
	Densità di offerta per 100.000 ab	6,0	8,2	16,9	44,4	19
Dialisi	Punti di erogazione	18	27	85	69	199
	Densità di offerta per 100.000 ab	2,6	3,0	2,8	6,4	4
Medicina Nucleare	Punti di erogazione	3	5	20	7	35
	Densità di offerta per 100.000 ab	0,4	0,5	0,7	0,6	1
Radioterapia*	Punti di erogazione	7	7	24	9	47
	Densità di offerta per 100.000 ab	1,0	0,8	0,8	0,8	1

* dati programmati **comprensivo di Diabetologia

Tabella 16 - Densità di offerta per 100.000 abitanti per Provincia

L'erogazione delle prestazioni di specialistica per l'anno 2019, per la popolazione residente, sia per le strutture pubbliche che le strutture private, si attesta su 53.475.265 prestazioni, come riportato nella tabella seguente (escludendo le prestazioni di dialisi e di radioterapia valutate separatamente nei paragrafi successivi):

	Numero di Prestazioni		
	Strutture Private	Strutture Pubbliche	Totale Regione
Totale	42.746.989	10.728.276	53.475.265

Tabella 17 - Analisi delle prestazioni erogate per residenti (pubblico e privato) anno 2019

Approfondendo il dettaglio per singola Azienda Sanitaria, si riportano le prestazioni erogate sia in regime pubblico che privato, come riportato nella tabella sottostante, elaborata in funzione della localizzazione dell'erogatore delle prestazioni per l'ASL di riferimento:

Branca/ASL di Erogazione	Avellino	Benevento	Caserta	Napoli 1	Napoli 2	Napoli 3	Salerno	Totale
Patologia Clinica	3.066.398	1.923.293	6.380.997	7.059.436	5.640.290	7.312.475	9.404.683	40.787.572
Medicina Fisica e Riabil.	83.677	67.880	272.126	433.683	465.093	540.021	272.990	2.135.470
Cardiologia	77.063	34.883	325.453	594.532	318.566	343.870	321.435	2.015.802
Radiodiagnostica	140.222	121.112	501.779	707.092	663.703	608.337	498.787	3.241.032
Branche a visita *	253.971	166.872	769.769	1.877.661	620.609	703.055	782.260	5.174.197
Medicina Nucleare	1.725	1.691	22.820	67.046	10.797	9.140	7.973	121.192
Totale	3.623.056	2.315.731	8.272.944	10.739.450	7.719.058	9.516.898	11.288.128	53.475.265

* comprensivo di Diabetologia

Tabella 18 - Analisi del numero di prestazioni erogate a cittadini campani dalle strutture pubbliche e private per branca specialistica

Il secondo step metodologico individua il volume della produzione suddiviso per la popolazione residente, per provincia e per branca, come rappresentato nelle tabelle successive per ASL di residenza dell'assistito.

Branca /ASL Residenza	Avellino	Benevento	Caserta	Napoli 1	Napoli 2	Napoli 3	Salerno	Totale
Patologia Clinica	3.326.182	1.896.582	6.332.268	7.550.156	6.150.793	7.832.683	7.698.908	40.787.572
Medicina Fisica e Riabil.	109.078	62.054	280.273	500.028	407.348	501.421	275.268	2.135.470
Cardiologia	92.980	41.010	335.303	485.016	361.950	369.073	330.470	2.015.802
Radiodiagnostica	184.666	120.285	517.437	669.458	610.850	635.359	502.977	3.241.032
Branche a visita*	280.481	169.628	805.185	1.212.433	964.649	923.817	818.004	5.174.197
Medicina Nucleare	5.561	3.489	23.628	27.740	23.020	25.368	12.386	121.192
Totale	3.998.948	2.293.048	8.294.094	10.444.831	8.518.610	10.287.721	9.638.013	53.475.265

* comprensivo di Diabetologia

Tabella 19 - Numero di prestazioni per branca e asl di residenza dell'assistito (anno 2019)

Come esposto nel percorso metodologico, si è provveduto a determinare un “**primo fabbisogno teorico**” riportando alla media regionale il numero di prestazioni per residenti (come in tabella 8), per singola ASL di residenza, per tutte le branche specialistiche. Di seguito si riportano i valori ottenuti sulla base del numero di prestazioni pro-capite per la popolazione residente per singola Azienda Sanitaria Locale.

Branca	Avellino	Benevento	Caserta	Napoli 1	Napoli 2	Napoli 3	Salerno	Totale
Patologia Clinica	2.930.241	1.944.487	6.524.034	6.875.519	7.302.635	7.489.059	7.721.597	40.787.572
Medicina Fisica e Riabil.	153.415	101.805	341.572	359.974	382.336	392.096	404.271	2.135.470
Cardiologia	144.818	96.100	322.431	339.802	360.911	370.124	381.616	2.015.802
Radiodiagnostica	232.841	154.511	518.408	546.337	580.277	595.090	613.568	3.241.032
Branche a visita*	371.722	246.672	827.621	872.209	926.392	950.041	979.540	5.174.197
Medicina Nucleare	8.707	5.778	19.385	20.429	21.698	22.252	22.943	121.192
Totale	3.841.744	2.549.354	8.553.450	9.014.270	9.574.248	9.818.663	10.123.535	53.475.265

* comprensivo di Diabetologia

Tabella 20 - Primo fabbisogno teorico

La definizione del “primo fabbisogno teorico” è il punto di partenza per stimare il fabbisogno di “salute” della Regione. Uno dei primi *correttivi* da applicare al suddetto fabbisogno teorico è, senza ombra di dubbio, la mobilità passiva regionale che consiste nelle prestazioni erogate ai cittadini campani al di fuori della Regione.

L'elaborazione dei dati della **mobilità passiva interregionale** relativi al 2019 per la specialistica ambulatoriale è esposta nella tabella che segue.

Branca	Azienda di residenza dell'assistito							
	Avellino	Benevento	Caserta	Napoli 1	Napoli 2	Napoli 3	Salerno	Sub-totale
Patologia Clinica	120.420	74.102	248.157	156.327	127.134	158.007	254.873	1.139.020
Medicina Fisica e Riabil.	2.690	1.321	5.073	2.815	1.971	2.454	4.795	21.119
Cardiologia	2.695	1.513	5.900	9.129	2.381	3.045	5.411	30.074
Radiodiagnostica	8.409	5.098	12.992	10.765	7.626	9.114	18.746	72.750
Branche a visita*	27.485	14.502	51.500	89.374	54.462	58.459	54.061	349.843
Medicina Nucleare	689	333	687	418	310	439	1.635	4.511
Totale	162.388	96.869	324.309	268.828	193.884	231.518	339.521	1.617.317

* comprensivo di Diabetologia

Tabella 21 - Numero di prestazioni di Mobilità Passiva interregionale per branca (anno 2019)

Dalle analisi emergono 1.617.317 prestazioni che vengono erogate a residenti campani da strutture di altre regioni italiane al di fuori della Campania; dalle prestazioni totali sono state escluse le prestazioni non riconducibili ad una branca specifica e/o che non hanno l'indicazione dell'ASL di residenza.

Ulteriore *correttivo* che è necessario considerare nella determinazione del fabbisogno è l'attività ambulatoriale che viene erogata nei Pronto Soccorso (sia pubblici che privati) della rete ospedaliera della Regione Campania. Le prestazioni che vanno considerate nella definizione del fabbisogno sono quelle comunemente indicate come "non urgenti" ovvero le prestazioni che vengono codificate con priorità "bianco" o "verde".

L'analisi è stata condotta sulla base delle informazioni contenute nel flusso ministeriale "EMUR-PS" per l'anno 2019, relativamente a quanto indicato nel campo "livello di appropriatezza accesso" che indica il codice priorità del paziente valutato dal medico dopo la visita.

La suddetta analisi considera quanto previsto dalla Legge 27 dicembre 2006, n°296 che recita "Per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso ospedaliero non seguite da ricovero, la cui condizione è stata codificata come codice bianco, ad eccezione di quelli afferenti al pronto soccorso a seguito di traumatismi ed avvelenamenti acuti, gli assistiti non esenti sono tenuti al pagamento di una quota fissa pari a 25 euro. La quota fissa per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso non è, comunque, dovuta dagli assistiti non esenti di età inferiore a 14 anni. Sono fatte salve le disposizioni eventualmente assunte dalle Regioni che, per l'accesso al pronto soccorso ospedaliero, pongono a carico degli assistiti oneri più elevati." Assumendo come inappropriate per il PS le prestazioni per le quali è previsto il pagamento del ticket, queste sono state escluse dal calcolo del correttivo.

Di seguito si riportano le prestazioni di specialistica ambulatoriale eseguite in PS, per ASL e per branca:

Branca	Avellino	Benevento	Caserta	Napoli 1	Napoli 2	Napoli 3	Salerno	Totale
Patologia Clinica	30.802	82	9.382	97.547	47.872	-	750.116	935.801
Medicina Fisica e Riabil.	2	-	-	-	-	-	-	2
Cardiologia	271	101	2.071	1.882	5.580	-	8.100	18.005
Radiodiagnostica	2.495	319	3.928	11.352	12.527	-	54.048	84.669
Branche a visita	12.213	4.025	39.330	62.979	35.328	29.253	139.793	322.921
Medicina Nucleare	-	-	-	-	-	-	27	27
Totale	45.790	4.527	54.711	173.760	101.309	29.253	952.084	1.361.425

Tabella 22 - Numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in PS per branca (anno 2019)

4.2 Genetica medica

La Regione Campania ha definito il fabbisogno di genetica medica con DCA n. 58 del 05.07.2018, avente ad oggetto "Rete di Genetica Medica Clinica e di Laboratorio della Regione Campania". In particolare, nell'allegato B "Documento elaborato dal Gruppo tecnico-scientifico (istituito con decreto commissariale n.147 del 17.12.2012 pubblicato sul BURC n.33 del 17 giugno 2013) per il riordino della rete assistenziale della Genetica Medica clinica e di laboratorio." viene stimato il fabbisogno regionale.

La stima è stata elaborata dal Gruppo tecnico-scientifico e ottenuta dalla valutazione dei dati epidemiologici regionali, dalla analisi dei costi pregressi sostenuti dalla Regione e dalla previsione, derivata dai nuovi LEA e dalle nuove esigenze legate all'innovazione tecnologica e ai progressi scientifici soprattutto nel campo della genomica medica.

Di seguito è riportata la stima del fabbisogno pari a **49.415 test genetici/anno** e **324.797 prestazioni/anno**, da soddisfarsi per il 50% dalle strutture pubbliche e per il 50% dalle strutture private, così suddivise:

- per la Diagnosi prenatale si stima un numero di test/anno totale di 40.000 e un numero di prestazioni/anno totali di 245.000;

- per la Diagnosi postnatale si stima un numero di test/anno totale di 5.190 e un totale di 41.522 prestazioni/anno;
- per l'Oncologia si stima un numero di test/anno totale di 4.225 con un totale di prestazioni/anno di 38.275.

Tale fabbisogno definito nel 2018 può essere confermato anche per gli anni successivi. Si precisa che, ai fini della stima del fabbisogno 2020-2022, le prestazioni di genetica medica sono contenute nella branca di Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi)

Stima di fabbisogno					
DIAGNOSI PRENATALE	nati per anno	diagnosi/anno	% indicate	test/anno	prest/anno
2018	50.000				
Cariotipo fetale			30%	15.000	75.000
Trisomie 13-18-21-X e Y Pcr Quantitativa/FISH interfase			30%	15.000	90.000
Ibridazione genomica comparativa CGH			20%	10.000	80.000
Totale				40.000	245.000
DIAGNOSI POSTNATALE	n. pazienti	diagnosi/anno	% indicate	test/anno	prest/anno
Malattie rare	14.372	20%	70%	2.012	16.097
Parenti di pazienti con malattie rare	43.116	10%	70%	3.018	24.145
Neonati a rischio	200	100%	80%	160	1.280
Totale				5.190	41.522
ONCOLOGIA	nuovi casi/anno	follow-up	% test indicati	test/anno	prest/anno
Carcinoma mammario	3.500		20%	700	13.300
Carcinoma colon-retto	3.500		15%	525	9.975
Emat oncologia	1.800		100%	1.800	9.000
Emat oncologia		1.200	100%	1.200	6.000
Totale				4.225	38.275
TOTALE GENERALE				49.415	324.797

Tabella 23 - Stima del fabbisogno 2018-2022

4.3 La Radioterapia

La Regione Campania, con DCA n. 49 del 22.06.2018, ha rimodulato il fabbisogno di prestazioni di radioterapia e la relativa distribuzione geografica, pubblico-privata dell'offerta. In particolare, è stato rimodulato il fabbisogno di acceleratori lineari necessari all'attività di radioterapia, al fine di garantire l'omogenea ed equilibrata distribuzione geografica e pubblico-privata dell'offerta in coerenza con i vigenti standard ministeriali (1 apparecchiatura/100.000-150.000 abitanti).

Tale provvedimento è stato aggiornato dal DCA n° 75 del 20.09.2018 al fine di ridefinire, sulla base della popolazione, e delle particolari configurazioni oro-geografiche delle province di Avellino e Benevento, da 6 a 7 il **fabbisogno di acceleratori lineari** della macroarea Avellino/Benevento, e da 46 a **47 il fabbisogno complessivo regionale**. Di seguito è riportato il fabbisogno in termini di LINAC della Regione Campania per strutture pubbliche e private:

ASL	Popolazione	LINAC Programmati in rapporto alla popolazione	Prestazioni
Avellino / Benevento	425.325 + 280.707= 706032		7 177.100
Caserta	924.414		7 177.100
Napoli 1	988.225		8 202.400
Napoli 2	1.052.754		8 202.400
Napoli 3	1.072.919	macroar NA = 24	8 202.400
Salerno	1.106.506		9 227.700
TOTALE	5.850.850		47 1.189.100

Tabella 24 - Fabbisogno di LINAC Regione Campania

Il DCA n°83 del 31.10.2019, avente ad oggetto il “Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019 – 2021”, ha determinato il fabbisogno standard di Radioterapia in **55 prestazioni** standard per paziente da trattare.

L’Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica (AIRO) nelle “Linee guida AIRO sulla Garanzia di qualità in Radioterapia” del 2015 riprese, tra le altre, anche dai documenti di programmazione delle regioni Lazio e Puglia, individua circa 400/450 pazienti che possono essere trattati annualmente in media per singolo LINAC, considerando il case mix di tecniche adoperate nell’esecuzione dei trattamenti, nelle ipotesi che:

- il numero delle prestazioni erogabili per ciascun turno (P/T) venga calcolato su 5h e 30 min (per il I turno, 30 min per i controlli di qualità giornalieri e per il warm-up del LINAC; per il II turno, 30 min per riassetto e chiusura impianto);
- venga erogata una terapia ogni 15 minuti, compresa la fase di set-up giornaliero, ovvero 4 pazienti/ora;
- l’utilizzo dell’acceleratore sia stimato in 50 settimane annue (al netto di 2 settimane che vengono considerate come tempo medio di fermo di un LINAC per manutenzione, guasti, festività, etc.).

Considerando la situazione epidemiologica della Regione Campania, per l’area oncologica, si registrano circa 34.000 nuovi casi all’anno e si stima che circa il 60% di questi, pari a circa 20.000 pazienti, debba usufruire in media di 55 prestazioni di radioterapia pro-capite all’anno; il fabbisogno regionale può individuarsi, quindi, in 1.189.100 prestazioni. Il fabbisogno di acceleratori lineari, così come individuato nel 2019, è confermato anche negli anni a seguire.

4.4 La Dialisi

Per la branca Dialisi il quadro normativo di riferimento si basa principalmente sul DCA n. 118 del 27.09.2012 avente ad oggetto la “rideterminazione fabbisogno dialisi ambulatoriale”, definito sulla base delle indicazioni previste dal SIN (Società Italiana di Nefrologia) nello specifico:

- il numero medio di **trattamenti dialitici/anno/paziente** è pari a **156**, con una media mensile di 13 dialisi, salvo complicanze idro-elettrolitiche e/o cardiovascolari che potrebbero far aumentare il previsto numero;
- il numero medio di **trattamenti dialitici** che si possono effettuare **per ogni postazione dialitica è pari a 2** (due)/die, salvo casi documentati in cui sorge la necessità di un terzo turno giornaliero serale; considerando che ogni turno di dialisi assorbe, in media, 6 (sei) ore tra le fasi di trattamento (4 ore) e di preparazione prima e di lavaggio e sterilizzazione del rene artificiale dopo la dialisi. Inoltre, è necessario un tempo adeguato di areazione dei locali tra due turni di trattamenti dialitici;
- in ogni centro di dialisi è prevista una postazione contumaciale per paziente HBsAg positivo;

- in ogni centro dialisi è previsto almeno un apparecchio di riserva per pazienti HbsAg positivi, un apparecchio per pazienti HCV positivi, un apparecchio di riserva per pazienti con markers negativi;
- in ogni struttura pubblica di dialisi è prevista almeno 1 (una) postazione tecnica riservata ai trattamenti dialitici di urgenza;
- **l'incidenza dei pazienti** sulla base dei dati comunicati è determinabile **nel 1 - 2% annuo (al netto dei trapiantati e dei deceduti)**, mentre al fine di garantire apparecchi di riserva e i posti per l'emergenza contumaciale, nelle isole turistiche per il periodo estivo e per altre esigenze (quali il riequilibrio territoriale e l'assicurazione dell'assistenza nelle aree decentrate) si determina un **fabbisogno di un posto rene ogni 3,5 pazienti**.

Relativamente ai posti rene necessari al soddisfacimento della domanda, il DCA ha parametrato il numero di posti rene per pazienti nella misura di **1 p.r. ogni 3,5 pazienti**. Per un totale di 1.638 posti rene ordinari (esclusi 152 contumaciali e 38 delle emergenze) in regime di accreditamento distribuiti tra assistenza territoriale ed ospedaliera, pubblica e privata.

Il numero di pazienti rilevati nel File C 2020 che hanno ricevuto un numero minimo di prestazioni di dialisi risulta essere pari a 6.276. Di seguito è riportato il dettaglio del numero di pazienti del 2020 ripartiti per Asl di residenza e Asl erogatrice.

Numero assistiti	ASL residenza							Totale
	Asl erogatrice	Avellino	Benevento	Caserta	Napoli 1	Napoli 2	Napoli 3	
ASL AVELLINO	409	7	-	1	-	3	-	420
ASL BENEVENTO	21	243	7	1	-	-	-	272
ASL CASERTA	-	12	853	20	54	2	-	941
ASL NAPOLI/1	-	-	9	679	85	21	1	795
ASL NAPOLI/2	2	1	59	274	914	34	2	1.286
ASL NAPOLI/3	54	-	2	80	41	1.037	46	1.260
ASL SALERNO	8	1	3	22	11	58	1.199	1.302
Totale	494	264	933	1.077	1.105	1.155	1.248	6.276

Tabella 25 - Numero assistiti di dialisi anno 2020

Nella tabella sottostante è invece riportata la stima del fabbisogno a partire dal numero medio di trattamenti dialitici /anno /paziente per Asl di residenza che viene assunto come fabbisogno annuale per la branca di Dialisi.

Numero prestazioni	ASL residenza							Totale
	Asl erogatrice	Avellino	Benevento	Caserta	Napoli 1	Napoli 2	Napoli 3	
ASL AVELLINO	63.804	1.092	-	156	-	468	-	65.520
ASL BENEVENTO	3.276	37.908	1.092	156	-	-	-	42.432
ASL CASERTA	-	1.872	133.068	3.120	8.424	312	-	146.796
ASL NAPOLI/1	-	-	1.404	105.924	13.260	3.276	156	124.020
ASL NAPOLI/2	312	156	9.204	42.744	142.584	5.304	312	200.616
ASL NAPOLI/3	8.424	-	312	12.480	6.396	161.772	7.176	196.560
ASL SALERNO	1.248	156	468	3.432	1.716	9.048	187.044	203.112
Totale	77.064	41.184	145.548	168.012	172.380	180.180	194.688	979.056

Tabella 26 - Numero prestazioni di dialisi anno 2020-2022

Il fabbisogno così calcolato esprime anche la quota di prestazioni erogata in altri setting assistenziali che non rendicontano prestazioni nel File C, ad esempio le dialisi effettuate in regime di ricovero. Si ribadisce inoltre che anche per queste prestazioni esiste la possibilità di mancato conferimento nei flussi informativi da parte delle strutture pubbliche.

4.5 Il fabbisogno complessivo

Si definisce, a questo punto, il fabbisogno complessivo della popolazione campana che viene dettagliato nelle tabelle sottostanti. Nella prima tabella è riportato il fabbisogno teorico sommato ai 2 correttivi già elencati nel percorso metodologico (Mobilità passiva e prestazioni di Pronto soccorso).

La definizione del fabbisogno complessivo di prestazioni di specialistica ambulatoriale è, come descritto nel percorso metodologico, la sommatoria del “primo fabbisogno teorico”, dei correttivi individuati e delle prestazioni per le branche di radioterapia e dialisi, come riportato nella tabella sottostante.

Branca	Avellino	Benevento	Caserta	Napoli 1	Napoli 2	Napoli 3	Salerno	Totale
Patologia Clinica	3.081.463	2.018.671	6.781.573	7.129.393	7.477.641	7.647.066	8.726.586	42.862.393
Medicina Fisica e Riabil.	156.107	103.126	346.645	362.789	384.307	394.550	409.066	2.156.591
Cardiologia	147.784	97.714	330.402	350.813	368.872	373.169	395.127	2.063.881
Radiodiagnostica	243.745	159.928	535.328	568.454	600.430	604.204	686.362	3.398.451
Branche a visita	411.420	265.199	918.451	1.024.562	1.016.182	1.037.753	1.173.394	5.846.961
Medicina Nucleare	9.396	6.111	20.072	20.847	22.008	22.691	24.605	125.730
Radioterapia	106.688	70.412	177.100	202.400	202.400	202.400	227.700	1.189.100
Dialisi	77.064	41.184	145.548	168.012	172.380	180.180	194.688	979.056
Totale	4.233.667	2.762.347	9.255.118	9.827.270	10.244.219	10.462.014	11.837.528	58.622.163

Tabella 27 – Numero di prestazioni per ASL di residenza

Da tale elaborazione è possibile individuare il numero di prestazioni pro-capite che risulta essere incrementato rispetto a quanto riportato in precedenza, arrivando ad un valore di ca. 10,3.

Branche	N° prestazioni	Prestazioni pro-capite regionale
Patologia Clinica	42.862.393	7,5
Medicina Fisica e Riabil.	2.156.591	0,4
Cardiologia	2.063.881	0,4
Radiodiagnostica	3.398.451	0,6
Branche a visita	5.846.961	1,0
Medicina Nucleare	125.730	0,0
Radioterapia	1.189.100	0,2
Dialisi	979.056	0,2
Totale	58.622.163	10,3

Tabella 28 – Numero di prestazioni pro-capite di fabbisogno complessivo

Peraltro, va rilevato che al soddisfacimento del fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale contribuiscono, in parte, anche i PACC – *Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati*, introdotti dal DCA n. 58/2010 e s.m.i. ed attualmente regolati dal DCA n. 31/2018, che hanno trasferito al regime ambulatoriale la maggior parte delle prestazioni di ricovero diurno chirurgico o medico ad elevato rischio di inappropriatezza. Si tratta di oltre 332 mila prestazioni (dato da FILE C 2019), effettuate soprattutto dalle strutture ospedaliere private (e remunerate nel tetto di spesa della ospedalità privata), per un valore economico annuo di circa 70 milioni di euro.

Considerando il valore medio delle prestazioni per singola branca (riportato in Tabella 9), ricavato dal numero di prestazioni e dal valore economico lordo collegato alle stesse, si è proceduto a valorizzare il numero di prestazioni relative al fabbisogno complessivo per i cittadini campani. Tale metodologia è stata individuata come più appropriata poiché la varietà di tariffe collegate alle prestazioni che confluiscono nella stessa branca non permette di individuare un importo univoco.

Branca	Avellino	Benevento	Caserta	Napoli 1	Napoli 2	Napoli 3	Salerno	Totale
Patologia Clinica	13.414.218	8.787.676	29.521.532	31.035.657	32.551.651	33.289.193	37.988.555	186.588.482
Medicina Fisica e Riabil.	3.097.023	2.045.930	6.877.101	7.197.388	7.624.286	7.827.506	8.115.484	42.784.718
Cardiologia	4.660.396	3.081.436	10.419.257	11.062.922	11.632.413	11.767.933	12.460.396	65.084.753
Radiodiagnostica	13.900.488	9.120.542	30.529.166	32.418.327	34.241.837	34.457.093	39.142.458	193.809.912
Branche a visita	7.961.020	5.131.631	17.772.111	19.825.375	19.663.217	20.080.623	22.705.291	113.139.269
Medicina Nucleare	3.740.406	2.432.657	7.990.626	8.299.299	8.761.531	9.033.403	9.795.344	50.053.266
Radioterapia	8.025.297	5.296.554	13.321.851	15.224.973	15.224.973	15.224.973	17.128.094	89.446.714
Dialisi	13.749.717	7.348.027	25.968.595	29.976.610	30.755.946	32.147.618	34.736.128	174.682.641
Totale	68.548.565	43.244.453	142.400.241	155.040.552	160.455.854	163.828.341	182.071.750	915.589.755

Tabella 29 – Valore delle prestazioni per ASL di residenza

Di seguito si espone una tabella di raffronto tra il fabbisogno di prestazioni ed il valore economico delle prestazioni presenti nel Flusso informativo di rendicontazione per l'anno 2019:

Branca	Valore Prestazioni File C 2019	Valore Prestazioni Fabbisogno 20-22	Prestazioni erogate - Fabbisogno
Patologia Clinica	177.556.375	186.588.482	- 9.032.107
Medicina Fisica e Riabil.	42.365.697	42.784.718	- 419.021
Cardiologia	63.568.576	65.084.753	- 1.516.177
Radiodiagnostica	184.832.480	193.809.912	- 8.977.432
Branche a visita	100.121.220	113.139.269	- 13.018.049
Medicina Nucleare	48.246.683	50.053.266	- 1.806.583
Radioterapia	51.071.960	89.446.714	- 38.374.754
Dialisi	151.949.861	174.682.641	- 22.732.780
Totale	819.712.851	915.589.755	- 95.876.903

Tabella 30 - Differenza tra prestazioni erogate ai cittadini campani e il fabbisogno 20-22

Con riferimento alla tabella sopra riportata, va detto che **la differenza tra il valore delle prestazioni rilevate nel FILE C 2019 ed il valore delle prestazioni utilizzato come stima del fabbisogno prestazionale per gli anni 2020-2022 non costituisce necessariamente l'evidenza di un bisogno di salute non soddisfatto.**

Al riguardo, occorre, infatti, richiamare le **considerazioni già espresse alle pagg. 9 e 10 del presente documento ed i fattori lì evidenziati**, che determinano una **sottostima delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale effettivamente erogate e non presenti nel flusso informativo di rendicontazione:**

- **spesa privata cd. "out of pocket";**
- **incompleta alimentazione dei flussi informativi da parte delle strutture sanitarie pubbliche;**
- **prestazioni di specialistica ambulatoriale in taluni casi erogate in regime di ricovero, ancorché non comprese nello specifico DRG: prestazioni cd. "per interni" (pazienti ricoverati e/o che hanno semplicemente effettuato degli accessi in day hospital).**

In ogni caso, **l'eventuale incremento di produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, che dovesse rendersi necessario per far fronte alla domanda di salute dei cittadini campani, costituisce inderogabile obiettivo programmatico per le direzioni strategiche delle aziende sanitarie pubbliche**, attesa l'attuale configurazione del sistema di offerta in Campania di tali prestazioni che, come ben evidenziato in Tabella 17 esposta a pag. 16, vede le strutture private accreditate garantire mediamente già l'80% del numero di prestazioni annue.

5. Il fabbisogno di prestazioni di Assistenza Ospedaliera

Il quadro di riferimento regionale entro cui il presente provvedimento si colloca è costituito da:

- **Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70** Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera;
- **Circolare del Ministero della Salute inviata con prot. n. 6174 del 22.02.2016** avente per oggetto "Articolo 1, comma 541, della legge del 28.12.2015, n. 208 Indicazioni operative", e dei relativi allegati, in particolare allegato 2, che riporta per la Regione Campania il calcolo dei posti letto standard per popolazione pesata, corretta per mobilità;
- **Circolare del Ministero della Salute inviata il 07.04.2016** avente per oggetto "Articolo 1, comma 541, della legge del 28.12.2015, n. 208 Indicazioni operative. Rettifica Tabella: "Applicazione art.1 comma 3, lettera b D.M. 70/2015";
- **Circolare del Ministero della Salute inviata il 05.05.2016** avente per oggetto "Articolo 1, comma 541, della legge del 28.12.2015, n. 208 – Indicazioni operative. Chiarimenti e rettifiche".
- **DCA n. 103 DEL 28.12.2018:** Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 - Aggiornamento di dicembre 2018 - "completamento ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in coerenza con il fabbisogno assistenziale, in attuazione del adottato con decreto del Ministero della salute del 2 aprile 2015 n.70 ed in coerenza con le indicazioni dei tavoli tecnici di monitoraggio".

Il DM 70/2015 ha definito **gli standard per la determinazione del fabbisogno dell'assistenza ospedaliera** rendendo necessaria la riclassificazione della tipologia dei presidi ospedalieri e della metodologia di calcolo delle dotazioni dei posti letto. Nello specifico tali standard prevedono:

- Una dotazione dei **posti letto** ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale, ad un livello **non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti**, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie;
- Di raggiungere un tasso di ospedalizzazione massimo pari a 160 per 1000 abitanti;
- La riorganizzazione dell'articolazione delle **reti per patologia** che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale;
- L'adeguamento della **rete dell'emergenza-urgenza** operante attraverso la Centrale Operativa 118, la rete territoriale di soccorso e la rete ospedaliera;
- L'articolazione secondo **livelli gerarchici di complessità delle strutture ospedaliere** che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuti, tramite un modello in rete organizzato in base alle specificità di contesto, caratterizzato da **tre livelli di complessità crescente** (Presidi Ospedalieri di base, Presidi Ospedalieri di I livello, Presidi Ospedaliera di II livello).

Tali prescrizioni sono state recepite a livello regionale nell'ambito del **Piano di Riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, approvato dal DCA n. 8 del 01.02.2018**, pubblicato sul BURC n. 12 del 12.02.2018, come modificato e integrato, a seguito delle prescrizioni dei Tavoli tecnici ministeriali, dal **DCA n. 103 del 28.12.2018**, pubblicato sul BURC n. 2 del 14.01.2019. Di seguito sono citati i principali interventi di programmazione previsti.

Il **Piano** ha innanzitutto operato un complessivo riordino dei posti letto, in base a quanto disposto dalla normativa nazionale e a quanto desumibile dalla domanda assistenziale regionale della singola ASL, per le varie discipline ospedaliere e per ciascuna struttura ospedaliera pubblica e privata, garantendo:

- la corretta riallocazione dell'assistenza nel setting assistenziale più appropriato;

- una risposta assistenziale ospedaliera diffusa su tutta la filiera, svincolando gli ospedali per acuti da fenomeni di colli di bottiglia costituiti principalmente da una scarsa ricettività per le aree della riabilitazione e della lungodegenza;
- il contrasto della mobilità passiva;
- l'inclusione del privato accreditato in nuovi ambiti.

In particolare, la Regione Campania, secondo gli standard del DM 70/2015, come disposto dai Ministeri competenti, riporta un **fabbisogno di posti letto pari a 19.841**.

Tipologia	PL DM 70	PL X 1000 Ab.	PL aggiuntivi
Acuti	16.191	2,91	
Post Acuti	3.650	0,68	
Totale	19.841	3,59	1.637

Tabella 31 - Fabbisogno posti letto da DM 70/2015

Tale dotazione ha previsto l'**attivazione di 1.637 posti letto ulteriori** rispetto alla dotazione 2015, soprattutto nell'area della post acuzie particolarmente carente. Al fine di rispondere pienamente al fabbisogno individuato a livello centrale, la Regione ha disposto:

- **l'incremento di 2.136 posti letto** nelle strutture ospedaliere pubbliche;
- la riduzione di 549 posti letto nelle strutture ospedaliere private, di cui:
 - incremento di 54 posti letto nelle altre case di cura private (soprattutto per portare alla soglia di efficienza di almeno 60 posti letto, richiesta dal DM 70/2015);
 - riconversione di 562 posti letto nelle case di cura ex neuropsichiatriche in strutture territoriali di salute mentale;
 - riduzione di 41 posti letto negli Ospedali Classificati;
- accantonamento di 50 posti letto ancora da attribuire di codice 75 (gravi traumi cranio-encefalici e cerebropatie acquisite).

Per contestualizzare l'offerta regionale si è proceduto ad effettuare un'analisi di confronto tra i posti letto programmati con il DCA 103/2018 e la dotazione regionale, censita nei modelli ministeriali, relativa all'anno 2019.

Posti Letto Totali programmati e dotazione 2019			
	PL programmati DCA 103/2018 (a)	Posti letto 2019 (b)	(c)=(b)-(a)
Acuti	16.191	15.639	(552)
Post Acuzie	3.650	2.290	(1.360)
TOTALE	19.841	17.929	(1.912)

Tabella 32 - Posti letto totali programmati e dotazione anno 2019

La dotazione di posti letto pubblici e privati accreditati del SSR per l'anno 2019 (flussi HSP 12 e HSP 13) è di 17.929 posti letto totali, a fronte dei 19.841 posti letto previsti dal DCA 103/2018, di cui 15.639 posti letto per gli acuti e 2.290 posti letto per i post acuti.

Come evidenziato, il Piano di riordino è tuttora in via di completamento, ma i ministeri competenti, nell'ambito del verbale del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 16/12/2020, hanno già evidenziato che "Sia la dotazione dei posti letto per acuzie, che quella per le post acuzie, risultano entro i valori massimi di riferimento, calcolati tenendo conto dei saldi di mobilità interregionale come da indicazioni del DM n. 70/2015".

	2015	2016	2017	2018	2019*	Valore di riferimento	
Tasso x 1000 residenti (Totale PL)		3,11	3,09	3,09	2,95	2,95	<=3,59
Tasso x 1000 residenti (Totale PL acuti)		2,78	2,74	2,74	2,57	2,55	≤ 2,91
Tasso x 1000 residenti (Totale PL post-acuzie)		0,34	0,34	0,34	0,38	0,40	≤ 0,68

*dati provvisori

Tabella 33 - Dotazione complessiva dei posti letto per 1000 ab.**La gestione organica delle reti di assistenza**

Il DCA n. 103 del 28.12.2018 ha identificato, in base agli standard del DM 70/2015, le strutture delle reti tempo-dipendenti, ognuna per disciplina afferente, al fine di migliorare il processo clinico-assistenziale integrato. Tali reti sono costruite secondo il modello hub e spoke, articolato su più livelli, al fine di consentire, secondo le esigenze assistenziali del paziente, una modifica anche del setting assistenziale.

Le reti cliniche tempo-dipendenti previste sono:

- La rete IMA;
- La rete Stroke;
- La rete Traumatologica;
- La rete delle Emergenze Pediatriche
- La rete dell’Emergenze Digestive;
- La rete Neonatologica con i punti nascita.

La riprogrammazione dei posti letto e la gestione organica delle reti tempo-dipendenti hanno permesso alla Regione Campania, nel corso degli anni, di ridurre i ricoveri inappropriati, l’ospedalizzazione in area acuta e la mobilità passiva.

Nelle tabelle seguenti sono riportati i dati relativi alla produzione ospedaliera pubblica e privata accreditata, evidenziando, per acuti e post-acuzie, anche i ricoveri in mobilità passiva extra-regionale per l’anno 2019

ANNO 2019	Numero Ricoveri Residenti			Numero Ricoveri Mobilità passiva Extra Regionale			Numero Ricoveri Regione Campania		
	Degenza Ordinaria	Day Hospital	Totale	Degenza Ordinaria	Day Hospital	Totale	Degenza Ordinaria	Day Hospital	Totale
Acuti	525.092	229.576	754.668,0	54.303	19.348	73.651,0	579.395	248.924	828.319,0
Post Acuzie	18.257	3.858	22.115,0	4.846	302	5.148,0	23.103	4.160	27.263,0
Totale	543.349	233.434	776.783	59.149	19.650	78.799	602.498	253.084	855.582

Tabella 34 - Produzione ospedaliera anno 2019

Sebbene i ricoveri in mobilità passiva extra-regionale rappresentino ca. il 9% della produzione complessiva, il valore economico associato agli stessi è pari a 339.932 €/000 del valore economico complessivo pari a ca. 2.445.703 €/000.

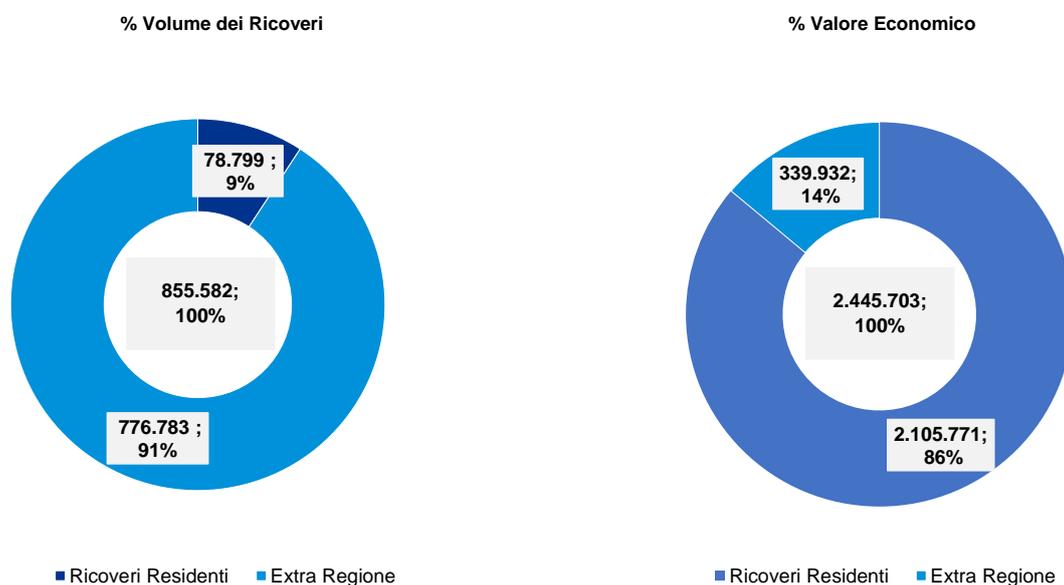


Figura 4 – Percentuale del volume di ricoveri e del valore economico distinti per residenti ed non residenti in Regione Campania

Con riferimento ai risultati raggiunti, le azioni intraprese dalla Regione in tema di **riordino della rete ospedaliera hanno consentito di raggiungere un tasso di ospedalizzazione** per l'anno 2019, come indicato nel verbale del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 16/12/2020, **pari a ca. 139,6 per 1.000 residenti** come si evince dalla tabella sottostante.

	2015	2016	2017	2018	2019*	Valore di riferimento
Tasso standardizzato x 1000 residenti (totale dimissioni)		170,56	164,68	155,49	144,90	139,60
						≤ 160 *1.000 ab

* Dato provvisorio

Tabella 35 - Tasso di ospedalizzazione per 1000 abitanti

Dal verbale, come evidenziato di seguito, emerge inoltre per il 2019:

- un rapporto tra le dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriately e le dimissioni non attribuite ai suddetti DRG (pari a 0,17) in miglioramento rispetto alle precedenti annualità;
- un tasso di ospedalizzazione della popolazione ultra-settantacinquenne pari a 241,47 per 1.000 anziani ed in miglioramento rispetto alla precedente annualità;
- una degenza media acuti inferiore al valore medio nazionale (6,45 vs 7,11) ma in peggioramento rispetto alla precedente annualità;
- una degenza media post-acuti ancora superiore al valore medio nazionale (32,48 vs 25,73) ed in peggioramento rispetto alla precedente annualità.

	2015	2016	2017	2018	2019*	Valore di riferimento	
Rapporto tra ricoveri ARI e non ARI	0,27	0,26	0,24	0,24	0,20	0,17	≤0,21
T.O. over 75 anni per 1.000 ab. Anziani	278,41	269,74	259,29	259,29	245,10	241,47	≤ 255,48 Val.naz.
Degenza media Acuti RO	6,00	6,10	6,39	6,39	6,35	6,45	≤ 7,11 Val. naz.
Degenza media Post-Acuti RO	35,60	35,00	32,43	32,43	32,03	32,48	≤ 25,73 Va. Naz.

*dati provvisori

Tabella 36 - Indicatori di appropriatezza

Alla luce delle predette considerazioni, il DCA n.103 del 28.12.2018 costituisce a tutti gli effetti un solido riferimento, riconosciuto anche a livello nazionale, atto a rappresentare il **fabbisogno assistenziale della Regione Campania** per l'area delle prestazioni di ricovero ospedaliero.