

**DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO AD ACTA  
in sostituzione della Giunta Regionale  
n. 1 del 24/11/2021**

Oggetto: esecuzione della sentenza del Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (sezione terza) n. 5293/19 dell'11/07/2019, pubblicata il 26/07/2019, nel giudizio promosso da Istituto Diagnostico Varelli srl, Lab Net, Coleman SpA, Gerba, Biomedical di Francesco Barone & C. snc, Soc. Arenella srl di Masi Anna Maria &C., Aspat Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale contro Regione Campania, Asl Napoli 1 Centro, Asl Benevento, Asl Avellino, Asl Napoli 2 Nord, Asl Napoli 3 Sud, Asl Caserta, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Commissario ad acta per l'Attuazione del Piano di Rientro Sanitario Regione Campania.

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

dott. Mario Ambrosanio, delegato dal Prefetto di Napoli giusta decreto prot. n. 0043973 dell'11/02/2020 per l'esecuzione della sentenza indicata in oggetto, adotta la presente deliberazione al fine di dare esecuzione al giudicato in sostituzione dell'Organo competente

**Premesso che**

- ✓ con sentenza n. 5293/19 dell'11/07/2019, pubblicata in data 26/07/2019, il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (sezione terza), ha ordinato al Commissario ad acta per l'Attuazione del Piano di Rientro Sanitario nella Regione Campania di provvedere alla determinazione del fabbisogno assistenziale sanitario attualizzato nella macroarea della specialistica ambulatoriale per gli anni 2018/2019, entro e non oltre 90 giorni, con espresso avviso che, in difetto, avrebbe fatto seguito la nomina di un ausiliario del giudice, incaricato di provvedere in via sostitutiva;
- ✓ con ordinanza n. 805/20 del 23/01/2020, pubblicata in data 31/01/2020, a fronte della perdurante inerzia dell'Amministrazione nell'esecuzione degli obblighi attuativi discendenti dalla sentenza suindicata, il Consiglio di Stato ha nominato quale Commissario ad acta il Prefetto di Napoli, o suo delegato;
- ✓ con decreto del Prefetto di Napoli prot. n. 0043973 dell'11/02/2020 è stato delegato Commissario ad acta per l'esecuzione della pronuncia giurisdizionale indicata in premessa il dott. Mario Ambrosanio, Segretario comunale in servizio presso la Prefettura-UTG di Napoli - Albo SS. CC. E PP.;

- ✓ che, a seguito del richiamato decreto prefettizio, il dott. Ambrosanio si è insediato quale Commissario ad acta presso la sede della Regione Campania - Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, sita in Napoli al Centro Direzionale Is. C/3, alla presenza del Direttore Generale, avv. Antonio Postiglione, giusta verbale di insediamento del 10/03/2020, acquisendo la documentazione riportata nell'anzidetto verbale;
- ✓ che, alla seduta di insediamento, hanno fatto seguito ulteriori accessi presso la Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, al fine di dare piena e puntuale esecuzione al *dictm* giurisdizionale;

**Considerato** che, con istanza prot. n. 0266160 del 25/09/2020, il Commissario ad acta ha richiesto al Consiglio di Stato l'autorizzazione alla nomina di un consulente tecnico ai fini dell'esecuzione del mandato affidatogli, attesa la notevole complessità dell'incarico;

**Rilevato** che il Consiglio di Stato, con ordinanza n. 6290/2020 del 15 ottobre 2020, pubblicata in data 19/10/2020, tenuto conto dei profili di particolare complessità, anche tecnica, caratterizzanti l'espletamento del mandato commissariale, ha accolto l'anzidetta istanza, stabilendo che la scelta del consulente tecnico dovesse avvenire "*secondo criteri, oltre che di specifica qualificazione tecnica, di assoluta imparzialità e terzietà rispetto agli interessi coinvolti*";

**Dato atto** che:

- con determinazione commissariale n. 1 del 19/11/2020, veniva indetta una procedura di selezione per il conferimento dell'incarico di consulente tecnico nel procedimento di esecuzione della sentenza del Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Terza) n. 5293/19;
- l'avviso per la presentazione di manifestazioni di interesse a partecipare all'anzidetta selezione è stato pubblicato nel sito istituzionale della Regione Campania al fine di garantire adeguata pubblicità alla procedura comparativa;
- con determinazione commissariale n. 2 del 13/01/2021 si è provveduto alla nomina della Commissione per la valutazione delle manifestazioni di interesse pervenute;
- con determinazione commissariale n. 3 del 28/01/2021, nel prendere atto delle risultanze dei lavori dell'anzidetta Commissione, è stata selezionata, ai fini del conferimento dell'incarico di consulente tecnico, la domanda di partecipazione presentata dai candidati di seguito indicati, i quali avevano dichiarato la loro volontà di riunirsi con lo strumento della rete tra professionisti in caso di esito positivo della procedura di selezione:

- 1) dott. Alfredo Ruosi - Dottore commercialista e Revisore Legale;
  - 2) dott. Mariano Paolucci - Dottore commercialista e Revisore Legale;
  - 3) prof.ssa Liberatina Carmela Santillo - Ordinario di Gestione della Produzione Industriale;
  - 4) prof. avv. Alfredo Contieri - Ordinario di Diritto Amministrativo;
  - 5) dott. Vincenzo Raiola - già Direttore Sanitario ASL Salerno 1 e dell'A.O. San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona;
- con determinazione commissariale n. 4 del 10/02/2021, è stato conferito l'incarico di consulente tecnico al dott. Alfredo Ruosi, n.q. di mandatario della rete tra professionisti costituita con il dott. Mariano Paolucci, la prof.ssa Liberatina Carmela Santillo, il prof. avv. Alfredo Contieri, il dott. Vincenzo Raiola, denominata "*consulenza tecnica in esecuzione della Sentenza n. 5293/2019 del Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Terza)*", giusta contratto di rete stipulato a mezzo di scrittura privata con firme autenticate dal Notaio Pietro Di Nocera in data 05/02/2021 (rep. n. 16814 - racc. n. 10547) e registrato a Caserta il 09/02/2021 al n. 4022 serie 1T;

**Tenuto conto** che, ai fini della determinazione del fabbisogno di prestazioni dell'assistenza specialistica ambulatoriale, si è proceduto ad una complessa istruttoria di carattere tecnico e giuridico, sulla base dei dati e dei flussi informativi acquisiti dal Ministero della Salute, da So.Re.Sa. SpA - Società Regionale per la Sanità e dall'Istat;

**Precisato** che l'anzidetta attività di analisi è dettagliatamente riportata nel documento tecnico denominato "*determinazione del fabbisogno assistenziale sanitario nella macroarea della specialistica ambulatoriale della Regione Campania per gli anni 2018/2019*", allegato sub "A" al presente provvedimento;

**Ritenuto**, pertanto, che occorre procedere all'esecuzione del giudicato in premessa, secondo quanto statuito dal Consiglio di Stato nell'ordinanza n. 805/2020;

**Visti:**

- la sentenza del Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Terza) n. 5293/19 dell'11/07/2019 pubblicata in data 26/07/2019;
- l'ordinanza del Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Terza) n. 805/20 del 23/01/2020 pubblicata il 31/01/2020;
- il decreto prot. n. 0043973 dell'11/02/2020 con il quale il Prefetto di Napoli ha delegato le funzioni di Commissario *ad acta* allo scrivente dott. Mario Ambrosanio, Segretario comunale in servizio presso la Prefettura-UTG di Napoli - Albo SS.CC.PP., al fine di dare esecuzione alla sentenza di che trattasi

## DELIBERA

per i motivi innanzi indicati che qui si intendono integralmente riportati

- **di approvare** il documento tecnico denominato “*determinazione del fabbisogno assistenziale sanitario nella macroarea della specialistica ambulatoriale della Regione Campania per gli anni 2018/2019*” che, allegato sub “A” al presente provvedimento, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

- **di determinare**, per l’effetto, il fabbisogno assistenziale sanitario attualizzato nella macroarea della specialistica ambulatoriale della Regione Campania per gli anni 2018/2019 così come stimato nell’allegato documento tecnico e di seguito rappresentato

<b>Stima del fabbisogno regionale di prestazioni di specialistica ambulatoriale per gli anni 2018/2019</b>	
<b>2018</b>	<b>2019</b>
66.507.885 prestazioni	66.836.546 prestazioni

<b>Stima del fabbisogno regionale di prestazioni di specialistica ambulatoriale per gli anni 2018/2019 ripartito per singola branca</b>			
<b>Branca</b>	<b>Percentuale</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
<b>Branche a visita</b>	7,40%	4.921.583	4.945.904
<b>Cardiologia</b>	3,56%	2.367.681	2.379.381
<b>Dialisi</b>	1,68%	1.117.332	1.122.854
<b>Diabetologia</b>	0,76%	505.460	507.958
<b>FKT</b>	3,82%	2.540.601	2.553.156
<b>Laboratorio</b>	74,99%	49.874.263	50.120.726
<b>Medicina nucleare</b>	0,35%	232.778	233.928
<b>Radioterapia</b>	1,29%	857.952	862.191
<b>Radiologia</b>	6,11%	4.063.632	4.083.713
<b>Totale</b>	100%	66.507.885	66.836.546

- **di demandare** ai competenti uffici della Regione Campania ogni successivo adempimento, anche in materia di pubblicità e trasparenza.

IL COMMISSARIO AD ACTA  
Dott. Mario Ambrosanio

# **Determinazione del fabbisogno assistenziale sanitario nella macroarea della specialistica ambulatoriale della Regione Campania per gli anni 2018/2019**

*(in esecuzione della Sentenza n. 5293/2019 del Consiglio di Stato in sede giurisdizionale)*

## **Il Commissario ad acta**

AMBROSANIO Dott. Mario

## **Rete tra professionisti**

**“Consulenza tecnica in esecuzione della sentenza n. 5293/2019 del Consiglio di Stato”**

RUOSI Dott. Alfredo

PAOLUCCI Dott. Mariano

SANTILLO Prof.ssa Ing. Liberatina Carmela

CONTIERI Prof. Avv. Alfredo

RAIOLA Dott. Vincenzo

## **SOMMARIO**

<b>1. Introduzione e profili giuridici</b>	<b>Pag. 2</b>
<b>2. Attività svolta e documentazione acquisita</b>	<b>Pag. 28</b>
<b>3. Analisi del contesto demografico</b>	<b>Pag. 33</b>
<b>4. Analisi del contesto epidemiologico</b>	<b>Pag. 41</b>
<b>5. Analisi dei dati ricevuti</b>	<b>Pag. 53</b>
<b>6. Scelta della metodologia e descrizione</b>	<b>Pag. 74</b>
<b>7. Calcolo della Stima per la Regione Campania</b>	<b>Pag. 84</b>
<b>8. Conclusioni</b>	<b>Pag. 91</b>

## **1. Introduzione e profili giuridici**

### **1.1 La vicenda processuale**

La presente relazione trae origine dall'incarico affidato al Commissario *ad acta* nominato dal Consiglio di Stato, sez. III (ed individuato nel Prefetto di Napoli o suo delegato) nell'ambito del giudizio RG n. 10613/2018, conclusosi con sentenza del 26.7.2019, n. 5293.

La vicenda processuale può essere così sintetizzata.

1) In data 31 ottobre 2018, il Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di Rientro Sanitario nella Regione Campania adottava il decreto n. 84, avente ad oggetto *“Limiti di spesa assegnati agli erogatori privati di prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2018 e altre disposizioni relative all'assistenza ospedaliera erogata dalle strutture private”*.

2) Avverso tale provvedimento, insorgevano l'*Istituto Diagnostico Varelli s.r.l., Lab Bet, Coleman s.p.a., Gerba, Biomedical di Francesco Barone & C. s.n.c., Arenella s.r.l. di Masi Anna Maria & C., con sedi nel territorio delle AA.SS.LL. di Napoli 1 Centro, Napoli 2 Nord e Napoli 3 Sud* - strutture sanitarie che erogano prestazioni di laboratorio di analisi cliniche e altre prestazioni afferenti la macroarea della specialistica ambulatoriale (radiologia, diagnostica per immagini, cardiologia, FKT, medicina nucleare) in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Regionale - nonché l'*Aspat, Associazione sanità privata accreditata territoriale*, i quali, con atto di diffida del 3 agosto 2018, sollecitavano la Regione in ordine alla programmazione dei volumi e dei budget prestazionali nonché alla predisposizione degli accordi contrattuali per gli anni 2018 e 2019, relativamente alla macroarea della specialistica ambulatoriale, previa individuazione e rideterminazione del fabbisogno programmato.

3) Non ricevendo risposta, gli stessi adivano il T.A.R. Campania di Napoli, con ricorso RG. n. 3614/2018.

Con il suddetto gravame, i ricorrenti: a) contestavano l'illegittimità (chiedendone la rimozione) dell'inerzia serbata dal Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di

Rientro Sanitario nella Regione Campania e dalle altre amministrazioni, sollecitate con il richiamato atto di diffida del 3 agosto 2018; b) lamentavano la violazione di legge sotto diversi profili, con specifico riferimento all'art. 2 della L. n. 241/1990, all'art. 8 *quinquies* del D.Lgs. n. 502/199 (secondo cui la Regione e le Aziende Sanitarie Locali definiscono accordi con le strutture pubbliche e stipulano contratti con quelle private in cui vengono indicati, tra l'altro, i volumi di prestazioni ed i limiti di spesa) ed eccesso di potere; c) chiedevano di ordinare la conclusione del procedimento di determinazione dei fabbisogni standard regionali, dei limiti di prestazioni e di spesa per gli anni 2018 - 2019 con richiesta di nomina di un commissario ad acta *ex art.* 117, comma 3, del c.p.a. in caso di perdurante inerzia; d) censuravano il comportamento della Regione, relativamente alla mancata ostensione della documentazione riguardante il procedimento, in violazione delle disposizioni in materia di accesso agli atti.

4) Il T.A.R. Campania, con sentenza n. 6684 del 19.11.2018, dichiarava l'improcedibilità del ricorso essendo stato, *medio tempore*, adottato il suddetto decreto commissariale n. 84 del 31/10/2018, mediante il quale si era provveduto sia alla determinazione dei limiti di spesa per l'anno 2018, in riferimento alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, sia alla predisposizione degli schemi di contratto *ex art.* 8 *quinquies* del D.Lgs. n. 502/1992, che avrebbero dovuto essere, successivamente, stipulati dalle AA.SS.LL. in conformità all'atto di programmazione commissariale.

Quanto alla mancata definizione del procedimento di rideterminazione del fabbisogno sanitario attualizzato della Regione Campania nella macroarea della specialistica ambulatoriale, il T.A.R. osservava che *“parte ricorrente chiede una verifica giudiziale in ordine alla congruità dei tetti di spesa per la macroarea della specialistica ambulatoriale, stante la presunta mancata individuazione del fabbisogno (atto presupposto)”*, affermando che *“tale sindacato esula dall'ambito di applicazione del rito ex artt. 31 e 117 c.p.a.”*.

I Giudici partenopei aggiungevano, inoltre, che, con riferimento al budget 2019: *“va respinta la domanda di accertamento della illegittimità del silenzio sulla definizione della regolamentazione pattizia economico-finanziaria e la conseguente predisposizione dei contratti per l’annualità 2019; al riguardo, difetta il presupposto dell’obbligo di provvedere ex art. 2 della L. n. 241/1990, trattandosi per l’appunto di programmazione riferita ad una annualità non ancora iniziata, tenuto conto del consolidato orientamento giurisprudenziale che ammette, ritenendola anzi fisiologica, la determinazione con effetti retroattivi dei tetti di spesa regionali anche in una fase avanzata dell’anno”*.

Infine, il T.A.R. respingeva la domanda tesa all’ostensione documentale, ritenendo legittimo il diniego in quanto *“il diritto di accesso è escluso nei confronti degli atti infraprocedimentali diretti all’emanazione di atti normativi, amministrativi generali, di pianificazione e di programmazione, per i quali restano ferme le particolari norme che ne regolano la formazione; - inoltre, l’istanza di accesso qui azionata si rivela comunque inammissibile ai sensi dell’art. 24, comma 3, della L. n. 241/1990, essendo chiaramente preordinata a consentire il controllo dell’attività posta in essere dall’amministrazione sanitaria, rivelando in ciò il proprio carattere esplorativo, quindi la sua estraneità al perimetro dell’accesso delineato dagli artt. 22 e ss. della L. n. 241/1990 (cfr. T.A.R. Campania, Napoli, Sez. I, n. 4550/2018)”*.

5) Avverso la sentenza proponevano appello le originarie ricorrenti.

Secondo le appellanti la sentenza non avrebbe tenuto conto di quanto disposto dall’art. 112 del codice di procedura civile, applicabile anche al processo amministrativo, secondo il quale *“il giudice deve pronunciare su tutta la domanda...”*.

Nel caso di specie, sempre secondo gli appellanti, il T.A.R. avrebbe ignorato l’esistenza di tale obbligo in relazione alla domanda introduttiva, tesa all’accertamento del silenzio sulla determinazione del fabbisogno prestazionale della macroarea della specialistica ambulatoriale.

Gli appellanti impugnavano, inoltre, la sentenza in questione, nella parte in cui aveva rigettato la domanda di accertamento dell'illegittimità del silenzio sulla determinazione della regolazione del rapporto concessorio, per l'annualità 2019, nonchè nella parte in cui il TAR aveva ritenuto legittimo il rigetto della richiesta di accesso.

Quanto a quest'ultimo punto la sentenza non avrebbe tenuto conto che, ai sensi del d.lgs. n. 33/2013 e s.m.i., gli atti afferenti la programmazione dell'offerta del servizio sanitario e dell'acquisto di prestazioni sanitarie sono soggetti ad un accesso generalizzato che incontra limiti eccezionali, non ricorrenti nel caso in esame.

6) In appello si costituiva l'Azienda Sanitaria Locale di Salerno, la quale eccepiva il difetto di legittimazione passiva, ritenendo che il potere del quale era stato stigmatizzato il mancato esercizio, fosse di competenza degli organi regionali, e specificamente, nella vicenda *de qua*, del Commissario *ad acta* per il P.R.S. della Regione Campania.

Le amministrazioni statali chiamate in giudizio e il Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro sanitario della Regione Campania si costituivano senza articolare specifiche difese.

7) Il Consiglio di Stato, disponeva, dunque, istruttoria, ordinando al Commissario *ad acta* di chiarire se: *a) sia stata o meno avviata un'autonoma procedura di rilevazione del fabbisogno assistenziale sanitario attualizzato nella macroarea della specialistica ambulatoriale, sulla base di quanto anche previsto dal decreto n. 14 del 01/03/2017 per gli anni 2018/2019.*

*b) Nel caso affermativo, quale siano gli adempimenti istruttori già svolti e i tempi previsti per la conclusione del procedimento.*”

8) Il Commissario *ad acta* non forniva riscontro nei termini assegnati.

9) All'udienza dell'11 luglio 2019, la causa veniva trattenuta in decisione.

10) Il Consiglio di Stato, con sentenza del 26.7.2019, n. 5293, in accoglimento dell'appello, ha riformato la sentenza del TAR Campania n. 6684/2018.

I Giudici di secondo grado, nella pronuncia in parola, hanno ritenuto che la domanda principale del ricorso in primo grado riguardasse (anche) l'accertamento del silenzio inadempimento sulla determinazione del fabbisogno prestazionale della macroarea della specialistica ambulatoriale e che il citato DCA n. 84/2018, sopravvenuto, non avesse accennato all'esistenza di un provvedimento regionale di determinazione di tale fabbisogno.

In forza di ciò il primo Giudice non avrebbe dovuto ritenersi esonerato dall'obbligo di pronunciare.

Inoltre, i Giudici di palazzo Spada hanno ritenuto che l'atto di determinazione del fabbisogno è atto amministrativo doveroso, autonomo e indipendente dall'atto di determinazione dei tetti di spesa e degli schemi di contratto.

In proposito, sempre secondo la ricostruzione che si rinviene nella citata sentenza, il comma 1 dell'art. 8 *quater* prevede che l'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche e private, subordinatamente alla *"...loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti"* e aggiunge che *"Al fine di individuare i criteri per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione nazionale e regionale, la regione definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano Sanitario Regionale per garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa di cui all'art. 9..."*.

Sarebbero, inoltre, numerosi gli atti attuativi che ribadirebbero l'obbligo della definizione del fabbisogno assistenziale: l'acta XI della deliberazione del Consiglio dei Ministri 10/7/2017; lo stesso decreto commissariale n. 18 del 1/3/2018.

Nel caso di specie, il Consiglio di Stato ha, dunque, ritenuto che l'obbligo in parola non fosse stato adempiuto, né per il 2018, né per il 2019, ed ha ordinato al Commissario ad Acta *"di provvedere alla determinazione del fabbisogno assistenziale sanitario attualizzato nella macroarea della specialistica ambulatoriale, sulla base di quanto anche previsto dal decreto n. 14 del 01/03/2017 per gli anni*

2018/2019, entro e non oltre 90 giorni, con espresso avviso che, in difetto, sarà nominato un ausiliario del giudice, incaricato di provvedere in via sostitutiva”.

**11)** Con ordinanza del 23.1.2020 n. 805, depositata in Segreteria in data 31.1.2020, a fronte della perdurante inerzia dell’Amministrazione nell’esecuzione degli obblighi scaturenti dalla suddetta sentenza, il Consiglio di stato nominava quale Commissario ad acta il Prefetto di Napoli o suo delegato.

**12)** Con decreto del Prefetto di Napoli prot. n. 43973 dell’11.2.2010, si è provveduto a delegare al dott. Mario Ambrosanio le funzioni di commissario *ad acta* per l’esecuzione della pronuncia in questione.

**13)** Il dott. Mario Ambrosanio si è insediato quale Commissario ad acta presso la Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, giusta verbale di insediamento del 10/03/2020.

**14)** Con istanza prot. n. 266160 del 25.9.2020, il Commissario ha chiesto al Consiglio di Stato l’autorizzazione alla nomina di un consulente tecnico, ai fini dell’esecuzione del mandato affidato, attesa la notevole complessità dell’incarico.

**15)** Il Consiglio di Stato, con ordinanza del 15.10.2020 n. 6290, pubblicata in data 19.10.2020, tenuto conto dei profili di particolare complessità, anche tecnica caratterizzanti l’espletamento del mandato commissariale, in accoglimento della suddetta istanza, stabiliva che la scelta del consulente tecnico sarebbe dovuta avvenire *“secondo criteri, oltre che di specifica qualificazione tecnica, di assoluta imparzialità e terzietà rispetto agli interessi coinvolti nella controversia”*.

**16)** Con determinazione commissariale n. 1 del 19.11.2020, è stata, dunque, indetta la procedura di selezione per il conferimento dell’incarico in questione.

L’avviso per la presentazione di manifestazioni di interesse a partecipare alla selezione è stato pubblicato nel sito istituzionale della Regione Campania, al fine di garantire adeguata pubblicità alla procedura comparativa.

**17)** All’esito della procedura selettiva, con determinazione commissariale n. 3 del 28.1.2021, è stata individuata, per l’espletamento dell’incarico di consulenza, la rete di professionisti costituita da:

- Dott. Alfredo Ruosi;
- Dott. Mariano Paolucci;
- Prof.ssa Liberatina Carmela Santillo;
- Prof. avv. Alfredo Contieri;
- dott. Vincenzo Raiola.

18) Con atto del Notaio dott. Pietro Di Nocera, del 5.2.2021, rep. n. 16814 Racc. n. 10547, è stato stipulato tra i predetti professionisti, un contratto di Rete denominato “*Consulenza tecnica in esecuzione della sentenza n. 5293/2019 del Consiglio di Stato*”.

19) I Consulenti tecnici del Commissario si sono riuniti più volte, sia in occasione di incontri istruttori, sia alla presenza del Commissario.

## **1.2 Metodologia. Rinvio**

Sul metodo di indagine e sui calcoli effettuati si rinvia a quanto più dettagliatamente riportato al paragrafo 6 della presente relazione.

In questa sede occorre rilevare che i Consulenti tecnici, nell’ambito dei compiti assegnati dal Commissario, hanno, nel corso di varie riunioni, messo a punto una metodologia per calcolare il fabbisogno della Regione Campania, basata sull’applicazione della disciplina di settore (sia nazionale che regionale), come, peraltro, richiesto dal Consiglio di Stato nella sentenza n. 5293/2019, prendendo come parametro di riferimento i dati relativi al fabbisogno sanitario regionale - con particolare riferimento alle prestazioni specialistiche ambulatoriali (sia in ambito pubblico che privato) delle c.d. *Regioni benchmark*, individuate, ai sensi dell’art. 27 del D.lgs. n. 68/2011, dalla Conferenza Stato-Regioni, per gli anni 2018-2019.

Il percorso metodologico individuato dai Consulenti tecnici del Commissario ha previsto i seguenti passaggi:

- Stabilire la pertinenza dello studio;
- Determinare i fini dello studio;
- Definire la popolazione presa in esame;

- Scegliere gli indicatori;
- Localizzare le fonti di informazione;
- Scegliere il tipo di approccio/i e di metodo/i per lo studio;
- Elaborare il protocollo;
- Raccogliere le informazioni;
- Analizzare e interpretare i risultati;
- Elaborare e redigere il rapporto.

Va, inoltre, rilevato, in materia di calcolo del fabbisogno, nell'ambito della specialistica ambulatoriale, che, di recente, la Regione Campania, con deliberazione di Giunta Regionale n. 354 del 4.8.2021 avente ad 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”* è intervenuta fissando nuovi criteri di analisi.

In tale deliberazione - che richiama alcune pronunce del G.A. riferite proprio all'ambito regionale campano<sup>1</sup> - si tiene conto del fatto che le prestazioni rilevate dai flussi informativi nazionali e regionali possono non contenere tutte le prestazioni erogate.

Ed, infatti, secondo la Regione: a) potrebbero non essere rilevate le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale il cui onere è sostenuto direttamente dall'utente

---

<sup>1</sup> Il riferimento è alle 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”.*

(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; b) le prestazioni sanitarie acquistate direttamente dal cittadino campano rappresentano circa il 20% della spesa sanitaria complessiva: nel 2017 circa euro 410,00 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; c) 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; d) dalle verifiche effettuate sui dati 2019 si valuta una sottostima delle prestazioni dichiarate dalle strutture pubbliche nei flussi informativi mediamente di circa il 40%; e) 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.

Orbene, secondo la Regione Campania 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 “*da una parte, della vetustà delle evidenze utilizzate e, dall’altra, del campione di Regioni coinvolto nell’analisi statistica*”.

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

La Regione Campania ha, dunque, inteso definire e perseguire una metodologia comune a più Regioni, con lo scopo di “*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 (nelle citate pronunce), considerando come sua *proxy* il volume di prestazioni erogate nell’anno 2019.

Come per le altre Regioni, anche la Regione Campania ha applicato 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 e registrate 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 del fatto che, con un diverso modello organizzativo, possono essere programmate e prescritte, secondo criteri di appropriatezza ed effettive necessità aziendali.

I Consulenti tecnici incaricati dal Commissario *ad acta* hanno tenuto in considerazione l’indagine svolta dalla Regione Campania per l’individuazione del fabbisogno della specialistica ambulatoriale per l’anno 2021 (così come descritto nella citata D.G.R. n. 354/2021), ma, come si vedrà meglio nel prosieguo, coerentemente con quanto previsto nella sentenza del C.d.S. n. 5293/2019, hanno individuato un diverso metodo di analisi e di calcolo del fabbisogno della specialistica ambulatoriale in ambito regionale per gli anni 2018 e 2019.

### **1.3 La normativa di riferimento**

Le indicazioni tecniche contenute nella presente relazione sono, dunque, il risultato dell’applicazione della normativa di settore, costituita da fonti di diversi rango e livello, succedutesi nel tempo.

Occorre, al riguardo, passare in rassegna l’evoluzione e l’attuale configurazione del sistema normativo che ha ad oggetto la suddivisione delle competenze e i rapporti tra Stato e Regioni, in materia di sanità e di fissazione dei livelli essenziali delle

prestazioni sanitarie, nonché le modalità e le forme di finanziamento di tali prestazioni.

#### **1.4 La determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni**

Già con la legge istitutiva del Servizio Sanitario nazionale, L. n. 833/1978, era stato previsto, all'art. 3, comma 2, che lo Stato, contestualmente al Piano sanitario nazionale, provvedesse alla definizione anche dei *“livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini”*.

La norma prevedeva, inoltre, che la distribuzione del fondo sanitario nazionale dovesse *“tendere a garantire i livelli di prestazioni sanitarie...in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, eliminando progressivamente le differenze strutturali e di prestazioni tra le regioni”*.

Il D.lgs. n. 502/1992, ha, poi, previsto che i livelli uniformi di assistenza sanitaria, siano rapportati al volume delle risorse a disposizione.

In particolare, l'art. 1, comma 2, nella sua attuale formulazione prevede che i livelli essenziali di assistenza debbano essere fissati nel rispetto *“dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché dell'economicità dell'impiego delle risorse”*.

Con il D.lgs. n. 229/1999, all'art. 1, comma 3, è stato introdotto un nuovo assetto dei rapporti tra livelli delle prestazioni e stanziamento finanziario, prevedendo la fissazione contestuale degli uni e dell'altro.

In tale prospettiva, dunque, i livelli essenziali devono essere adottati con il Piano sanitario nazionale.

Sotto un profilo operativo, tuttavia, previo accordo in Conferenza Stato Regioni, si è deciso di procedere all'adozione del primo documento concernente i livelli, in stralcio al Piano, e, dunque, con separato decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29.11.2001.

L'art. 117 Cost. - come innovato a seguito della riforma costituzionale avvenuta ad opera della L. Cost. n. 3/2001 - nel disciplinare il riparto di competenze legislative tra Stato e Regioni, ha previsto che: *“Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie:...m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale...Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a: ...tutela della salute...Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato”*.

Il D.l. n. 347/2001, convertito in L. n. 405/2001, ha confermato il modello individuato dalla normativa del 1992 e ribadito dalla riforma costituzionale, specificando che i livelli dovessero essere individuati con DPCM su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra Stato, regioni e province autonome<sup>2</sup>.

L'art. 1, comma 280 della L. n. 266/2005, ha, poi, previsto un Piano nazionale di Contenimento dei tempi di attesa da attuarsi in sede regionale, attraverso l'individuazione di uno specifico flusso informativo per il monitoraggio delle liste di attesa nell'ambito del c.d. Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS).

Con legge n. 208/2015, si è invece intervenuto, ancora una volta, sulle modalità di individuazione dei livelli essenziali, integrando il procedimento di adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri con la previsione del parere delle competenti commissioni parlamentari.

Si è, inoltre, prevista la semplificazione delle modalità di aggiornamento di tali livelli essenziali, possibile attraverso l'adozione di un decreto del Ministro della salute, in

---

<sup>2</sup> La Corte Costituzionale, in merito alle modalità di fissazione dei livelli essenziali delle prestazioni, non ha ritenuto incompatibile con il quadro costituzionale la decisione del legislatore di procedere mediante decreto e non con legge (cfr. sentenza n. 88 del 2003). Sul procedimento di adozione, la Consulta ha ritenuto indispensabile che la decisione sui livelli essenziali sia assunta nel rispetto del principio di leale collaborazione fra i vari livelli di governo, dichiarando incostituzionale la previsione normativa che consentiva l'adozione di misure specifiche dei livelli essenziali “sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome” piuttosto che “previa intesa” da raggiungersi nella medesima Conferenza (cfr. sentenza n. 134/2006).

luogo del DPCM, quando la modifica riguardi solo gli elenchi delle prestazioni erogabili dal SSN o in caso di individuazione di misure volte ad integrare l'appropriatezza della loro erogazione senza incidere sulla spesa pubblica.

La materia della sanità risulta, attualmente, gestita principalmente a livello regionale pur rientrando tra le competenze concorrenti tra Stato e Regioni.

Le Regioni gestiscono l'organizzazione sanitaria attraverso le risorse attribuite loro dallo Stato, definite tramite il c.d. "*Patto per la salute*", sulla base dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), stabiliti con Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, previo accordo con la Conferenza Stato-Regioni.

Il quadro, quindi, dei rapporti Stato - Regioni nella materia della tutela della salute si presenta alquanto articolato.

### **1.5 Spesa sanitaria e federalismo fiscale**

A partire dai primi anni 2000, è stato avviato un processo di realizzazione del c.d. "*federalismo fiscale*", ovvero la creazione di un sistema basato sul principio della corrispondenza proporzionale tra imposte riscosse in sede regionale e impiego delle risorse ricavate nello stesso ambito territoriale di riscossione.

Il legislatore italiano, anche a seguito della già citata riforma costituzionale del 2001, ha optato per una corrispondenza tra prelievo tributario e reimpiego delle risorse nel medesimo ambito regionale solo tendenziale, ritenendo comunque necessaria una sede nazionale di compensazione idonea a garantire - specie in ambito sanitario - l'effettiva e omogenea realizzazione dei livelli essenziali delle prestazioni su tutto il territorio nazionale.

Un sistema, dunque, che, indipendentemente dalle risorse fiscali a disposizione delle singole regioni, fosse in grado di garantire le medesime prestazioni su base nazionale, nel pieno rispetto dei principi solidaristici e del principio di uguaglianza sanciti a livello costituzionale.

L'attuale art. 119 Cost., prevede, dunque, che: "*I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno autonomia finanziaria di entrata e di spesa, nel*

*rispetto dell'equilibrio dei relativi bilanci, e concorrono ad assicurare l'osservanza dei vincoli economici e finanziari derivanti dall'ordinamento dell'Unione Europea. I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno risorse autonome. Stabiliscono e applicano tributi ed entrate propri, in armonia con la Costituzione e secondo i principi di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario. Dispongono di partecipazioni al gettito di tributi erariali riferibile al loro territorio. La legge dello Stato istituisce un fondo perequativo, senza vincoli di destinazione, per i territori con minore capacità fiscale per abitante. Le risorse derivanti dalle fonti di cui ai commi precedenti consentono ai Comuni, alle Province, alle Città metropolitane e alle Regioni di finanziare integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite. Per promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona, o per provvedere a scopi diversi dal normale esercizio delle loro funzioni, lo Stato destina risorse aggiuntive ed effettua interventi speciali in favore di determinati Comuni, Province, Città metropolitane e Regioni. I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno un proprio patrimonio, attribuito secondo i principi generali determinati dalla legge dello Stato. Possono ricorrere all'indebitamento solo per finanziare spese di investimento, con la contestuale definizione dei piani di ammortamento e a condizione che per il complesso degli enti di ciascuna Regione sia rispettato l'equilibrio di bilancio...”.*

Per ciò che concerne la sanità, già con il D.lgs. n. 56 del 2000 si è tentato di creare un collegamento tra impiego delle risorse ottenute attraverso il prelievo fiscale e finanziamento della sanità regionale.

Il testo normativo in commento ha previsto il finanziamento delle spese sanitarie regionali attraverso le entrate derivanti dalla riscossione dei ticket sanitari e la quota versata da chi esercita attività professionale privata *intra moenia*, attraverso la compartecipazione all'accisa sulla benzina e al gettito derivante dall'applicazione dell'IVA, l'addizionale sull'IRPEF e l'IRAP.

Ai sensi di tale meccanismo finanziario, la compensazione delle minori entrate nelle regioni con reddito pro capite basso sarebbe dovuta avvenire, sulla base di criteri socio-demografici, attingendo dal fondo perequativo nazionale.

La Conferenza Stato Regioni dell'8.8.2001, ha, poi, reintrodotto un fondo statale aggiuntivo rispetto alle risorse individuate dal citato D.lgs. 56/2000 che è stato, mediante le leggi finanziarie degli anni successivi, esteso e legato ad una serie di adempimenti (di cui ai citati *Patti per la salute*) relativi alla riorganizzazione dei servizi, al monitoraggio dei costi, alla riduzione della spesa, all'introduzione di sanzioni nei confronti dei direttori generali per il mancato equilibrio economico.

A tale sistema si è affiancato l'istituto dei c.d. "*Piani di rientro*" che si traduce, sotto un profilo sostanziale, nella sottoscrizione di accordi tra lo Stato e la singola Regione in disavanzo, che hanno la finalità di ristabilire l'equilibrio economico-finanziario, mediante la possibilità per le regioni di attingere a finanziamenti aggiuntivi e forme di affiancamento da parte del Governo.

La legge 30 dicembre 2004 , n. 311 recante *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato* (legge finanziaria 2005) e, in particolare, l'art. 1, comma 180, ha previsto, per le regioni interessate, l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore ad un triennio.

Con legge delega n. 42 del 2009 è stata prevista l'abolizione della finanza derivata, l'eliminazione dei trasferimenti statali, nonché la maggiore autonomia impositiva delle regioni e degli enti locali

Il sistema configurato con tale legge prefigura l'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni, la successiva determinazione dei costi *standard* ad essi parametrati e la conseguente definizione dei fabbisogni *standard* (che deriva, appunto dalla relazione dei primi due elementi) e, infine, il possibile ricorso al fondo perequativo

per soddisfare i fabbisogni, laddove le risorse reperite dal prelievo fiscale regionale e dalla compartecipazione al gettito dei tributi erariali non risultino sufficienti.

In mancanza di attuazione del Piano in questione, viene nominato un Commissario *ad acta* che si sostituisce agli organi collegiali regionali nell'esercizio dei poteri decisionali al fine di ripristinare l'equilibrio economico-finanziario della regione.

La delega è stata attuata con il D.lgs. n. 68/2011 "*Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e della Province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario*".

Con il decreto in questione, nel rispetto del principio dell'autonomia di entrate per le regioni, sono stati aboliti i trasferimenti statali, con la previsione della rideterminazione dell'addizionale IRPEF e della possibilità per le regioni di aumentare o diminuire la relativa aliquota e di determinare, d'intesa con i Comuni una compartecipazione alla stessa.

Alle regioni è attribuita anche una compartecipazione IVA e la possibilità di ridurre, fino ad eliminare le aliquote IRAP.

## **1.6 Normativa in materia di determinazione del fabbisogno**

### **A livello statale**

Dal 2013 è stato istituito il Fondo perequativo che ha la funzione di garantire interamente il finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni.

Per la parte relativa al finanziamento della spesa sanitaria, dunque, il provvedimento riprende, in buona parte, il sistema di *governance* che si è affermato su base pattizia tra Stato e regioni, da ultimo con l'intesa concernente il *Patto per la salute* per gli anni 2010-2012.

In particolare, il citato d.lgs. n. 68/2011, precisato che per il 2011 ed il 2012 il fabbisogno sanitario nazionale standard corrisponde al livello di finanziamento già stabilito dalla normativa vigente, **stabilisce che dal 2013 tale fabbisogno verrà determinato annualmente, per il triennio successivo, "in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica"**.

Sul punto, va specificato che, ai sensi dell'art. 27, commi 1 bis e 2, del testo normativo in commento: “1-bis. A decorrere dall'anno 2017:...e) la determinazione definitiva dei costi e dei fabbisogni standard non puo' comportare per la singola regione un livello del finanziamento inferiore al livello individuato in via provvisoria con il richiamato decreto interministeriale, ferma restando la rideterminazione dei costi e dei fabbisogni standard, e delle relative erogazioni in termini di cassa, eventualmente dovuta ad aggiornamento del livello complessivo del finanziamento del Servizio sanitario nazionale. 2. Per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali si fa riferimento agli elementi informativi presenti nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Ministero della salute”.

Ai commi 4-6 è, inoltre, previsto che: “4. Il fabbisogno sanitario standard delle singole regioni a statuto ordinario, cumulativamente pari al livello del fabbisogno sanitario nazionale standard, e' determinato, in fase di prima applicazione a decorrere dall'anno 2013, applicando a tutte le regioni i valori di costo rilevati nelle regioni di riferimento. In sede di prima applicazione e' stabilito il procedimento di cui ai commi dal 5 all'11. 5. Sono regioni di riferimento le tre regioni, tra cui obbligatoriamente la prima, che siano state scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque indicate dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni e per la coesione territoriale, in quanto migliori cinque regioni che, avendo garantito l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizione di equilibrio economico, comunque non essendo assoggettate a piano di rientro e risultando adempienti...A tale scopo si considerano in equilibrio economico le regioni che garantiscono l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza e di appropriatezza con le risorse ordinarie stabilite dalla vigente legislazione a livello nazionale, ivi comprese le entrate proprie regionali effettive. Nella individuazione delle regioni si dovra' tenere conto dell'esigenza di garantire una rappresentativita' in termini di appartenenza geografica al nord, al centro e al sud, con almeno una regione di piccola dimensione geografica[...]. 6. I costi standard

*sono computati a livello aggregato per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza: assistenza collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. Il valore di costo standard e' dato, per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza erogati in condizione di efficienza ed appropriatezza dalla media pro-capite pesata del costo registrato dalle regioni di riferimento. A tal fine il livello della spesa delle tre macroaree delle regioni di riferimento: a) e' computato al lordo della mobilita' passiva e al netto della mobilita' attiva extraregionale; b) e' depurato della quota di spesa finanziata dalle maggiori entrate proprie rispetto alle entrate proprie considerate ai fini della determinazione del finanziamento nazionale. La riduzione e' operata proporzionalmente sulle tre macroaree; c) e' depurato della quota di spesa che finanzia livelli di assistenza superiori ai livelli essenziali; d) e' depurato delle quote di ammortamento che trovano copertura ulteriore rispetto al finanziamento ordinario del Servizio sanitario nazionale, nei termini convenuti presso i Tavoli tecnici di verifica; e) e' applicato, per ciascuna regione, alla relativa popolazione pesata regionale”.*

Per determinare il finanziamento da destinare alla singola regione, la normativa in commento prevede, dunque, di applicare all'ammontare del finanziamento, così stabilito, **il rapporto tra fabbisogno sanitario *standard* della regione e la somma dei fabbisogni regionali *standard* risultanti dall'applicazione a tutte le regioni dei costi rilevati in tre regioni *benchmark*.**

Sulla base di tale rapporto, vale a dire il valore percentuale di fabbisogno di ciascuna regione, viene effettuato il riparto regionale del fabbisogno sanitario nazionale.

**Le regioni *benchmark*, ai sensi del citato art. 27 del D.lgs. n. 68/2011, sono scelte tra le cinque, appositamente individuate con decreto che hanno garantito i LEA in condizione di equilibrio economico e di efficienza ed appropriatezza.**

Vengono, a tal fine, confermati i macrolivelli di assistenza vigenti, tra i quali dovrà distribuirsi la spesa sanitaria secondo le seguenti percentuali (al cui rispetto dovranno adeguarsi le singole regioni): 5% per l'assistenza sanitaria preventiva (ambiente di vita e di lavoro), 51% per l'assistenza distrettuale e 44% per quella ospedaliera.

Per ognuno dei tre macrolivelli si calcola il costo standard come media pro capite pesata (vale a dire corretta tenendo conto della composizione anagrafica della popolazione) del costo nelle Regioni *benchmark*, costo che viene poi applicato alla popolazione (anche in tal caso “pesata”) di ognuna delle regioni, ottenendo così il fabbisogno *standard* di ciascuna, mediante il quale, come detto, si ripartisce il fabbisogno nazionale.

La Conferenza Stato regioni, sceglie tra le 5 regioni individuate dal Ministero le tre regioni principali e, ai fini del calcolo del fabbisogno standard, le altre regioni devono fare comunque e necessariamente riferimento alla prima<sup>3</sup>.

Per il calcolo del fabbisogno della specialistica ambulatoriale della Regione Campania, si è dovuto procedere alla valutazione e all’analisi dei dati delle Regioni *benchmark* per gli anni 2018 e 2019, così come individuate dal descritto sistema normativo.

Sul punto, occorre evidenziare che, per l’anno 2018, la Conferenza Stato Regioni del 1 agosto 2018 (Rep. Atti 148 del 1.8.2018), ha indicato come *benchmark* le seguenti tre Regioni:

- 1) Umbria;**
- 2) Marche;**
- 3) Veneto.**

Con riferimento all’anno 2019, invece, la Conferenza Stato Regioni del 13 febbraio 2019 (Rep. Atti n. 21 CSR), tra le cinque regioni indicate dal Ministero come eleggibili (Piemonte, Umbria, Emilia Romagna, Marche e Veneto), ha indicato come Regioni *benchmark* le seguenti tre Regioni:

- 1) Piemonte;**
- 2) Emilia Romagna;**
- 3) Veneto.**

---

<sup>3</sup> L’articolo 35, comma 1, lettera a), del D.L. 25 maggio 2021, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, ha introdotto il comma 5-ter, il quale prevede che: “*Ai fini della determinazione dei fabbisogni sanitari standard regionali dell’anno 2021 sono regioni di riferimento tutte le cinque regioni indicate, ai sensi di quanto previsto dal comma 5, dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie*”.

## **A livello regionale**

Occorre premettere che, a livello regionale, non si rinviene una specifica normativa in materia di determinazione del fabbisogno, attuativa di quella statale.

Le indicazioni relative a tale tema devono, pertanto, trarsi da norme e provvedimenti riguardanti l'organizzazione sanitaria regionale nel suo complesso e l'accreditamento degli enti privati.

Primo importante provvedimento da rammentare è il Regolamento Consiliare n. 1/2007, ad oggetto *“Regolamento recante la definizione dei requisiti ulteriore e le procedure per l'accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, in regime di ricovero e residenziale”*, con il quale sono stati dettati i requisiti di accreditamento per le strutture sanitarie eroganti prestazioni di assistenza specialistica, in regime ambulatoriale, in regime di ricovero ed in regime residenziale.

All'art. 3, disciplinante *Il contesto programmatico di riferimento per la verifica del fabbisogno e della funzionalità delle strutture sanitarie o socio-sanitarie da accreditare rispetto agli indirizzi della programmazione regionale*, con riferimento alla specialistica ambulatoriale è previsto che *“Per le attività specialistiche ambulatoriali erogate dalle strutture pubbliche, pubbliche equiparate e private, elencate all'art. 1, comma 3 e la cui efficacia è collegata alla permanenza del cittadino nel territorio di residenza e all'attivazione di specifici percorsi assistenziali autorizzati dalla ASL e la cui fruibilità interessa normalmente la dimensione territoriale distrettuale o sub-distrettuale, il riferimento per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione è rappresentata dalla pianificazione attuativa del Piano sanitario regionale che impone alle Aziende Sanitarie Locali di individuare il fabbisogno di prestazioni sanitarie tenendo conto dei bacini di utenza, accertati e verificati, su base aziendale, distrettuale e sub-distrettuale e delle risultanze del rapporto tra domanda e offerta, tenendo anche conto delle specialistiche che risultano maggiormente coinvolte nei fenomeni di*

*migrazione sanitaria extra regionale, al fine di assicurare il fabbisogno assistenziale, nei limiti delle risorse disponibili e dei vincoli di pareggio di bilancio.*

*5. I riferimenti programmatici di cui ai commi 1, 2, 3, e 4 consentono di effettuare la verifica di compatibilità programmatica delle strutture da accreditare, negli ambiti territoriali di riferimento. Tale verifica di compatibilità concerne le strutture sanitarie pubbliche e pubbliche equiparate, private e private provvisoriamente accreditate. Alle strutture pubbliche e pubbliche equiparate, in esercizio o programmate dette procedure in relazione alla loro presenza, alla loro soppressione o alla loro programmazione sono effettuate direttamente dalla Regione con gli strumenti e le procedure di pianificazione previsti nell'ordinamento regionale. 6. Per le strutture private e private provvisoriamente accreditate la verifica ha esito positivo nei casi in cui si evidenzia, dal confronto, una carenza di strutture rispetto agli indici e parametri sopra menzionati, sino alla copertura di tale carenza. Se si evidenzia un esubero per assicurare una efficace competizione tra le strutture accreditate, in attuazione dell'art. 8 quater, comma 3, lett. b), del D.L.vo n° 502/92 e successive modifiche, sono individuati i parametri per l'individuazione dei limiti entro i quali accreditare strutture in eccesso rispetto al fabbisogno. 7. A tal fine la valutazione è preceduta dai seguenti, ulteriori accertamenti: a) **analisi del bisogno, della domanda espressa dai cittadini residenti e della mobilità sanitaria rilevata, nonché di elementi di contesto socio- sanitario ed ambientale misurati attraverso dati epidemiologici;** b) **valutazioni relative all'accessibilità dei servizi ed ai tempi di attesa rilevati;** c) **analisi dell'offerta espressa in termini di: 1) valutazione dell'obsolescenza delle strutture; 2) programmi di nuove realizzazioni o di riconversione e riqualificazione dell'offerta esistente; 3) appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate; 4) previsioni di tendenza relative alla domanda e all'offerta.** 8. I limiti di cui innanzi non possono essere superiori agli indirizzi della programmazione sanitaria nazionale, ai sensi del comma 8, del citato art. 8 quater. 9”*

La Giunta Regionale della Campania, con deliberazione n. 460 del 20/03/2007, ha successivamente, approvato il *Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania*, ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004.

Con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 23 luglio 2009 il Governo centrale ha proceduto alla nomina del Presidente *pro tempore* della Regione Campania quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222.

Con i Decreti C.A. n. 21/2009, n. 5/2010 e n. 31/2011 - in recepimento dell'acta commissariale n. 5 della delibera del Consiglio dei Ministri 24 luglio 2009 che tanto prevedeva - è stata disposta la sospensione formale di ogni iniziativa in corso in materia di autorizzazione ed accreditamento, al **fine di poter procedere all'accREDITAMENTO definitivo sulla base di una programmazione regionale coerente con il fabbisogno.**

Con deliberazione del Consiglio dei Ministri, in data 24 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. 1, comma 88 della legge n.191 del 2009.

Nel 2011 è stata, quindi, varata la normativa faro in materia sanitaria regionale, ovvero, la Legge Regionale n. 4 del 15 marzo 2011, e s.m.i, la quale, all'art. 237, *quater*, per quanto di interesse ai fini della presente relazione, prevede che: *“Ferma restando la sussistenza del fabbisogno e delle condizioni di cui agli articoli 8 ter e 8 quater, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421), in conformità ai principi generali del sistema, ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettere s) e t), della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007), il fabbisogno va soddisfatto, prioritariamente, attraverso l'accREDITAMENTO delle*

*strutture private transitoriamente accreditate, da intendersi provvisoriamente accreditate alla data del 1 luglio 2007, successivamente delle strutture private già in esercizio e solo successivamente mediante l'accreditamento delle strutture o attività di nuova realizzazione. Il rilascio di nuove autorizzazioni per la realizzazione, nonché l'accreditamento di nuove strutture è subordinato al completamento delle procedure di cui ai commi da 237 quinquies a 237 unvicies”.*

Con particolare riferimento alla fissazione del fabbisogno assistenziale, all'art. 237 *quindicies bis*, invece è stato stabilito che: *“Al fine di attuare quanto disposto dall'articolo 1, comma 796, lettera o), della legge 296/2006, in coerenza con i programmi operativi di cui alla legge 191/2009, il fabbisogno programmato di strutture private accreditate eroganti attività di medicina di laboratorio (laboratori di analisi) e dei correlati volumi di prestazioni a carico del SSN coincide per gli anni 2011 e 2012 con le attuali consistenze. Con successivo decreto commissariale, da emanarsi entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore delle presenti disposizioni, sono definite le specifiche modalità di associazione consortile e le soglie minime operative in base alle quali dal 1 febbraio 2013 le strutture private eroganti attività di medicina di laboratorio procedono al rinnovo dell'accreditamento istituzionale definitivo.”*

Infine, menzione particolare merita **il decreto n. 14 dell'1.3.2017, richiamato dal Consiglio di Stato nella sentenza n. 5293/2019, come parametro di riferimento per l'individuazione, appunto del fabbisogno relativo alla macroarea della specialistica ambulatoriale.**

Con il documento in questione sono stati approvati i Programmi Operativi 2016 - 2018 (ovvero, Piano di Rientro, ai sensi della legge 23 dicembre 2009, n. 191, art. 2, comma 88) e sono state individuate le principali azioni e manovre, ritenute essenziali dalla Regione per eliminare il disavanzo.

In particolare la Regione ha ritenuto di dover perseguire nei successivi tre anni i seguenti obiettivi: a) realizzare il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale del SSR a quella ordinaria regionale dal momento in cui se ne

sarebbero realizzate le condizioni; b) mantenere l'equilibrio economico, finanziario e dei flussi di cassa; c) garantire e migliorare la qualità dei Livelli Essenziali di Assistenza; d) superare i punti aperti e le criticità espresse dal Tavolo tecnico e Comitato permanente per la verifica dei LEA e degli adempimenti così come elencati nei Verbali delle Riunioni tenutesi in data 01.04.2015, 30.07.2015 e 05.11.2015.

Il provvedimento prevede, inoltre, anche le manovre che la Regione è tenuta ad attuare ai sensi: a) del Decreto Legge 78/2015 (*Spending Review 2015*), convertito con Legge n.125/2015 “*Disposizioni urgenti in materia di Enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali*”, in merito alle misure di razionalizzazione della spesa per beni e servizi; b) del DM 70/2015 “*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*”, in merito alla riorganizzazione della rete ospedaliera; c) della Legge 161/2014 “*Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2013-bis*”, in merito al rispetto dell'orario di lavoro.

Al Programma 6 - *Rapporti con gli erogatori Rif. Adempimenti: f) - g) - t) - Aj) - Am) - Aai)*, Intervento 6.1-- *Rapporti con gli erogatori privati*, il decreto prevede che: “*Un altro importante obiettivo che la Regione intende raggiungere è evitare il fenomeno dell'esaurimento dei tetti di spesa durante l'anno, attraverso l'assegnazione del budget al singolo erogatore anche per l'assistenza specialistica ambulatoriale e la sua “mensilizzazione”, così da garantire l'attività fino alla fine dell'anno. Al fine di soddisfare l'esigenza espressa dagli operatori privati di una programmazione di più lungo periodo, la Regione si impegna a garantire una programmazione biennale ferma restando la contrattazione annuale*”.

**Il decreto in commento, sempre in tema di fabbisogno, rinvia a quanto previsto dalla già richiamata legge 4/2011, con la quale, come si è detto, è stata dettata la**

**disciplina organica in materia di accreditamento istituzionale definitivo, in rapporto, proprio, al fabbisogno assistenziale.**

Più specificamente, il decreto regionale, richiamando la citata L. R., prevede:

- che se il numero di strutture che hanno presentato la domanda **eccede il fabbisogno programmato a livello regionale, la Regione fissa criteri di adeguamento agli standard o stipula accordi di riconversione con le strutture.** Nelle more delle riconversioni o dell'adeguamento agli standard, la legge prevede *“l'accreditamento in eccesso rispetto al fabbisogno”* (come consentito dall'art. 8 – quater, comma 3, d.lgs. n. 502/92);
- **per le strutture laboratoristiche, che il fabbisogno è da considerarsi equivalente all'esistente e con successivi decreti commissariali viene precisato che *“l'accreditamento è concesso nelle more della realizzazione della rete laboratoristica privata, fermo restando gli obblighi imposti alle strutture sanitarie di procedere alle aggregazioni previste dal DCA n. 109/2013 e s.m.i. e fonte: nel rispetto dei tempi e delle fasi per il raggiungimento, a regime, dello standard minimo indicato nell'accordo stato - regioni 23.03.2011 per struttura erogatrice e, comunque, per non oltre 4 anni”.*** Per far fronte alla carenza di offerta, in alcuni specifici ambiti assistenziali (Hospice, RSA), in deroga alla normativa, è stato previsto che *“le strutture destinate a erogare prestazioni di assistenza palliativa ai malati terminali (hospice) e di assistenza a disabili e anziani non autosufficienti (Residenze Sanitarie Assistenziali), che siano state autorizzate all'esercizio ed in possesso dei requisiti ulteriori per l'accreditamento di cui al regolamento 1/2007, possono, in deroga a quanto previsto dalla legge regionale 4/2011, articolo 1, commi da 237 quater a 237 unvicies, operare in regime di accreditamento. Tali strutture presentano domanda per la conferma dell'accreditamento istituzionale secondo le modalità e nei termini di cui alla legge regionale 4/2011, articolo 1, comma 237 quinquies. Con dette strutture le ASL stipulano contratti, nei limiti fissati da appositi provvedimenti commissariali che individuano la copertura finanziaria”.*

In definitiva, il fabbisogno assistenziale è definito, come confermato dalla stessa Regione Campania, nella citata deliberazione di G.R. n. 354/2021, come l'insieme delle prestazioni e dei servizi che il Servizio sanitario è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione, da erogare attraverso le risorse pubbliche raccolte mediante prelievi fiscali.

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.

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..

Tale definizione ben fa emergere le due componenti della voce fabbisogno, ovvero la componente dei costi dei servizi e quella della domanda di assistenza sanitaria proveniente dalla popolazione, la quale risente, necessariamente, di alcune variabili (quali, ad esempio, l'età della popolazione).

## **2. Attività svolta e documentazione acquisita**

I dati informativi necessari alle attività di ricerca possono avere differenti origini e provenienza, ovvero, possono essere reperiti sia da sistemi e banche dati nazionali, regionali e locali, sia da rilevazioni cosiddette “ tailor “.

Nel presente lavoro i dati demografici sono stati acquisiti da banche dati ISTAT presenti sulla piattaforma [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it), strumento attraverso il quale l’Istituto diffonde la ”*Ricostruzione statistica della popolazione residente per sesso, età e Comune*”, con l’obiettivo di migliorare la qualità delle statistiche demografiche in termini di consistenza, composizione strutturale e ammontare degli eventi osservati.

I dati di popolazione così ricostruiti vengono utilizzati per una vasta gamma di statistiche nazionali ed internazionali, rappresentano, pertanto, una base per altre statistiche demografiche secondarie come le previsioni demografiche e, soprattutto, per il riporto all’universo dei coefficienti di ponderazione nelle indagini campionarie socio-economiche, al fine di garantire che i risultati di tali indagini siano rappresentativi della popolazione complessivamente residente.

L’uso dei dati così ricostruiti di popolazione, come denominatori per l’elaborazione di tassi o rapporti statistici, costituisce un contributo per una vasta serie di statistiche economiche e sociali fondamentali.

La fonte dei dati inerenti la specialistica ambulatoriale è stato il *Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale* - NSIS - gestito e coordinato dal Ministero della Salute, il quale è organizzato per raccogliere in maniera standardizzata ed uniforme le informazioni relative al ricorso ai servizi sanitari.

Il *Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale* (NSIS) rappresenta lo strumento di riferimento per le misure di qualità, efficienza e appropriatezza del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), attraverso la disponibilità di informazioni che, per completezza, consistenza e tempestività, supportano le Regioni e il Ministero nell'esercizio delle proprie funzioni e, in particolare, il Ministero nella sua funzione di garante dell'applicazione uniforme dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sul territorio nazionale.

NSIS rende disponibile a livello nazionale e regionale, un patrimonio di dati, di regole e metodologie per misurare la qualità, efficienza, appropriatezza e costo a supporto del governo del SSN, del monitoraggio dei LEA e della spesa sanitaria, condiviso fra i vari livelli istituzionali e centrato sul cittadino.

Ai fini dell'esecuzione del mandato commissariale si sono svolte le seguenti attività:

- con nota del Commissario ad acta del 7 aprile 2021 prot. in uscita n. 0108239 indirizzata alla Regione Campania - Direzione generale della DG 50.04 - Tutela della Salute e Coordinamento del SSR della Regione Campania ed alla Società Regionale per la sanità So.Re.Sa. S.p.A. è stato richiesto:
  - ✓ per le annualità 2016 - 2017 - 2018 - 2019 il flusso informativo regionale della specialistica ambulatoriale denominato "File C";
  - ✓ per le annualità 2016 - 2017 - 2018 - 2019 il flusso informativo regionale denominato "Flusso Dema" per la specialistica ambulatoriale relativo alla mobilità passiva;
  - ✓ per le annualità 2016 - 2017 - 2018 - 2019 il flusso informativo regionale della specialistica ambulatoriale con gli indicatori LEA - sezione monitoraggio tempi di attesa ex art. 50 L. 326/2003 - PNGLA (piano nazionale di governo delle liste di attesa).
- con nota del Commissario ad acta del 21 aprile 2021 prot. in uscita n. 0124391 indirizzata al Ministero dell'Economia e delle Finanze - I.GE.SPE.S. - Ispettorato Generale per la Spesa Sociale è stato richiesto:
  - ✓ per le annualità 2016 - 2017 - 2018 - 2019 il flusso informativo della specialistica ambulatoriale relativo alla Regione Campania con benchmark delle Regioni di riferimento individuate dalla Conferenza Stato Regioni;
  - ✓ per le annualità 2016 - 2017 - 2018 - 2019 il flusso informativo per la specialistica ambulatoriale relativo alla mobilità passiva relativo alla Regione Campania con benchmark delle Regioni di riferimento individuate dalla Conferenza Stato Regioni;

- ✓ per le annualità 2016 - 2017 - 2018 – 2019 il flusso informativo della specialistica ambulatoriale con gli indicatori LEA – sezione monitoraggio tempi di attesa ex art.50 L. 326/2003 – PNGLA (piano nazionale di governo delle liste di attesa) relativo alla Regione Campania con benchmark delle Regioni di riferimento individuate dalla Conferenza Stato Regioni;
- con nota del Commissario ad acta del 21 aprile 2021 prot. in uscita n. 0124377 indirizzata al Ministero della Salute - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica - è stato richiesto il nominativo di un referente del sistema NSIS;
- con nota del Commissario ad acta del 9 luglio 2021 prot. in uscita n. 0214577 indirizzata all'ISTAT è stato richiesto il nominativo di un referente;
- con nota della Rete tra Professionisti per la “*Consulenza tecnica in esecuzione della sentenza n. 5293/2019 del Consiglio di Stato*” del 12 luglio indirizzata al dirigente dell'Ufficio 03 DGSISS, indicato quale referente del Commissario ad Acta con nota del 12.07.2021 prot. c1b.c./4 del Direttore dell'Ufficio I della Direzione generale della digitalizzazione del sistema informativo sanitario e della statistica, è stato richiesto:
  - ✓ per le annualità 2016 - 2017 - 2018 – 2019 il flusso informativo della specialistica ambulatoriale (File C) relativo alla Regione Campania con benchmark di riferimento individuati dalla Conferenza Stato Regioni;
  - ✓ per le annualità 2016 - 2017 - 2018 – 2019 il flusso informativo per la specialistica ambulatoriale relativo alla mobilità passiva relativo alla regione Campania con benchmark di riferimento individuati dalla Conferenza Stato Regioni;
  - ✓ per le annualità 2016 - 2017 - 2018 – 2019 il flusso informativo della specialistica ambulatoriale con gli indicatori LEA – sezione monitoraggio tempi di attesa ex art.50 L. 326/2003 – PNGLA (piano nazionale di governo delle liste di attesa);

- ✓ estratto del modello STS.11 Regione Campania (dati anagrafici delle strutture sanitarie);
- ✓ estratto del modello STS.21 Regione Campania (dati sulle attività di Assistenza Specialistica territoriale).

A seguito delle richieste inviate:

- So.Re.Sa. S.p.A, con nota del 27 maggio indirizzata al Commissario ad acta, consegnava per le annualità 2016-2017-2018-2019 la seguente documentazione:
  - ✓ il flusso informativo regionale della specialistica ambulatoriale denominato cd. “File C”;
  - ✓ il flusso informativo regionale denominato “Flusso Dema” per la specialistica ambulatoriale relativo alla mobilità passiva;
  - ✓ il flusso informativo regionale della specialistica ambulatoriale con gli indicatori LEA – sezione monitoraggio tempi di attesa ex art.50 L. 326/2003 – PNGLA (piano nazionale di governo delle liste di attesa).
- Il dirigente dell’Ufficio 03 DGSISS, della Direzione generale della digitalizzazione del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della Salute con nota indirizzata al Commissario ad acta del 28 luglio 2021 prot. 0010095 consegnava la seguente documentazione:
  - ✓ file.zip contenente tutti i dati rilevati con i modelli STS11 e STS21, relativi a tutte le strutture sanitarie della Regione Campania per gli anni dal 2016 al 2019;
  - ✓ dati estratti per gli anni 2016-2017-2018-2019 dal flusso della specialistica ambulatoriale di cui all’articolo 50 della legge 30 settembre 2003, n. 269 per la Regione Campania;

- ✓ tabella branca-disciplina-classificazione FA-RE.
- Il dirigente dell'Ufficio 03 DGSISS, della Direzione generale della digitalizzazione del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della Salute, con nota indirizzata Commissario ad acta del 21 settembre 2021, consegnava per i residenti delle regioni benchmark le seguenti informazioni estratte dal flusso della specialistica ambulatoriale:
  - ✓ anno di erogazione
  - ✓ regione di erogazione della prestazione
  - ✓ regione di residenza
  - ✓ natura della struttura di erogazione (pubblico/privato)
  - ✓ FA-RE classificazione I livello
  - ✓ Fascia di età quinquennale
  - ✓ Numero di prestazioni erogate
  - ✓ Valorizzazione delle prestazioni erogate

### **3. Analisi del contesto demografico**

I bisogni di salute di una popolazione non sono uniformi ma diversificati, perché condizionati da una serie di determinanti in alcuni casi non modificabili ed in altri casi modificabili. L'età è un determinante di salute non modificabile così come il genere; lo studio della composizione demografica di una popolazione per età e sesso costituisce il presupposto per cercare di comprendere i principali bisogni di salute della stessa. La probabilità che un soggetto manifesti una o più patologie, con i connessi bisogni di assistenza, cresce al crescere dell'età.

La rappresentazione grafica della struttura di una popolazione si traduce in una figura di tipo piramidale conosciuta come "Piramide delle età".

Per l'analisi demografica è stato preso come riferimento il Rapporto Osservasalute 2020 in cui si analizzano i dati dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) di fonte

anagrafica che consentono di calcolare i principali indicatori demografici della popolazione residente in Italia. In Figura 1 possiamo osservare la ripartizione per età, genere e cittadinanza della popolazione al 1 gennaio 2020. La popolazione italiana, in tale data, è pari a 59.641.488 abitanti. È evidente che la quota maggiore della popolazione ha un'età compresa tra i 45 e i 60 anni, mentre la quota di giovani in confronto è molto ridotta. Ciò giustifica l'età media nazionale che al 1 gennaio 2020 è pari a 45,7 anni, con una stima al 2044 di 49,6 anni. L'aumento dell'età media nazionale è dovuto all'aumento della speranza di vita, aumento non solo determinato dal calo delle nascite, ma anche dall'aumento della popolazione in età avanzata e dall'invecchiamento. È presumibile pensare che un andamento del genere non cali a breve, supponendo che nel futuro prossimo non si registri un aumento di nascite tale da contrastare il rapido invecchiamento. Contribuisce a questo andamento anche la presenza di residenti stranieri (in scuro), la cui età si concentra principalmente a ridosso dell'età media nazionale. Dal confronto per genere, si evidenzia come, principalmente nelle età avanzate, la popolazione è fortemente sbilanciata a favore delle donne che godono di una speranza di vita maggiore degli uomini. Per un'analisi più approfondita del fenomeno dell'invecchiamento è utile suddividere gli over 65 in 3 categorie: Giovani anziani (65-74 anni), Anziani (75-84 anni) e Grandi vecchi (85 e oltre). A livello nazionale, il trend maggiormente in aumento è quello dei giovani anziani che, al 1 gennaio 2020, ammontano a 6,7 milioni e rappresentano l'11,4% della popolazione. Gli anziani sono quasi 4,9 milioni e rappresentano l'8,2% del totale della popolazione. Infine la quota di grandi vecchi raggiunge i 2,2 milioni pari al 3,7% del totale. All'aumentare dell'età si evidenzia anche una quota crescente della popolazione femminile che rappresenta il 52,8% tra i giovani anziani, aumenta al 56,7% tra gli anziani ed arriva al 66,9% tra i grandi vecchi. Ancora, dai dati si evince che il 23,3% della popolazione italiana è costituita da over 65. I valori fin qui analizzati restano valori nazionali che, se disaggregati al dettaglio regionale, portano a diverse conclusioni. In riferimento alle 3 categorie over 65 analizzate in ambito nazionale (giovani anziani, anziani e grandi vecchi), tali dati possono essere

disaggregati al dettaglio regionale per avere una visione più chiara di quelle che sono le differenze regionali. Per i “giovani anziani”, i valori variano da un minimo di 9,3% della popolazione della P.A. di Bolzano (unico valore inferiore rispetto al valore della Campania pari a 10,2%), ad un massimo di 12,8% della Liguria. Per gli “anziani” i valori variano da un minimo del 6,3% della popolazione della Regione Campania, a un massimo del 10,7% della Regione Liguria. Per i “grandi vecchi” i valori variano da un minimo del 2,5% della popolazione della Regione Campania, a un massimo del 5,2% della Regione Liguria. Dai dati a disposizione si può confermare che la regione più vecchia d’Italia è la Liguria con una percentuale di over 65 del 28,7% della popolazione, mentre la regione più giovane d’Italia è la Campania con il 19,2% di over 65.

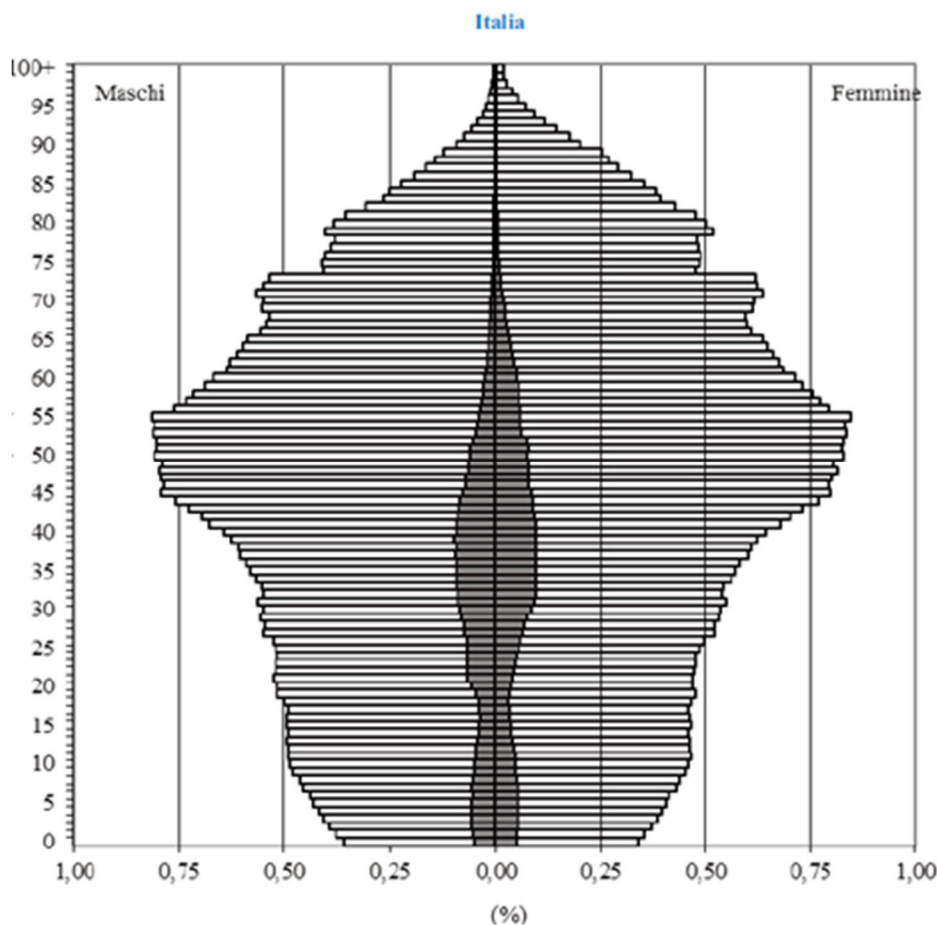
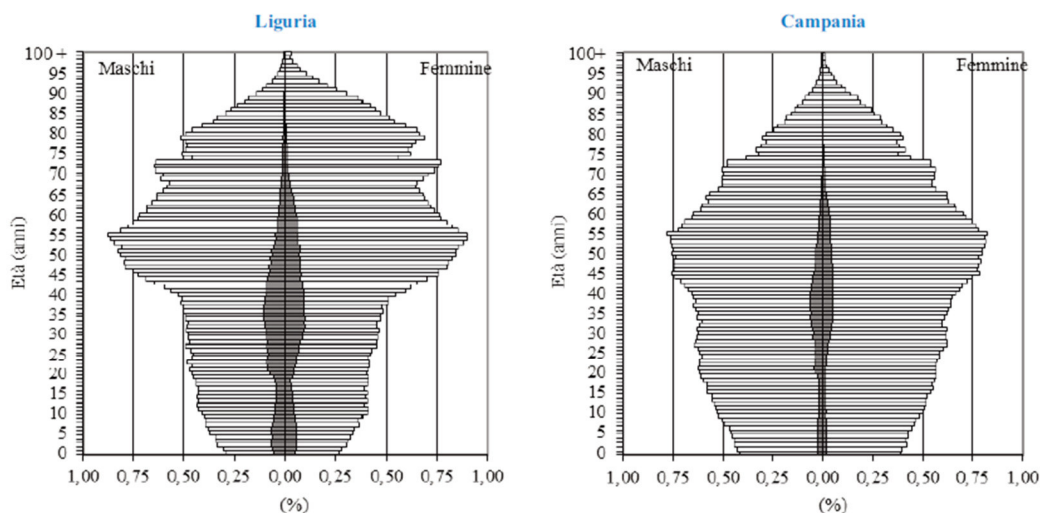


Figura 1 - Popolazione Italiana ripartita per età, genere e cittadinanza (Fonte Dati: ISTAT)

### 3.1 Confronto tra assetti demografici: la Liguria e la Campania



**Legenda:**

Italiani = barre di colore bianco.

Stranieri = barre di colore grigio scuro.

**Fonte dei dati:** Rilevazione “Popolazione residente comunale per sesso anno di nascita e stato civile” e Rilevazione “Popolazione residente comunale straniera per sesso e anno di nascita”. Disponibili sul sito: dati.istat.it. Anno 2020.

Figura 2 - Popolazione Liguria e Campania ripartita per età e genere (Fonte Dati: ISTAT)

Il primo confronto può essere effettuato tra due regioni storicamente contrapposte come la Liguria e la Campania. Dalla Figura 2 si può immediatamente osservare la diversa struttura demografica che intercorre tra le due realtà: da un lato troviamo la Liguria, regione più vecchia d’Italia, dall’altro la Campania, una tra le più giovani. I grafici danno palese evidenza della disomogeneità delle strutture demografiche. Nella popolazione della Liguria riscontriamo un’elevata presenza di anziani, con il processo di invecchiamento ampiamente avviato. Una forte disomogeneità è presente tra under 40 e over 40 e da ciò è semplice comprendere come l’età media regionale è di certo superiore alla nazionale. Difatti dai dati Istat possiamo confermare che essa è pari a 49,2, valore vicino a quella che dovrebbe essere l’età media nazionale tra circa 20 anni (49,6). Altro indice che ci aiuta a comprendere quanto sia anziana la popolazione ligure è l’indice di vecchiaia regionale pari a 262,4 vs nazionale 179,4; per *indice di vecchiaia* si intende il rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100. Al contrario, la struttura della popolazione della Regione Campania è più omogenea, con il processo di invecchiamento ancora in uno stato poco avanzato. Difatti la Campania è una delle regioni più giovani d’Italia, con

età media e indice di vecchiaia notevolmente al di sotto dei valori nazionali, rispettivamente 43,0 e 135,1 vs nazionale 45,7 e 179,4. Nei grafici che seguono, la popolazione totale (maschi/femmine) relativa alla Regione Campania per gli anni 2012-2019 è stata suddivisa per fasce di età in modo da rendere percepibili, *ictu oculi*, le variazioni nel tempo di ogni specifica fascia di età. Si evidenzia come le fasce giovani (0-19 e 20-39) hanno subito un graduale calo mentre le fasce adulte (40-59,60-79 e 80+) hanno avuto, al contrario, un graduale aumento. Ciò dimostra che l'età media al passare degli anni è aumentata.

#### Andamento popolazione Regione Campania 2012-2019

Età (group)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
0-19	1.298.636	1.276.670	1.256.883	1.236.870	1.218.222	1.199.255	1.182.254	1.161.172
20-39	1.582.039	1.562.554	1.541.983	1.518.688	1.496.659	1.474.592	1.457.188	1.434.942
40-59	1.560.465	1.579.030	1.595.800	1.609.050	1.617.592	1.626.383	1.625.806	1.624.433
60-79	1.128.827	1.137.878	1.146.459	1.161.856	1.176.781	1.189.984	1.207.629	1.223.154
80+	256.801	263.388	270.690	276.884	280.533	285.498	289.122	295.706

Anno	Popolazione
2012	5.827.593
2013	5.820.430
2014	5.812.768
2015	5.804.370
2016	5.790.783
2017	5.776.654
2018	5.762.889
2019	5.740.291

Tabella 1 - Andamento demografico Regione Campania (Fonte Dati: ISTAT)

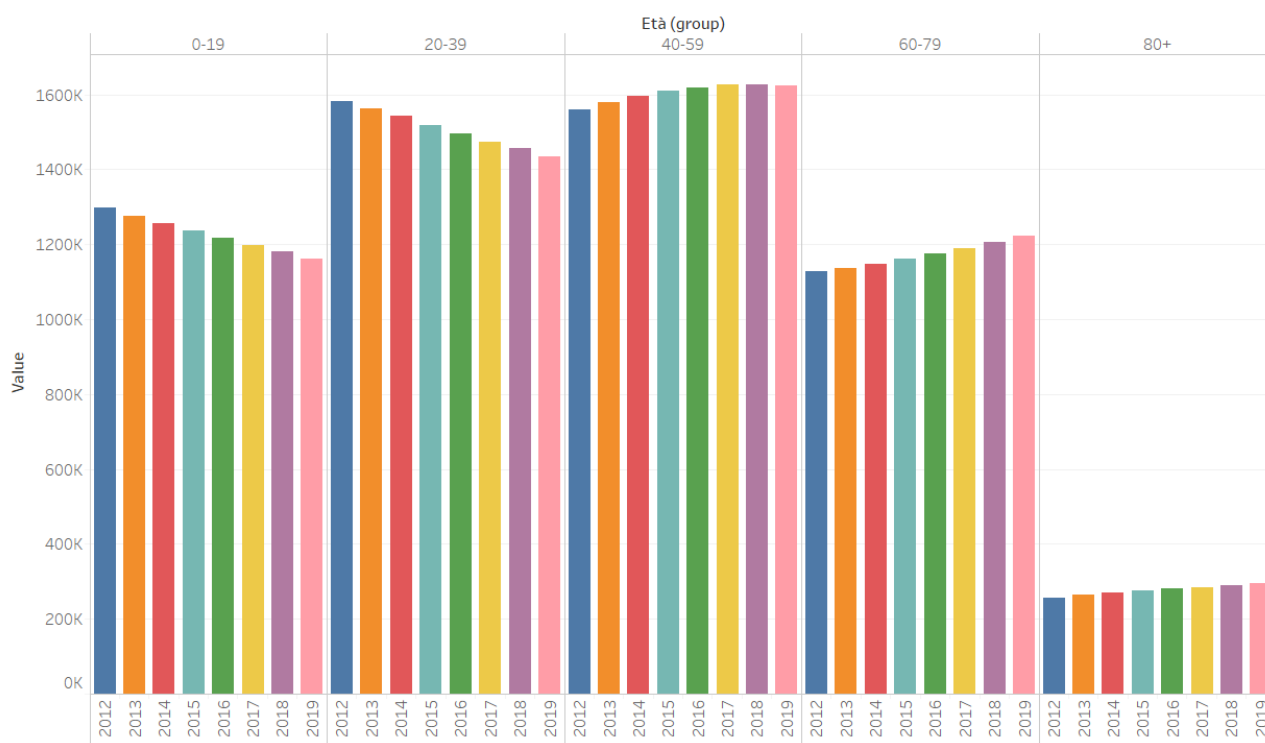


Figura 3 – Andamento demografico Regione Campania stratificato per età (Elaborazione su Dati ISTAT)

In Tabella 2, invece, è rappresentata per gli anni 2016-2019 la variazione della popolazione per ASL di appartenenza. Così come evidenziato nella Tabella 1, anche al dettaglio provinciale si osserva un calo graduale della popolazione totale.

#### Andamento popolazione per ASL 2016-2019

Anno	Asl				
	Avellino	Beneven..	Caserta	Napoli	Salerno
2016	423.372	279.778	917.423	3.071.681	1.098.529
2017	420.719	278.475	916.615	3.065.231	1.095.614
2018	418.123	277.579	915.730	3.060.023	1.091.434
2019	414.109	275.384	915.549	3.048.194	1.087.055

Tabella 2 - Andamento popolazione per ASL 2016-2019 (Fonte Dati: ISTAT)

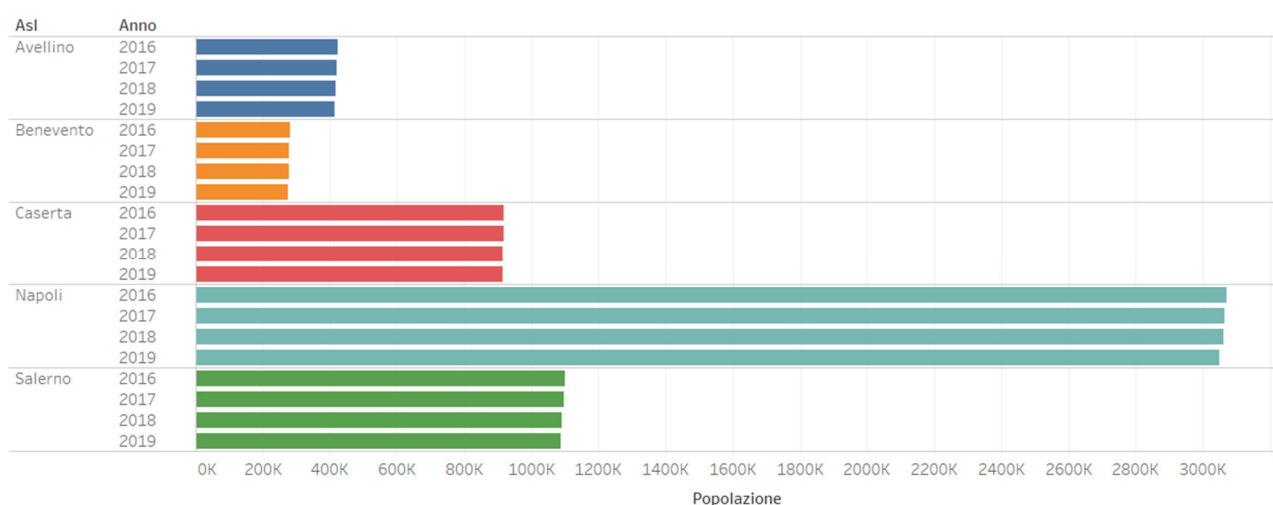


Figura 4 - Andamento demografico Regione Campania stratificato per regione (Elaborazione su Dati ISTAT)

Nella Tabella 3, è rappresentato l'indice di vecchiaia, valutato come il rapporto tra la popolazione con età maggiore di 65 anni diviso la popolazione di età 0-14. Il tutto moltiplicato per 100. Ad esempio, considerato il 2016, ci sono 117.5 anziani ogni 100 giovani.

Anno	Indice di vecchiaia
2016	117.5
2017	121.6
2018	125.1
2019	129.6

Tabella 3 - Indice di invecchiamento Regione Campania (Elaborazione su Dati ISTAT)

Nella Tabella 4 è rappresentato "l'Indice di dipendenza strutturale" ossia il rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100. Ad esempio, considerato il 2016, ci sono 49.5 individui non autonomi (<14 e >65) ogni 100 potenzialmente indipendenti (15-64)

Anno	Indice di dipendenza strutturale
2016	49.5
2017	49.7
2018	49.7
2019	49.9

Tabella 4 - Indice di dipendenza strutturale Regione Campania (Elaborazione su Dati ISTAT)

Al 1<sup>^</sup> gennaio 2021, la popolazione residente in Campania era così distribuita:  
 il 53,1% della popolazione (**3.017.658**) risiede nell'**area metropolitana di Napoli** e, specificamente:

- 954.860 nella città metropolitana di Napoli e nell'isola di Capri (ambito territoriale ASL Napoli 1 Centro, 3 Comuni, 13 Distretti, 16,81 % popolazione regionale);
- 936.838 nell'area nord e nord-ovest nonché nell'area insulare di Ischia e Procida (ambito territoriale ASL Napoli 2 Nord; 32 Comuni, 13 Distretti, 16,5% popolazione regionale);
- 1.125.960 nell'area sud e sud-est (ambito territoriale ASL Napoli 3 Sud; 56 Comuni, 13 Distretti, 19,82% popolazione regionale ).

La restante popolazione così risiedeva, sempre a quella data,:

- ✓ **Avellino e provincia 405.963** (ambito territoriale ASL Avellino, 118 Comuni, 6 Distretti, 7,14% popolazione regionale)
- ✓ **Benevento e provincia 269.233** (ambito territoriale ASL Benevento, 78 Comuni, 5 Distretti, 4,74% popolazione regionale)
- ✓ **Caserta e provincia 911.606** (ambito territoriale ASL Caserta, 104 Comuni, 12 Distretti, 16,05% popolazione regionale)
- ✓ **Salerno e provincia 1.075.299** (ambito territoriale ASL Salerno, 158 Comuni, 13 Distretti, 18,93% popolazione regionale)

	<b>Provincia/Città Metropolitana</b>	<b><u>Popolazione</u> <i>residenti</i></b>	<b><u>Superficie</u> <i>km<sup>2</sup></i></b>	<b><u>Densità</u> <i>abitanti/km<sup>2</sup></i></b>	<b><u>Numero</u> <u>Comuni</u></b>
1.	<b>AV</b> <a href="#"><u>Avellino</u></a>	<b>405.963</b>	<b>2.805,96</b>	<b>145</b>	<b>118</b>

<b>2. BN</b> <u><a href="#">Benevento</a></u>	<b>269.233</b>	<b>2.080,37</b>	<b>129</b>	<b>78</b>
<b>3. CE</b> <u><a href="#">Caserta</a></u>	<b>911.606</b>	<b>2.651,28</b>	<b>344</b>	<b>104</b>
<b>4. NA</b> <u><a href="#">Città Metropolitana di NAPOLI</a></u>	<b>3.017.658</b>	<b>1.178,94</b>	<b>2.560</b>	<b>92</b>
<b>5. SA</b> <u><a href="#">Salerno</a></u>	<b>1.075.299</b>	<b>4.954,05</b>	<b>217</b>	<b>158</b>
<b>Totale</b>	<b>5.679.759</b>	<b>13.670,60</b>	<b>415</b>	<b>550</b>

Popolazione della Campania suddivisa per Provincia e Città Metropolitana (Fonte ISTAT 01/01/2021)

#### 4. Analisi del contesto epidemiologico

Una compiuta rilevazione sullo stato di salute di una popolazione e, quindi, dei suoi bisogni sanitari (domanda) è propedeutica alla fase di organizzazione dei servizi (offerta). Si parla di valori stimati in quanto, non essendo possibile definire con precisione la grandezza dei bisogni, si ricorre alla sua valutazione approssimata. In questa tipologia di studi, per avere dati epidemiologici in base ai quali programmare l'assegnazione delle risorse necessarie alla implementazione dei servizi, si ricorre a vari strumenti quali ad esempio le rilevazioni statistiche, le indagini campionarie, le stime indirette della frequenza degli stati patologici significativi attraverso il consumo dei farmaci oppure, laddove presenti, i registri di patologia a livello di popolazione, le schede di dimissione ospedaliera.

##### 4.1 Le indagini campionarie

Sia l'Istat che l'Istituto superiore di Sanità (ISS) conducono articolate indagini campionarie. L'Istat, in un contesto che vede la partecipazione di 53 Paesi membri dell'Oms Europa, alimenta un Sistema informativo territoriale su sanità e salute - **Health for all Italia** - database che contiene 4.000 indicatori sul sistema sanitario e sulla salute in Italia. Esso si compone, tra l'altro, di una sezione "Contesto socio-demografico", di una sezione "Malattie croniche ed infettive", di una sezione "Condizioni di salute e speranza di vita" e di una sezione "Assistenza sanitaria". L'Indagine Multiscopo Istat sulle condizioni di vita viene effettuata dal 1993 su un campione annuale di circa 50.000 soggetti.

All'ISS afferisce invece **EpiCentro**, portale di Epidemiologia che fornisce anche dati relativi a sorveglianze di popolazione; di particolare interesse ai fini di questo documento sono la Sorveglianza PASSI e la Sorveglianza PASSI d'argento dove PASSI è l'acronimo di Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia  
SORVEGLIANZA PASSI

Il programma di sorveglianza Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), avviato nel 2006, consiste in un monitoraggio continuo e a tutto tondo sullo stato di salute della popolazione adulta italiana (18-69 anni). È attuato attraverso indagini campionarie sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di prevenzione. I temi trattati sono il fumo, l'inattività fisica, l'eccesso ponderale, il consumo di alcol, la dieta povera di frutta e verdura, ma anche il controllo del rischio cardiovascolare, l'adesione agli screening oncologici. L'aggiornamento è al 2020.

**Sovrappeso e Obesità.** Si stima che 4 adulti su 10 siano in eccesso ponderale: 3 in sovrappeso e 1 obeso. L'eccesso ponderale è più frequente al crescere dell'età, fra gli uomini rispetto alle donne, fra le persone con difficoltà economiche e fra le persone con un basso livello di istruzione. *La Campania* ha la quota più alta di persone in eccesso ponderale (più della metà); seguono Basilicata, Calabria, Puglia.

## **Rischio cardiovascolare nella popolazione adulta di 18-69 anni.**

Le malattie cardio-cerebrovascolari rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale; le più frequenti sono infarto del miocardio ed ictus cerebrale. Riconoscono diversi fattori di rischio sui quali si può comunque intervenire: ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete, fumo di tabacco, sovrappeso/obesità, sedentarietà, scarso consumo di frutta, verdura, pesce, assunzione di cibi con alto contenuto di sale e grassi saturi. Meno del 3% delle persone al di sotto dei 35 anni soffre di ipertensione ma la patologia sale al 36% fra i 50-69enni. È più frequente fra gli uomini, fra le persone in sovrappeso o obese, e fra le persone socialmente più svantaggiate, per disponibilità economiche o istruzione. La patologia ipertensiva è più presente nelle Regioni meridionali. Anche l'ipercolesterolemia è associata all'età (dal 7% fra i 18-34enni al 34% fra i 50-69enni) e all'eccesso ponderale (dal 29% fra le persone in sovrappeso o obese); è rappresentata in egual modo in entrambi i generi, è più frequente fra le persone con bassa istruzione e fra le persone residenti nelle regioni meridionali

**Patologie croniche.** Al 18% delle persone fra 18 e 69 anni intervistate per la Sorveglianza PASSI tra il 2017 e il 2020 è stata diagnosticata una o più tra le seguenti patologie: insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (comprese leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato o cirrosi. La condizione di cronicità è più frequente al crescere dell'età (interessa il 30% delle persone fra 50 e 69 anni); e tra le persone con status socioeconomico più svantaggiato, per difficoltà economiche (27%) o bassa istruzione (38% tra chi ha nessun titolo o la licenza elementare). La presenza contemporanea di due o più patologie croniche (fra quelle indagate) riguarda, in media, il 4% dei 18-69enni: è più frequente all'aumentare dell'età (viene riferita dal 9% delle persone fra 50 e 69 anni), e tra le persone con status socioeconomico più svantaggiato, per difficoltà

economiche (9%) o bassa istruzione (15% tra chi ha nessun titolo o la licenza elementare).

Le patologie croniche più frequentemente riferite, fra i 18 e i 69 anni, sono le malattie respiratorie croniche (circa 7%), le malattie cardiovascolari e il diabete (5%), e i tumori (4%); al contrario, le malattie croniche del fegato, l'insufficienza renale e l'ictus (1%) sono le meno frequenti. Non si rileva una variabilità regionale della cronicità perché si registrano prevalenze più elevate in alcune Regioni del meridione, come in Sardegna (25%) o in Campania (21%) ma anche tra le Regioni del Nord come in Liguria (22%) o in Friuli Venezia Giulia (23%). Lo stesso accade per la policronicità. (Portale PASSI - Patologie croniche - Periodo 2017-2020).

#### **4.2 Farmaci traccianti patologie**

Ci si muove essenzialmente nel campo delle patologie croniche; il dato della prevalenza d'uso permette di individuare la proporzione di individui di una popolazione che, in un anno, è esposta all'utilizzo di un farmaco. Complessivamente, in Campania, a 5 gruppi di farmaci è ascrivibile circa l'80% della spesa lorda totale: farmaci per il sistema cardiovascolare, per l'apparato gastrointestinale e del metabolismo, per il sistema respiratorio, antimicrobici generali a uso sistemico e farmaci per il sistema nervoso.

Da uno studio congiunto (PharmaCaRe Report Regione Campania anno 2018) del CIRFF, Centro Interdipartimentale di Ricerca in Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione, Dipartimento di Farmacia dell'Università Federico II, e Regione Campania si evidenzia che:

1. la prevalenza d'uso di farmaci per patologie cardiovascolari sia stato pari al 24,1% (verosimilmente circa 24 persone ogni 100 hanno almeno una patologia cardiovascolare); categoria di farmaci più prescritta a carico del Ssn.
2. quella per il trattamento di malattie reumatologiche al 10,6 % (verosimilmente circa 11 persone ogni 100 hanno almeno una malattia reumatologica);

3. la prevalenza d'uso di farmaci per patologie neuropsichiatriche è del 6% (verosimilmente circa 6 persone ogni 100 hanno almeno una malattia neuropsichiatrica);
4. la prevalenza d'uso di farmaci per il trattamento di malattie respiratorie al 5,9% (verosimilmente circa 6 persone ogni 100 hanno almeno una malattia respiratoria);
5. la prevalenza d'uso di farmaci per il diabete al 5,4% (verosimilmente circa 6 persone ogni 100 sono affetti da diabete);
6. la prevalenza d'uso di farmaci per patologie oncologiche è dello 0,6%. La prevalenza d'uso è leggermente più alta nelle donne perché sono più rappresentate.

### **4.3 Registri di mortalità per tumori**

Nel 2019 sono stati 371mila i nuovi casi di tumore maligno che si sono registrati in Italia, mentre sono stati 179mila i decessi, in riferimento al 2016. Il tumore alla mammella resta la neoplasia più frequentemente diagnosticata nel nostro Paese, mentre il cancro ai polmoni rappresenta ancora la principale causa di morte per tumori. In Campania si registra il più alto tasso di malati di cancro ai polmoni: 112 casi ogni 100mila abitanti.

Il tumore ai polmoni in Campania colpisce maggiormente gli uomini, mentre, nel caso delle donne, è la Lombardia ad essere la più colpita. Nel quinquennio 2008-2012, i tassi di incidenza del tumore polmonare erano di 121,9 in Campania e di 109,1 in Italia (TSD per 100.000, pop. EU 2013).

Sempre in Campania, la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi del tumore ai polmoni è del 13 per cento dei malati. In totale, per tutti i tipi di neoplasie, il tasso di sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è del 50 per cento tra gli uomini e del 59 per cento tra le donne. Se l'incidenza di neoplasie maligne, cioè il numero di nuovi casi/anno, presenta un gradiente nord-sud, la mortalità per malattie oncologiche nella Regione Campania presenta tassi più alti di quelli registrati a livello nazionale.

#### 4.4 La mortalità generale

Se consideriamo la mortalità per quasi totalità delle cause di morte e non solo quelle oncologiche, i tassi più alti si ritrovano nelle tre ASL della Città Metropolitana di Napoli (Napoli 1 Centro, Napoli 2 Nord, Napoli 3 Sud) e, per alcune cause, anche nella provincia di Caserta. La Campania, con la popolazione più giovane tra le regioni italiane, occupa il 19<sup>^</sup> posto su 20 regioni per tasso di mortalità riferito a 1.000 abitanti, come evidenziato nella tabella successiva. Il rapporto standardizzato di mortalità (RM), che misura l'eccesso di morte dei meno istruiti rispetto ai più istruiti, è intorno a 1,3 per gli uomini e a 1,2 per le donne e non si osservano oscillazioni di rilievo nei diversi mesi, a indicare che le diseguaglianze sociali nella mortalità rimangono pressoché invariate” (Istat Rapporto annuale 2020 pag. 89).

Posto	Regione	Tasso mortalità(0‰)
1 <sup>^</sup>	<b>LIGURIA</b>	<b>14,0</b>
2 <sup>^</sup>	<b>PIEMONTE</b>	<b>12,3</b>
3 <sup>^</sup>	<b>MOLISE</b>	<b>12,1</b>
4 <sup>^</sup>	<b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b>	<b>11,8</b>
5 <sup>^</sup>	<b>TOSCANA</b>	<b>11,8</b>
6 <sup>^</sup>	<b>UMBRIA</b>	<b>11,8</b>
7 <sup>^</sup>	<b>BASILICATA</b>	<b>11,7</b>
8 <sup>^</sup>	<b>MARCHE</b>	<b>11,5</b>
9 <sup>^</sup>	<b>EMILIA ROMAGNA</b>	<b>11,3</b>
10 <sup>^</sup>	<b>ABRUZZO</b>	<b>11,3</b>
11 <sup>^</sup>	<b>VALLE D'AOSTA/ VALLÉE D'AOSTE</b>	<b>11,1</b>
12 <sup>^</sup>	<b>SICILIA</b>	<b>10,7</b>
	<b>ITALIA</b>	<b>10,6</b>
13 <sup>^</sup>	<b>CALABRIA</b>	<b>10,6</b>

14^	<b>SARDEGNA</b>	<b>10,5</b>
15^	<b>VENETO</b>	<b>10,0</b>
16^	<b>LOMBARDIA</b>	<b>10,0</b>
17^	<b>PUGLIA</b>	<b>9,9</b>
18^	<b>LAZIO</b>	<b>9,9</b>
19^	<b>CAMPANIA</b>	<b>9,4</b>
20^	<b>TRENTINO-ALTO ADIGE/SÜDTIROL</b>	<b>8,9</b>

Tasso di Mortalità in ordine decrescente nelle regioni italiane Anno 2019 (Fonte ISTAT)

Naturalmente, laddove la popolazione è più anziana più è alto il tasso di mortalità per semplici ragioni biologiche; se si effettua un confronto tra regioni con popolazioni rispettivamente più giovani (Campania) e più anziane (Liguria) senza tenere conto della diversa numerosità delle classi di età si arriverebbe ad una conclusione fuorviante: lo stato di salute e la qualità dell'assistenza in Campania sono migliori che in Liguria. In realtà, in Liguria ci sono più morti solo perché ci sono più anziani. Volendo confrontare i valori della mortalità tra periodi e realtà territoriali diversi per struttura di età delle popolazioni residenti si deve ricorrere al “tasso standardizzato” che rappresenta un indicatore “artificiale”, che non corrisponde più esattamente al dato reale.

<b>Posto</b>	<b>Regione</b>	<b>Tasso mortalità std Maschi</b>
<b>anno 2017</b>		<b>(0‰)</b>
<b>1^</b>	<b>CAMPANIA</b>	<b>124,0</b>
2^	SICILIA	120,3
3^	BASILICATA	112,6
4^	CALABRIA	112,2
5^	VALLE D'AOSTA/ VALLÉE D'AOSTE	111,6
6^	MOLISE	110,2

7^	PIEMONTE	109,5
8^	LIGURIA	109,0
9^	LAZIO	108,7
	<b>ITALIA</b>	<b>108,2</b>
10^	ABRUZZO	107,3
11^	PUGLIA	107,0
12^	FRIULI VENEZIA GIULIA	106,2
13^	SARDEGNA	105,9
14^	TOSCANA	103,6
15^	LOMBARDIA	103,4
16^	EMILIA ROMAGNA	103,0
17^	VENETO	103,0
18^	UMBRIA	102,2
19^	MARCHE	102,1
20^	TRENTINO-ALTO ADIGE/SÜDTIROL	96,9

Anno 2017 Tasso di Mortalità std x 0‰ Maschi. Ordine decrescente. Dati Istat “Indagine sui decessi e cause di morte”. Anno 2020.

Posto	Regione	Tasso mortalità std
anno 2017		Femmine (0‰)
1^	CAMPANIA	85,6
2^	SICILIA	82,1
3^	CALABRIA	75,7
4^	LAZIO	73,6
5^	VALLE D'AOSTA/ VALLÉE D'AOSTE	73,5
6^	PUGLIA	73,2
7^	PIEMONTE	72,5

8^	<b>ABRUZZO</b>	<b>72,2</b>
	<b>ITALIA</b>	<b>71,7</b>
9^	<b>LIGURIA</b>	<b>70,5</b>
10^	<b>BASILICATA</b>	<b>70,5</b>
11^	<b>MOLISE</b>	<b>69,4</b>
12^	<b>MARCHE</b>	<b>68,5</b>
13^	<b>TOSCANA</b>	<b>68,3</b>
14^	<b>EMILIA ROMAGNA</b>	<b>68,1</b>
15^	<b>UMBRIA</b>	<b>67,5</b>
16^	<b>SARDEGNA</b>	<b>67,5</b>
17^	<b>LOMBARDIA</b>	<b>67,2</b>
18^	<b>VENETO</b>	<b>66,9</b>
19^	<b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b>	<b>66,1</b>
20^	<b>TRENTINO-ALTO ADIGE/SÜDTIROL</b>	<b>62,0</b>

Anno 2017 Tasso di Mortalità std x ‰ Femmine. Ordine decrescente Dati Istat “Indagine sui decessi e cause di morte”. Anno 2020.

Il dato grezzo di mortalità per province campane, nell’anno 2019, è il seguente

<b>Posto</b>	<b>Provincia</b>	<b>Tasso mortalità</b>
<b>Anno 2019</b>		<b>(‰)</b>
<b>1^</b>	<b>Benevento</b>	<b>11,9</b>
<b>2^</b>	<b>Avellino</b>	<b>11,3</b>
<b>3^</b>	<b>Salerno</b>	<b>10,3</b>

	<b>CAMPANIA</b>	<b>9,4</b>
4^	<b>Napoli</b>	<b>8,8</b>
5^	<b>Caserta</b>	<b>8,7</b>

Tasso di Mortalità in ordine decrescente nelle province della Campania. Anno 2019 (Fonte ISTAT)

L'utilizzo del Tasso di mortalità standardizzato modifica il confronto intraregionale

1. **Napoli 1 Centro**
2. Napoli 2 Nord
3. Napoli 3 Sud
4. Caserta
5. Avellino
6. Salerno
7. Benevento

#### 4.5 Considerazioni su alcuni consumi sanitari

Esaminiamo il comportamento dei cittadini residenti in diverse regioni per comprendere i differenti stili di vita. Usiamo come riferimento il database “*Health for All*” elaborato annualmente dall’ISTAT, scegliendo come indicatori: il “numero di ricette pro capite” e il “costo medio per ricetta” per medicinali in convenzione. I due indicatori ci permettono di comprendere l’atteggiamento che i cittadini, residenti in diverse regioni, hanno nei confronti delle agevolazioni che vengono messe a disposizione dalla sanità pubblica, ma anche quanto e come usufruiscono di essa. I dati considerati sono gli ultimi disponibili nel database, facente riferimento all’anno 2018.

Una prima analisi viene effettuata sul “numero di ricette pro-capite”. Tale indice si riferisce al numero di ricette di cui ogni cittadino usufruisce per l’acquisto di medicinali che sono in convenzione statale. Dalla Figura 5 si evince che la media nazionale è di 9.5 ricette pro-capite, ma questo valore subisce una variazione consistente se lo si va a considerare per singola regione. È evidente la differenza tra il Nord, in cui il valore medio è circa 8, e il Sud, in cui il valore medio è superiore a 10. Prendendo come riferimento due regioni rappresentative, una del Nord, la Lombardia, ed una del Sud, la Campania, ci accorgiamo come i valori dell’indice sono nettamente diversi. Difatti la Lombardia presenta un valore di 7.6, mentre la Campania un valore di 10.5, valore che tende ad aumentare nelle regioni dell’estremo sud, ossia Basilicata (11.1) e Calabria (11.4). Mentre al Nord si fa meno affidamento a quelle che sono le agevolazioni della sanità pubblica, al Sud se ne fa un maggior uso. Confrontando tale indice con il “costo medio per ricetta” possiamo giungere a conclusioni più concrete. Per “costo medio per ricetta” si intende il costo medio di tutte le ricette di cui il singolo cittadino usufruisce per l’acquisto dei medicinali convenzionati. Dalla Figura 6 si evince che il valore nazionale è di circa 15€, valore che si mantiene pressoché omogeneo in gran parte delle regioni ma con uno sbilanciamento più orientato al Nord. Prendiamo come riferimento le due regioni rappresentative rispettivamente del Nord, la Lombardia, e del Sud, la Campania: la prima, la Lombardia, presenta un

valore di 20.6 €, mentre la seconda, la Campania, un valore di 15.2 €. La Campania si mantiene stabile con il valore medio nazionale, la Lombardia è invece la regione che presenta il valore più alto rispetto a tutte le altre regioni. Risultati del genere sono però anche influenzati dal costo della vita nelle due regioni.

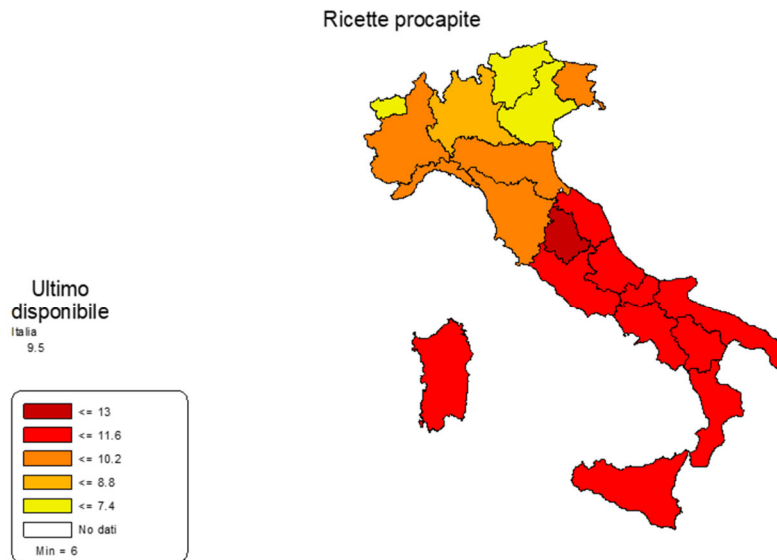


Figura 5 – Numero di ricette pro-capite per regione (Fonte Dati: Helth for All – ISTAT)

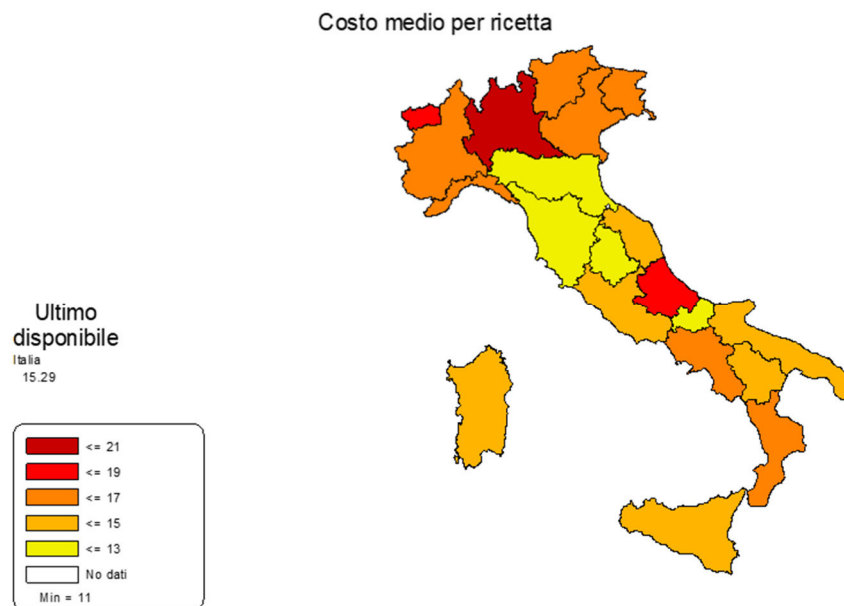


Figura 6 – Costo medio per ricetta per ogni regione (Fonte Dati: Helth for All – ISTAT)

La conclusione a cui si giunge è che i cittadini del Sud Italia usufruiscono del S.S.R. per la prescrizione della maggior parte dei farmaci, qualunque sia il prezzo, mentre al Nord i cittadini usufruiscono del S.S.R. solo per i farmaci più costosi. Un comportamento di questo tipo può derivare dalla diversa incidenza che, nei due contesti, hanno il reddito e il tasso di disoccupazione, entrambi rientranti nella vasta categoria dei determinanti di salute.

## **5. Analisi dei dati ricevuti**

Per le necessità di questo studio, si è richiesto accesso ai dati in possesso dell'agenzia So.Re.Sa (Soggetto Regionale per la Sanità), quale società responsabile della raccolta ed aggregazione dei dati della sanità campana. In particolare, tra i diversi dati pervenuti, si è avuta particolare attenzione ai dati del File C, che rappresentano, come ben noto, l'offerta sanitaria nell'assistenza specialistica ambulatoriale erogata dal pubblico e dal privato accreditato nella Regione Campania negli anni passati. Grazie all'elevato grado di dettaglio dei dati ricevuti, è stato possibile visionare l'andamento dei consumi sanitari nel tempo (Figure 7-8-9) relativi agli anni 2017-2018-2019.

### Prestazione per mese Anno 2017

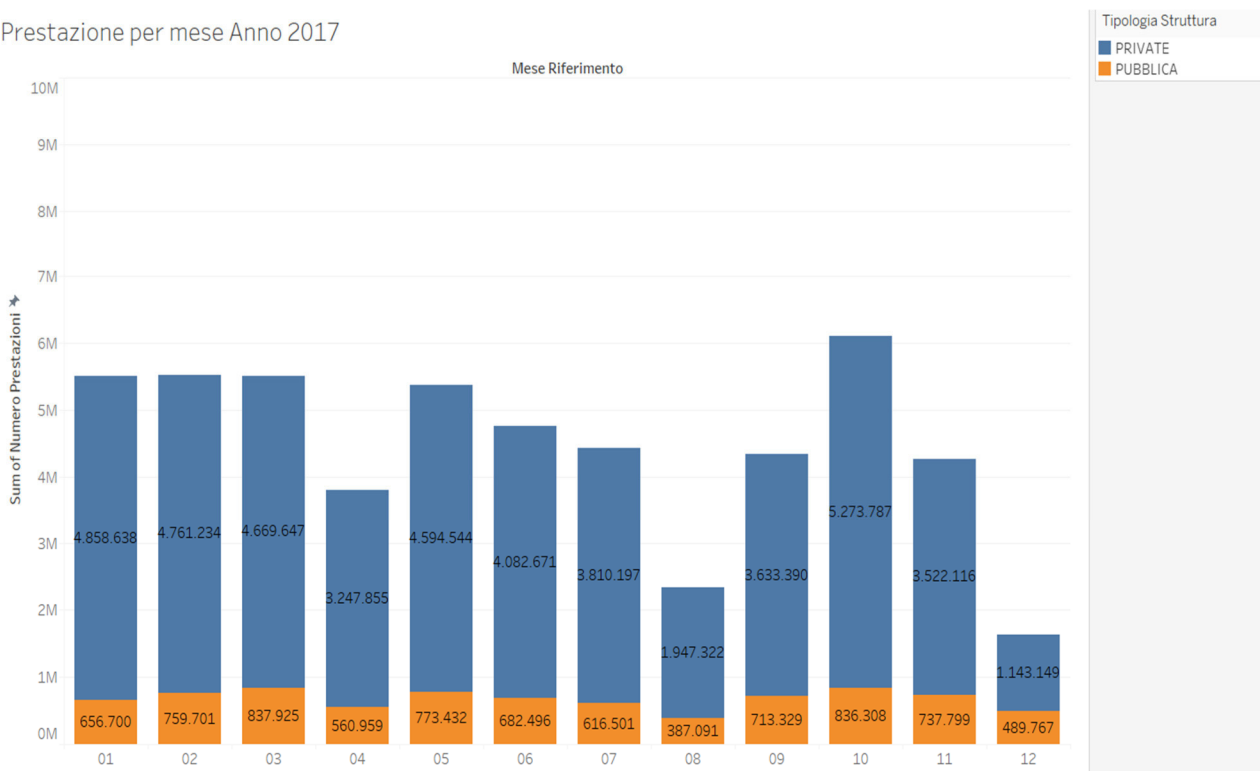


Figura 7 – Prestazioni ambulatoriali offerte Regione Campania 2017 (Elaborazione su Dati So.Re.Sa)

### Prestazioni per mese Anno 2018



Figura 8 – Prestazioni ambulatoriali offerte Regione Campania 2018 (Elaborazione su Dati So.Re.Sa)

## Prestazioni per mese Anno 2019

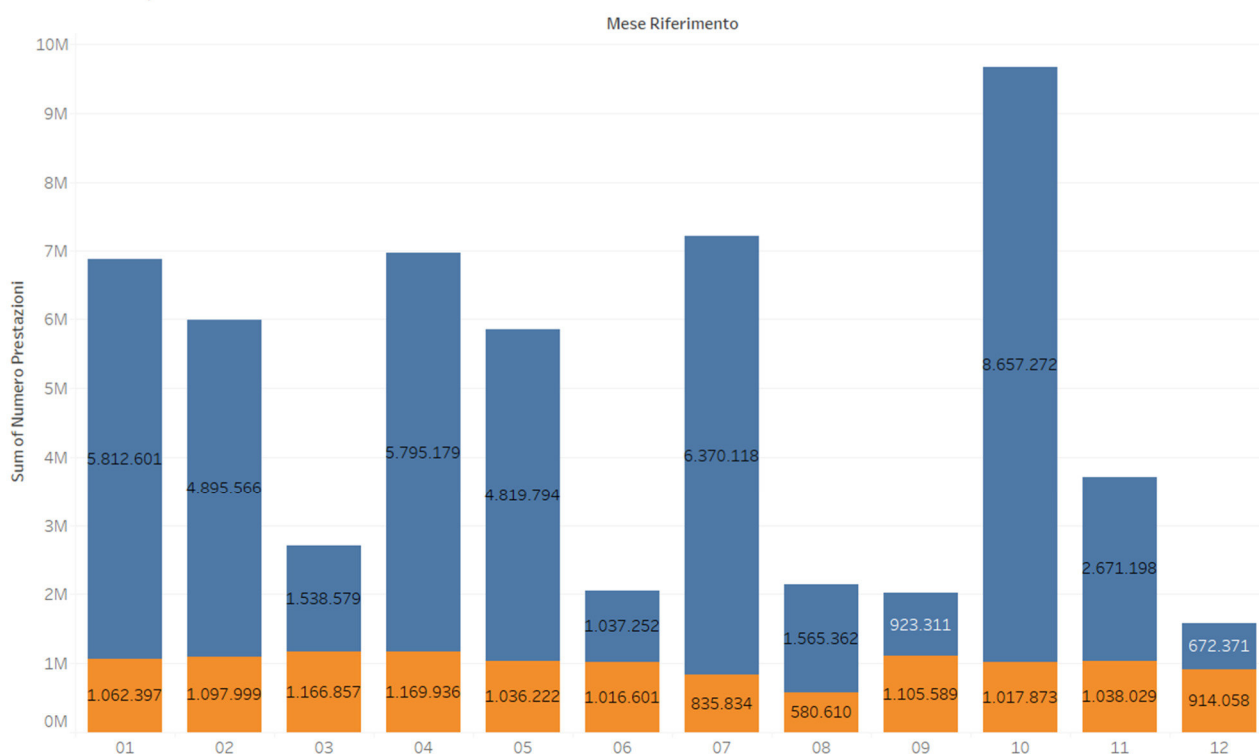


Figura 9 - Prestazioni ambulatoriali offerte Regione Campania 2019 (Elaborazione su Dati So.Re.Sa)

Nella lettura dei grafici, si presta particolare attenzione all'andamento trimestrale che essi mostrano (soprattutto in Figura 9), dovuto alla metodologia di ripartizione dei tetti di spesa adottata dalla Regione Campania negli anni 2017-2019, di tipo trimestrale (come previsto dall'art. 5bis del Protocollo di intesa tra le ASL e le associazioni di categoria, sez. III - Allegato/1 al Decreto Commissariale Regione Campania n° 89 del 08/08/2016 -BURC 55 del 16/08/2016). Ciò è dovuto ai limiti di spesa imposti trimestralmente che oggettivamente riducono le prestazioni nel 3°, 6° e 9° mese dell'anno e le aumentano nel primo mese del trimestre successivo.

Tale scelta, che regola i volumi dell'offerta del privato accreditato inserisce di fatto un limite all'accessibilità da parte dei cittadini. In particolare, la trimestralizzazione influenza i flussi della domanda di prestazioni che temporaneamente non trovano risposta presso le strutture private accreditate e potrebbero rivolgersi altrove (strutture private non accreditate o fuori regione). Si

evinces quindi, **come i dati delle prestazioni ambulatoriali specialistiche erogate negli anni passati (File C) non siano adatti ad essere utilizzati per la previsione dell'offerta ambulatoriale per gli anni futuri**, in quanto non può considerarsi manifestazione completa delle reali necessità dei cittadini, ma rendicontazione di quanto la Regione Campania ha potuto offrire.

La previsione delle visite specialistiche ambulatoriali basata esclusivamente sul File C risulta essere poco verosimile e poco affidabile. Per questi motivi, i Consulenti tecnici del Commissario hanno chiesto alla Banca Dati del Ministero della Salute (il Nuovo Sistema Informativo Sanitario - NSIS) di poter accedere ai dati di altre regioni (regioni Benchmark) in cui, invece, possa essere ritenuto valido il legame tra il consuntivo del File C e la domanda effettiva dei cittadini. Infatti, il modello di previsione per essere realizzato necessita di dati affidabili che rappresentino in modo veritiero l'andamento delle prestazioni in relazione alla popolazione, ossia devono essere presi come riferimento i dati di quelle regioni che riescono a soddisfare completamente la domanda con l'offerta. Per la realizzazione del modello da applicare alla Regione Campania sono state scelte le regioni definite benchmark dal Ministero, ossia Emilia-Romagna, Marche, Piemonte, Umbria e Veneto.

Pertanto, dopo interrogazioni al Ministero della Salute, sono pervenuti i seguenti dati:

- Anno erogazione (ANN\_ERG);
- Codice regione di residenza assistito (COD\_REG\_RES\_ASS\_SAT);
- Codice regione prestazione (COD\_REG);
- Branca specialistica (FA-RE CODICE1);
- Fascia età Istat (FASCIA\_ETA\_ISTAT);
- Tipologia di Struttura (TIP\_STR);
- Quantità prestazioni (QNT\_PRS\_ERG);
- Valore prestazioni (VAL\_PRS\_ERG);

per le seguenti regioni ed anni:

<b>Regione</b>	<b>Anno</b>
Emilia Romagna	2016-2017-2018-2019
Marche	2016-2017-2018
Piemonte	2019
Umbria	2016-2017-2018-2019
Veneto	2016-2017-2018-2019

Successivamente al controllo, è stato necessario trattare il dato per consentire l'elaborazione e procedere con le analisi. L'analisi effettiva è stata realizzata attraverso il software grafico Tableau che ha permesso di trarre le dovute conclusioni dai dati ricevuti. Per ogni regione e per ogni anno sono stati realizzati i medesimi grafici, al fine di consentirne l'eventuale confronto. Tra le rappresentazioni possibili, sono state scelte cinque tipologie di grafici per la rappresentazione del fenomeno:

- **quantità prestazioni per anno (Pubblico/Privato):** esprime il numero totale di prestazioni realizzate negli anni di riferimento suddivise per la tipologia di struttura;
- **quantità di prestazioni per fascia di età (Pubblico/Privato):** esprime il numero di prestazioni per fascia di età suddiviso per tipologia di struttura;
- **quantità di prestazioni per fascia di età (FA-RE<sup>4</sup>):** esprime il numero di prestazioni per fascia di età suddiviso per branca specialistica;

---

<sup>4</sup> Acronimo di classificazione assegnato dal Ministero della Salute per il monitoraggio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. La regione Emilia Romagna dal 2001 ha ideato una classificazione delle prestazioni denominata FA-RE, dall'acronimo delle due Autrici (Fadda A. e Repetto F.), che seguendo un criterio di affinità clinica, costruisce una struttura ad albero con cui si raggruppano in quattro livelli tutte le prestazioni. Si analizza tale sistema, secondo criteri di validità, applicabilità ed utilità, anche mediante l'utilizzo empirico su basi di dati molto ampie. La valutazione ottenuta è ampiamente positiva e incoraggia ad un'applicazione nazionale di tale classificazione a fini di lettura epidemiologica e di programmazione sanitaria.

- **valori prestazioni per anno (Pubblico/Privato):** esprime il valore delle prestazioni realizzate negli anni di riferimento suddiviso per tipologia di struttura;
- **valori prestazioni per fascia di età (FA-RE):** esprime il valore delle prestazioni per fascia di età suddiviso per branca specialistica.

Per la lettura completa dei grafici, si elencano di seguito le branche specialistiche indicate dal ministero nell'acronimo FA-RE:

- D: Diagnostica;
- L: Laboratorio;
- R: Riabilitazione;
- T: Terapeutica;
- V: Visita;
- X: Sconosciuto;

Si procede con la rappresentazione dei suddetti grafici. Laddove non indicato, l'anno di riferimento è quello più recente disponibile per la regione considerata (visti gli andamenti relativamente simile per gli altri anni).

### **Regione Emilia Romagna**

L'analisi è stata effettuata per gli anni 2016-2017-2018-2019. Sono stati realizzati cinque grafici illustrativi.

Il primo grafico è “**Prestazioni per anno (Pub/Priv)**” ed esprime il numero totale di prestazioni realizzate negli anni di riferimento suddivise per la tipologia di struttura. In etichetta un esempio di come leggere il grafico. Nel 2019 il “Pubblico” ha realizzato 56.715.356 prestazioni delle circa 60.000.000 totali.

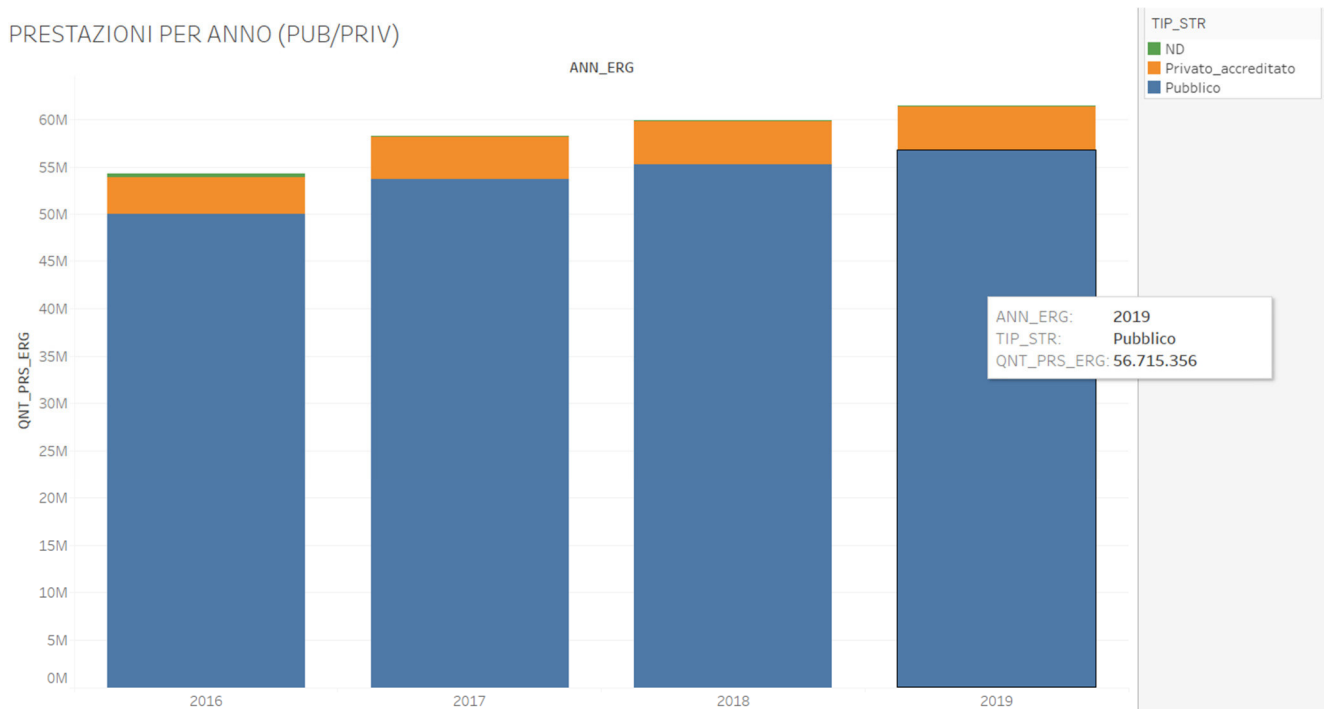


Figura 10 – Prestazioni ambulatoriali offerte Regione Emilia Romagna 2016-2017-2018-2019 (Elaborazione su Dati NSIS)

Il secondo grafico è “**Quantità di prestazioni (Pub/Priv)**” ed esprime il numero di prestazioni per fascia di età suddiviso per tipologia di struttura. In Figura 11, si riporta il grafico relativo all’anno 2019; ad esempio, per la fascia 80-84 le prestazioni realizzate nel “Pubblico” sono state 4.894.705 delle circa 5.500.000 totali.

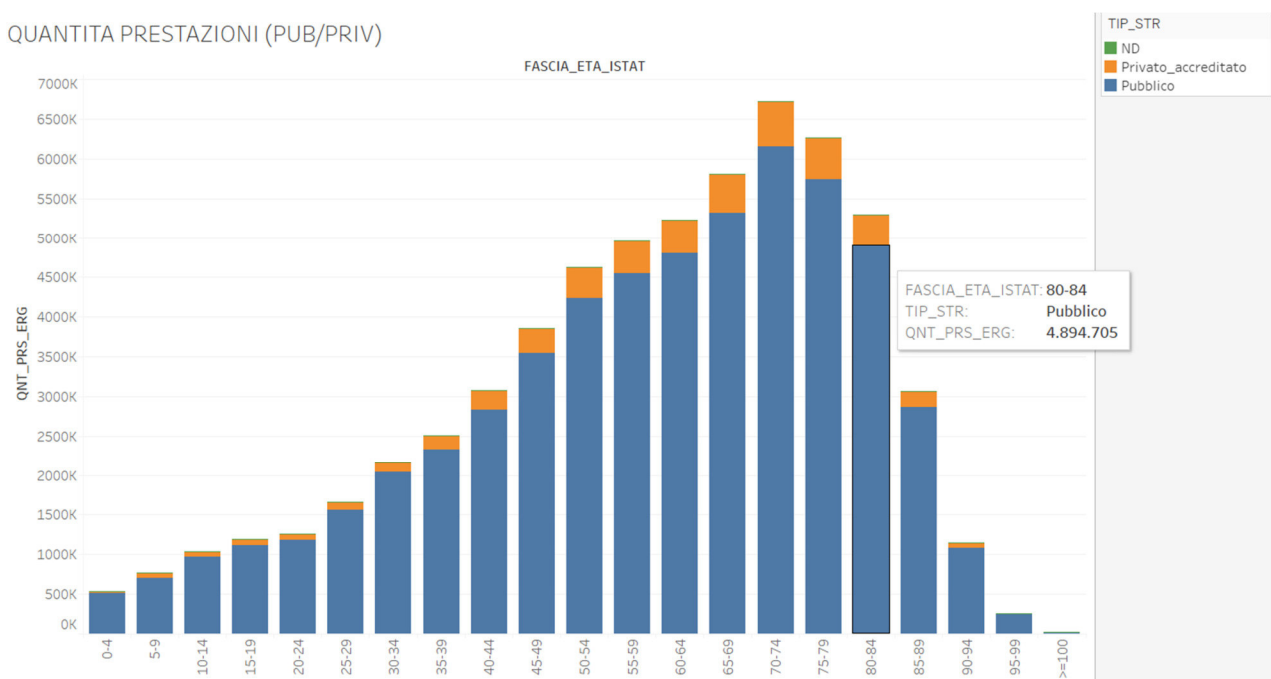


Figura 11 – Prestazioni ambulatoriali offerte Regione Emilia Romagna per fascia di età - 2019 (Elaborazione su Dati NSIS)

Il terzo grafico è “**Quantità prestazioni (FA-RE)**” ed esprime il numero di prestazioni per fascia di età suddiviso per branca specialistica. In Figura 12, si riporta il grafico relativo all’anno 2019; ad esempio, per la fascia 85-89 le prestazioni realizzate nella branca L (Laboratorio) sono state 2.278.712 delle circa 3.000.000 totali.

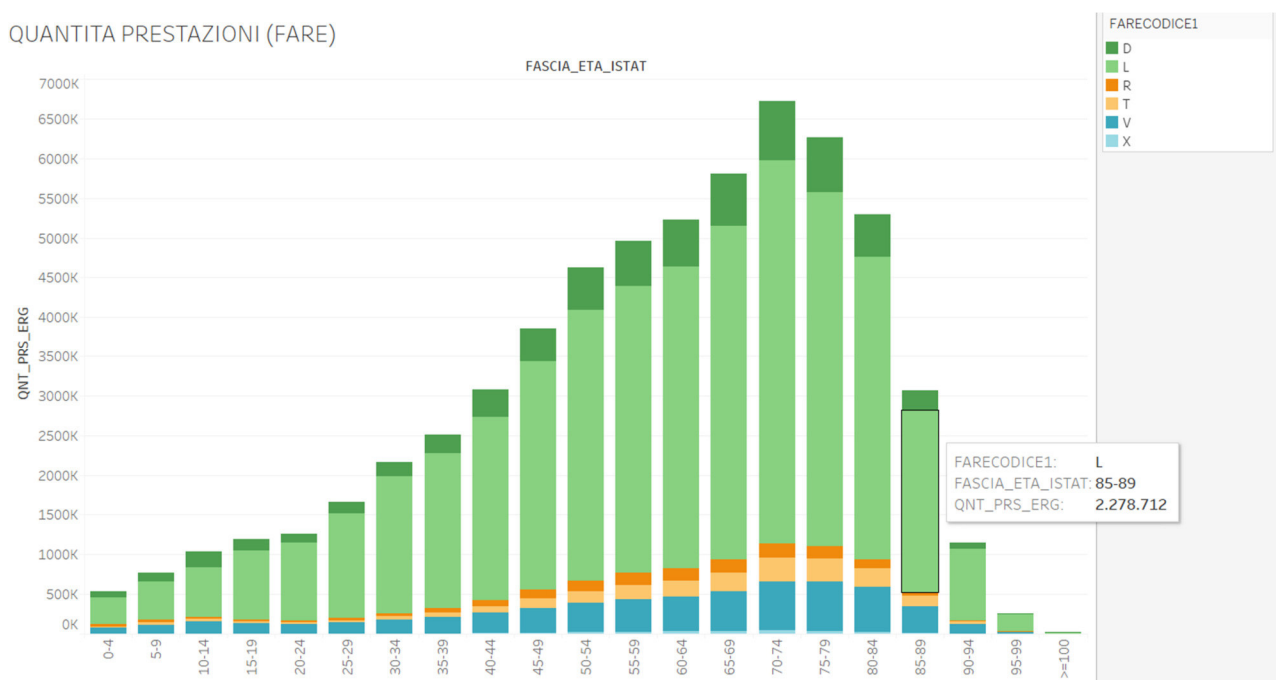


Figura 12 – Prestazioni ambulatoriali offerte Regione Emilia Romagna per fascia di età – 2019 (FA-RE) (Elaborazione su Dati NSIS)

Il quarto grafico (Figura 13) è “**Valori prestazioni (Pub/Priv)**” ed esprime il valore delle prestazioni realizzate negli anni di riferimento suddiviso per tipologia di struttura; ad esempio, nel 2019 il “Pubblico” ha come valore totale delle prestazioni 789.203.192€ dei circa 1.000.000.000 € totali.

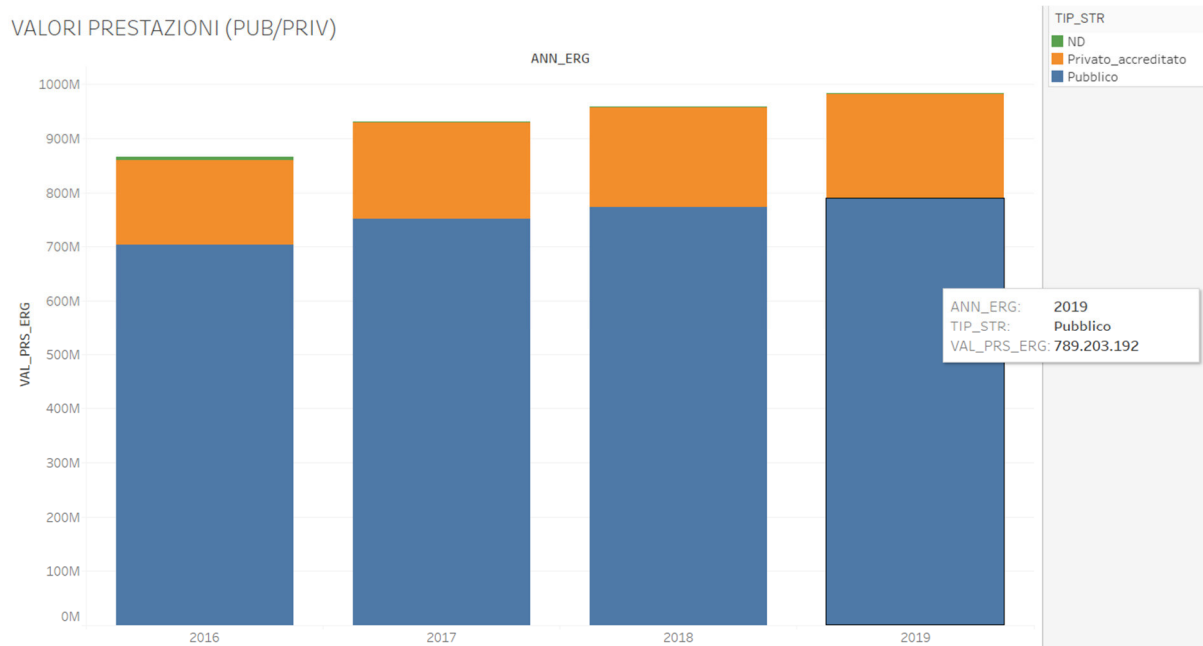


Figura 13 – Valore prestazioni ambulatoriali offerte Regione Emilia Romagna 2016-2017-2018-2019 (Elaborazione su Dati NSIS)

Il quinto grafico (Figura 14) è “**Valori prestazioni (FA-RE)**” ed esprime il valore delle prestazioni per fascia di età suddiviso per branca specialistica. Anche qui, si mostra il grafico relativo all’anno 2019; ad esempio, per la fascia 80-84 il valore delle prestazioni realizzate nella branca D è 25.370.337€ dei circa 90.000.000 € totali.

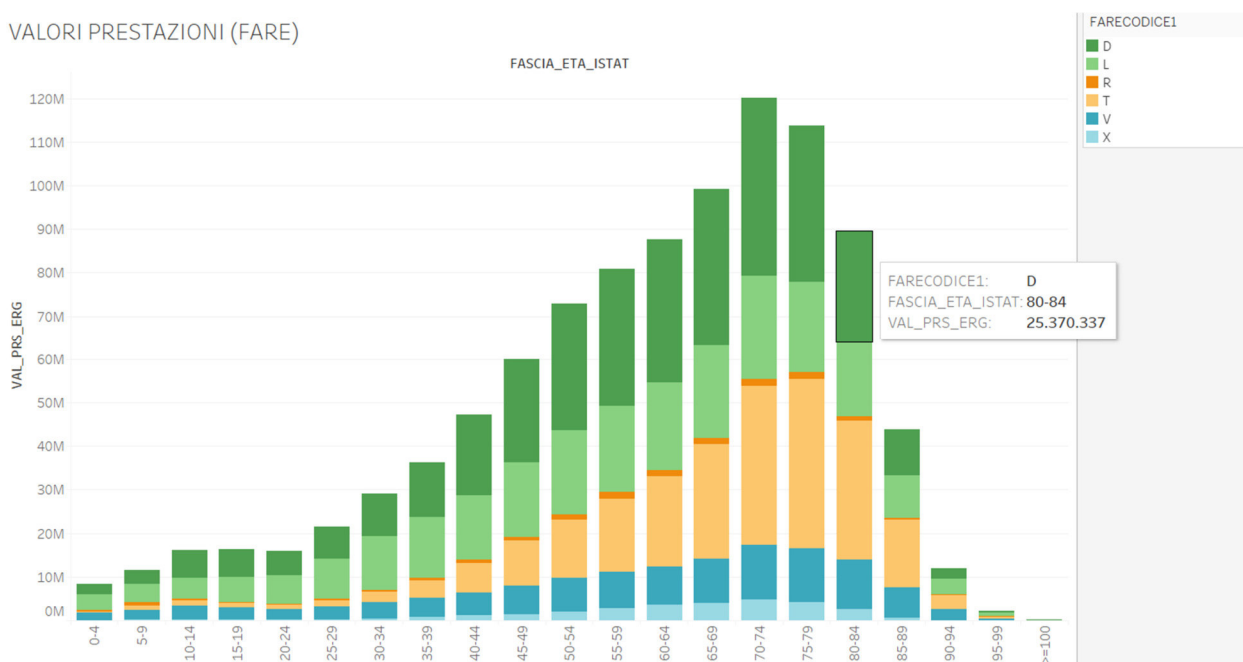


Figura 14 – Valore prestazioni ambulatoriali offerte Regione Emilia Romagna 2016-2017-2018-2019 (Elaborazione su Dati NSIS)

## Regione Marche

L'analisi è stata effettuata per gli anni 2016-2017-2018. Sono stati realizzati cinque grafici illustrativi del tutto analoghi ai precedenti.

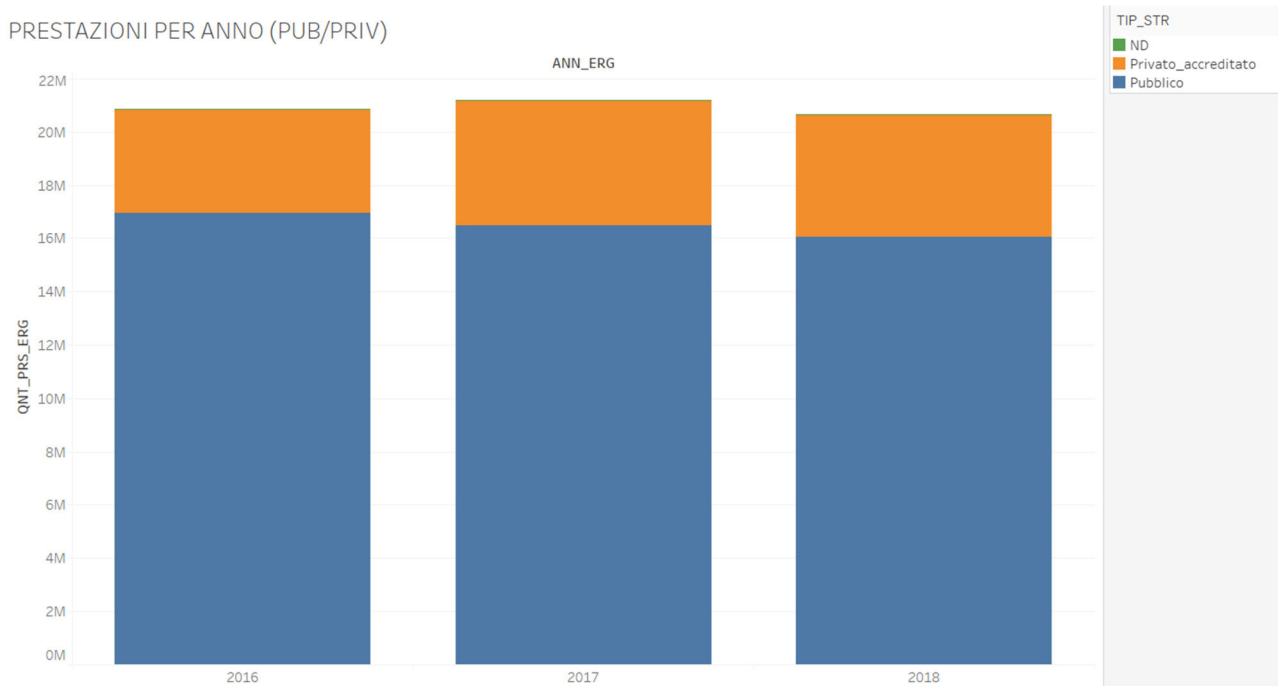


Figura 15 – Prestazioni ambulatoriali offerte Regione Marche 2016-2017-2018 (Elaborazione su Dati NSIS)

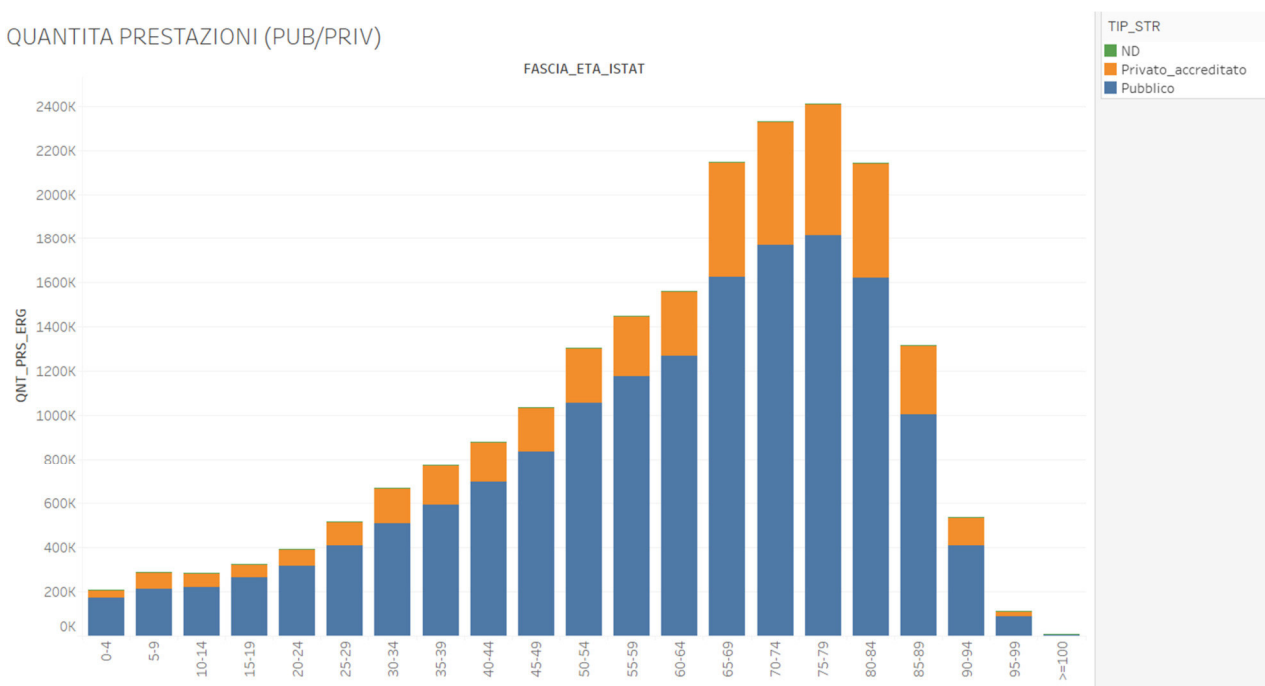


Figura 16 – Prestazioni ambulatoriali offerte Regione Marche per fascia di età - 2018 (Elaborazione su Dati NSIS)

QUANTITA PRESTAZIONI (FARE)

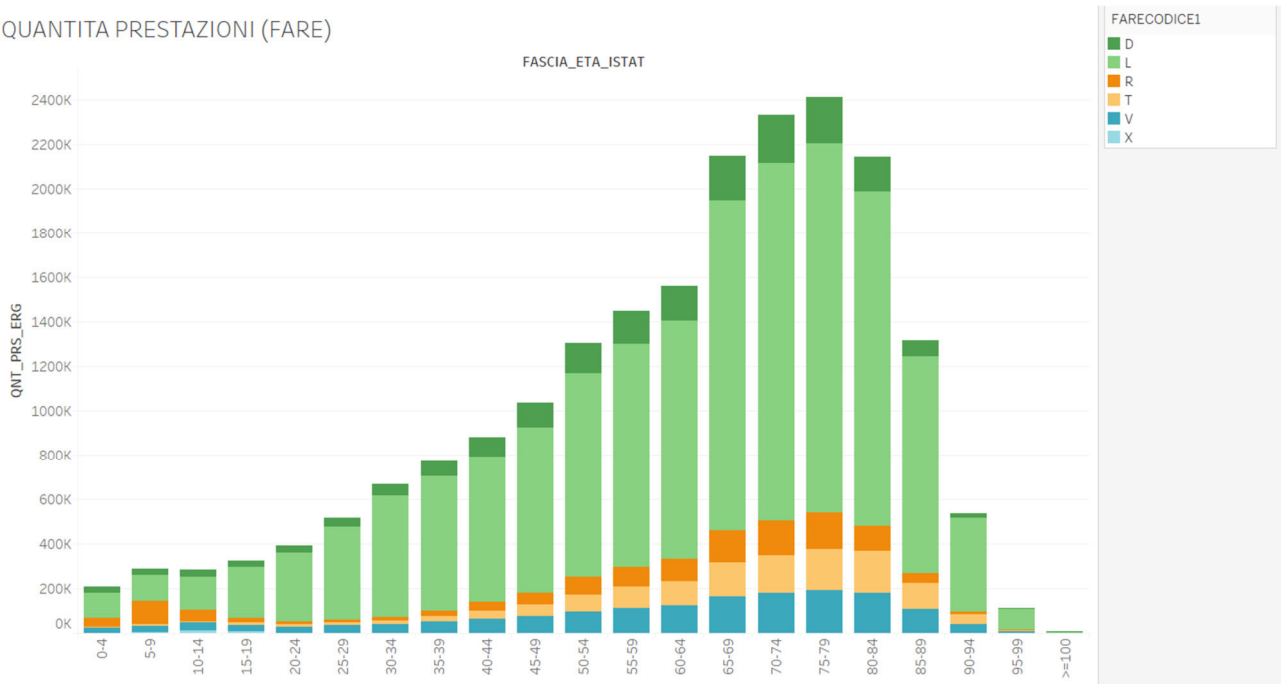


Figura 17 – Prestazioni ambulatoriali offerte Regione Marche per fascia di età – 2018 (FA-RE) (Elaborazione su Dati NSIS)

VALORI PRESTAZIONI (PUB/PRIV)

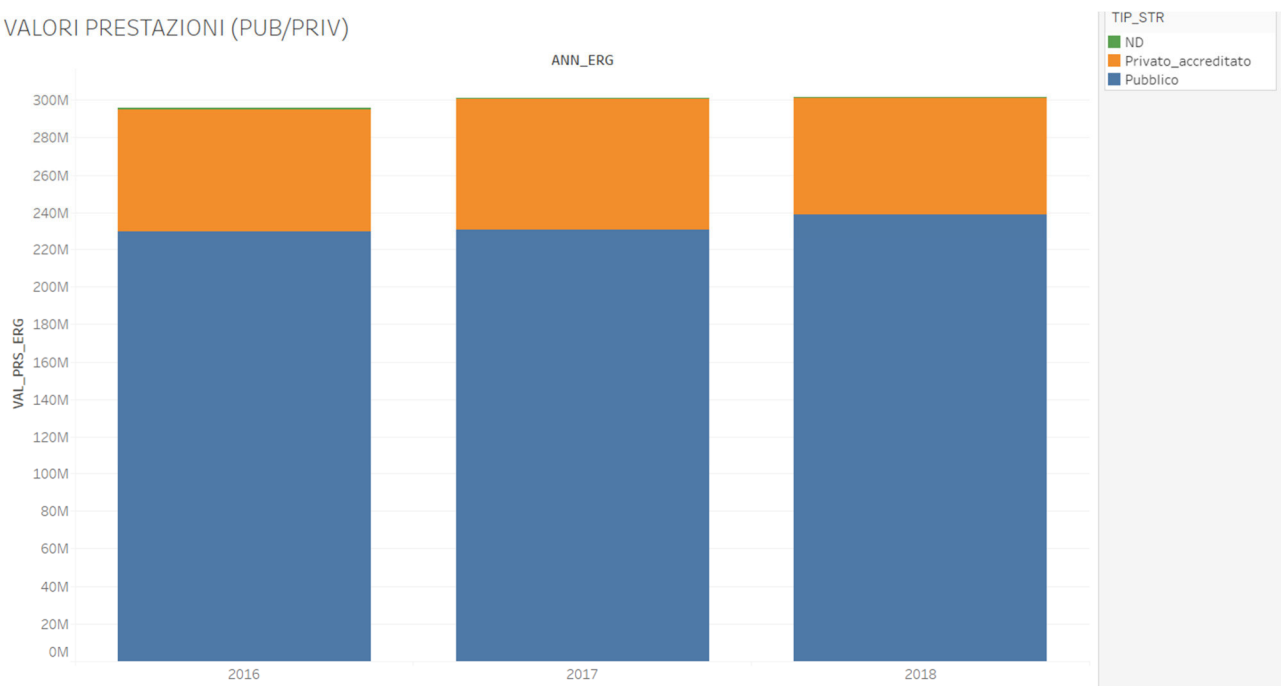


Figura 18 – Valore prestazioni ambulatoriali offerte Regione Marche 2016-2017-2018 (Elaborazione su Dati NSIS)

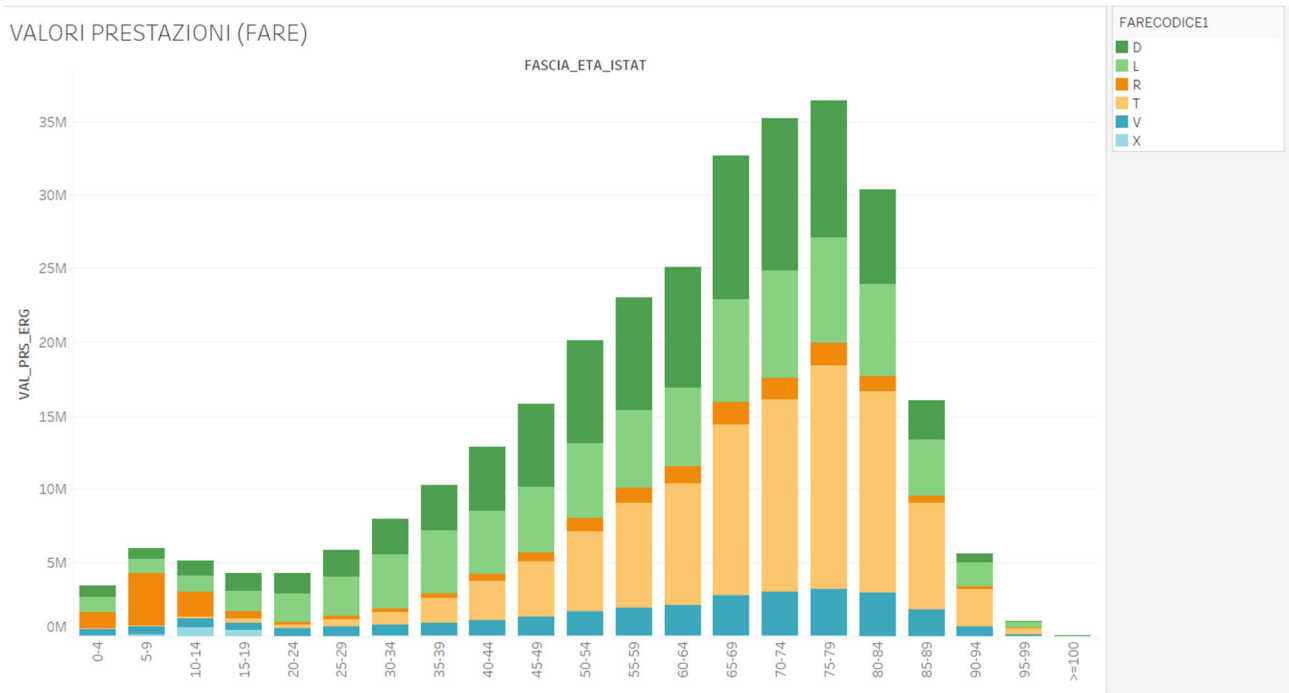


Figura 19 – Valore prestazioni ambulatoriali offerte Regione Marche 2016-2017-2018 (Elaborazione su Dati NSIS)

## Regione Piemonte

L'analisi è stata effettuata per l'anno 2019. Sono stati realizzati cinque grafici illustrativi del tutto analoghi ai precedenti.

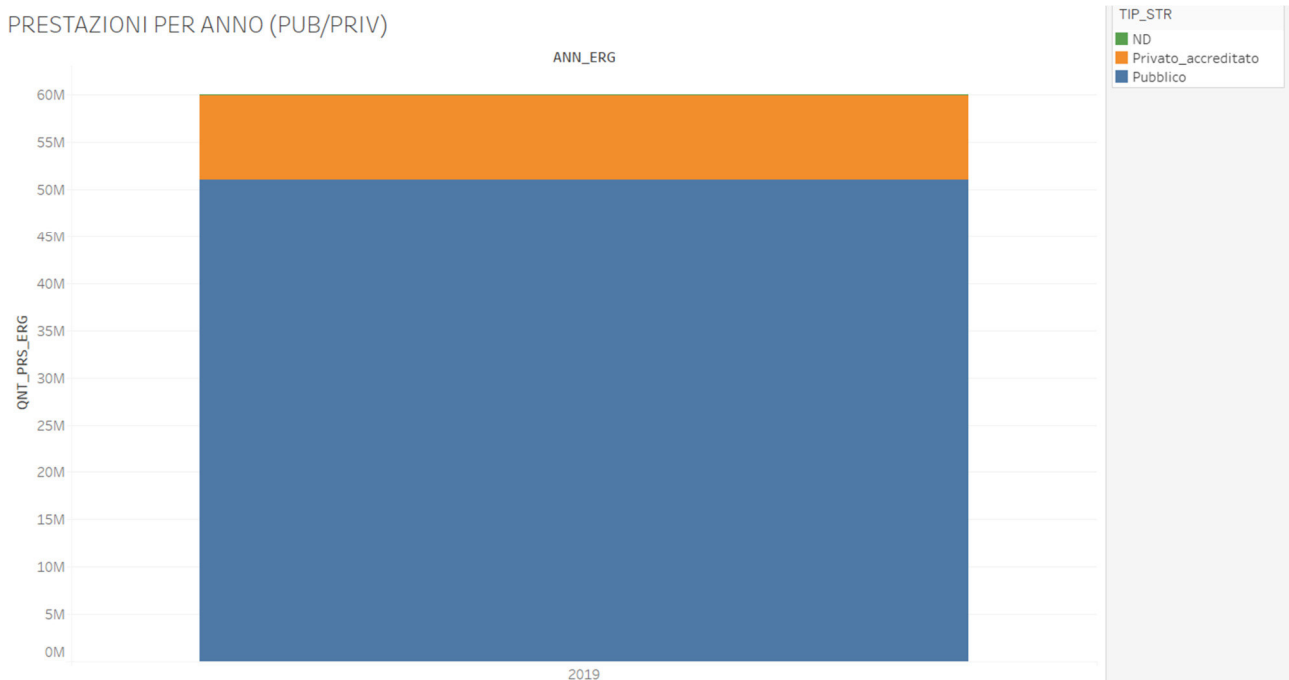


Figura 20 – Prestazioni ambulatoriali offerte Regione Piemonte 2019 (Elaborazione su Dati NSIS)

QUANTITA PRESTAZIONI (PUB/PRIV)

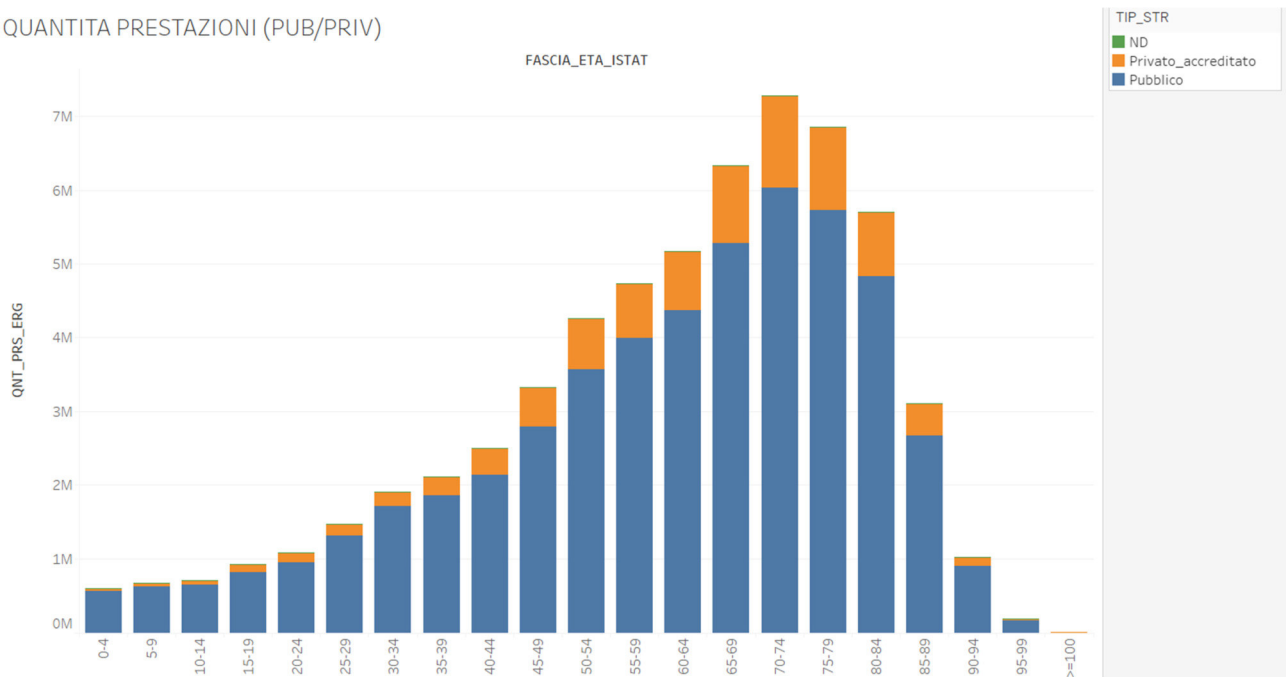


Figura 21 – Prestazioni ambulatoriali offerte Regione Piemonte per fascia di età - 2019 (Elaborazione su Dati NSIS)

QUANTITA PRESTAZIONI (FARE)

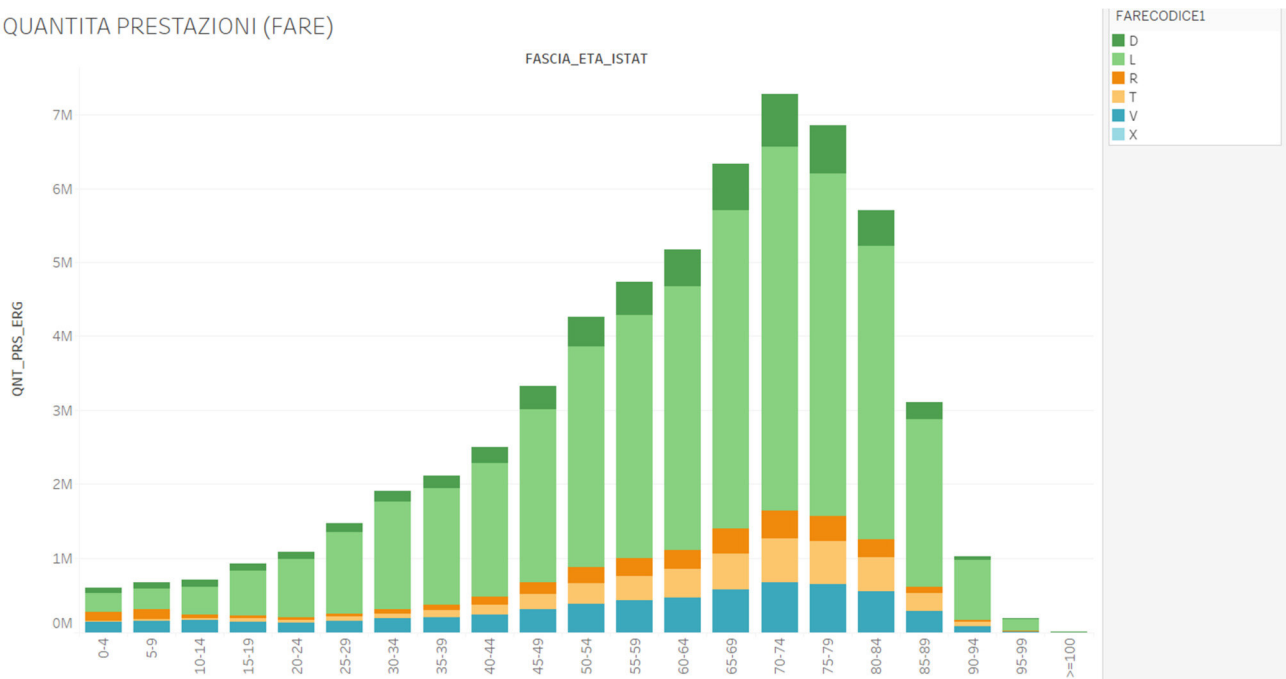


Figura 22 – Prestazioni ambulatoriali offerte Regione Piemonte per fascia di età – 2019 (FA-RE) (Elaborazione su Dati NSIS)

VALORI PRESTAZIONI (PUB/PRIV)

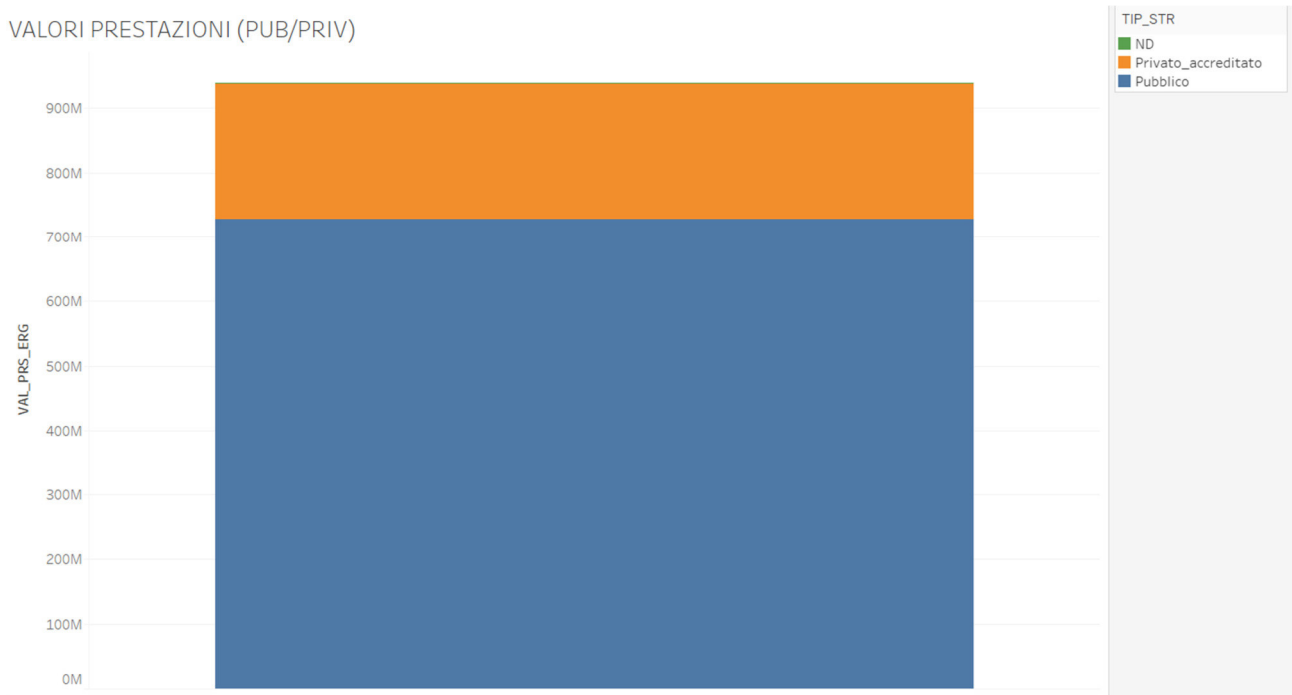


Figura 23 – Valore prestazioni ambulatoriali offerte Regione Piemonte 2019 (Elaborazione su Dati NSIS)

VALORI PRESTAZIONI (FARE)

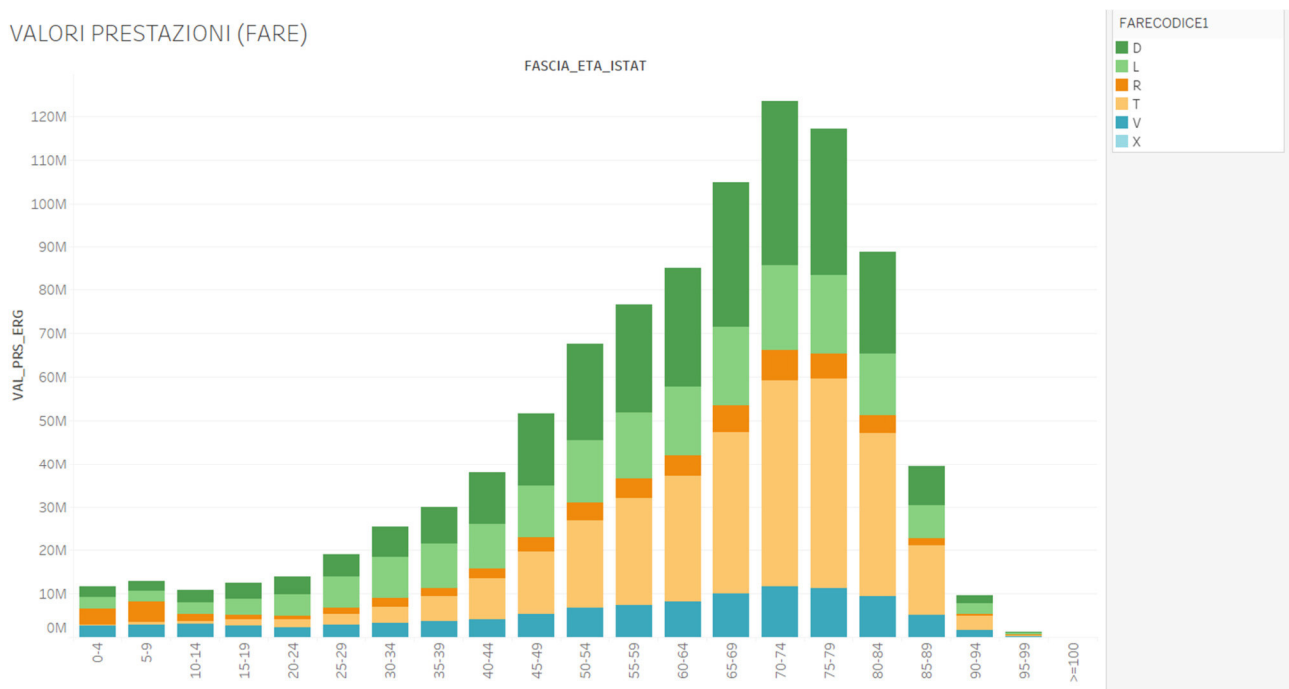


Figura 24 – Valore prestazioni ambulatoriali offerte Regione Piemonte 2019 (Elaborazione su Dati NSIS)

## Regione Umbria

L'analisi è stata effettuata per gli anni 2016-2017-2018-2019. Sono stati realizzati cinque grafici illustrativi del tutto analoghi ai precedenti.

PRESTAZIONI PER ANNO (PUB/PRIV)

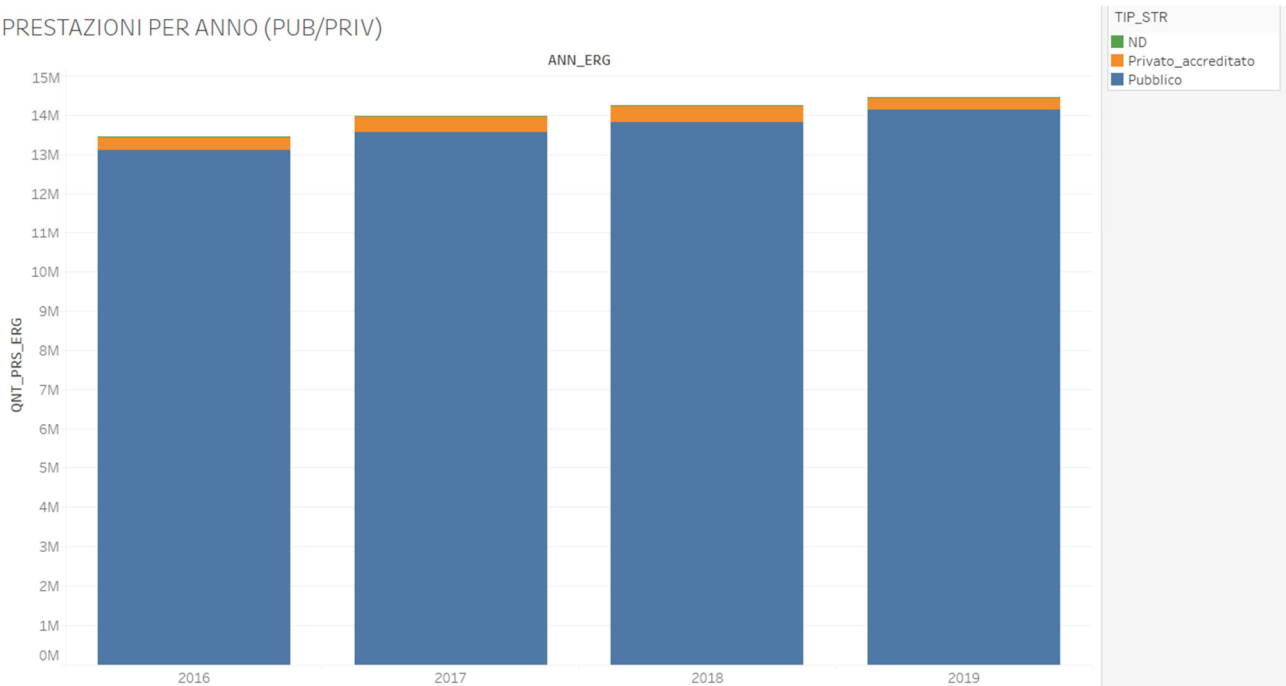


Figura 25 – Prestazioni ambulatoriali offerte Regione Umbria 2016-2017-2018-2019 (Elaborazione su Dati NSIS)

QUANTITA PRESTAZIONI (PUB/PRIV)

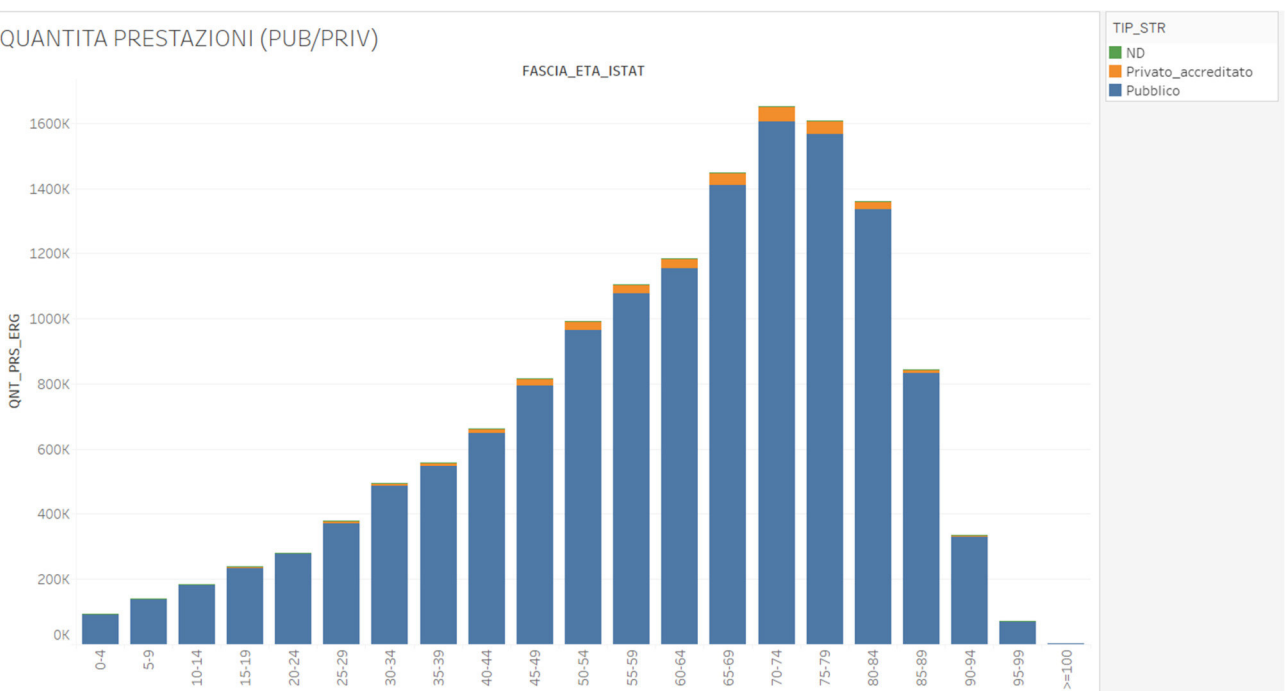


Figura 26 – Prestazioni ambulatoriali offerte Regione Umbria per fascia di età - 2019 (Elaborazione su Dati NSIS)

QUANTITA PRESTAZIONI (FARE)

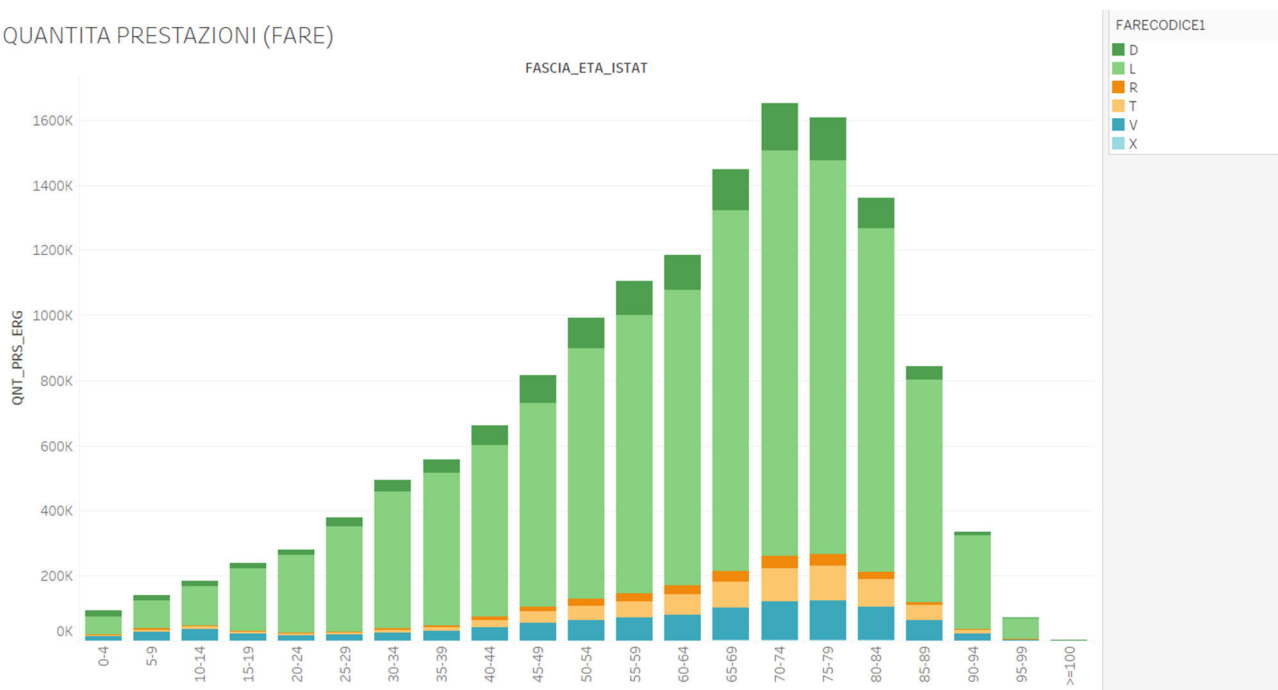


Figura 27 – Prestazioni ambulatoriali offerte Regione Umbria per fascia di età – 2019 (FA-RE) (Elaborazione su Dati NSIS)

VALORI PRESTAZIONI (PUB/PRIV)

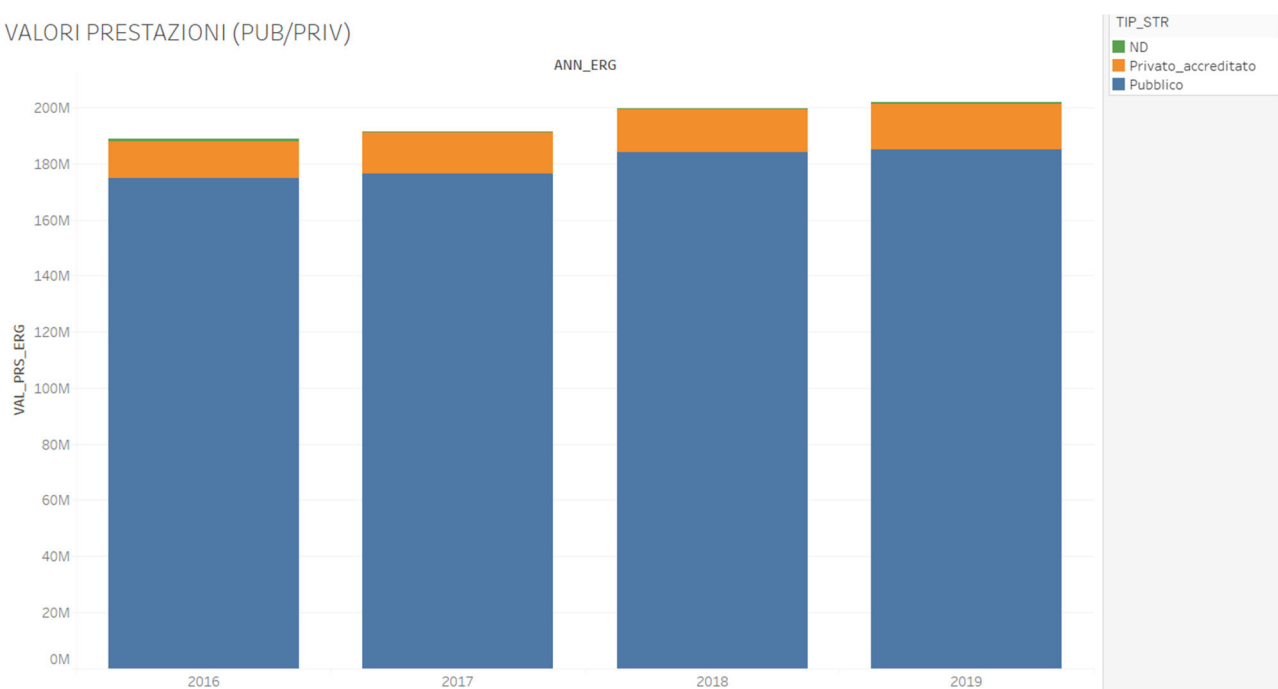


Figura 28 – Valore prestazioni ambulatoriali offerte Regione Umbria 2016-2017-2018-2019 (Elaborazione su Dati NSIS)

## VALORI PRESTAZIONI (FARE)

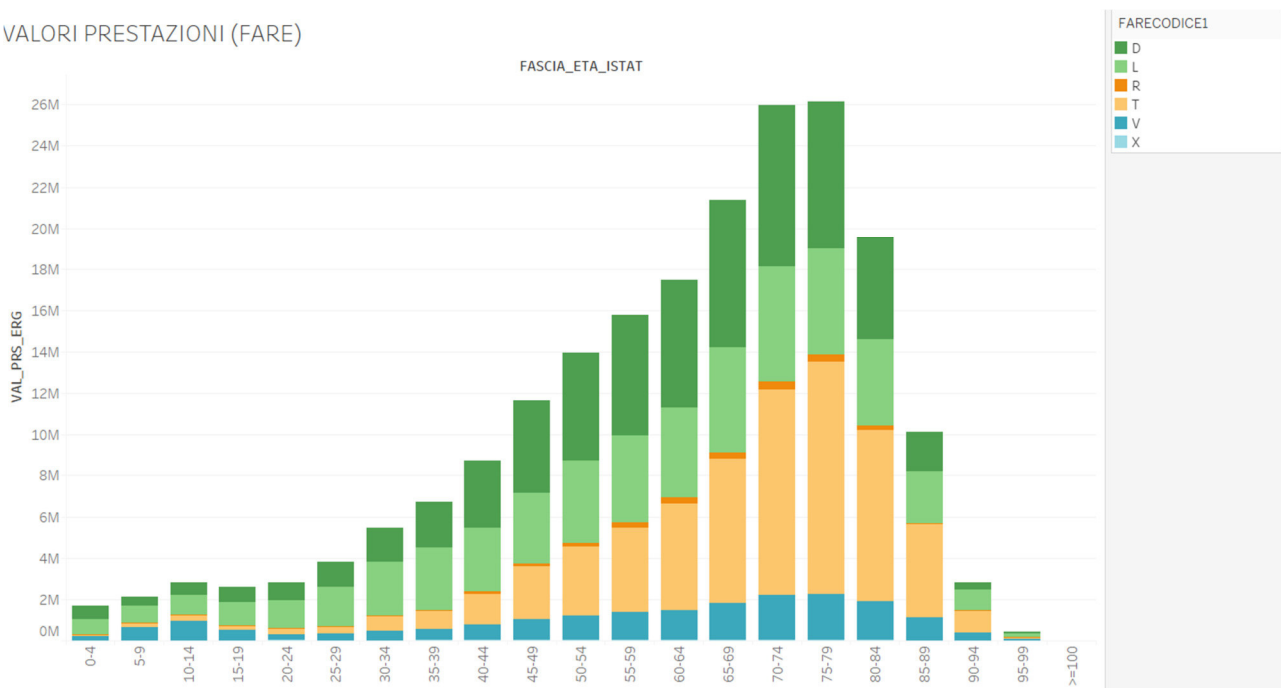


Figura 29 – Valore prestazioni ambulatoriali offerte Regione Umbria 2019 (Elaborazione su Dati NSIS)

## Regione Veneto

L'analisi è stata effettuata per gli anni 2016-2017-2018-2019. Sono stati realizzati cinque grafici illustrativi del tutto analoghi ai precedenti.

## PRESTAZIONI PER ANNO (PUB/PRIV)

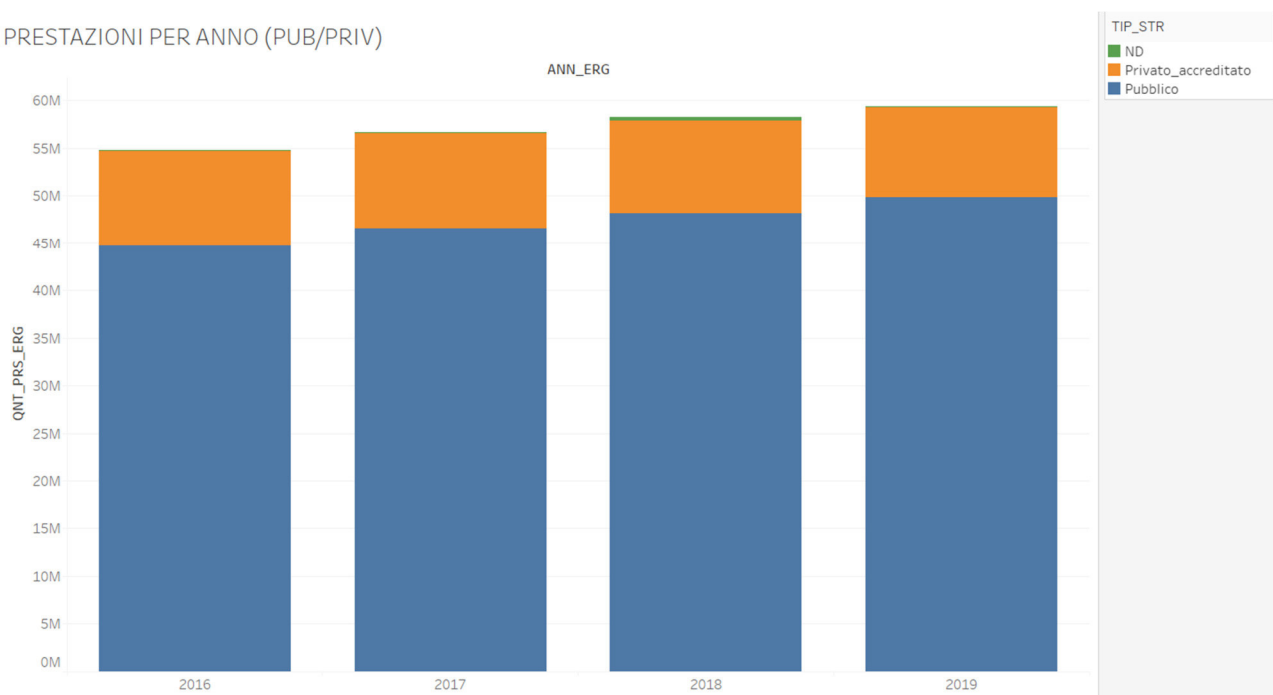


Figura 30 – Prestazioni ambulatoriali offerte Regione Veneto 2016-2017-2018-2019 (Elaborazione su Dati NSIS)

QUANTITA PRESTAZIONI (PUB/PRIV)

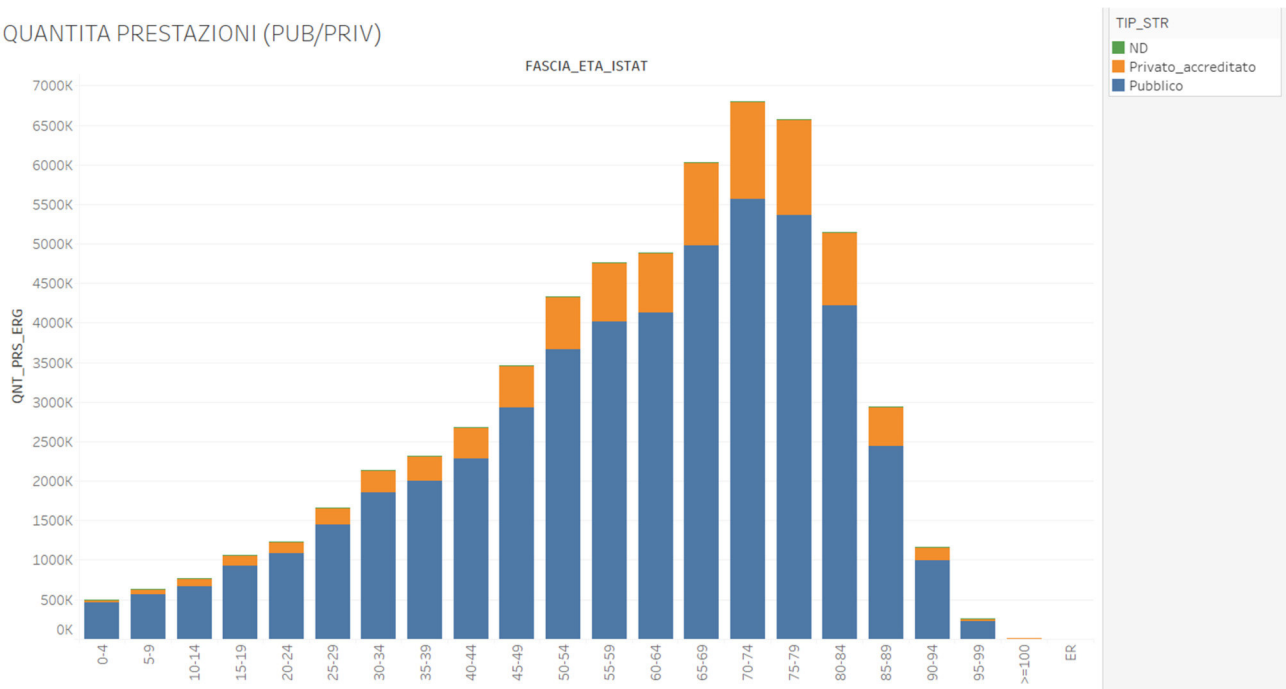


Figura 31 – Prestazioni ambulatoriali offerte Regione Veneto per fascia di età - 2019 (Elaborazione su Dati NSIS)

QUANTITA PRESTAZIONI (FARE)

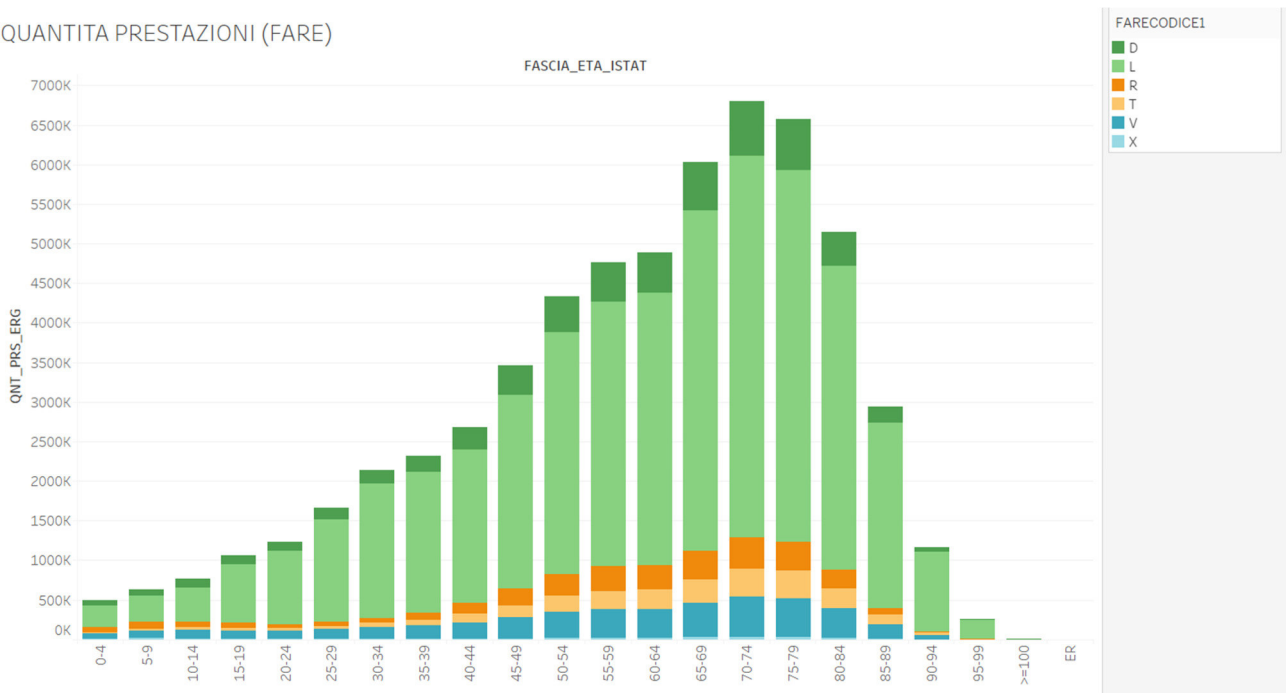


Figura 32 – Prestazioni ambulatoriali offerte Regione Veneto per fascia di età – 2019 (FA-RE) (Elaborazione su Dati NSIS)

VALORI PRESTAZIONI (PUB/PRIV)

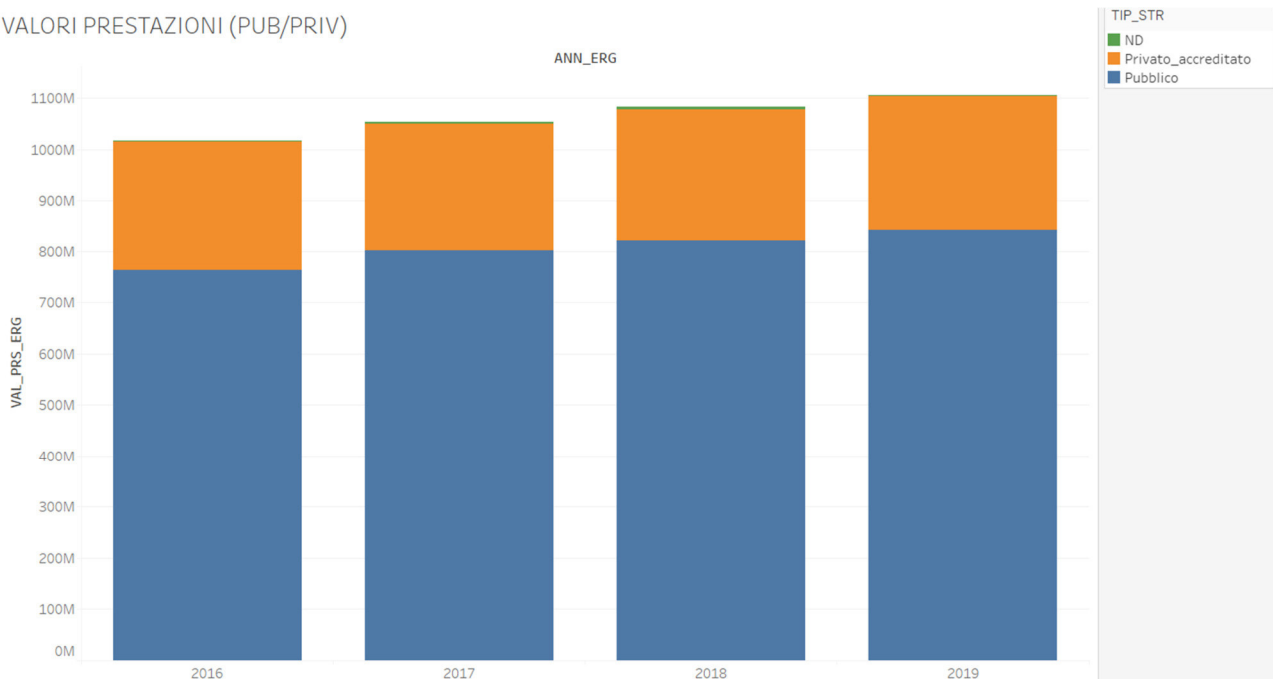


Figura 33 – Valore prestazioni ambulatoriali offerte Regione Veneto 2016-2017-2018-2019 (Elaborazione su Dati NSIS)

VALORI PRESTAZIONI (FARE)

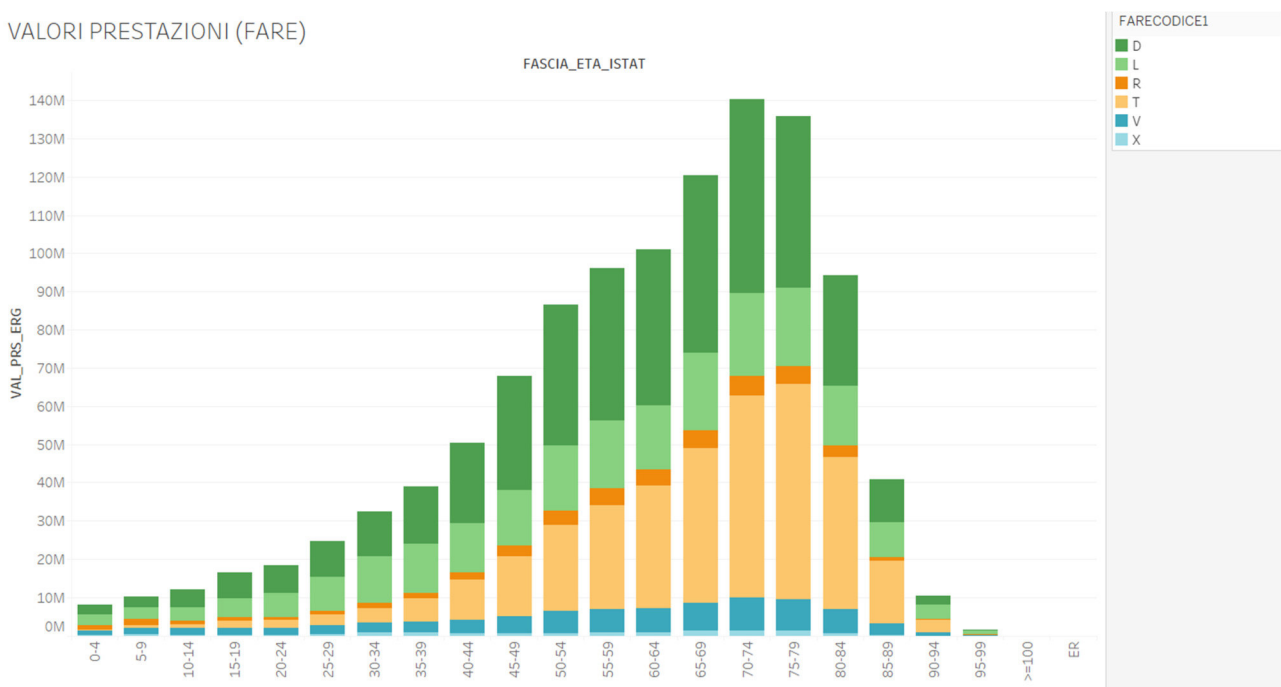


Figura 34 – Valore prestazioni ambulatoriali offerte Regione Veneto 2019 (Elaborazione su Dati NSIS)

**Regione Campania**

Per omogeneità di trattazione, i Consulenti Tecnici del Commissario hanno preferito effettuare anche per la Regione Campania le stesse tipologie di grafico, prima

presentate per le altre regioni. I dati a disposizione sono relativi agli anni 2016-2017-2018-2019.



Figura 35 – Prestazioni ambulatoriali offerte Regione Campania 2016-2017-2018-2019 (Elaborazione su Dati NSIS)

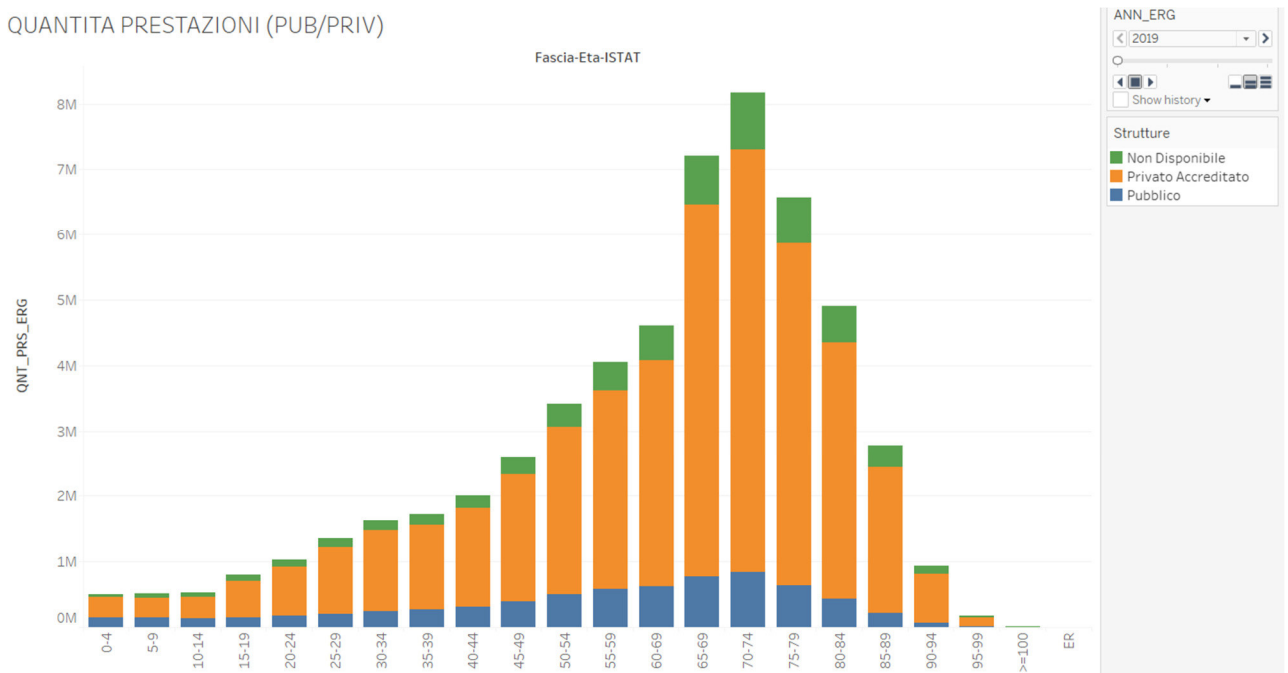


Figura 36 – Prestazioni ambulatoriali offerte Regione Campania per fascia di età - 2019 (Elaborazione su Dati NSIS)

QUANTITA PRESTAZIONI (FARE)

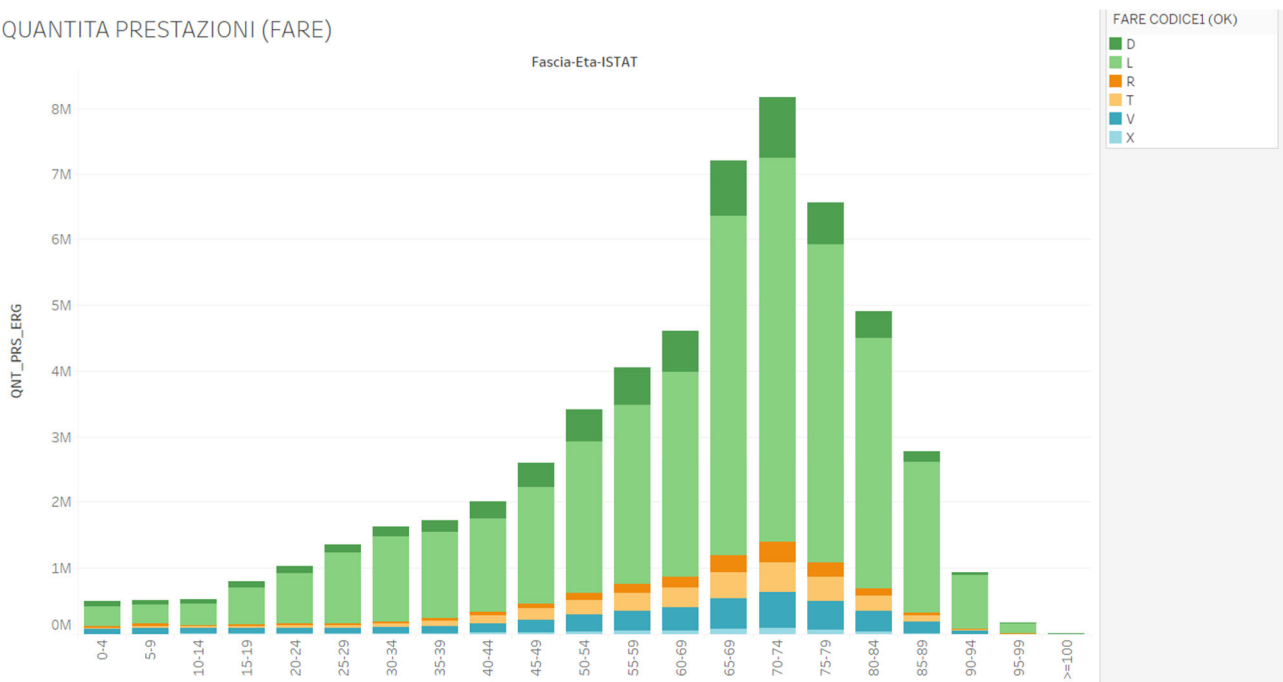


Figura 37 – Prestazioni ambulatoriali offerte Regione Campania per fascia di età – 2019 (FA-RE) (Elaborazione su Dati NSIS)

VALORI PRESTAZIONI (PUB/PRIV)

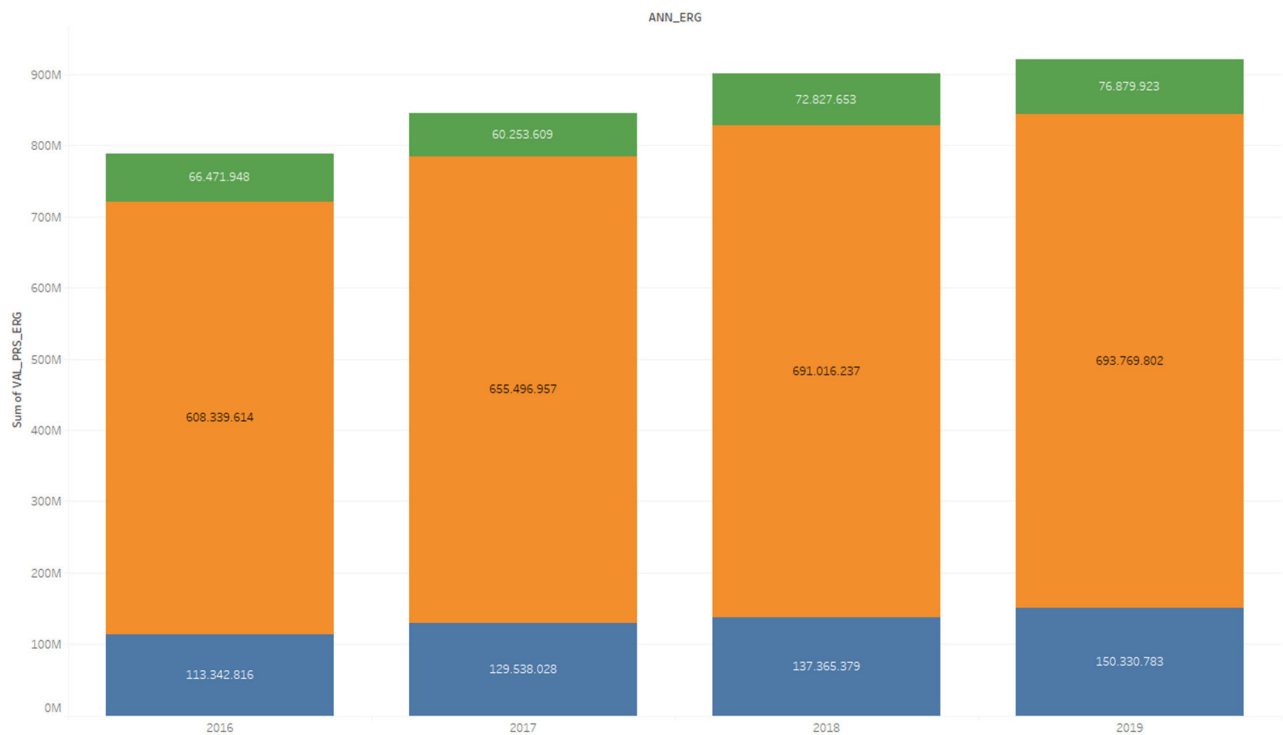


Figura 38 – Valore prestazioni ambulatoriali offerte Regione Campania 2016-2017-2018-2019 (Elaborazione su Dati NSIS)

## VALORI PRESTAZIONI (FARE)

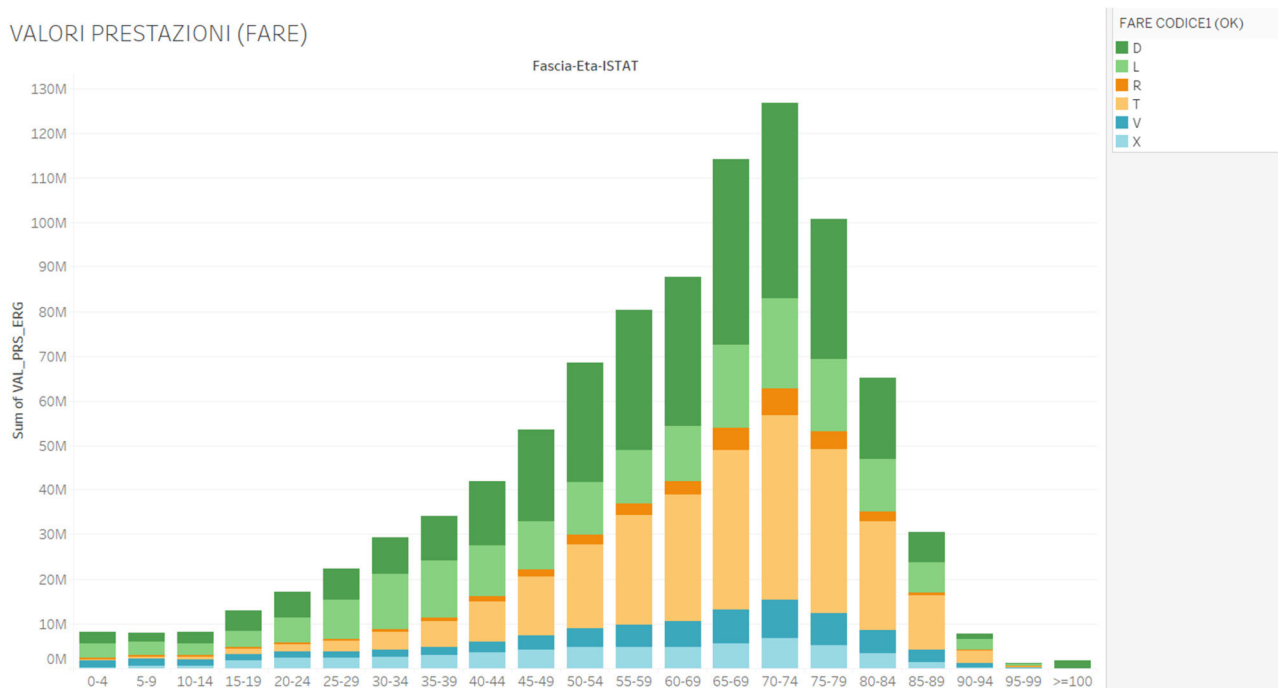


Figura 39 – Valore prestazioni ambulatoriali offerte Regione Campania 2019 (Elaborazione su Dati NSIS)

Da un primo confronto tra i grafici delle regioni benchmark e i grafici della Regione Campania emerge che esiste una differenza notevole nella tipologia di struttura che eroga la prestazione. Osservando le regioni benchmark è evidente come, stratificando le prestazioni per tipologia di struttura, emerge che le strutture pubbliche sono quelle che erogano la quota maggiore di prestazioni; in alcuni casi, come ad esempio l’Umbria, le strutture pubbliche erogano la quasi totalità di prestazioni, lasciando alle strutture private una quota molto esigua. Al contrario, nella Regione Campania si osserva una controtendenza, dove la stragrande maggioranza delle prestazioni è erogata da strutture private.

## 6. Scelta della metodologia e descrizione

### 6.1 Analisi di contesto

La Campania, come specificato al Paragrafo 1, è stata una regione commissariata dal 2009 fino al 24 gennaio 2020. A partire dal 2016, al termine di ogni annualità, con a disposizione tutti i dati, si sono tenuti tavoli a cui hanno partecipato organi di

Ministero e Regione, per fare il punto sulla situazione economica e sullo stato di attuazione del programma operativo 2016-2018, in termini di: rete ospedaliera, percorso nascita, assistenza territoriale, rapporti con gli erogatori privati, accreditamento, fabbisogno di personale, tempi dei pagamenti dei fornitori.

**Verifiche Anno 2016:** Con riferimento ai risultati ottenuti nell'anno 2015 si è constatato che la Regione presenta un avanzo di 49,821 mln di euro prima del conferimento delle coperture. Per gli adempimenti LEA permangono criticità per gli anni 2013, 2014, 2015. Valore LEA 104.

**Verifiche Anno 2017:** Con riferimento ai risultati ottenuti nell'anno 2016 si è constatato che la Regione, prima del conferimento delle coperture, ha un avanzo di 30,782 mln di euro. Per gli adempimenti LEA la Regione è stata valutata adempiente per gli anni 2013 e 2014. Pertanto sono state erogate le relative spettanze residue pari, rispettivamente, a 222,8 mln di euro e 298,9 mln di euro. Permangono criticità per l'anno 2015. Valore LEA 124.

**Verifiche Anno 2018:** Con riferimento ai risultati ottenuti nell'anno 2017 si è constatato che la Regione presenta un avanzo di 12,599 mln di euro ed è così rientrata nella disponibilità del bilancio regionale. Con riferimento alla verifica adempimenti, per l'anno 2015 la Regione è stata valutata adempiente. Pertanto sono state erogate le relative spettanze residue pari a 294,6 mln di euro. I Tavoli hanno rilevato, tuttavia, il persistere di criticità per gli anni 2016 e 2017. Valore LEA 147 (livello di sufficienza >160). Si prevede il superamento della gestione commissariale.

**Verifiche Anno 2019:** Con riferimento ai risultati ottenuti nell'anno 2018 si è constatato che la Regione Campania presenta un avanzo di 33,330 mln di euro. Dai dati NSIS del modello CE III trimestre 2019 proiettati linearmente all'anno, la stima a chiudere per il 2019 profila una situazione di equilibrio. La Regione ha superato le inadempienze relative alla verifica adempimenti LEA per gli anni 2016 e 2017 e, pertanto, le sono state erogate le relative premialità pari rispettivamente a 297,924 mln di euro e 305,889 mln di euro. Relativamente al monitoraggio dell'erogazione

dei LEA, il punteggio complessivo dell'adempimento è pari a 170, raggiungendo la soglia di adempienza. Si prevede il superamento della gestione commissariale.

## **6.2 Metodologia proposta**

In relazione all'analisi esposta nel paragrafo di Analisi dei Dati, si evince come i dati delle prestazioni ambulatoriali specialistiche erogate (File C) presentino un'affidabilità bassa per effettuare una previsione, in primo luogo a causa del commissariamento che ha comportato limitazioni delle risorse disponibili e, in secondo luogo, in misura minore, in ragione della trimestralizzazione dei tetti di spesa come metodo di erogazione delle risorse.

Nei capitoli precedenti l'attenzione si è concentrata sull'analisi del contesto socio-demografico, al fine di comprendere nel dettaglio tutte le caratteristiche territoriali utili all'identificazione di una metodologia che possa esprimere in maniera coerente la quantità di visite specialistiche ambulatoriali associate ad una popolazione.

La metodologia proposta si compone di vari step - ognuno dei quali è propedeutico al successivo - che permettono di giungere alla stima del fabbisogno di visite specialistiche ambulatoriali: analisi dei dati, scelta tra metodi auto-regressivi e regressivi, costruzione e validazione del modello.

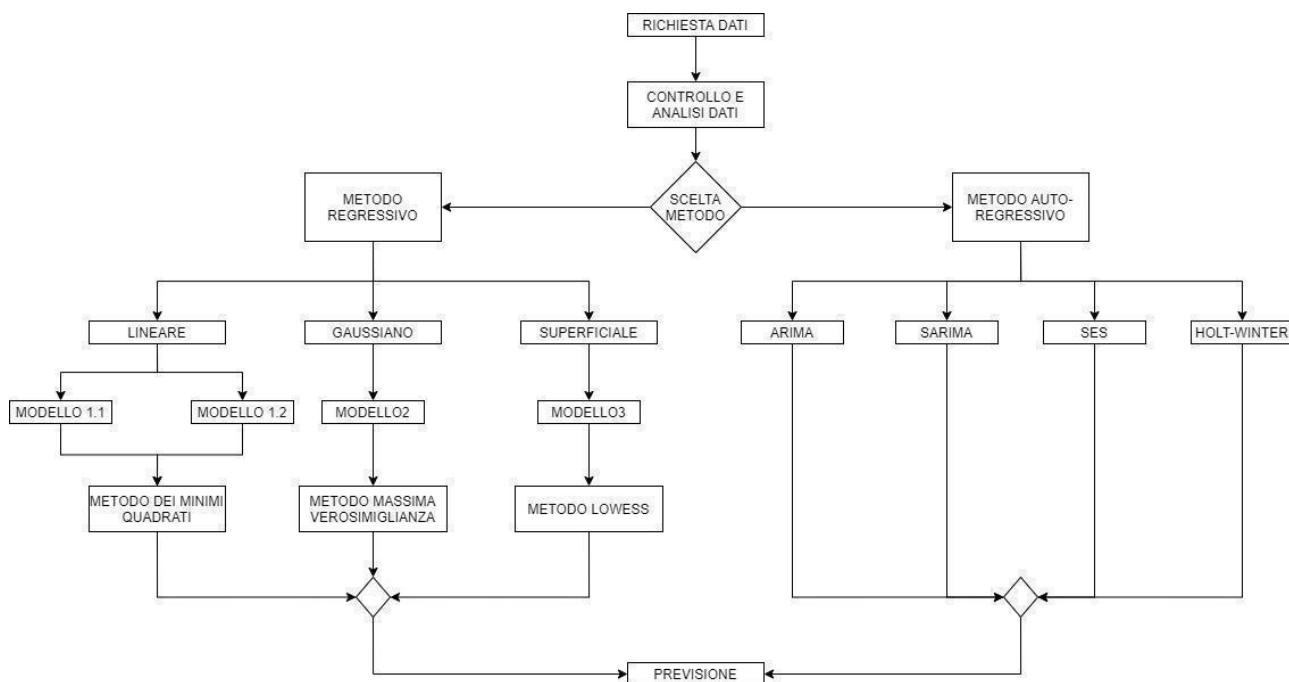


Figura 40 – Metodologia di Previsione proposta

Come è ben noto, affinché una metodologia sia replicabile è necessario che i dati abbiano specifiche caratteristiche, ovvero che siano significativi e le fonti attendibili. Infatti, per la previsione delle prestazioni ambulatoriali delle regioni non si può prescindere dalla conoscenza dei dati storici di *molteplici anni* della regione considerata e di altre regioni prese a riferimento, quali le regioni *benchmark*.

Nella scelta del metodo da utilizzare per la previsione, giova qui evidenziare che nel caso in cui si considerino i dati storici della regione oggetto della previsione, il metodo è di tipo *auto-regressivo*. Nel caso, invece, in cui si considerino dati provenienti da regioni diverse, si parla di metodo *regressivo*.

Pertanto, considerato l'andamento storico dei dati della Regione Campania - evidenziati nei paragrafi precedenti - non si ritiene che l'utilizzo del metodo auto-regressivo sia attuabile, in quanto la domanda storica soffre di alcune distorsioni dovute alla limitazione dei tetti spesa durante i periodi di commissariamento che hanno inevitabilmente comportato una riduzione delle prestazioni a carico delle strutture private accreditate. Pertanto, anche tenendo in considerazione quanto detto nel paragrafo "Analisi dei Dati", è certamente da preferirsi il metodo *regressivo*.

### 6.3 Applicazione modello

I modelli regressivi presuppongono di identificare una relazione tra due variabili X e Y, legate da un'equazione lineare nota, di cui stimare i relativi coefficienti. Nel caso di interesse, la variabile X rappresenta la popolazione, ed è la variabile indipendente; mentre la variabile Y rappresenta il numero di prestazioni ed è la variabile dipendente:

$$y = ax$$

Si vuole associare un coefficiente ad ogni singola età; quindi, per ogni età, saranno sviluppate le suddette equazioni:

$$y_i = a_i x_i \quad (1)$$

con  $i \in \{0,1,2,3,\dots,98,99,100+\}$  con dimensione ' $n=101$ ' anni di età.

Quindi,  $a_i$  è assimilabile ad un vettore di dimensione  $n$ , uno per ogni valore  $i$  di età.

L'equazione (1) è nella forma di regressione lineare semplice, dove per stimare i coefficienti  $a_i$  si rende necessario utilizzare la *tecnica della massima verosimiglianza* che permette di stimare tale coefficiente, condensando, in un unico valore *verosimile*, le informazioni estraibili dai dati provenienti da diversi anni e regioni.

Tale tecnica statistica consiste nel massimizzare la funzione di verosimiglianza, definita in base alla probabilità di osservare una data realizzazione campionaria, condizionatamente ai valori assunti dai parametri statistici oggetto di stima.

Sia  $y(x)$  una funzione che fornisce un valore  $y$  per ogni  $x$  che contiene un parametro che vogliamo stimare. Le misure  $y_i$  hanno come valore vero  $y = a_i x$  e sono disperse rispetto a  $y$ , a causa dell'errore  $\sigma$ ; quindi, ad ognuna delle osservazioni  $y$  sarà associato un errore diverso. Si noti, che le misure  $y_i$ , così definite, seguono un andamento di tipo gaussiano.

L'equazione della massima verosimiglianza  $L$  a cui si fa riferimento è la seguente:

$$\mathcal{L}(\mu, \sigma^2 | \{x_i\}_i) = \prod_{i=1}^n \frac{1}{\sqrt{2\pi\sigma^2}} \exp\left\{-\frac{1}{2}\left(\frac{x_i - \mu}{\sigma}\right)^2\right\}$$

Il principio di massima verosimiglianza assume che il valore più verosimile come stima dei coefficienti del modello sono quelli che rendono massima la funzione  $L$ , ossia rende massima la probabilità di ottenere la serie di dati del campione.

Massimizzare  $L$  è equivalente a rendere massima la funzione logaritmo log-verosimile  $L = \ln L$

$$L(\mu, \sigma^2 | \{x_i\}_i) = \ln \mathcal{L}(\mu, \sigma^2 | \{x_i\}_i) = -\frac{n}{2} \ln(2\pi\sigma^2) - \frac{1}{2} \sum_{i=1}^n \left(\frac{x_i - \mu}{\sigma}\right)^2$$

Nell'ipotesi di errore normale, valido nel caso di *regressione lineare*, il metodo della massima verosimiglianza e il metodo dei minimi quadrati convergono. Quindi in caso di regressione lineare semplice per massimizzare  $L$  è sufficiente minimizzare la sommatoria:

$$S = \sum_{i=1}^n (y_i - f(x_i))^2,$$

ovvero minimizzare la somma del quadrato degli scarti, pesati, tra le  $y_i$  e  $f(x_i)$ . Pertanto, applicando il metodo dei minimi quadrati l'equazione rappresentativa del parametro  $a_i$  per ogni fascia di età è calcolabile attraverso la (2):

$$\frac{N \sum(x_i y_i) - \sum x_i \sum y_i}{N \sum(x_i^2) - (\sum x_i)^2} \quad (2)$$

Si osserva che i dati ricevuti dalla banca dati NSIS (cfr. paragrafo “Analisi dei Dati”) sono raggruppati per fasce di età e non per età puntuale. Pertanto, si è *prima* applicata la procedura per fasce di età; ottenendo:

$$y_i = a_i x_i$$

con  $i \in \{0-4, 5-9, 10-14, \dots, 95-99, 100+\}$  con dimensione ‘ $n^* = 21$ ’ fasce di età.

Per ogni fascia, si è utilizzato il valore medio rappresentativo dell'età; ad esempio, per la fascia 0-4, è considerato 2 quale valore medio. Applicando l'equazione (2) al dataset NSIS, emerge che:

-per la fascia 0-4 si ottiene  $i=(4+0)/2=2$ :

$$y_2 = a_2 x_2$$

e  $a_2 = 2.832$

-per la fascia 5-9, si ottiene  $i=(5+9)/2=7$ :

$$y_7 = a_7 x_7$$

e  $a_7 = 3.307$

Il procedimento può essere iterato per tutte le fasce, fino all'ottenimento del vettore di  $n^*=21$  elementi ipotizzati.

In Tabella 5 si riportano tutti i coefficienti ottenuti applicando la metodologia esposta.

<b>Fascia</b>	<b>Valore</b>	<b>Coefficiente</b>
0-4	2	2,832
5-9	7	3,307
10-14	12	3,999
15-19	17	4,949
20-24	22	5,578
25-29	27	7,122
30-34	32	8,496
35-39	37	8,331
40-44	42	8,110
45-49	47	9,243
50-54	52	11,380
55-59	57	13,730
60-64	62	16,690
65-69	67	21,700
70-74	72	26,590

75-79	77	28,730
80-84	82	29,280
85-89	87	26,110
90-94	92	21,420
95-99	97	15,580
100+	102	12,380

Tabella 5 – Coefficienti di regressione ottenuti su elaborazione dati NSIS – Regioni Benchmark

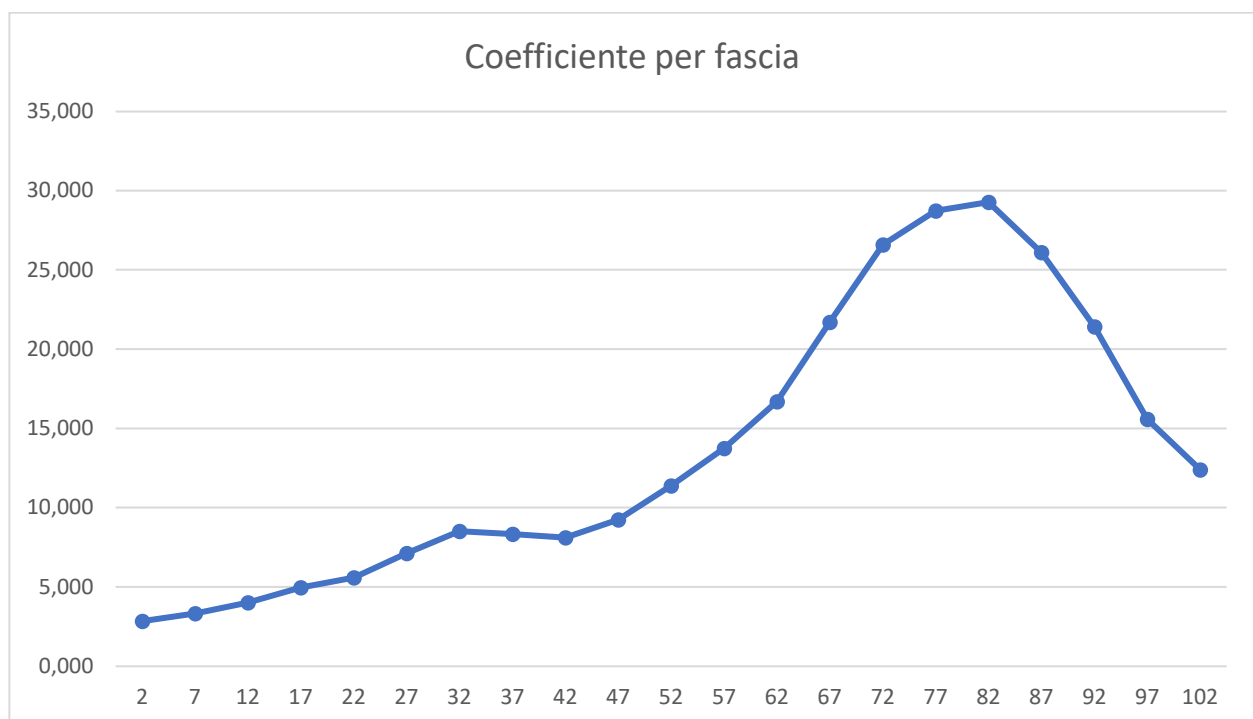


Figura 41 - Curva dei coefficienti di regressione ottenuti su elaborazione dati NSIS – Regioni Benchmark

Con l'obiettivo di aumentare la "sensibilità" e la capacità previsionale del modello proposto, si vogliono identificare i coefficienti pro-capite  $a_i$  legati alle singole età puntuali e non alle fasce di età. Riportando i coefficienti per fascia della Tabella 5 su un sistema di assi cartesiani in cui sulle ascisse vi sono i valori medi di età delle fasce, si nota che, al crescere della fascia di età aumenta il coefficiente tra popolazione e prestazione, fino al valore di età media del campione, con relazione *non lineare* (cfr. Figura 41).

A tal fine, si sono condotte prove con molteplici formulazioni, andando a valutare per ognuno di esse il coefficiente di determinazione ( $R^2$ ), ovvero, un indice in grado di misurare il legame tra la variabilità dei dati e la correttezza del modello statistico utilizzato. Tra i modelli analizzati, il modello Doppio Gaussiano, la cui formulazione è riportata in equazione (3), ha ottenuto il valore massimo di  $R^2$  pari a 0.997.

$$a = b e^{-\left(\frac{x-b_1}{c_1}\right)^2} + c e^{-\left(\frac{x-b_2}{c_2}\right)^2} \quad (3)$$

In questo caso, non essendo il modello (3) lineare, non è più possibile utilizzare la (2) per la stima dei coefficienti. Pertanto, con il fine di identificare la relazione tra i coefficienti e le età puntuali, si è applicata la citata *tecnica della massima verosimiglianza* con i dati della Tabella 5 e con il modello (3), ottenendo i seguenti valori:

- $b = 18.7$ ;
- $c = 11.12$ ;
- $b_1 = 79.84$ ;
- $c_1 = 16.93$ ;
- $b_2 = 71.72$ ;
- $c_2 = 61.21$ ;

Noti gli anzidetti coefficienti - attraverso la (3) - si sono calcolati i diversi  $a_i$  puntuali per età e riportati in Tabella 6:

<b>Età</b>	<b>Coefficiente</b>						
0	2,8156	25	6,2070	50	10,6366	75	28,3101
1	2,9247	26	6,3623	51	10,9384	76	28,8178
2	3,0364	27	6,5181	52	11,2704	77	29,2087
3	3,1507	28	6,6743	53	11,6368	78	29,4744
4	3,2676	29	6,8307	54	12,0412	79	29,6088
5	3,3870	30	6,9874	55	12,4876	80	29,6082

6	3,5089	31	7,1441	56	12,9793	81	29,4719
7	3,6332	32	7,3009	57	12,5193	82	29,2017
8	3,7599	33	7,4577	58	14,1101	83	28,8022
9	3,8890	34	7,6147	59	14,7533	84	28,2802
10	4,0204	35	7,7718	60	15,4494	85	27,6452
11	4,1540	36	7,9294	61	16,1977	86	26,9083
12	4,2897	37	8,0875	62	16,9963	87	26,0825
13	4,4275	38	8,2467	63	17,8418	88	25,1817
14	4,5673	39	8,4075	64	18,7290	89	24,2208
15	4,7089	40	8,5705	65	19,6512	90	23,2148
16	4,8524	41	8,7365	66	20,6000	91	22,1788
17	4,9976	42	8,9068	67	21,5654	92	21,1272
18	5,1444	43	9,0825	68	22,5360	93	20,0738
19	5,2927	44	9,2653	69	23,4989	94	19,0311
20	5,4424	45	9,4570	70	24,4403	95	18,0102
21	5,5933	46	9,6598	71	25,3456	96	17,0207
22	5,7453	47	9,8763	72	26,1999	97	16,0707
23	5,8984	48	10,1091	73	26,9882	98	15,1665
24	6,0523	49	10,3614	74	27,6961	99	14,3127
/	/	/	/	/	/	100+	13,5124

Tabella 6 - Coefficienti di regressione puntuali su elaborazione dati NSIS - Regioni Benchmark

Ricavati i diversi valori dei coefficienti  $a_i$  puntuali per età (Tabella 6) e posti nell'equazione (1) si ottiene la stima delle prestazioni ambulatoriali ( $y_i$ ), nota la popolazione della relativa età ( $x$ ).

Una volta calcolati i valori dei coefficienti  $a_i$  per età puntuale, si è passati alla fase di *validazione* della metodologia proposta. A tal fine, è utile evidenziare che i modelli esposti sono stati applicati senza considerare i valori del File C della banca dati NSIS

della Regione Veneto, riferito all'anno 2019. Infatti, prima di applicare il modello proposto ai dati della Regione Campania, esso è stato utilizzato per la previsione delle prestazioni ambulatoriali del Veneto per l'anno 2019, così da confrontare il dato ottenuto dal modello con quello effettivamente realizzato nel corso del 2019 dalla regione benchmark Veneto.

Dalla suddetta applicazione emerge che il valore di previsione delle prestazioni ambulatoriali per il 2019 da parte della Regione Veneto è risultato pari a 61.729.000, a fronte delle 59.363.458 registrate nel File C della regione nello stesso periodo. Pertanto, l'errore del modello rientra ampiamente nel range di affidabilità dello stesso (95%) e ne valida il suo utilizzo per i dati della Regione Campania.

## 7. Calcolo della stima per la Regione Campania

Validato il modello, lo stesso si è applicato alla Regione Campania, in cui sono stati utilizzati per i coefficienti  $a_i$  i valori riportati in Tabella 6 e, per la variabile dipendente (x), relativa alla popolazione per età, i valori ricavati dal database ISTAT. I valori delle previsioni (y) così calcolati, per gli anni oggetto della previsione, sono riportati in Tabella 7.

<b>Età</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
<b>0</b>	139.631,24	132.679,52
<b>1</b>	145.433,63	144.380,74
<b>2</b>	152.822,01	150.520,42
<b>3</b>	160.676,25	158.237,61
<b>4</b>	170.170,07	166.539,77
<b>5</b>	184.351,02	176.252,71
<b>6</b>	194.880,80	190.894,69
<b>7</b>	207.898,97	201.802,46

<b>8</b>	221.266,36	215.122,68
<b>9</b>	231.527,73	228.813,20
<b>10</b>	244.126,73	239.342,45
<b>11</b>	253.747,09	252.156,11
<b>12</b>	264.472,87	262.027,75
<b>13</b>	282.421,37	273.092,63
<b>14</b>	294.590,85	291.256,72
<b>15</b>	301.143,57	303.827,65
<b>16</b>	317.861,31	310.631,24
<b>17</b>	334.004,60	327.922,52
<b>18</b>	347.216,13	345.559,64
<b>19</b>	362.153,00	358.797,43
<b>20</b>	372.096,89	372.053,35
<b>21</b>	387.240,94	381.787,47
<b>22</b>	399.459,22	396.155,67
<b>23</b>	417.052,27	407.520,46
<b>24</b>	436.909,48	423.697,31
<b>25</b>	468.640,91	442.497,03
<b>26</b>	474.220,39	472.973,38
<b>27</b>	482.795,67	478.050,49
<b>28</b>	490.080,50	485.715,51
<b>29</b>	505.949,95	492.998,94
<b>30</b>	498.627,85	509.032,09
<b>31</b>	503.437,58	502.587,44
<b>32</b>	524.642,67	508.938,44
<b>33</b>	541.324,61	530.891,29

<b>34</b>	555.279,15	548.593,45
<b>35</b>	578.556,11	563.657,57
<b>36</b>	583.405,61	589.011,69
<b>37</b>	600.464,53	593.396,05
<b>38</b>	626.699,72	611.789,69
<b>39</b>	656.625,75	637.683,65
<b>40</b>	682.211,80	667.984,77
<b>41</b>	721.774,68	694.743,95
<b>42</b>	760.809,95	734.623,96
<b>43</b>	803.519,69	773.856,25
<b>44</b>	807.146,61	818.033,34
<b>45</b>	828.650,71	821.680,90
<b>46</b>	851.926,74	844.401,76
<b>47</b>	856.927,05	868.097,14
<b>48</b>	900.953,32	874.689,88
<b>49</b>	923.242,19	920.227,02
<b>50</b>	958.144,93	944.540,72
<b>51</b>	992.583,23	982.082,37
<b>52</b>	1.020.839,02	1.018.596,21
<b>53</b>	1.076.718,19	1.049.837,19
<b>54</b>	1.045.236,37	1.108.825,94
<b>55</b>	1.058.448,98	1.078.091,97
<b>56</b>	1.075.815,24	1.094.829,91
<b>57</b>	993.406,46	1.031.903,30
<b>58</b>	1.102.520,88	1.113.399,77
<b>59</b>	1.093.293,30	1.144.782,31

<b>60</b>	1.128.779,51	1.136.751,40
<b>61</b>	1.128.639,54	1.174.527,62
<b>62</b>	1.197.287,36	1.174.223,38
<b>63</b>	1.238.488,55	1.244.804,54
<b>64</b>	1.190.771,09	1.287.431,46
<b>65</b>	1.208.293,33	1.236.296,29
<b>66</b>	1.264.489,80	1.252.397,60
<b>67</b>	1.343.804,77	1.306.884,81
<b>68</b>	1.400.589,86	1.384.499,16
<b>69</b>	1.484.871,99	1.435.641,80
<b>70</b>	1.481.913,15	1.518.035,91
<b>71</b>	1.540.784,37	1.507.480,25
<b>72</b>	1.290.947,67	1.558.815,45
<b>73</b>	1.128.538,57	1.299.157,97
<b>74</b>	1.238.126,45	1.129.031,52
<b>75</b>	1.199.697,11	1.231.659,21
<b>76</b>	1.155.651,42	1.183.604,68
<b>77</b>	1.269.789,82	1.132.917,85
<b>78</b>	1.230.909,89	1.232.295,19
<b>79</b>	1.119.301,47	1.185.891,66
<b>80</b>	1.038.892,52	1.069.448,18
<b>81</b>	934.553,95	982.445,79
<b>82</b>	903.734,21	870.823,90
<b>83</b>	799.203,45	834.140,51
<b>84</b>	744.872,19	728.752,47
<b>85</b>	651.320,91	668.239,77

<b>86</b>	570.133,06	576.052,89
<b>87</b>	509.991,12	493.141,83
<b>88</b>	397.820,50	434.686,51
<b>89</b>	323.468,78	331.413,21
<b>90</b>	256.337,82	264.416,57
<b>91</b>	193.820,53	204.422,00
<b>92</b>	148.101,67	151.735,55
<b>93</b>	106.371,07	113.597,63
<b>94</b>	78.541,35	79.892,56
<b>95</b>	53.058,05	56.299,89
<b>96</b>	36.866,84	38.449,76
<b>97</b>	23.816,78	26.484,51
<b>98</b>	9.736,89	16.880,31
<b>99</b>	5.467,45	6.812,85
<b>100+</b>	12.026,04	11.944,96

*Tabella 7 - Stima dei dati per la Regione Campania con modello regressivo - Elaborazione su dati NSIS e ISTAT*

Infine, il dato definitivo per la Regione Campania, ottenuto come somma di tutte le prestazioni per età, è riportato in Tabella 8.

<b>2018</b>	<b>2019</b>
66.507.885	66.836.546

*Tabella 8 - Previsione delle prestazioni ambulatoriali per la Regione Campania con metodologia regressiva proposta*

Nel mandato affidato al Commissario, il Consiglio di Stato precisa che la determinazione del fabbisogno assistenziale sanitario debba essere calcolata “nella

*macroarea della specialistica ambulatoriale, sulla base di quanto anche previsto dal decreto n°14 del 01/03/2017 per gli anni 2018/2019*". Pertanto, poiché il decreto n°14 prevede anche la ripartizione del fabbisogno per branche si ritiene rientrante nel mandato affidato al Commissario anche quest'ultima operazione.

Tuttavia, non disponendo del dettaglio per singola branca delle regioni benchmark, tale previsione non può che basarsi su un approccio di tipo proporzionale del File C NSIS dal 2017 al 2019, dai quali si evince una omogeneità e continuità di ripartizione della spesa negli anni secondo un andamento tendenzialmente costante. In questo caso, si è ripartita la previsione ottenuta per le diverse branche specialistiche in misura proporzionale rispetto alle percentuali manifestate nel passato, prendendo i valori dal database NSIS.

Quindi, si assumeranno quali *branche* di riferimento quelle considerate dalla Regione Campania per la valutazione delle sue ripartizioni, ovvero:

- Branche a visita;
- Cardiologia;
- Dialisi;
- Diabetologia;
- FKT;
- Laboratorio;
- Medicina nucleare;
- Radioterapia;
- Radiologia;

Dai valori della banca dati NSIS si è calcolato il valore percentuale di ogni branca sul totale delle prestazioni manifestate nel corrispondente anno; i dati sono mostrati in Tabella 9.

	<b>NSIS 2017</b>	<b>NSIS 2018</b>	<b>NSIS 2019</b>
<b>Branche a visita</b>	6,69%	7,71%	7,82%
<b>Cardiologia</b>	3,85%	3,40%	3,44%
<b>Dialisi</b>	1,76%	1,63%	1,67%
<b>Diabetologia</b>	0,59%	0,82%	0,89%
<b>FKT</b>	3,96%	3,71%	3,79%
<b>Laboratorio</b>	75,45%	74,90%	74,62%
<b>Medicina nucleare</b>	0,37%	0,35%	0,33%
<b>Radioterapia</b>	1,20%	1,34%	1,33%
<b>Radiologia</b>	6,12%	6,13%	6,10%

Tabella 9 - Valutazione distribuzione proporzionale prestazioni (Elaborazione dati NSIS)

Dai dati in Tabella 9 si evince come la maggior percentuale di prestazioni è assorbita dalla branca “Laboratorio”, che negli anni si assesta al 75% circa di prestazioni, seguita dalle “Branche a visita” con circa il 7% delle prestazioni e “Radiologia” per il 6% circa. Negli anni i valori sono suscettibili di minime variazioni, e si è quindi deciso di usare il valore medio degli anni esaminati per generare il valore di riferimento percentuale da usare per la ripartizione delle prestazioni.

Calcolato il valore medio, si sono ripartite le prestazioni ambulatoriali previste in Tabella 8 nelle diverse branche (Tabella 9):

<b>Branca</b>	<b>Percentuale</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
<b>Branche a visita</b>	7,40%	4.921.583	4.945.904
<b>Cardiologia</b>	3,56%	2.367.681	2.379.381
<b>Dialisi</b>	1,68%	1.117.332	1.122.854
<b>Diabetologia</b>	0,76%	505.460	507.958

<b>FKT</b>	3,82%	2.540.601	2.553.156
<b>Laboratorio</b>	74,99%	49.874.263	50.120.726
<b>Medicina nucleare</b>	0,35%	232.778	233.928
<b>Radioterapia</b>	1,29%	857.952	862.191
<b>Radiologia</b>	6,11%	4.063.632	4.083.713
<b>Totale</b>	100%	66.507.885	66.836.546

Tabella 10 - Previsione delle prestazioni ambulatoriali per la Regione Campania ripartita per branca specialistica

## 8. Conclusioni

Lo studio condotto si è basato sui dati ufficiali forniti da So.Re.Sa. e dal Ministero della Salute, relativi alle prestazioni sanitarie erogate dalla Regione Campania nella specialistica ambulatoriale negli anni 2016-2017-2018-2019 (File C) e dall'ISTAT, aventi ad oggetto la composizione demografica della popolazione residente nella Regione Campania suddivisa per fasce di età per i medesimi anni.

In base al metodo previsto dalla normativa richiamata nella prima parte, tali dati sono stati integrati e comparati con le prestazioni sanitarie erogate nei medesimi anni dalle regioni cosiddette benchmark. Come ampiamente motivato nei paragrafi precedenti, non si è ritenuto che l'utilizzo dei dati storici della Regione Campania fosse idoneo alla stima della previsione delle prestazioni sanitarie nella specialistica ambulatoriale. Si è pertanto applicato un metodo di tipo *regressivo* facendo inferenza unicamente sui dati delle regioni benchmark al fine di identificare una relazione univoca tra la componente demografica della popolazione suddivisa per età e le prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale.

I Consulenti tecnici del Commissario, acquisiti i dati necessari all'espletamento del mandato, hanno proceduto alla loro elaborazione secondo la metodologia descritta. I valori finali rappresentano il fabbisogno sanitario standardizzato della Regione Campania negli anni 2018-2019 (Tabelle 7-8-10).

Infine, a fini comparativi, si ritiene opportuno riportare il confronto dei risultati del modello regressivo applicato con il modello ministeriale Mattoni-SSN e con i valori registrati dai File C della Regione Campania ricavati dai file NSIS.

<b>Metodo\Anno</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
<b>Modello Regressivo</b>	66.507.885	66.836.546
<b>Modello "Mattoni-SSN"</b>	69.154.668	68.883.492
<b>File C Campania NSIS</b>	56.491.507	55.522.482

*Tabella 11 - Confronto della previsione ottenuta con Modello "Mattoni SSN" con il consuntivo File C Campania NSIS*

Dal confronto riportato in Tabella 11, si evince che il modello regressivo proposto stima, coerentemente, dei valori minori rispetto al modello Mattoni-SSN. Questo è dovuto al fatto che la Regione Campania, come analizzato nei paragrafi precedenti, ha un indice di vecchiaia della popolazione più basso rispetto alle regioni del Nord-Italia, a suo tempo assunto come riferimento per il Modello Mattoni-SSN. Allo stesso tempo, si evidenzia come la previsione calcolata con il metodo regressivo proposto non ha bisogno di ulteriori correttivi, in quanto la previsione è stata calcolata a partire dai dati delle regioni benchmark, in cui si assume che quanto consumato è coerente con la domanda manifestata.

In conclusione, dall'analisi del File C NSIS, si evincono erogate prestazioni per l'anno 2018 pari a numero 56.491.507 per un valore complessivo delle prestazioni di € 901.209.269; per l'anno 2019 si evincono erogate prestazioni pari a numero 55.522.482 per un valore complessivo di € 920.980.507. Dalla presente relazione si

deduce che il fabbisogno standardizzato stimato per l'anno 2018 è pari a numero 66.507.885 prestazioni; per l'anno 2019 pari a numero 66.836.546 prestazioni.

La quantificazione della domanda stimata (66.507.885 di prestazioni per l'anno 2018 e 66.836.546 di prestazioni per l'anno 2019) non modifica il volume delle risorse assegnate alla Regione Campania, le quali sono predeterminate secondo il modello di finanziamento del Servizio Sanitario Regionale definito in sede di Conferenza Stato-Regioni Province Autonome. Tuttavia, non si può fare a meno di sottolineare, come del resto emerge dalla presente relazione (cfr. paragrafo 5), e peraltro riportato nella delibera G.R. della Regione Campania n. 354 del 04/08/2021, l'anomala ripartizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in Regione Campania tra pubblico e privato accreditato, sbilanciata a favore del secondo rispetto a quanto accade nelle regioni benchmark.

*I Consulenti tecnici*

Dott. Alfredo RUOSI

Dott. Mariano PAOLUCCI

Prof.ssa Ing. Liberatina Carmela SANTILLO

Prof. Avv. Alfredo CONTIERI

Dott. Vincenzo RAIOLA

*Il Commissario ad acta*

Dott. Mario AMBROSANIO