

### **1. Premessa**

La delibera della Giunta regionale n. 215 del 4 maggio 2022, recante: “Assegnazione per l'esercizio 2022 dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa alle strutture sanitarie private accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale: modifiche e integrazioni alla DGRC n. 599 del 28 dicembre 2021”, ha stabilito che: “... per la gestione corrente e i nuovi accreditamenti, per i quali viene assegnato il tetto di spesa 2022, gli schemi contrattuali approvati dalla DGRC n. 599/2021 possono continuare ad essere utilizzati, fino al loro adattamento alle innovazioni e modifiche stabilite dal presente provvedimento, che sarà effettuato con separata delibera ...”.

Il presente provvedimento ha, quindi, innanzitutto, la finalità di dare esecuzione alla disposizione richiamata. Contiene, inoltre, degli aggiornamenti della programmazione dei tetti di spesa 2022 di alcune branche dell'assistenza specialistica ambulatoriale, e diverse modifiche, integrazioni e precisazioni, rese opportune dalla introduzione dei tetti di spesa “di struttura”, operata dalle DGRC n. 599/2021 e n. 215/2022.

### **2. Modifiche alla programmazione 2022 per ASL / branca**

Rispetto alla programmazione 2022 stabilita dalla DGRC n. 215/2022, la presente delibera aggiorna la programmazione 2022, come si espone di seguito.

La modifica più rilevante riguarda i volumi di prestazioni ed i correlati limi di spesa della dialisi ambulatoriale. E', infatti, emersa l'esigenza di tenere conto del maggiore consuntivo 2021, comunicato dalla Direzione Generale della ASL di Avellino con lettera del 19.05.2022, prot. n. 31493, nonché delle criticità segnalate da alcune Associazioni di Categoria (nota ANISAP del 11.05.2022).

Considerato anche l'andamento preconsuntivo delle prestazioni di dialisi nei primi quattro mesi del 2022 (invero, non dissimile dal consuntivo 2021), si è stabilito, prudenzialmente, di incrementare il limite di spesa 2022 della branca di 995 mila euro, rispetto al budget fissato dalla DGRC n. 215/2022, riducendo da euro 2.051 mila ad euro 1.055 mila il “Residuo acc.to per contratti integrativi e/o per contenziosi”, esposto nel quadro complessivo della programmazione 2022. L'incremento consentirà alle ASL di ripartire più agevolmente il budget 2022 alle singole strutture. Fermo restando che la particolare regolamentazione del settore della dialisi (compensazione a consuntivo tra sforamenti e sottoutilizzi dei tetti di spesa individuali, prima a livello di ASL e, poi, a livello di budget complessivo regionale) consente di assorbire anche l'impatto di contenziosi per nuovi accreditamenti (v. decreto n. 447 del 14.12.2021 della Direzione Generale per la Tutela della Salute). Si approva, quindi, la allegata tabella di “Rettifica dell'Allegato n. 2.8 alla DGRC n. 215 /2022”.

Per la Diabetologia, come si espone nella allegata tabella di “Rettifica dell'Allegato n. 2.1 alla DGRC n. 215 /2022”, è stato incrementato di 277 mila euro l'accantonamento per i nuovi accreditamenti, in corso ai sensi della DGRC n. 544/2020. Inoltre, il budget della ASL Napoli 2 Nord è stato incrementato di circa 52 mila euro, in modo da renderlo conforme all'importo proposto dal Direttore Generale della ASL con nota del 28.05.2021, prot. n. 21611/u (al netto dell'accantonamento del 3% per prestazioni extra tetto in regressione tariffaria). Mentre il budget della ASL di Salerno è stato incrementato di circa 95 mila euro, in modo da riportare al tetto di branca ex DGRC n. 450/2020, il tetto di spesa dei centri preesistenti ai nuovi accreditamenti (che hanno iniziato ad operare nel 2021).

Riguardo alle Branche a Visita, si è proceduto ad alcune correzioni e miglioramenti, anche espositivi, con un incremento complessivo di 151 mila euro, come si espone nella allegata tabella di “Rettifica dell'Allegato n. 2.2 alla DGRC n. 215 /2022”.

A seguito delle modifiche appena espone, l'allegato n. 1 alla DGRC n. 215/2022: “Quadro delle prestazioni da privato soggette alla Spending Review (DL 95/2012 e s.m.i.)”, viene sostituito dalla allegata tabella “Rettifica dell'Allegato n. 1 alla DGRC n. 215 /2022”.

Si evidenzia, poi, che è in corso, e si prevede di completare nelle prossime settimane, l'istruttoria per l'attuazione di quanto previsto nel paragrafo 8 - *Disposizioni particolari per le branche della Radioterapia e della Dialisi* dell'Allegato A alla DGRC n. 215/2022 per la branca della Radioterapia: "... in considerazione delle specificità di queste prestazioni, si ritiene necessario stabilire una regolamentazione in parte analoga a quella vigente da diversi anni per la dialisi ambulatoriale, incaricando le ASL di assegnare il tetto individuale di struttura ... la Direzione Generale per la Tutela della Salute e le ASL istruiranno una proposta di suddivisione del budget tra i diversi centri, che sarà oggetto di confronto con i centri interessati per essere poi sottoposta alla approvazione della Giunta regionale".

Si segnala, infine, la correzione di un mero refuso: nell'allegato A.1 alla DGRC 215/2022 la penultima nota, relativa al nuovo accreditamento del centro di radiodiagnostica RADAN (codice NSIS RAD434), riguarda l'ASL Napoli 3 Sud e non l'ASL di Salerno.

### **3. Stipula nuovi contratti e decorrenza delle variazioni apportate ai tetti di spesa 2022**

La delibera della Giunta regionale n. 215 del 4 maggio 2022, nel paragrafo 3 - *Nuovo conteggio dei tetti di struttura 2022* dell'Allegato A, ha previsto che: "Poiché per ciascuna struttura il nuovo tetto di spesa risulta di importo diverso (maggiore o anche minore) rispetto a quello provvisorio stabilito dalla DGRC n. 599/2021, per uniformità si stabilisce che la differenza in più o in meno deve essere ripartita a carico delle mensilità residue, salvo diverso accordo tra i singoli centri e le ASL competenti".

Tuttavia, risulta evidente che, nei casi di riduzione del tetto annuo di spesa, l'importo della riduzione non può che essere ripartito a carico delle mensilità residue. In caso di incremento, invece, poiché la verifica del rispetto dei dodicesimi mensili del budget avviene sempre sul progressivo cumulato dall'inizio dell'anno, è possibile stabilire che la differenza in più venga ripartita su tutte le mensilità, da gennaio a dicembre. In questi casi, infatti, si verificherà che:

- a) Il singolo centro ha erogato da gennaio in poi una produzione cumulata contenuta nei dodicesimi del tetto ex DGRC n. 599/2021; e, allora, potrà utilizzare nei mesi residui il maggior tetto di spesa attribuito in dodicesimi ai mesi in cui era vigente il tetto di spesa precedente;
- b) Il singolo centro ha erogato una produzione cumulata maggiore dei dodicesimi del tetto ex DGRC n. 599/2021; e, allora, dal mese successivo all'entrata in vigore del nuovo tetto di spesa, diventa immediatamente liquidabile l'eccedenza rientrando nell'incremento retroattivo del tetto di spesa mensile; e, per i mesi successivi, la verifica del rispetto dei dodicesimi mensili del budget avverrà in relazione al progressivo cumulato dei nuovi e più alti dodicesimi del nuovo tetto annuale.

Per uniformare e semplificare la transizione dal precedente tetto di spesa ex DGRC n. 599/2021 al nuovo tetto attribuito ai sensi della DGRC n. 215/2022, si ritiene quindi opportuno stabilire la seguente regola generale.

Le modifiche dei tetti di spesa 2022 ai sensi della DGRC n. 215/2022:

- A) Se in riduzione, sono ripartite a carico delle mensilità da giugno a dicembre 2022.
- B) Se in aumento, sono ripartite sulle mensilità da gennaio a dicembre 2022.

Gli schemi contrattuali, approvati dalla presente delibera, sono quindi conformati alla regola appena esposta. Tale regola potrà essere derogata solo qualora, per situazioni particolari, che le ASL dovranno espressamente motivare nelle delibere che devono adottare per le correzioni dei tetti di spesa individuali (in attuazione delle disposizioni stabilite nel citato paragrafo 3 - *Nuovo conteggio dei tetti di struttura 2022* dell'Allegato A alla DGRC n. 215/2022), risulti necessario ridurre retroattivamente il tetto di spesa 2022 assegnato dalla DGRC n. 599/2021.

Per semplificazione operativa, poi, nella branca di Patologia Clinica, la regola appena esposta si applicherà in base alla variazione (se in aumento o in diminuzione) del limite di spesa netta complessivamente attribuito ad una singola struttura, indipendentemente dalla circostanza per cui le diverse componenti del tetto di spesa (prestazioni “non R”, “R non 7” e “7\_R”) abbiano variazioni di segno diverso, rispetto al tetto di spesa netta attribuito dalla DGRC n. 599/2021, procedendo nei mesi successivi ai conseguenti conguagli degli acconti maturati.

I nuovi contratti dovranno essere stipulati entro il 31 luglio p.v.

Al riguardo, si evidenzia che l'adeguamento a successive disposizioni regionali del contratto ex art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1999 e s.m.i., già stipulato tra le ASL e le singole strutture private accreditate in adempimento della DGRC n. 599/2021, è un obbligo specificamente previsto dai contratti medesimi (art. 11 per gli schemi negoziali relativi alle branche della dialisi e della FKT; art. 12 per le altre branche). Pertanto, anche nel caso in cui la struttura accreditata abbia regolarmente sottoscritto a suo tempo il contratto previsto dalla DGRC n. 599/2021, qualora non addivenga alla stipula del nuovo contratto, secondo quanto previsto dalla presente delibera, la struttura risulterà priva di un contratto valido e, quindi, si applicherà la sospensione del rapporto di accreditamento fino alla rimozione della condizione sospensiva o alla revoca dello stesso nei casi di legge.

#### **4. Applicazione del vincolo di costo medio**

Come si è chiarito nel paragrafo 5 dell'Allegato A alla DGRC n. 215/2022, la precedente impostazione dei tetti di spesa “*di branca*” prevedeva per ciascuna struttura privata accreditata due importanti limitazioni:

- 1) le prestazioni erogate potevano essere incrementate annualmente al massimo del 10% (cd. “*overselling*”): limite oltre il quale le prestazioni non erano riconosciute liquidabili;
- 2) il mix delle prestazioni erogate non poteva essere sbilanciato verso quelle di maggiore importo unitario, in modo da evitare la selezione delle prestazioni di maggiore ricavo unitario ed assicurare all'utenza la disponibilità di tutte le prestazioni: vincolo di non superare di oltre il 10% il costo medio della branca / raggruppamento dei centri per tipologie omogenee (cd. VMP: *Valore Medio Prestazioni*).

La prima limitazione è stata sostituita dalla introduzione:

- a) di meccanismi di premialità / penalizzazione, che consentono una variabilità del *budget* individuale da un anno all'altro;
- b) dalla facoltà di produrre un extra tetto che – entro il 10% del tetto di spesa netta – potrà essere remunerato a consuntivo in misura parziale.

La seconda limitazione è rimasta operante anche nella nuova impostazione dei tetti di spesa “*di struttura*”.

Gli schemi contrattuali delle branche dell'assistenza specialistica ambulatoriale che, fino al 2021, erano regolate da tetti di spesa “*di branca*” (e, quindi, con esclusione delle branche della dialisi e della FKT, per le caratteristiche peculiari di tali branche), prevedono all'art. 8 il divieto di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni, da aggiornare in corso d'anno (eccetto che per le prestazioni di Patologia Clinica contrassegnate dalla lettera “R”, che hanno un VMP MASSIMO prefissato a livello regionale e indicato nel contratto).

La nuova impostazione dei tetti di spesa “*di struttura*” consente di migliorare e semplificare la gestione di questo vincolo. A tal fine, nei nuovi schemi contrattuali, approvati dalla presente delibera, sono state introdotte diverse modifiche. In particolare:

- 1) Nell'art. 4 - (*rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni*), dopo la definizione del VMP esposta dal comma 4, è stato aggiunto un comma 5, nel quale l'ASL, in sede di stipula del nuovo contratto, dovrà dare atto:
  - a) dell'importo aggiornato del VMP cui deve attenersi la struttura privata contraente (con la suddetta tolleranza massima del 10%), come calcolato sui dati dei primi quattro mesi del 2022;
  - b) della specifica classificazione in cui ricade nel 2022 la struttura contraente ai fini del VMP (prevista per le branche di Patologia Clinica, Medicina Nucleare e Radiodiagnostica).
- 2) Nell'art. 7 - (*documentazione delle prestazioni e modalità di pagamento delle prestazioni*), ai fini della liquidazione del saldo trimestrale delle prestazioni erogate nel primo semestre 2022 (che ha scadenza di pagamento al 31 ottobre), nonché nel periodo gennaio – settembre 2022 (che ha scadenza di pagamento al 31 gennaio 2023), è stata introdotta la decurtazione del fatturato relativo ai mesi da gennaio a giugno, ovvero, da gennaio a settembre, che risulti eccedente di oltre il 10% il VMP cui deve attenersi la struttura privata accreditata, aggiornato, rispettivamente, in base ai dati del primo semestre 2022 e ai dati del periodo gennaio – settembre 2022. In caso di sfioramento del vincolo di costo medio, l'ASL comunicherà alla struttura l'importo della conseguente nota di credito da emettere per accedere al saldo trimestrale. Con la stessa periodicità sarà applicato anche il vincolo del VMP MASSIMO già prefissato nei contratti per le prestazioni "R". Si noti che **tali decurtazioni sono provvisorie**, poiché ad ogni successivo saldo trimestrale, fino a quello relativo all'intero anno solare (che ha scadenza di pagamento al 30 aprile 2023), ciascuna struttura privata ha la possibilità di rientrare dallo sfioramento di oltre il 10% del proprio VMP di riferimento.

### **5. Criteri di utilizzo degli accantonamenti da distribuire per l'esercizio 2022**

La DGRC n. 215/2022, nel determinare il tetto di spesa 2022 delle branche dell'assistenza specialistica ambulatoriale che, fino al 2021, erano regolate da tetti di spesa "*di branca*", ha accantonato circa euro 22,4 milioni per: "*importi da assegnare in corso d'anno, da attribuire per extra tetto, nuovi accreditamenti, integrazioni, situazioni particolari ecc.*". Tale importo è rimasto pressoché invariato nella presente delibera: dopo le rettifiche esposte nel precedente paragrafo 2, il suddetto l'accantonamento ammonta a circa euro 22,1 milioni (cfr. l'allegata tabella "*Rettifica dell'Allegato n. 1 alla DGRC n. 215/2022*").

Come già specificato nella DGRC n. 215/2022, tale accantonamento è destinato, innanzitutto, ad assicurare, alle strutture che lo ritengano vantaggioso, di produrre un extra tetto che – entro e non oltre il 10% del tetto di spesa netta – potrà essere remunerato a consuntivo nella misura di almeno il 30%. A questa finalità sono vincolati euro 12.577.340. Il residuo accantonamento – pari ad euro 9.517.522 – per la parte che non sarà stata utilizzata, andrà ad incrementare la suddetta percentuale del 30%, alla quale saranno aggiunti anche gli eventuali importi dei tetti di spesa individuali che, a consuntivo, risulteranno non utilizzati.

Il finanziamento di tali accantonamenti è stato effettuato a carico di ciascuna ASL e branca con criteri di assoluta proporzionalità, come si può agevolmente riscontrare negli specchietti di sintesi, esposti in calce agli allegati da 2.1 a 2.7 alla DGRC n. 599/2021 (in parte rettificati dalla presente delibera: v. sopra paragrafo 2). Fa eccezione soltanto la Diabetologia, per la quale sussiste un accantonamento ulteriore di:

- a) euro 900 mila, da assegnare a breve, all'esito del giudizio di primo grado su un rilevante contenzioso;
- b) euro 277 mila, quale "*Ulteriore acc.to per nuovi accreditamenti ex DGRC n. 544/2020*".

Per quanto riguarda le modalità con cui saranno utilizzati detti accantonamenti, giova ricordare che le finalità degli stessi sono state dettagliatamente definite ed esposte nel paragrafo 5 dell'Allegato A

alla DGRC n. 215/2022, non a caso intitolato: “**Ulteriori criteri di determinazione dei tetti di struttura: le misure che consentono la concorrenzialità**”.

In sostanza, come si è esposto in tale paragrafo, l'accantonamento del 3%, incrementato del residuo a fine anno dell'accantonamento per “*nuovi accreditamenti e situazioni particolari*” e dei sotto utilizzi dei tetti di spesa individuali, è volto ad incentivare (senza obbligarle) le strutture accreditate più attrattive e concorrenziali, assicurando una significativa remunerazione dell'extra tetto che riterranno di produrre nel 2022. Si ricorda, peraltro, il seguente passaggio finale del suddetto paragrafo 5: “*Si segnala, infine, che l'effettuazione di prestazioni extra tetto in regressione tariffaria è inserita nei parametri di valutazione (indicatore n. 7) definiti nell'Allegato B ai fini della metodologia di determinazione e variazione dei tetti di spesa “volta a garantire, da un anno all'altro, dinamismo e variabilità nella determinazione dei tetti individuali di struttura, in modo da premiare i comportamenti ritenuti maggiormente performanti”.*

Pertanto, in sede di saldo dei corrispettivi dovuti dalle ASL alle strutture private accreditate per l'esercizio 2022, il sopra citato accantonamento complessivo di euro 12.577.340, incrementato della parte non utilizzata dell'accantonamento di euro 9.517.522 per “*nuovi accreditamenti e situazioni particolari*” e degli eventuali sotto utilizzi dei tetti di spesa individuali, costituirà un unico fondo indistinto – a prescindere dalle ASL e dalle branche in cui si sono formate le economie – da ripartire secondo una proporzione assolutamente lineare a tutte le strutture private accreditate che avranno prodotto un extra tetto liquidabile, a prescindere dalla circostanza per la quale tali strutture presenteranno un extra tetto liquidabile uguale o inferiore al 10% del loro tetto individuale di spesa netta.

Per maggiore chiarezza, si espone il seguente esempio. Se, a consuntivo dell'esercizio 2022, il sopra detto fondo indistinto regionale dovesse consentire di remunerare in regressione tariffaria il 40% della somma totale degli extra tetto liquidabili (sempre nel limite massimo del 10% del tetto individuale di spesa netta), due strutture che abbiano a consuntivo un extra tetto pari, rispettivamente, al 10% e al 5% del loro tetto di spesa netta, riceveranno una remunerazione dell'extra tetto del 40% e, quindi, un importo pari, rispettivamente, al 4% e al 2% del loro tetto individuale.

Non vi è, quindi, a livello di ASL e di branca una “*proprietà esclusiva*” degli accantonamenti, proprio per le finalità per cui sono stati costituiti e sono destinati.

Parimenti, l'utilizzo dello stanziamento di euro 9.517.522 per “*nuovi accreditamenti e situazioni particolari*” sarà effettuato a copertura delle situazioni che concretamente si verificano nelle diverse ASL e branche, potendo essere anche ben superiore, rispetto al 2% che è stato prelevato da ciascuna branca e ASL per costituire lo stanziamento. Mentre il residuo non utilizzato, rifluirà indistintamente in tutte le branche ed ASL, come chiarito sopra.

Si richiama, ai fini della più corretta e uniforme applicazione dei criteri appena esposti, la disposizione recata dalla DGRC n. 215/2022, laddove ha incaricato: “*i Direttori Generali delle ASL, la Direzione Generale per la Tutela della Salute e la So.Re.Sa. S.p.A. affinché si coordinino per svolgere con le modalità più efficienti e tempestive i compiti di verifica e aggiornamento dei tetti di spesa, secondo i criteri dettagliatamente specificati negli Allegati A e B alla presente delibera*” (punto 5 del dispositivo).

Infine, in merito all'accertamento degli eventuali sotto utilizzi dei tetti di spesa individuali, al fine di aggiungere tali economie alla remunerazione delle prestazioni extra tetto, si forniscono le seguenti indicazioni.

Le ASL, in sede di determinazione del saldo dei corrispettivi dovuti per l'esercizio 2022, dovranno porre la dovuta attenzione nel verificare che tali economie siano effettive e, quindi, non derivanti da meri disguidi e/o abbattimenti validamente contestabili dalla struttura accreditata interessata. Dopo aver effettuato queste verifiche, tali economie potranno essere rese disponibili per le finalità sopra previste. Nel caso in cui il soggetto interessato dovesse comunque contestare il mancato riconoscimento di corrispettivi, l'ASL valuterà se effettuare un apposito accantonamento al fondo rischi aziendale.

**6. Altre disposizioni, riguardanti la branca della Patologia Clinica**

Riguardo alla branca della Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi) la DGRC n. 215/2022, nel punto 7 dell'Allegato A, per le motivazioni ivi esposte, ha disposto che:

- “a) Le ASL devono verificare lo stato dell’accreditamento dei singoli centri ai fini della erogabilità delle prestazioni comprese nei tetti di spesa individuali delle prestazioni “R”, assegnati nell’allegato 2.6 e, qualora la struttura non sia accreditata per tali prestazioni, aggiungeranno l’importo del tetto di spesa delle prestazioni “R” a quello delle prestazioni “non R”.*
- b) Tutti i centri dotati di idoneo accreditamento dei propri settori (ad es. settori A1 e A2 e metodica PCR), qualora non abbiano nell’allegato 2.6 un tetto di spesa assegnato per tali prestazioni, ovvero il tetto assegnato sia inferiore al 2% del loro tetto complessivo (lordo), potranno erogare le prestazioni “R” rientranti nei settori per i quali sono accreditati, nel limite del 2% del loro tetto complessivo (lordo).*
- c) Dal 2022 è consentita l’osmosi fra il tetto di spesa delle prestazioni “R” escluse le 7R, e quello delle “7 Prestazioni “R” Alto Costo”, nel rispetto del tetto complessivo delle prestazioni “R” e dei distinti vincoli di costo medio vigenti per i due raggruppamenti di prestazioni”.*

In merito alla disposizione sub a), occorre precisare quanto segue:

- 1) La verifica dovrà essere eseguita separatamente, per le “Prestazioni “R” escluse le 7R” e per le “7 Prestazioni “R” Alto Costo ex DCA 101/13”, potendo risultare che solo il tetto di uno dei due raggruppamenti vada azzerato e aggiunto a quello delle prestazioni “non R”;
- 2) Nell’aggiungere l’importo del tetto di spesa (LORDA e NETTA) delle prestazioni “R” a quello delle prestazioni “non R”, l’ASL dovrà incrementare il volume massimo delle prestazioni “non R”, rispettando il valore medio implicito nel preesistente tetto delle prestazioni “non R” (e, quindi, in proporzione, l’incremento del numero delle prestazioni “non R” sarà molto più elevato dell’incremento degli importi in euro del budget di spesa, avendo le prestazioni “non R” un valore medio molto più basso).

In merito alla disposizione sub b), occorre precisare quanto segue:

- 1) **Il limite del 2% si riferisce al totale del tetto di spesa LORDO** (importo in euro a tariffa piena, ovvero, al lordo della compartecipazione dell’utente), assegnato dalla DGRC n. 215/2022 al singolo centro **per l’insieme di tutte le prestazioni “R”**: “Prestazioni “R” escluse le 7R” più “7 Prestazioni “R” Alto Costo ex DCA 101/13” (considerata anche l’osmosi tra i due raggruppamenti di prestazioni, consentita dal punto c);
- 2) Qualora la struttura accreditata si avvalga della suddetta facoltà, **si precisa che il tetto di spesa NETTA** (importo in euro al netto della compartecipazione dell’utente), **complessivamente assegnato dalla DGRC n. 215/2022 al singolo centro per l’insieme di tutte le prestazioni “R” e “non R”, rimane invariato**. Ne consegue che, in tal caso, l’incremento di spesa per le prestazioni “R” dovrà essere compensato da una corrispondente riduzione della spesa per prestazioni “non R”, **tale da rispettare il tetto di spesa netta complessivo (nonché i distinti vincoli di costo medio vigenti per i tre diversi raggruppamenti di prestazioni)**.

Si ritiene opportuno, poi, aggiungere un margine di flessibilità, consentendo per l’esercizio in corso ai singoli Laboratori di Analisi che l’eventuale sottoutilizzo del tetto di spesa loro assegnato per le prestazioni “R” (“R non 7” e/o “7\_R”), sia automaticamente attribuito ad incremento di pari importo del tetto di spesa assegnato per le prestazioni non “R” (**e non viceversa**), sempre nel rigoroso rispetto del **tetto di spesa NETTA** (importo in euro al netto della compartecipazione dell’utente), **complessivamente assegnato dalla DGRC n. 215/2022 al singolo centro per l’insieme di tutte le prestazioni, sia “R” che “non R”**.

Al fine di attuare tali disposizioni, negli schemi di contratto della branca di Patologia Clinica è stato previsto nell’art. 4 un comma 3 bis, che le richiama e ne dà espressamente atto.

Ancora riguardo alla branca della Patologia Clinica, si rammenta che il DCA n. 10 del 17.01.2020 aveva introdotto in materia di modifiche nella composizione delle aggregazioni dei laboratori di analisi la seguente disposizione: *“Nel periodo dal 1° luglio al 31 dicembre, a decorrere dall’anno in corso, è fatto divieto alle singole strutture private e/o alle loro Aggregazioni di modificare la loro composizione nel caso in cui tale modifica interessi SPOKE operanti in una ASL diversa da quella in cui opera e alla quale fattura l’HUB. Modifiche che intervengano nel periodo dal 1° luglio al 31 dicembre dovranno ricevere una apposita autorizzazione (o presa d’atto, se dovute a casi di forza maggiore) da parte del Direttore Generale per la Tutela della Salute. Diversamente, i soggetti interessati non potranno chiedere nessuna variazione compensativa dei tetti di spesa attribuiti alle ASL su cui impatta la variazione dell’Aggregazione”*.

Considerato che negli ultimi anni si sono verificati numerosi casi di modifica delle aggregazioni dei laboratori, che hanno generato non poche difficoltà ai fini della programmazione dei relativi tetti di spesa, risulta opportuno modificare e rafforzare le limitazioni già in vigore, stabilendo che, a partire dal 2022, qualsiasi modifica delle aggregazioni, anche semplicemente all’interno della stessa ASL, se successiva alla data del 31 luglio dell’anno in corso, sarà considerata ai fini delle conseguenti modifiche dei tetti di spesa solo a decorrere dalla programmazione per l’esercizio successivo. Sarà possibile derogare a tale disposizione solo nei casi di forza maggiore, attraverso la stipula di appositi accordi di presa d’atto e modifica dei tetti di spesa, sottoscritti fra tutti i centri privati coinvolti e la/le ASL interessata/e, approvati con delibera della/le medesima/e ASL e ratificati per presa d’atto con apposito decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute.

### **7. Altre disposizioni, riguardanti la branca della FKT**

Infine, risulta opportuno introdurre anche per la branca della Medicina Fisica e Riabilitazione, l’attribuzione dell’eventuale tetto di spesa individuale residuo a fine anno, a parziale remunerazione dell’eventuale extra tetto degli altri centri della stessa ASL. Questa previsione, analogamente a quanto stabilito per le altre branche dell’assistenza specialistica ambulatoriale, favorirà la crescita di anno in anno delle strutture accreditate che risultino più competitive e attrattive per l’utenza. Anche per la redistribuzione di queste economie valgono le disposizioni prudenziali esposte alla fine del paragrafo precedente.