

1. Premessa

Si premette che il quadro complessivo delle risorse, che le Regioni possono destinare all'acquisto dalle strutture private accreditate delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica ambulatoriale, non è stato finora modificato dal legislatore nazionale, rispetto alla situazione esposta nella Relazione Tecnica allegata alla DGRC n. 757/2024, in base alla quale per il 2025 si registra una riduzione di circa euro 13 milioni.

Su tale problematica è intervenuta anche la Conferenza dei Presidenti delle Regioni che, con lettera al Governo del 13 febbraio scorso, ha ribadito la necessità, condivisa da tutte le Regioni, che sia accolta la proposta emendativa *“già contenuta nel documento approvato dalla Conferenza il 23 gennaio scorso, trasmesso al Governo e al Parlamento”*, di estendere anche all'esercizio 2025 *“quanto già previsto dai commi 218, 220 e 232 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2023, n. 213, circa la possibilità di destinare una quota dello 0,4% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato al raggiungimento”* degli obiettivi di riduzione delle liste di attesa.

Allo stato, pertanto, si conferma il livello provvisorio dei tetti di spesa 2025 in misura pari a quello definitivo per l'esercizio 2024, salvo intervenire – prudenzialmente - entro il prossimo mese di giugno, per eventuali modifiche al livello definitivo dei limiti di spesa per l'annualità in corso.

2. Schemi contrattuali approvati dalla presente delibera

La delibera della Giunta regionale n. 757 del 27 dicembre 2024 ha approvato la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, da assegnare a ciascuna struttura privata accreditata per la specialistica ambulatoriale, in via definitiva, per l'esercizio 2024 e, in via provvisoria, per l'esercizio 2025. Ed ha rinviato ad una successiva delibera l'adozione *“degli schemi contrattuali che le ASL competenti per territorio dovranno predisporre per confermare o modificare i contratti già stipulati per l'esercizio 2024 ai sensi della DGRC n. 800/2023 - in via provvisoria - inserendo gli importi dei limiti di spesa definitivi per l'esercizio 2024 di cui agli Allegati alla presente delibera, nonché per fissare i limiti di spesa 2025 provvisori, secondo le indicazioni fornite nell'Allegato A – Relazione Tecnica alla presente delibera”*.

Con DGRC n. 80 del 24 febbraio 2025, poi, anche ai fini della applicazione del nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale e del relativo Catalogo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, in vigore dal 30.12.2024, si è provveduto a stabilire ulteriori disposizioni operative, tra le quali si evidenzia:

- l'associazione delle prestazioni LEA di specialistica ambulatoriale ai settori specializzati in cui sono accreditati i laboratori di analisi;
- l'applicazione della classificazione cd. *“FA-RE”* alle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- una parziale flessibilità del tetto di spesa 2025 dei Laboratori di Analisi, relativo alle prestazioni di Microbiologia / Virologia, Anatomia ed Istologia Patologica, confluite nell'Allegato n. 3 alla DGRC n. 757/2024.

Con la presente delibera si procede, quindi, ad approvare i seguenti nuovi schemi contrattuali:

Allegato A – Relazione Tecnica

A\1: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (*Protocollo con le Associazioni della Dialisi ambulatoriale*);

A\2: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (*Contratto Dialisi ambulatoriale*);

A\3: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (*Protocollo Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT*);

A\4: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (*Contratto Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT*);

A\5: Anno 2025, in via provvisoria, e definitivo Anno 2024 (*Protocollo Laboratori di Analisi*);

A\6: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (*Contratto Laboratorio di Analisi*);

A\7: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (*Contratto Medicina Fisica e Riabilitazione – FKT*);

A\8: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (*Contratto Radioterapia*),

che le ASL competenti per territorio dovranno predisporre per la stipula, inserendo gli importi dei limiti di spesa definitivi per l'esercizio 2024 e gli importi provvisori dei limiti di spesa 2025, determinati in attuazione dei criteri stabiliti nell'Allegato A – Relazione Tecnica alla DGRC n. 757/2024, come integrata per la branca di Laboratorio di Analisi dalle disposizioni stabilite dalla sopra citata DGRC n. 80/2025.

Rispetto ai precedenti schemi, definiti dalla DGRC n. 800/2023 per regolare i limiti di spesa 2023, in via definitiva, e 2024, in via provvisoria, sono state apportate solo piccole modifiche e integrazioni, coerenti con le disposizioni vigenti.

L'innovazione di maggiore rilievo, sulla quale si richiama l'attenzione delle strutture private accreditate, riguarda l'introduzione nei contratti di tutte le branche specialistiche, eccetto quelle della Dialisi, della Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi), della Radioterapia e della Medicina Fisica e Riabilitazione (FKT) – per le specifiche difficoltà di prenotazione delle sedute necessarie per erogare le prestazioni a cadenza ciclica e/o contenute nei pacchetti -, del seguente obbligo:

“le prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse a condizione che:

- a) siano state prenotate nel **Sistema CUP Sinfonia** di cui al successivo art. 9, su agende configurate all'atto della prenotazione con **flag Online=SI**, ovvero, visibili e prenotabili oltre che dagli operatori della sottoscritta struttura, anche tramite tutti gli altri canali: APP, Portale CUP, Farmacie, ecc.;*
- b) sia stata registrata la loro erogazione sul **Sistema CUP Sinfonia** in data non anteriore alla loro prenotazione,*

con la sola eccezione delle prestazioni prenotate prima del 30 aprile 2025, oppure, delle prestazioni la cui prenotazione è riservata agli operatori della struttura privata: follow up, utenti residenti in altre regioni, STP ed ENI, sulla base delle disposizioni di riferimento”.

Mentre per le branche della Dialisi, della Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi), della Radioterapia e della Medicina Fisica e Riabilitazione (FKT), si precisa che: *“le prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse, a condizione che sia stata registrata la loro*

erogazione sul Sistema CUP Sinfonia”, con la ulteriore specificazione che l’erogazione deve essere avvenuta “in data non anteriore alla loro prenotazione”, valida per tali branche con esclusione di quella di Laboratorio di Analisi.

In generale, poi, si precisa che le strutture private accreditate sono tenute: “a mettere e mantenere a disposizione del Sistema CUP SINFONIA il 100% delle proprie agende digitali, configurate con **flag Online=SI**, ovvero, visibili e prenotabili oltre che dagli operatori della sottoscritta struttura, anche tramite tutti gli altri canali: APP, Portale CUP, Farmacie, ecc., per tutte le prestazioni oggetto del presente contratto, ivi comprese (in sola visibilità) quelle la cui prenotazione è riservata dalle disposizioni vigenti agli operatori della struttura privata: follow up, utenti residenti in altre regioni, STP ed ENI; è tenuta, altresì, ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali per classi di priorità e ad effettuare la presa in carico dell’utente per le prestazioni relative ai follow-up”. Mentre per le branche della Dialisi, della Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi), della Radioterapia e della Medicina Fisica e Riabilitazione (FKT), tale obbligo riguarda la sola visibilità delle agende: “La sottoscritta struttura privata è tenuta a mettere e mantenere a disposizione del Sistema CUP SINFONIA il 100% delle proprie agende digitali - in sola visibilità - per tutte le prestazioni oggetto del presente contratto; è tenuta, altresì, ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali per classi di priorità e ad effettuare la presa in carico dell’utente per le prestazioni relative ai follow-up”.

Si sottolinea, poi, che negli articoli del contratto, riguardanti il debito informativo delle strutture private accreditate, è stato evidenziato l’obbligo di alimentare, in tutti i flussi informativi che li prevedono, anche i dati relativi alle prestazioni sanitarie erogate in regime privatistico. Il completo ed esatto adempimento di questa disposizione è particolarmente rilevante per assicurare la corretta alimentazione del FSE – Fascicolo Sanitario Elettronico ai sensi dei DM 22 maggio 2022 e 9 settembre 2023 e, pertanto, la sua inosservanza può costituire giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento, come per le prestazioni con oneri a carico del SSR.

3. Termine per la stipula del contratto

La DGRC n. 757/2024 nell’Allegato A – Relazione Tecnica ha stabilito i criteri con i quali le ASL devono confermare o modificare i limiti spesa 2024, già inseriti nei contratti con le strutture private accreditate, stipulati ai sensi della DGRC n. 800/2023. E, al fine di velocizzare e semplificare l’attuazione della programmazione regionale, ha disposto che a partire dal 2025: “A conclusione delle istruttorie sopra previste, le ASL procederanno alla loro immediata attuazione ed ai conseguenti contratti con le strutture private accreditate, previa adozione di apposite delibere del Direttore Generale della ASL, immediatamente esecutive, ma con riserva di presa d’atto e ratifica (o modifica) da parte della Regione. In particolare, qualora le deliberazioni assunte siano conformi ai provvedimenti generali già deliberati dalla Giunta regionale, sarà sufficiente la presa d’atto con decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute”.

Ai fini della determinazione dei tetti di spesa provvisori per l’esercizio 2025, in sintesi, la DGRC n. 757/2024 ha incaricato le ASL di istruire i seguenti passaggi fondamentali, dettagliatamente descritti nell’Allegato A - Relazione Tecnica alla stessa delibera:

- 1) Verifica e conferma, o eventuale modifica, del limite di spesa assegnato in via provvisoria per l’esercizio 2024.

- 2) Calcolo del limite di spesa provvisorio di ciascuna struttura per l'esercizio 2025 come proiezione degli importi determinati al punto precedente punto, tenendo conto dei casi in cui è necessario adeguare su base annua gli importi assegnati per il 2024 per periodi infrannuali, nonché di ogni altra situazione particolare: nuovi accreditamenti, modifiche nelle Aggregazioni dei Laboratori, rilevanti implementazioni tecnologiche, ecc.
- 3) Applicazione delle variazioni "**per il 2023**" e "**per il 2024**", che derivano dalla applicazione dell'Allegato B alla DGRC n. 215/2022 e s.m.i. in base ai dati consuntivi ed agli Indicatori di Performance relativi all'attività 2022 e 2023, sommandole algebricamente al limite di spesa 2025 calcolato nel precedente punto 2.
- 4) Determinazione degli Indicatori di Performance di cui all'Allegato B alla DGRC n. 215/2022 e s.m.i. in base ai dati consuntivi di attività 2024, e conseguente variazione (+/- 5%) del tetto di spesa 2025.

La presente delibera dispone, quindi, che le ASL e le strutture private accreditate devono stipulare i contratti definitivi 2024 e provvisori 2025 entro il 30 aprile 2025.

Per chiarezza e trasparenza, la delibera "*immediatamente esecutiva*", che il Direttore Generale di ciascuna ASL è chiamato ad adottare prima della stipula dei contratti (e che, si ricorda, viene espressamente richiamata nella premessa dei contratti medesimi), dovrà specificare tutti i passaggi svolti nel determinare gli importi dei limiti di spesa definitivi 2024 e provvisori 2025.

4. ADDENDUM ai contratti per SLOT dedicati

Ciascuna ASL deve definire e stipulare gli ADDENDUM previsti nel paragrafo 6. *Ulteriori disposizioni generali per la determinazione dei limiti di spesa 2025 e successivi* dell'Allegato A - Relazione Tecnica alla DGRC n. 757/2024, finalizzati ad assicurare la disponibilità di SLOT dedicati per le priorità definite dalla stessa ASL. Le disposizioni appena richiamate hanno affidato alle ASL il compito di istruire, in coordinamento con la Direzione Generale per la Tutela della Salute, e in concerto con le aziende ospedaliere pubbliche operanti sul loro territorio – tra l'altro – anche tali ADDENDUM.

Si sottolinea che, per incentivare le strutture private, la DGRC n. 757/2024 ha stabilito che le prestazioni acquistate tramite questi accordi, pur ricadendo necessariamente nei limiti di spesa assegnati a ciascuna struttura privata (fatta salva la eventuale rimodulazione dei limiti di spesa complessivi 2025), godranno del seguente vantaggio: se di valore medio superiore alla massima eccedenza consentita, rispetto al VMP – Valore Medio Prestazionale di riferimento per la struttura privata, NON determineranno abbattimenti a consuntivo per applicazione del vincolo del VMP.

Pertanto, nel flusso informativo "FILE C", al fine di assicurare la tracciabilità delle prestazioni acquisite in relazione ai suddetti ADDENDUM, negli stessi accordi sarà stabilito che le strutture private interessate dovranno inserire nel tracciato C2, alla posizione 202 (campo alfanumerico di un solo carattere) il numero "9".

5. Applicazione delle tariffe del nuovo nomenclatore: disposizioni particolari

Come è noto, dal 30 dicembre 2024 è entrata in vigore la nuova codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017, le relative tariffe, e il nuovo Catalogo regionale, giusta delibera della Giunta regionale n. 660 del 26.11.2024, integrata dalla successiva DGRC n. 80 del 24.02.2025.

In questi primi mesi di operatività del nuovo nomenclatore sono emerse delle situazioni particolari, che richiedono delle precisazioni, come si espone nel seguito del presente paragrafo.

5.1 Branca della Dialisi ambulatoriale

Per la branca della Dialisi ambulatoriale, l'applicazione del precedente nomenclatore (DM 18 ottobre 2012), operata dal DCA n. 53 del 3 giugno 2013, prevedeva la seguente limitazione: la tariffa delle dialisi convettive (identificate con i codici: 39.95.5 e 39.95.7) e della emofiltrazione (39.95.8), stabilite in € 232,41, erano riconosciute per non più del 20% del totale delle prestazioni di dialisi ambulatoriale erogate da ciascun centro privato; soglia poi elevata al 25% dalla DGRC n. 189 del 19.04.2023. Oltre questa soglia, era stabilito che le prestazioni di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8 sarebbero state remunerate con la tariffa della dialisi non convettiva 39.95.4 (€ 165,27), che è la tipologia di dialisi extracorporea di gran lunga più diffusa: quasi 2/3 del totale.

Si noti anche che la emofiltrazione (codice 39.95.8) era una procedura utilizzata raramente (circa lo 0,01%), riguardando di regola pazienti in rianimazione e/o con sepsi, per i quali è necessario rimuovere endotossine, citochine e altre impurità. Sussisteva, inoltre, un'altra prestazione di dialisi non convettiva: la 39.95.9 con tariffa di € 172,85, denominata EMODIALISI – EMOFILTRAZIONE, erogata in circa l'1,5% dei casi (dati consuntivi 2022 – 2023) e pressoché interamente solo da pochi centri privati.

Questa regolamentazione ha fatto sì che dal 2013 al 2022 l'importo unitario massimo, riconoscibile alle strutture private accreditate, ammontasse mediamente a circa € 178,70; e che dal 2023, a seguito dell'aumento della sopra citata soglia dal 20 al 25%, l'importo medio unitario massimo sia aumentato a circa € 182,06.

Il nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale richiede, tuttavia, una revisione delle regole sopra richiamate, poiché:

- ha aumentato ad € 240,00 la tariffa delle dialisi convettive 39.95.5 e 39.95.7;
- ha aumentato ad € 172,75 la tariffa della emodialisi più diffusa: 39.95.4;
- ha ridotto ad € 206,55 la tariffa della emofiltrazione 39.95.8;
- ha soppresso la prestazione di EMODIALISI – EMOFILTRAZIONE codice 39.95.9;
- ha introdotto diversi nuovi codici di prestazioni di dialisi, soggette a specifici requisiti organizzativi e di appropriatezza, da applicarsi in casi molto particolari e limitati: con infusione di nutrienti, con membrane speciali, ecc.

Al fine di evitare possibili comportamenti opportunistici, consentendo comunque l'incremento dal 2025 a circa € 189,56 dell'importo medio unitario massimo, i criteri fissati nell'art. 5, comma 1, dello schema di contratto con i centri privati di dialisi sono quindi aggiornati dalla presente delibera come segue: *“Le prestazioni di cui al precedente art. 4 sono remunerate applicando le tariffe di cui al nomenclatore regionale e relativo catalogo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, approvato dalla DGRC n. 660/2024 e s.m.i., applicando a ciascuna struttura la soglia massima annua di fatturazione del numero delle prestazioni di dialisi convettive con codice 39.95.5 e 39.95.7, rispetto al totale delle prestazioni di dialisi effettuate dallo stesso centro privato nel medesimo anno solare (elevata dal 20% al 25% dalla DGRC n. 189/2023); le prestazioni di dialisi convettive con codice*

39.95.5 e 39.95.7, eccedenti detta soglia, nonché tutte le altre prestazioni di dialisi o emofiltrazione (nei casi in cui siano appropriate e la struttura ne abbia i requisiti) saranno remunerate in misura non superiore alla tariffa della dialisi non convettiva con codice 39.95.4. Per l'esercizio 2024 si conferma la regolamentazione stabilita nell'art. 5, comma 1, del contratto provvisorio ex DGRC n. 800/2023".

5.2 Prestazioni erogabili sia in FKT che in altre branche

Si è riscontrato che alcune prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa, che nel DPCM del 12 gennaio 2017 sono considerate prescrivibili sia in tale branca, sia in altre branche specialistiche, nel Nomenclatore e Catalogo regionale, di cui all'Allegato n. 2 alla DGRC n. 660/2024 ed all'Allegato n. 1 alla DGRC n. 80/2025, sono prescrivibili solo nei Pacchetti Riabilitativi, definiti nell'Allegato n. 3 alla DGRC n. 660/2024. Mentre nel Nomenclatore e Catalogo regionale precedente, tali prestazioni erano erogabili anche da parte di strutture accreditate in altre branche.

Si ritiene opportuno, quindi, allineare il nuovo Nomenclatore e Catalogo regionale alle indicazioni recate dal DPCM del 12 gennaio 2017, modificando i suddetti allegati alle DGRC n. 660/2024 e n. 80/2025 tramite la tabella che forma l'Allegato n. 1 alla presente delibera.