



Delibera della Giunta Regionale n. 341 del 11/07/2024

Dipartimento 50 - GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Direzione Generale 4 - DG per la tutela della salute e il coordin. del sist. sanitario regionale

U.O.D. 12 - Assistenza e interventi socio-sanitari

Oggetto dell'Atto:

DEFINIZIONE PER GLI ESERCIZI 2024-2025 DEI LIMITI PRESTAZIONALI E DI SPESA E DEI RELATIVI CONTRATTI CON GLI EROGATORI PRIVATI PER REGOLARE I VOLUMI E LE TIPOLOGIE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SANITARIA AFFERENTI ALLA MACROAREA DELLA RIABILITAZIONE.

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

PREMESSO che

- a) con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- b) con la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 28 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario il Presidente della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1° ottobre 2007 n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222 e successive modifiche;
- c) l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che *"Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale"*;
- d) con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della legge n. 191/09;
- e) in data 10 luglio 2017 il Consiglio dei Ministri ha deliberato la nomina del Presidente della Giunta Regionale a Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario;
- f) a seguito della delibera del Consiglio dei Ministri del 5 dicembre 2019 e della verifica positiva degli adempimenti ivi previsti, intervenuta nella riunione congiunta del 24 gennaio 2020 del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, è cessato il mandato commissariale conferito con la citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 luglio 2017, e la Regione Campania è rientrata nell'esercizio delle funzioni precedentemente ricomprese nel mandato commissariale, nel rispetto della cornice normativa vigente in materia sanitaria e in materia di Piani di rientro dai deficit sanitari;

PREMESSO, altresì, che

- a) l'art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplina i rapporti per la fornitura di prestazioni con i soggetti accreditati stabilendo in particolare al comma 2 che la Regione e le Aziende Sanitarie Locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, in cui vengono indicati:
 - a.1 il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima azienda sanitaria locale si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;
 - a.2 i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
- b) il DCA n. 103/2016 "Definizione per gli esercizi 2016/2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati: integrazioni e modifiche urgenti dei decreti commissariali n. 85 e n. 89 dell'8/8/2016" ha modificato il testo della clausola di salvaguardia, previsto negli schemi di contratto ex art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. dai DCA n. 85 e n. 89 del 2016;
- c) il DCA n. 41/2018 ha definito i limiti prestazionali e di spesa per gli esercizi 2018 e 2019 ed il relativo schema di contratto con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 e, all'allegato B, ha individuato, criteri ulteriori rispetto a quello della spesa storica per ASL per la determinazione dei tetti di spesa, al fine di renderli maggiormente aderenti ai fabbisogni di prestazioni sanitarie delle popolazioni residenti in ciascuna AASSL;
- d) con la DGRC n. 531 del 30/11/2021 sono state aggiornate le tariffe delle prestazioni di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78 di cui al DCA n. 153/2014;

- e) con DGRC n. 532 del 30/11/2021 si è proceduto all'adeguamento dei limiti di spesa per l'anno 2021 di cui alla DGRC n. 92/2021 e s.m.i. per la macroarea della riabilitazione territoriale ex art. 26 Legge n. 833/78 in applicazione dell'aggiornamento tariffario deliberato con la DGRC 531 del 30/11/2021;
- f) con DGRC n. 349 del 7/7/2022 e s.m.i. (DGRC n. 33 del 31/01/2023) sono stati definiti per l'esercizio 2022 e 2023 i limiti prestazionali e di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 Legge n. 833/78;

VISTI i DD.CC.AA. nn. 23/2015 e 23/2016, 24/2016, 69/2017, 70/2017 hanno approvato i percorsi riabilitativi rispettivamente per pazienti con ictus, Disturbi specifici dell'apprendimento, frattura di femore e BPCO;

VISTI, altresì,

- a) 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;
- b) gli esiti dei lavori del Gruppo di Lavoro tecnico, costituito giusta nota del Direttore Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale prot. N. 0581785 del 30/11/2023 che, previa ricognizione dei contratti collettivi di lavoro vigenti ed applicabili in materia ha individuato gli istituti contrattuali maggiormente rappresentativi al fine di procedere ad una comparazione della regolamentazione concernente il trattamento economico e giuridico di riferimento di ciascun contratto;
- c) la griglia finale elaborata dal citato Gruppo di Lavoro Tecnico 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;

PRESO ATTO dall'istruttoria dei competenti Uffici regionali che

- a) l'offerta di posti letto di riabilitazione residenziale extraospedaliera per disabili fisici, psichici e sensoriali in Campania, ad oggi, è rappresentata dai posti letto accreditati come "Residenze Sanitarie di Riabilitazione Estensiva di soggetti portatori di Disabilità fisica, Psicica e Sensoriale" i cui requisiti organizzativi sono riportati nell'allegato A del DCA n. 154/2014 e articolati come di seguito riportato:
 - a.1 Residenziale Base (ex Internato);
 - a.2 Residenziale Medio livello assistenziale (ex Internato medio livello riabilitativo);
 - a.3 Residenziale Alto Livello assistenziale (ex Internato alto livello riabilitativo);
- b) le DGRC n. 164 del 6/4/2022 e n. 705 del 20/12/2022, alla luce dell'evoluzione normativa e delle più recenti linee di indirizzo nazionali sulla riabilitazione, al fine di dare attuazione al programma di implementazione e riqualificazione dell'assistenza riabilitativa extraospedaliera per le persone con disabilità, hanno modificato ed integrato la disciplina relativa alle attività residenziali erogate dai Presidi di riabilitazione extraospedaliera per disabili fisici, psichici e sensoriali ridefinendo le specifiche caratteristiche degli stessi, le attività erogabili ed i livelli organizzativi;
- c) l'attività riabilitativa residenziale, alla luce della citata riqualificazione, si distingue in:
 - c.1 "Presidi di riabilitazione per disabili fisici psichici e sensoriali "Unità di cura residenziale per riabilitazione estensiva (RD1 estensiva)";
 - c.2 "Presidi di riabilitazione per disabili fisici psichici e sensoriali "Unità di cura residenziale per riabilitazione intensiva (RD1 intensiva)";
- d) con i Decreti della Direzione Generale della Salute n. 385 del 19/10/2022 e n. 456 del 25/11/2022 sono state adottate le procedure per la programmazione ed implementazione della assistenza riabilitativa territoriale attraverso la riqualificazione dei cd "Presidi di riabilitazione residenziale ex art. 26 Legge 833/78" in Presidi di riabilitazione per disabili fisici psichici e sensoriali "Unità di cura residenziale per riabilitazione estensiva (RD1 estensiva)" e "Presidi di riabilitazione per disabili fisici psichici e sensoriali "Unità di cura residenziale per riabilitazione intensiva (RD1 intensiva)";
- e) sulla scorta delle procedure di cui ai Decreti Dirigenziali n. 385 19/10/2022 e n. 456 del 25/11/2022 si è dato inizio all'accreditamento di Presidi di riabilitazione per disabili fisici psichici e sensoriali

“Unità di cura residenziale per riabilitazione estensiva RD1 intensiva ed estensiva le cui tariffe sono stabilite nella citata DGRC n. 164/2022;

- f) i Direttori Generali delle AA.SS.LL. hanno evidenziato uno squilibrio tra quanto finanziato per l'ex art. 26 per le prestazioni ambulatoriali rispetto a quelle domiciliari/residenziali/semiresidenziali che non consente di garantire la continuità assistenziale e il completamento delle cure di pazienti soprattutto per i pazienti in età evolutiva (minore di età compresa tra 0 e 16 anni) e, pertanto, hanno rappresentato una maggiore esigenza di assistenza riabilitativa di tipo ambulatoriale rispetto alle altre sotto branche della riabilitazione;
- g) l'analisi del File H e dei consuntivi degli anni 2019-2022-2023 confrontata con i limiti prestazionali e di spesa relativi agli stessi anni elaborata dai competenti uffici regionali ha confermato una sottostima del regime ambulatoriale rispetto ad una sovrastima dei regimi domiciliari/residenziali/semiresidenziali;
- h) è interesse dell'amministrazione garantire i Livelli Essenziali di Assistenza promuovendo appropriate risposte ai bisogni riabilitativi che sono in rapida evoluzione, attraverso il rispetto dei principi di precocità, tempestività e modificabilità;
- i) al fine di assicurare la continuità assistenziale per tutto l'anno solare di prestazioni di riabilitazione territoriale, il consumo del tetto annuale stabilito con il presente provvedimento è limitato massimo al 95% entro il 30 novembre per ciascun anno di riferimento;
- j) le AASSLL nulla riconosceranno agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il limite stabilito al precedente punto;

PRESO ATTO, altresì, che i competenti Uffici della Direzione Generale Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR, all'esito dell'istruttoria di competenza

- a) hanno elaborato in via definitiva la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, da assegnare a ciascuna ASL per la macroarea riabilitazione per l'esercizio 2024 e, in via provvisoria, per l'esercizio 2025, sviluppando i criteri dettagliatamente esposti nell' Allegato A – Relazione Tecnica, i conteggi riportati nelle tabelle di cui all'Allegato B e lo schema contrattuale di cui all'Allegato C;
- b) propongono di:
 - b.1 ribadire che i volumi prestazionali complessivi di riabilitazione territoriale non possono essere incrementati in caso di risparmio dei volumi di prestazioni di RSA/Hospice e altre prestazioni sociosanitarie, mentre è consentito il contrario;
 - b.2 non riproporre la ripartizione in dodicesimi del volume prestazionale e di spesa assegnato ai singoli centri, misura che non incide significativamente sulla capacità dei centri erogatori di prendere in trattamento i pazienti diminuendo i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni, in considerazione del fatto che i trattamenti riabilitativi si sviluppano in cicli e non per singole prestazioni;
 - b.3 fare obbligo ai Direttori Generali di assicurare la corretta e puntuale compilazione del File H, nonché di assicurare la coerenza dello stesso con quanto riportato nel Conto Economico trimestrale ed annuale della ASL. Gli stessi Direttori saranno ritenuti responsabili di ingiustificati scostamenti eventualmente rilevati;
 - b.4 demandare a So.Re.Sa., in collaborazione con la Direzione Generale Tutela della Salute, che i sistemi informativi attualmente in uso vengano adeguati per integrare la rilevazione delle patologie attraverso la codifica ICD10 e ICF, la completa gestione dei percorsi riabilitativi e l'accesso ai trattamenti presso i centri accreditati;
 - b.5 dare mandato alla Direzione Generale Tutela della Salute in collaborazione con SO.RE.SA. S.p.A. di avviare tutte le procedure ai fini della determinazione del fabbisogno della macroarea della riabilitazione territoriale anche in considerazione dell'adeguamento in corso (attraverso la piattaforma SIR) dei sistemi informativi attualmente in uso;
 - b.6 confermare il mandato ai Direttori Generali, al fine di garantire continuità e tempestività assistenziale per bisogni ritenuti indifferibili, di adottare misure organizzative interne e dare indirizzi ai centri erogatori per la presa in carico prioritaria dei soggetti con bisogni riabilitativi indifferibili, in particolare per l'età evolutiva, anche tenendo conto della minore età e della complessità del bisogno, rispettando il limite del 95% del tetto prestazionale e di correlata spesa al 30 novembre, garantendo l'attività anche per il mese di dicembre;
 - b.7 precisare che per le strutture sanitarie private accreditate che non sottoscrivano il contratto approvato dal presente provvedimento, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente - fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria - in quanto prive di contratto, dal 31 luglio 2024 cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies,

comma 2 quinquies, del D. Lgs. n. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. n. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);

b.8 precisare che i limiti di spesa assegnati dal presente provvedimento hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé, il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la Capacità Operativa Massima, e la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo prestazionale e di spesa prefissato dalla presente deliberazione;

RITENUTO di dover:

- a) approvare l'Allegato A – Relazione Tecnica contenente le condizioni ai fini della distribuzione della premialità di cui alla L.R. n. 18/2022 art. 6 alle AA.SS.LL. per le strutture che applicano il CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 nonché i criteri per la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa da assegnare alle AA.SS.LL. per la macroarea riabilitazione per l'esercizio 2024, con validità anche per l'anno 2025 salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti;
- b) stabilire che ciascuna ASL, al fine di far fronte all'esigenza di ridurre le liste di attesa di assistenza riabilitativa ambulatoriale per minori, nel fissare i tetti per ciascuna struttura erogatrice per le prestazioni ambulatoriale ex art. 26, dovrà garantire la destinazione vincolata a soggetti in età evolutiva (minori 0-16 anni) di almeno il 50% dei limiti di spesa assegnati per le prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali piccolo gruppo;
- c) di riservarsi alle AA.SS.LL. una quota del 2% del tetto ambulatoriale così come determinato con il presente provvedimento, per far fronte a casi urgenti ed indifferibili certificati dalla medesima ASL esclusivamente per i propri residenti;
- d) approvare l'Allegato B in cui sono esplicitati i volumi massimi di prestazioni e i correlati limiti di spesa assegnati a ciascuna ASL per la macroarea riabilitazione per l'esercizio 2024 e per il successivo anno 2025 nonché la valorizzazione in termini di prestazioni e di spesa per l'attribuzione a ciascuna ASL della premialità di cui alla L.R. n. 18/2022 art. 6, determinati utilizzando i criteri riportati nell'allegata Relazione (allegato A);
- e) stabilire che le strutture, in caso di risparmio dei propri volumi prestazionali di riabilitazione nei regimi semiresidenziale e residenziale dovuto ad un sotto utilizzo del tasso di occupazione come meglio definito nell'allegata Relazione tecnica (allegato A), possono utilizzare le economie derivanti dall'eventuale sottoutilizzo per erogare prestazioni di riabilitazione ambulatoriale e ambulatoriale P.G. fino ad un massimo della differenza tra l'85% e il 75% del tasso di occupazione per il regime semiresidenziale e fino ad un massimo della differenza tra il 95% e l'85% del tasso di occupazione per il regime residenziale nel rispetto della Capacità Massima Operativa di ogni struttura;
- f) stabilire che le AA.SS.LL., nel caso in cui le risorse assegnate per la premialità, così come riportate nell'allegata Tabella B, dovessero risultare eccedenti rispetto alle strutture che oggi applicano il contratto AIOP Sanità siglato l'8 ottobre 2020, le risorse assegnate restano a disposizione delle AA.SS.LL. come fondo di riserva per le prestazioni nel setting ambulatoriale per far fronte a casi urgenti ed indifferibili; nel caso in cui le risorse assegnate per la premialità dovessero risultare insufficienti rispetto alla platea premiabile, le AA.SS.LL. segnalano tempestivamente alla Direzione Generale Tutela della Salute, nel dettaglio, tutte le strutture aventi diritto al beneficio al fine di predisporre il successivo provvedimento di modifica ed integrazione;
- g) stabilire che le eventuali economie, derivanti da un eccesso di risorse assegnate per la premialità con il presente provvedimento, restano a disposizione delle AA.SS.LL. come fondo di riserva per l'acquisto di prestazioni ambulatoriali per far fronte a casi urgenti ed indifferibili; nel caso in cui le risorse assegnate per la premialità dovessero risultare insufficienti rispetto alla platea premiabile, le AA.SS.LL. segnalano tempestivamente alla Direzione Generale Tutela della Salute, nel dettaglio, tutte le strutture aventi diritto al beneficio al fine di predisporre il successivo provvedimento di modifica ed integrazione;
- h) ribadire che i volumi prestazionali complessivi di riabilitazione territoriale non possono essere incrementati in caso di risparmio dei volumi di prestazioni di RSA/Hospice e altre prestazioni sociosanitarie, mentre è consentito il contrario;
- i) autorizzare le ASL ad accantonare le somme indicate nella colonna finale dell'Allegato B al presente provvedimento, pari al 5% dei tetti di spesa assegnati per le prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali piccolo gruppo, che ciascuna ASL con delibera del Direttore Generale ripartirà alle strutture private accreditate a consuntivo, rispettivamente, degli esercizi 2024 e 2025, con i criteri specificati nel punto 4 della allegata Relazione Tecnica;

- j) approvare lo schema contrattuale Allegato C, che le ASL competenti per territorio, entro 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento, dovranno predisporre per la stipula, inserendo le quantità di prestazioni da acquistare da ciascuna struttura accreditata per prestazioni di riabilitazione territoriale per l'anno 2024, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
- k) di non riproporre la ripartizione in dodicesimi del volume prestazionale e di spesa assegnato ai singoli centri, misura che non incide significativamente sulla capacità dei centri erogatori di prendere in trattamento i pazienti diminuendo i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni, in considerazione del fatto che i trattamenti riabilitativi si sviluppano in cicli e non per singole prestazioni;
- l) stabilire che il presente provvedimento sarà immediatamente notificato alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste a tutti ai centri privati accreditati che erogano prestazioni di riabilitazione territoriali (cd ex art. 26 Legge n. 833/78 ed Unità di cura residenziale per riabilitazione estensiva RD1 intensiva ed estensiva);
- m) di fare obbligo, altresì, ai Direttori Generali di assicurare la corretta e puntuale compilazione del File H, nonché di assicurare la coerenza dello stesso con quanto riportato nel Conto Economico trimestrale ed annuale della ASL. Gli stessi Direttori saranno ritenuti responsabili di ingiustificati scostamenti eventualmente rilevati;
- n) di dare disposizione a SoReSa, in collaborazione con la Direzione Generale Tutela della Salute, che i sistemi informativi attualmente in uso vengano adeguati per integrare la rilevazione delle patologie attraverso la codifica ICD10 e ICF, la completa gestione dei percorsi riabilitativi e l'accesso ai trattamenti presso i centri accreditati;
- o) di dare mandato alla Direzione Generale Tutela della Salute in collaborazione con SO.RE.SA. S.p.A. di avviare tutte le procedure ai fini della determinazione del fabbisogno della macroarea della riabilitazione territoriale anche in considerazione dell'adeguamento in corso (attraverso la piattaforma SIR) dei sistemi informativi attualmente in uso;
- p) di confermare il mandato ai Direttori Generali, al fine di garantire continuità e tempestività assistenziale per bisogni ritenuti indifferibili, di adottare misure organizzative interne e dare indirizzi ai centri erogatori per la presa in carico prioritaria dei soggetti con bisogni riabilitativi indifferibili, in particolare per l'età evolutiva, anche tenendo conto della minore età e della complessità del bisogno, rispettando il limite del 95% del tetto prestazionale e di correlata spesa al 30 novembre, garantendo l'attività anche per il mese di dicembre;
- q) di precisare che per le strutture sanitarie private accreditate che non sottoscrivano il contratto approvato dal presente provvedimento, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente - fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria - in quanto prive di contratto, dal 31 luglio 2024 cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. n. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. n. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);
- r) di precisare che i limiti di spesa assegnati dal presente provvedimento hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé, il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la Capacità Operativa Massima, e la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo prestazionale e di spesa prefissato dalla presente deliberazione;

PROPONE e la Giunta, in conformità, a voto unanime

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in narrativa e che qui di seguito si intendono integralmente riportate e trascritte:

- 1) di APPROVARE l'Allegato A – Relazione Tecnica contenente le condizioni ai fini della distribuzione della premialità di cui alla L.R. n. 18/2022 art. 6 alle AA.SS.LL. per le strutture che applicano il CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 nonché i criteri per la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa da assegnare alle AA.SS.LL. per la macroarea riabilitazione per l'esercizio 2024, con validità anche per l'anno 2025 salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti;

- 2) di STABILIRE che ciascuna ASL, al fine di far fronte all'esigenza di ridurre le liste di attesa di assistenza riabilitativa ambulatoriale per minori, nel fissare i tetti per ciascuna struttura erogatrice per le prestazioni ambulatoriale ex art. 26, dovrà garantire la destinazione vincolata a soggetti in età evolutiva (minori 0-16 anni) di almeno il 50% dei limiti di spesa assegnati per le prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali piccolo gruppo;
- 3) di RISERVARSI alle AA.SS.LL. una quota del 2% del tetto ambulatoriale così come determinato con il presente provvedimento, per far fronte a casi urgenti ed indifferibili certificati dalla medesima ASL esclusivamente per i propri residenti;
- 4) di APPROVARE l'Allegato B – tabella 1 per l'anno 2024 e tabella 2 per l'anno 2025 – in cui sono esplicitati i volumi massimi di prestazioni e i correlati limiti di spesa assegnati a ciascuna ASL per la macroarea riabilitazione per l'esercizio 2024 e per il successivo anno 2025 nonché la valorizzazione in termini di prestazioni e di spesa per l'attribuzione a ciascuna ASL della premialità di cui alla L.R. n. 18/2022 art. 6, determinati utilizzando i criteri riportati nell'allegata Relazione (allegato A);
- 5) di STABILIRE che le strutture, in caso di risparmio dei propri volumi prestazionali di riabilitazione nei regimi semiresidenziale e residenziale dovuto ad un sotto utilizzo del tasso di occupazione come meglio definito nell'allegata Relazione tecnica (allegato A), possono utilizzare le economie derivanti dall'eventuale sottoutilizzo per erogare prestazioni di riabilitazione ambulatoriale e ambulatoriale P.G. fino ad un massimo della differenza tra l'85% e il 75% del tasso di occupazione per il regime semiresidenziale e fino ad un massimo della differenza tra il 95% e l'85% del tasso di occupazione per il regime residenziale nel rispetto della Capacità Massima Operativa di ogni struttura;
- 6) di STABILIRE che le AA.SS.LL., nel caso in cui le risorse assegnate per la premialità, così come riportate nell'allegata Tabella B, dovessero risultare eccedenti rispetto alle strutture che oggi applicano il contratto AIOP Sanità siglato l'8 ottobre 2020, le risorse assegnate restano a disposizione delle AA.SS.LL. come fondo di riserva per le prestazioni nel setting ambulatoriale per far fronte a casi urgenti ed indifferibili; nel caso in cui le risorse assegnate per la premialità dovessero risultare insufficienti rispetto alla platea premiabile, le AA.SS.LL. segnalano tempestivamente alla Direzione Generale Tutela della Salute, nel dettaglio, tutte le strutture aventi diritto al beneficio al fine di predisporre il successivo provvedimento di modifica ed integrazione;
- 7) di STABILIRE che le eventuali economie, derivanti da un eccesso di risorse assegnate per la premialità con il presente provvedimento, restano a disposizione delle AA.SS.LL. come fondo di riserva per l'acquisto di prestazioni ambulatoriali per far fronte a casi urgenti ed indifferibili; nel caso in cui le risorse assegnate per la premialità dovessero risultare insufficienti rispetto alla platea premiabile, le AA.SS.LL. segnalano tempestivamente alla Direzione Generale Tutela della Salute, nel dettaglio, tutte le strutture aventi diritto al beneficio al fine di predisporre il successivo provvedimento di modifica ed integrazione;
- 8) di RIBADIRE che i volumi prestazionali complessivi di riabilitazione territoriale non possono essere incrementati in caso di risparmio dei volumi di prestazioni di RSA/Hospice e altre prestazioni sociosanitarie, mentre è consentito il contrario;
- 9) di AUTORIZZARE le ASL ad accantonare le somme indicate nella colonna finale dell'Allegato B al presente provvedimento, pari al 5% dei tetti di spesa assegnati per le prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali piccolo gruppo, che ciascuna ASL con delibera del Direttore Generale ripartirà alle strutture private accreditate a consuntivo, rispettivamente, degli esercizi 2024 e 2025, con i criteri specificati nel punto 4 della allegata Relazione Tecnica;
- 10) di APPROVARE lo schema contrattuale Allegato C, che le ASL competenti per territorio, entro 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento, dovranno predisporre per la stipula, inserendo le quantità di prestazioni da acquistare da ciascuna struttura accreditata per prestazioni di riabilitazione territoriale per l'anno 2024, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
- 11) di NON RIPROPORRE la ripartizione in dodicesimi del volume prestazionale e di spesa assegnato ai singoli centri, misura che non incide significativamente sulla capacità dei centri erogatori di prendere in trattamento i pazienti diminuendo i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni, in considerazione del fatto che i trattamenti riabilitativi si sviluppano in cicli e non per singole prestazioni;
- 12) di STABILIRE che il presente provvedimento sarà immediatamente notificato alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste a tutti ai centri privati accreditati che erogano prestazioni di riabilitazione territoriali (cd ex art. 26 Legge n. 833/78 ed Unità di cura residenziale per riabilitazione estensiva RD1 intensiva ed estensiva);
- 13) di FARE OBBLIGO, altresì, ai Direttori Generali di assicurare la corretta e puntuale compilazione del File H, nonché di assicurare la coerenza dello stesso con quanto riportato nel Conto Economico

trimestrale ed annuale della ASL. Gli stessi Direttori saranno ritenuti responsabili di ingiustificati scostamenti eventualmente rilevati;

- 14) di DARE DISPOSIZIONE a SoReSa, in collaborazione con la Direzione Generale Tutela della Salute, che i sistemi informativi attualmente in uso vengano adeguati per integrare la rilevazione delle patologie attraverso la codifica ICD10 e ICF, la completa gestione dei percorsi riabilitativi e l'accesso ai trattamenti presso i centri accreditati;
- 15) di DARE MANDATO alla Direzione Generale Tutela della Salute in collaborazione con SO.RE.SA. S.p.A. di avviare tutte le procedure ai fini della determinazione del fabbisogno della macroarea della riabilitazione territoriale anche in considerazione dell'adeguamento in corso (attraverso la piattaforma SIR) dei sistemi informativi attualmente in uso;
- 16) di CONFERMARE il mandato ai Direttori Generali, al fine di garantire continuità e tempestività assistenziale per bisogni ritenuti indifferibili, di adottare misure organizzative interne e dare indirizzi ai centri erogatori per la presa in carico prioritaria dei soggetti con bisogni riabilitativi indifferibili, in particolare per l'età evolutiva, anche tenendo conto della minore età e della complessità del bisogno, rispettando il limite del 95% del tetto prestazionale e di correlata spesa al 30 novembre, garantendo l'attività anche per il mese di dicembre;
- 17) di PRECISARE che per le strutture sanitarie private accreditate che non sottoscrivano il contratto approvato dal presente provvedimento, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente - fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria - in quanto prive di contratto, dal 31 luglio 2024 cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. n. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. n. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);
- 18) di PRECISARE che i limiti di spesa assegnati dal presente provvedimento hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé, il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la Capacità Operativa Massima, e la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo prestazionale e di spesa prefissato dalla presente deliberazione;
- 19) di TRASMETTERE il presente provvedimento alla Direzione Generale Tutela della Salute e il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, alla Direzione Generale per le Politiche Sociali e sociosanitarie, ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e all'Ufficio competente per la pubblicazione sul BURC e nella Sezione Trasparenza del sito istituzionale della Regione Campania.