ALLEGATO A

RELAZIONE TECNICA

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.
Tali criteri devono intendersi applicati sia in fase di determinazione della programmazione dei volumi prestazionali e di spesa da parte di ciascuna azienda sanitaria ma anche nella fase di gestione della presa in carico dei cittadini e di organizzazione dei servizi, con particolare riguardo alle procedure di valutazione multidimensionale, per l'accesso ai setting , la conferma e la modifica dei piani di assistenza, tenuto conto anche della natura delle prestazioni erogate e dell'appropriatezza.
Le ASL sono tenute con le strutture contrattualizzate, ciascuno secondo le proprie funzioni e ruoli, a adempiere agli obblighi derivanti dall'applicazione della procedura de qua, anche con riferimento agli adempimenti connessi al conferimento dei dati mediante flussi informativi regionali e ministeriali definiti.
Per gli istituti di analoga applicazione, si richiamano i chiarimenti già forniti nell'ambito dell'incontro con le Associazioni di Categoria tenutosi il 16.10.2025 e trasmessi con nota PR 565255/2025 con riferimento al precedente ciclo programmatorio.

1. CRITERI 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 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 e le prestazioni erogate nelle strutture denominate R1 - Speciali Unità di Accoglienza Permanente-SUAP la valorizzazione delle prestazioni è effettuata in base alle tariffe determinate con DGRC 526/2025;

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 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% per il regime semiresidenziale e del 95% per il regime residenziale, e volumi di spesa, calcolati rispettivamente su 300 e 365 giorni annui. Per le strutture Unità di Cura per adulti non autosufficienti R3 e Unità di Cura per disabili non autosufficienti RD3 che hanno completato il processo di adeguamento di cui ai DCA 97/2018 e 74/2019, nonché per le strutture Centri Diurni per adulti non autosufficienti, Centri diurni per disabili non autosufficienti, Centri Diurni per demenze i volumi di spesa sono calcolati sulla base delle tariffe di cui alla DGRC 526/2025. Per le strutture RSA per anziani non autosufficienti, RSA per disabili non autosufficienti, RSA modulo demenze che NON hanno completato il processo di adeguamento di cui ai DCA 97/2018 e 74/2019 i volumi di spesa sono calcolati sulla base delle tariffe di cui alla DGRC 531/2021;

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:

1. 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 inappropriatezza 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);
2. Per le Unità di cure residenziali R2D secondo quanto riportato al punto "4 DURATA/PERMANENZA DEL RICOVERO IN RSA" i costi dei 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 su 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 a Valutazione multidimensionale in U.V.I. e sempre in raccordo con il CDCD per la dimissione ad altro setting assistenziale (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 del Comune/Utente, che, trattandosi di lungodegenza, sono pari al 50% della tariffa prevista. Pertanto, sarà cura del Direttore della Struttura 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 inappropriatezza 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.

D) <u>Criteri per determinare i volumi prestazionali e conseguenti limiti di spesa Salute Mentale:</u>

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 valorizzati secondo le tariffe di cui alla DGRC 526/2025.
   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 secondo le tariffe di cui alla DGRC 526/2025;
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 alla DGRC 526/2025 per i programmi SRP1, SRP2 e SRP3, al DCA 11/2018 per i Centri Diurni psichiatrici e al DCA 45/2015 per le strutture SIRMIV e SISEM, su 365 giorni 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 2025 nella misura del 50% e della popolazione residente al 2025 per l'altro 50%. I limiti di spesa, di cui al Regolamento 4 del 7/4/2014, sono valorizzati con la tariffa di cui alla DGRC 666/2011 al netto della quota di compartecipazione a carico dell'utente/comune/Ambito di residenza.

E) <u>Criteri per determinare i volumi prestazionali e conseguenti limiti di spesa - DIPENDENZE PATOLOGICHE</u>

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% per il regime semiresidenziale e del 95% per il regime residenziale, e volumi di spesa, calcolati rispettivamente su 250 e 365 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;

Come da nota regionale PR 157379/2021, per le strutture residenziali dedicate all'assistenza dei cittadini con Doppia Diagnosi, il costo della retta è attribuito al 50% tra il Dipartimento Dipendenze e il Dipartimento Salute Mentale.

F) <u>Criteri per determinare i volumi prestazionali e conseguenti limiti di spesa - EX CASE DI CURA NEUROPSICHIATRICHE (Allegato C)</u>

I limiti prestazionali e di spesa per le ex Case di cura neuropsichiatriche riconvertite ai sensi del DCA 94/2014, riportati nell'Allegato C, sono calcolati sulla base dei posti letto accreditati come SIR, Centri Diurni Psichiatrici, Hospice e SUAP, mantenendo il tasso di occupazione dei posti letto previsto dal DCA 96/2018 e applicando le tariffe di cui alla DGRC 526/2025 e il DCA 11/2018. Le prestazioni erogabili nelle SIR 1 sono ripartite tra programmi SRP1 e SRP2, fermo restando il limite massimo del 25% dei posti letto disponibili per i programmi ad elevata attività assistenziale e intensità riabilitativa di cui al DCA 193/2016. In sede di liquidazione dei corrispettivi le AA.SS.LL. verificano il rispetto di tale percentuale, nonché del criterio di un unico

accesso per le prestazioni erogate dai Centri Diurni psichiatrici, sulla base dei requisiti organizzativi previsti alla tabella 5 allegata al DCA 5/2011.

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 2026/2027:
La premialità è concessa annualmente alle sole strutture che applicano il CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 per il 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 punto 1 della presente Relazione Tecnica;
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 il 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 il personale come identificato al punto precedente sia per l'anno 2026 che per l'anno 2027 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, esclusivamente da strutture che applicano, nei confronti del personale dipendente il CCNL AIOP, 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 30 giorni dalla pubblicazione del provvedimento di definizione dei volumi massimi prestazionali e di spesa della macroarea sociosanitaria, via PEC alla Direzione Generale per la Tutela della Salute la Ragione Sociale di tutte le strutture che al 31/12/2025 applicano il CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 (sedi operative e setting specifico per il quale hanno diritto alla premialità) e non già comunicate agli uffici regionali 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 paga e le relative denunce contributive (flussi UniEmens) di almeno il 5% del personale con un minimo di 5 unità.

3. PROGRAMMAZIONE DELLE STRUTTURE ACCREDITATE SUCCESSIVAMENTE ALLA DATA D'ADOZIONE DEL PROVVEDIMENTO DI DEFINIZIONE DEI LIMITI PRESTAZIONALI E DI

SPESA

Al fine di favorire la rapida attivazione e la relativa copertura economica delle strutture accreditate successivamente agli atti regionali di definizione dei limiti prestazionali e di spesa, si dispone, per l'esercizio 2027, l'assegnazione alle AASSLL di una ulteriore quota aggiuntiva di prestazioni, con i correlati volumi di spesa da utilizzare esclusivamente per l'acquisto di prestazioni da strutture che, in attesa della conclusione dell'iter amministrativo relativo alla verifica tecnica della UOS "Organismo Tecnicamente Accreditante – OTA", verranno accreditate successivamente alla data d'adozione del provvedimento di definizione dei volumi massimi prestazionali e di spesa della macroarea sociosanitaria.

Tale quota di prestazioni e i relativi limiti di spesa sono riportati nell'allegato B alla colonna "Prestazioni da strutture accreditate successivamente alla data d'adozione dei tetti".

I criteri per la determinazione del volume massimo di prestazioni acquistabili e i relativi limiti di spesa nei confronti di tali strutture sono i medesimi illustrati al punto 1 della presente Relazione Tecnica, parametrate su un periodo di 6 mesi. Le AA.SS.LL. terranno conto altresì di tali criteri nel contrattualizzare l'acquisto delle prestazioni dalle strutture interessate, tenendo conto della decorrenza effettiva dell'accreditamento di ciascuna struttura.

Eventuali economie derivanti da un sottoutilizzo di tali risorse non potranno in nessun caso essere utilizzate per l'acquisto di prestazioni da strutture già accreditate alla data d'adozione del presente provvedimento.

Qualora tali risorse non si rivelassero sufficienti per la copertura della platea delle strutture di nuovo accreditamento, i competenti Uffici Regionali si riserveranno, all'esito dell'istruttoria di competenza, di adottare i necessari provvedimenti integrativi.