

Con il presente documento si esplicitano i criteri per la determinazione dei limiti prestazionali e volumi di spesa delle prestazioni sociosanitarie erogate sia in regime residenziale che semiresidenziale.

1. CRITERE PER LA DEFINIZIONE DEI LIMITI PRESTAZIONALI E DI SPESA MACROAREA SOCIOSANITARIA

a) Criteri per determinare i volumi prestazionali e conseguenti i limiti di spesa per prestazioni erogate in favore di malati terminali in strutture denominate **Hospice** e per le prestazioni rese in strutture denominate **R1** - Speciali Unità di Accoglienza Permanente-SUAP:

I limiti prestazionali sono calcolati sui posti letto accreditati tenendo conto di un tasso di occupazione del 100% su 365 giorni. Per le prestazioni erogate nelle strutture denominate Hospice la valorizzazione delle prestazioni è effettuata in base alle tariffe determinate con DCA 128/2012. Per le prestazioni erogate nelle strutture denominate R1 - Speciali Unità di Accoglienza Permanente-SUAP sulla base della tariffa di cui al DCA 79/2017.

b) Criteri per determinare i volumi prestazionali e conseguenti i limiti di spesa per prestazioni sociosanitarie in **RSA/CD**: RSA per anziani non autosufficienti (ora Unità di Cura per adulti non autosufficienti R3), RSA modulo demenze (fino al completamento del processo di adeguamento di cui ai DCA 97/2018 e 74/2019), Centri Diurni per adulti/anziani non autosufficienti e Centri Diurni per demenze, RSA per disabili non autosufficienti (ora Unità di Cura per disabili non autosufficienti RD3) e in Centri Diurni per disabili non autosufficienti.

I limiti prestazionali sono calcolati sulla base dei posti letto accreditati in regime semiresidenziale e residenziale stimando un tasso di occupazione rispettivamente dell'85 e 95% dei posti letto, e volumi di spesa, calcolati rispettivamente su 365 e 300 giorni annui. I volumi di spesa sono calcolati sulla base della tariffa di cui alla DGRC 531/2021 al netto della quota di compartecipazione a carico dei Comuni/Ambiti o degli utenti ai sensi del DPCM 29/11/2001 sui L.E.A., confermata dal DPCM 17 gennaio 2017.

c) Criteri per determinare i volumi prestazionali e conseguenti i limiti di spesa delle Unità di cure residenziali per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze R2D ed RSA Unità di cure residenziali estensive R2.

I limiti prestazionali sono calcolati sulla base dei posti letto accreditati tenendo conto di un tasso di occupazione del 95% su 365 giorni annui ed i correlati volumi di spesa sulla base della tariffa di cui al DCA 74/2019 per le RSA Unità di cure residenziali estensive R2 e sulla base della tariffa determinata con DCA 97/2018 per le Unità di cure residenziali per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze R2D

In ogni caso si ribadisce che, come disposto dai DDCA 97/2018 e 74/2019:

- ✓ per le Unità di cure residenziali estensive R2 i costi del ricovero sono a totale carico del SSN per una durata non superiore a 60 giorni. Il ricorso alla lungodegenza in tale setting costituisce inappropriata clinica, pertanto è consentito il ricovero protratto solo per i giorni necessari al collocamento obbligatorio in altro setting, per un periodo non superiore ad ulteriori 15 giorni oltre i 60 giorni definiti quale limite. In caso di permanenza del paziente in Unità di Cura R2 oltre il limite di 60giorni+15 **viene riconosciuta una tariffa pari a quella per R3 medio carico assistenziale**. In ogni caso il ricovero in R2 non può protrarsi oltre i 90 giorni complessivi, al fine di rendere disponibili i posti letto per altri pazienti, al termine dei quali l'utente è collocato in altra unità di cura-RSA o in cure domiciliari (DCA 74/2019);
- ✓ Per le Unità di cure residenziali R2D secondo quanto riportato al punto 4 DURATA/PERMANENZA DEL RICOVERO IN RSA i costi del ricovero trattamenti sono interamente a carico del sistema sanitario nazionale, per un periodo di norma non superiore ai 60 giorni, salvo diverse e motivate determinazioni scaturite in sede di rivalutazione multidimensionale e comunque secondo i tempi previsti dal pdta/percorso integrato per

soggetti affetti da disturbi cognitivi e demenze. Tuttavia, a causa del perdurare delle condizioni sanitarie e socioambientali della necessità di assistenza, verificata in sede di valutazione multidimensionale, è prevista l'ospitalità fino ad un massimo di ulteriori 12 mesi, oltre i 60 giorni individuati quale durata di norma, solo se supportata e basata da evidenze cliniche, da condizioni cliniche misurate con gli strumenti di valutazione multidimensionale e le scale cliniche specifiche e se definita in sede di valutazione multidimensionale effettuata in raccordo con il CDCD. In questo caso il trattamento è remunerato con una tariffa ridotta del 20% rispetto alla tariffa piena. Entro i 12 mesi, si procede Valutazione multidimensionale in U.V.I. e sempre in raccordo con il CDCD per la dimissione ad altro setting assistenziale (RSA -R3; cure domiciliari, ambulatorio, Centro diurno Alzheimer, altro). In caso di impossibilità alla dimissione dall'Unità di cure R2D, in sede di U.V.I. si procederà alla determinazione degli oneri a carico a carico del Comune/Utente, che, trattandosi di lungodegenza, sono pari al 50% della tariffa prevista. Pertanto sarà cura del Direttore della Struttura concordare informare i familiari delle necessità di produrre all'atto della dimissione i documenti necessari alla definizione degli oneri (ISEE) utili in sede di U.V.I. Il ricorso alla lungodegenza in tale setting costituisce inappropriata clinica. E pertanto il ricovero protratto è ammesso esclusivamente se vi è l'impossibilità oggettiva all'invio ad altri setting. In ogni caso, è ammesso solo per il 10% dei 20 posti letto del modulo Unità di cure R2D, nell'impossibilità accertata ad inviare in altri setting assistenziali quali R3, Cure domiciliari.

d) Criteri per determinare i volumi prestazionali e conseguenti limiti di spesa Salute Mentale

Le prestazioni di salute mentale sono erogate in regime residenziale e in regime semiresidenziale.

Le strutture psichiatriche sono classificate:

1. SIR 1 - Strutture Intermedie Residenziali psichiatriche terapeutico riabilitative a carattere intensivo in cui possono essere erogati programmi denominati SRP1/SRP2 rispettivamente valorizzati in € 196,14 e 176,67.

Il DCA 193/2016 - allegato A paragrafo "livelli di intensità assistenziale" lettera a) - prevede per i "Programmi ad elevata attività assistenziale e intensità riabilitativa: Solo nelle strutture SRP1 che derivano dalla riconversione delle case di cura neuropsichiatriche, è possibile realizzare nella misura massima del 25% dei posti letto disponibili di tipo intensivo dei PTRP per gestire eventuali fasi che richiedono: 1. un ulteriore periodo di stabilizzazione del quadro clinico alla dimissione da un ricovero ordinario presso un SPDC entro un periodo non superiore a 60 giorni dalla data di dimissione; 2. la necessità di valutazione della terapia farmacologica e la stabilizzazione della stessa (necessità di wash-out, modifica terapia, switch farmacologici che richiedono un'osservazione clinica diretta, etc.); 3. approfondimento diagnostico-terapeutico; 4. pianificazione/avvio/revisione del progetto terapeutico territoriale; 5. recupero di compenso psichico per riadattamento alle abituali condizioni di vita personali, sociali e lavorative (per quanto consentito dalla patologia psichiatrica di base)".

Successivamente la sentenza del TAR Campania Sez. I n. 3323/2019, in merito a quanto soprariportato, ha accolto il ricorso n. 1980/2017 che ha esteso la possibilità di realizzare dei PTRP per gestire eventuali fasi come sopra meglio declinate, nella misura massima del 25% dei posti letto disponibili di tipo intensivo a tutte le strutture accreditate come SIR (struttura intermedia residenziale) e non esclusivamente alle strutture SRP1 che derivano dalla riconversione delle case di cura neuropsichiatriche;

2. SIR 2 - Strutture Intermedie Residenziali psichiatriche terapeutico riabilitative a carattere estensivo - in cui possono essere erogati programmi denominati SRP3 valorizzati in € 161,06
3. Le Strutture Terapeutiche Intermedie ad intensità variabile per l'accoglienza di minori con disturbo psichiatrico: Strutture Intermedie Residenziali per Minori ad Intensità Variabile (S.I.R.M.I.V.) - Strutture Intermedie Semiresidenziali per Minori (S.I.Se.M.);

I volumi prestazionali per i regimi semiresidenziale e residenziale delle prestazioni di salute mentale vengono calcolati sulla base dei posti letto accreditati, stimando un tasso di occupazione del 95% delle giornate di degenza, e volumi di spesa secondo le tariffe di cui DCA 11/2018 e 45/2015 su 365 annui per il regime residenziale (tenendo conto di quanto stabilito dal DCA 193/2016 in merito ai programmi SRP1 e SRP2), e 300 giorni annui per il regime semiresidenziale;

4. Comunità/Case Alloggio per la salute mentale i volumi prestazionali sono calcolati sulla base dei posti letto attivi tenendo conto di un tasso di occupazione del 100% su 365 giorni. Le prestazioni così ottenute vengono distribuite alle AA.SS.LL. tenendo conto dei dati SISM anno 2023 nella misura del 50% e della popolazione residente al 2023 per l'altro 50%. I limiti di spesa, di cui al Regolamento 4 del 7/4/2014, sono valorizzati con la tariffa di cui DGRC 666/2011 al netto della quota di compartecipazione a carico dell'utente/comune/Ambito di residenza.

e) Criteri per determinare i volumi prestazionali e conseguenti limiti di spesa - DIPENDENZE PATOLOGICHE

Per le prestazioni in regime semiresidenziale e residenziale per cittadini con dipendenza patologica i limiti prestazionali sono calcolati sulla base dei posti letto accreditati, stimando un tasso di occupazione medio annuo rispettivamente dell'85 e 95%, e volumi di spesa, calcolati rispettivamente su 365 e 250 giorni annui. Le Tariffe per il calcolo dei conseguenti limiti di spesa per le prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale per cittadini con dipendenza patologica sono indicate nei DDCA n. 76/2017 e n. 94/2012;

f) Conferma delle disposizioni inerenti alla “Funzione Rinnovo CCNL”

Si conferma che ai setting assistenziali dell'area sociosanitaria e della salute mentale, per i quali non sono intervenuti gli aggiornamenti tariffari e gli incrementi dei tetti di spesa, stabiliti dalle D.G.R.C. n. 531, 532 e 533 del 30.11.2021, limitatamente alle strutture private accreditate che applicano il nuovo CCNL AIOP - ARIS del 08.10.2020 (e che già applicavano il previgente CCNL 2002 – 2005 AIOP – ARIS – Don Gnocchi del personale sanitario non medico dipendente), spetta anche per gli esercizi 2024 e successivi (fino all'assorbimento negli eventuali aggiornamenti delle tariffe vigenti), in aggiunta ai corrispettivi delle prestazioni erogate nei limiti di spesa pro tempore vigenti, la remunerazione della “Funzione Rinnovo CCNL”, già prevista dalla DGRC n. 93/2021 per gli esercizi 2020 e 2021 e confermata per gli esercizi 2022 e 2023 dalla DGRC n. 34/2023, in attuazione dell'impegno assunto in Conferenza al fine di ristorarle nella misura del 50% dei maggiori costi, conseguenti all'applicazione del rinnovo contrattuale.

2. NUOVE DISPOSIZIONI NORMATIVE - LEGGE REGIONALE N. 18/2022 ART. 6

La legge regionale n. 18 del 29/12/2022 recante “Disposizioni per il contrasto al dumping contrattuale nel Servizio Sanitario Regionale”, all'art. 6 introduce disposizioni finalizzate a contrastare fenomeni di “dumping contrattuale” e garantire la stabilità dell'occupazione, introducendo un criterio premiale nell'assegnazione delle risorse economiche alle strutture sanitarie accreditate con il Servizio sanitario regionale nella macroarea della riabilitazione e socio-sanitaria che applicano il Contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) per le lavoratrici e i lavoratori del comparto della sanità privata, con i trattamenti giuridici ed economici più vantaggiosi a tutela dei lavoratori. Il Gruppo di Lavoro Tecnico regionale ha elaborato una griglia contenente, per ogni CCNL, l'attribuzione ai vari istituti contrattuali (con riferimento alle indicazioni dell'ANAC), della relativa pesatura e annesso criterio di

valutazione, da cui risulta maggiormente favorevole per la tutela dei lavoratori l'applicazione del **"CCNL AIOP" siglato l'8 ottobre 2020**.

Pertanto, al fine di dare piena attuazione alle disposizioni di cui alla L.R. 18/2022 art. 6 si illustrano i criteri di assegnazione della citata premialità per l'assegnazione dei limiti prestazionali e di spesa per gli anni 2024/2025:

La premialità è concessa annualmente alle sole strutture che applicano il CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 per almeno il 72% del personale dipendente globalmente destinato all'assistenza diretta valorizzata secondo le seguenti disposizioni:

- a) Maggiorazione del +2% del tasso di occupazione dei posti letto accreditati per prestazioni residenziali e semiresidenziali rispetto al 95% e 85% previsto rispettivamente per il residenziale e semiresidenziale di cui al paragrafo "Criteri di definizione dei limiti prestazionali e di Spesa della Macroarea Sociosanitaria";
- b) le strutture hanno la facoltà di utilizzare le risorse assegnate per la premialità per erogare prestazioni all'interno della macroarea sociosanitaria (residenziale e/o semiresidenziale);
- c) le risorse assegnate per la premialità di cui al presente paragrafo sono riportate nell'Allegato B e nell'Allegato C nella colonna "Premialità L.R. 18/2022 art. 6";
- d) In sede di stipula dei contratti le strutture che hanno diritto alla premialità, secondo le disposizioni di cui al presente documento, dovranno produrre un atto notorio di autocertificazione attestante l'applicazione per almeno il 72% del personale dipendente globalmente destinato all'assistenza diretta del CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 che sarà allegato al contratto stipulato;
- e) Le strutture si impegnano, altresì, ad applicare il CCNL AIOP per la percentuale di personale come sopra identificato al punto precedente sia per l'anno 2024 che per l'anno 2025 pena la decadenza del beneficio;
- f) Restano a disposizione delle AA.SS.LL., come fondo di riserva per far fronte a casi urgenti ed indifferibili o per eventuali nuovi accreditamenti, le risorse assegnate per la premialità che dovessero risultare **eccedenti** rispetto alle strutture che oggi applicano il contratto AIOP Sanità siglato l'8 ottobre 2020;
- g) Nel caso in cui le risorse assegnate per la premialità, così come riportate nell'allegato B e allegato C, dovessero risultare **insufficienti** rispetto alla platea premiabile, le AA.SS.LL. dovranno comunicare tempestivamente e comunque non oltre il 31 luglio 2024 via pec alla Direzione Generale Tutela della Salute la Ragione Sociale di tutte le strutture riabilitative che al 31/12/2023 applicano il CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 (sedi operative e setting specifico per il quale hanno diritto alla premialità) al fine di predisporre il successivo provvedimento di modifica ed integrazione della premialità;
- h) L'atto notorio di autocertificazione del CCNL adottato, dovrà essere prodotto all'inizio di ogni annualità e allegato al contratto annualmente stipulato;
- i) L'ASL verificherà ogni anno - a consuntivo - la veridicità dell'autocertificazione prodotta dalla struttura attraverso i cedolini INPS di almeno il 5% del personale con un minimo di 5 unità.