



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Dott. Amedeo Blasotti

Nominato con D.G.R.C. n. 323 del 21/06/2022

D.P.G.R.C. n. 103 del 04/08/2022

N.ro *17.00* del *15.10.2024*

Struttura proponente : U.O.C. Prestazioni Esterne in Accreditamento e Mobilità Internazionale

Oggetto: D.G.R.C n. 407 del 31/07/2024 : Adempimenti

Tetti di Spesa Anno 2025

Attività Riabilitativa ex art 26 L.833/78

La presente deliberazione si compone di n.ro 30 pagine, di cui n.ro 25 riferite agli allegati che formano parte integrante e sostanziale della stessa.

Il Direttore ff dell'U.O.C. Controllo Prestazioni Esterne in Accreditamento e Mobilità Internazionale propone la seguente deliberazione attestando, con la seguente sottoscrizione che il provvedimento, alla stregua dell'istruttoria compiuta, e delle risultanze e degli atti richiamati, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, è regolare e legittimo, nella forma e nella sostanza, ai sensi della vigente normativa e utile per il servizio pubblico.

Il Direttore ff dell'U.O.C.
Dott. *Edgardo* Di Lullo

Proposta n. 69 SP/ 90321 del 23/09/2024

Il Dott. Edgardo Di Lullo in qualità di Direttore ff dell'U.O.C. Controllo Prestazioni Esterne in Accreditamento e Mobilità Internazionale

PREMESSO che

- L'Ente Regionale in data 31/07/2024, ha emanato la D.G.R.C.n.407/2024 con la quale nell'allegato B ha assegnato a questa ASL, per il biennio 2024/2025, i tetti di spesa ed i relativi volumi delle prestazioni riabilitative ex art 26 L.833/78 erogabili .
- Tale atto regionale, con nota prot. n.195641/C.PRES.ACC del 06/08/2024 è stato notificato alle Associazioni di Categoria e ai Centri Ambulatoriali di riabilitazione territoriali.
- Il tetto di spesa assegnato per l'annualità 2025, come da allegato B della richiamata D.G.R.C n.407/2024, è distinto in: Euro 34.504.000,00 per le prestazioni Ambulatoriali, Ambulatoriali Piccolo Gruppo, Domiciliari ed Euro 4.070.000,00 per le prestazioni semiresidenziali e residenziali ex art 26 L.833/78.
- Relativamente all'importo complessivo delle prestazioni Ambulatoriali, Ambulatoriali Piccolo Gruppo, Domiciliari, limitatamente alle prestazioni AMB/P.G. deve essere accantonato e non contrattualizzato un importo pari al 5%, per ulteriori prestazioni di tale tipologia rese nel corso dell'anno in linea a quanto definito dall' allegato A della DGRC n.407/2024.
- In applicazione del dettato regionale, di cui agli allegati A e B della D.G.R.C. n.407/2024, sono state redatte la nota metodologica (ALL.01) e la tabella (TAB 01) che contengono rispettivamente i criteri utilizzati e, gli importi e i volumi delle prestazioni riabilitative ex art 26 L.833/78,erogabili nell'anno 2025 ,per ogni singolo centro ambulatoriale di riabilitazione.
-

TENUTO CONTO che

- Relativamente al Centro Ambulatoriale L'Oasi, accreditato per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali/domiciliari e semiresidenziali/residenziali ex art 26 L.833/78 ex DD.CCAA. nn.112 e135/2014, si evidenzia la seguente criticità. A far data dall'anno 2017, al Centro suddetto, in applicazione al dettato regionale di cui al DCA n. 85/2016, il tetto di spesa delle prestazioni ambulatoriali/domiciliari è stato ridotto dall'importo di Euro 1.552.328,62 ad Euro 440.381,98 come da Deliberazione aziendale n° 490/2017. Tale riduzione economica, associata al fatto che l'attività erogata dal Centro, in linea con l'andamento del fabbisogno aziendale, è prevalentemente di tipo ambulatoriale/domiciliare ha determinato negli anni, in fase di consuntivo, un costante superamento del tetto di spesa assegnato per tale tipologia prestazionale. Parimenti, il tetto di spesa delle prestazioni semiresidenziali/residenziali è risultato sempre sottoutilizzato, generando costantemente una cospicua economia utilizzata in linea con le direttive regionali per compensare l'esubero ambulatoriale/domiciliare.
 - Il centro OASI, nel territorio dell'ASL Caserta risulta essere l'unica struttura accreditata ex DCA n. 112/2014 per n. 24 posti letto residenziali. Tali posti da anni non risultano occupati essendo il fabbisogno aziendale prevalentemente di tipo ambulatoriale/domiciliare. A sostegno di tale tipologia di "bisogno aziendale", l'Ente Regionale in fase di consuntivo annuale 2023 , come negli anni pregressi , ha consentito a questa Azienda "la possibilità di riconoscere le prestazioni riabilitative ambulatoriali/domiciliari necessarie a garantire la continuità ed il completamento delle cure, garantendo gli equilibri complessivi del bilancio" come si evince dalla nota prot. n. 115186 del 05/03/2024 (ALL.A)
- RITENUTO** nell'ambito dell'autonomia aziendale prevista dalla normativa vigente (Allegato A, Punto b della DGRC n.407/2024) di adottare a favore del centro OASI la seguente azione correttiva: spostare , in fase di consuntivo annuale, le risorse economiche dal tetto delle sole prestazioni residenziali a favore di quello ambulatoriale/domiciliare, nel rigoroso rispetto del tetto di spesa complessivo assegnato alla struttura e dell'importo totale assegnato all'Asl Caserta dall'Ente Regione ex DGRC n. 407/2024.

CONSIDERATO che

- I Rappresentanti delle Associazioni di Categoria, in sede di tavolo tecnico, svoltosi in data 06/09/2024 hanno contestato quanto stabilito dalla DGRC n.407/2024, senza procedere ad esaminare la proposta aziendale formulata in riferimento alla definizione dei tetti di spesa delle prestazioni riabilitative erogabili negli anni 2024 e 2025, come si evince dal verbale allegato (ALL.B).

TENUTO CONTO che il parere dei componenti del tavolo tecnico non è vincolante (Art 8, Punto C del contratto) in caso di valutazione non concorde con quella dell'Azienda Sanitaria, la stessa adotterà gli adempimenti procedurali dovuti.

PRESO ATTO

- della DGRC n.407/2022;
- della nota metodologica (ALL.01);
- della tabella (TAB 01) che definisce in dettaglio per ogni Centro Ambulatoriale di Riabilitazione, il limite di spesa ed i relativi volumi prestazionali erogabili nell'anno 2025;
- dell'allegato verbale (ALL.B) del tavolo tecnico svoltosi in data 06/09/2024 ;
- dello schema di contratto denominato ALL.C di cui alla DGRC n. 407/2024 per l'erogazione nell'anno 2025 delle prestazioni riabilitative ex art 26 L.833/78

TANTO PREMESSO

Per i motivi di cui alla narrativa, che qui si intendono integralmente riportati, e attestato che il presente provvedimento, alla stregua dell'istruttoria compiuta e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nella premessa, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, è regolare e legittimo, nella forma e nella sostanza, ai sensi della vigente normativa e utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della L.20/94 e successive modifiche.

DICHIARATA la regolarità giuridico- amministrativa della presente proposta di provvedimento , a seguito dell'istruttoria effettuata , nel rispetto delle proprie competenze, funzioni e responsabilità

DICHIARATO che non sussistono motivi ostativi a procedere ed oneri di spesa a carico dell'Azienda, attesa la piena conformità alle disposizioni di legge ed ai regolamenti aziendali; tutto ciò premesso , argomentato ed attestato , il sottoscritto

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

Per tutti i motivi di cui in premessa che si intendono integralmente riportati, di prendere atto

- della D.G..RC. n.407/2024;
- della nota metodologica (ALL.01);
- della tabella (TAB 01) che definisce in via provvisoria per ogni Ambulatoriale di Riabilitazione, il limite di spesa ed i relativi volumi delle prestazioni riabilitative ex art 26 L.833/78 erogabili nell'anno 2025;
- dell'allegato verbale (ALL.A) del tavolo tecnico svoltosi in 06/09/2024 ;
- dello schema di contratto denominato ALL.C di cui alla DGRC n. 407/2024 per l'erogazione in via nell'anno 2025 delle prestazioni riabilitative ex art 26 L.833/78 .

di rendere la presente immediatamente esecutiva

*Il Responsabile UOS
Controllo Centri di Riabilitazione
Dott.ssa Giuseppina Cecere*

*Il Direttore ff UOC Controllo
Prestazioni in Accredimento e
Mobilità Internazionale
Dott. Edgardo Di Bullo*

Attestazione regolarità contabile	Il Direttore UOC Servizio Economico Finanziario

Nota Metodologica per la definizione dei tetti di spesa e relativi volumi delle prestazioni riabilitative ex art 26 L.833/78 erogabili nell'anno 2025

Riferimenti normativi: D.G.R.C. n.407 del 31/07/2024

Premessa

L'Ente Regionale in data 31/07/2024, emanava la D.G.R.C.n.407/2024 con la quale nell'allegato B assegnava, a questa ASL, per biennio 2024/2025, i tetti di spesa ed i relativi volumi delle prestazioni riabilitative ex art 26 L.833/78 erogabili nel biennio suddetto.

Considerato che i volumi prestazionali ed i relativi tetti di spesa delle prestazioni riabilitative erogabili differiscono per gli anni di riferimento, con la presente nota metodologica si ritiene opportuno procedere alla descrizione dei calcoli utili per la definizione dei tetti di spesa riabilitativi dell'anno 2025.

Pertanto, per l'annualità 2025, come da allegato B della richiamata D.G.R.C n.407/2024, il tetto di spesa è distinto in: Euro 34.504.000,00 per le prestazioni AMB/P.G/DOM ed Euro 4.070.000,00 per le prestazioni semiresidenziali e residenziali ex art 26 L.833/78.

Relativamente all'importo complessivo assegnato alle prestazioni AMB/P.G./DOM., in riferimento alle prestazioni AMB/P.G. deve essere accantonato un importo pari al 5% per ulteriori prestazioni di tale tipologia rese nel corso dell'anno in linea a quanto definito dall'allegato A della DGRC n.407/2024.

In applicazione del dettato regionale e degli importi di cui all'allegato B della D.G.R.C. n.407/2024, è stata redatta l'allegata tabella n. 01, che contiene in dettaglio gli importi riabilitativi per ogni singolo centro ambulatoriale di riabilitazione esistente nel territorio di quest'azienda.

~~Si precisa che per ogni centro sono indicati gli importi e il numero di prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali di piccolo gruppo sia comprensivi degli accantonamenti sia al netto degli stessi.~~

Prestazioni Ambulatoriali, Ambulatoriali di piccolo gruppo e Domiciliari

Pertanto, si dettaglia il contenuto della tabella n.01

Colonna n.01: sono indicati i centri ambulatoriali accreditati di riabilitazione esistenti nel territorio precisando che, tra questi, erogano prestazioni ambulatoriali/domiciliari e semiresidenziali/residenziali: Prif, San Paolo; Incontro, La Rinascita, Oasi e Villa dei Cedri.

Colonna n. 02: contiene per ogni singolo Centro i fatturati complessivi amb/pg/dom riconosciuti nel triennio 2021,2022 e 2023, pari ad euro 106.396.380,25.

Colonna n.03: contiene per ogni centro la media dei fatturati riconosciuti nel triennio 2021,2022 e 2023 per l'importo complessivo pari ad euro 35.465.460,08.

Colonna n.04: reca la percentuale di incidenza per ogni centro sul valore medio complessivo (35.465.460,08) riconosciuto amb/piccolo gruppo/ domiciliare negli anni 2021,2022 e 2023.

Colonna n.05 contiene per ogni singolo centro gli importi ambulatoriali/piccolo gruppo/ domiciliari per l'importo complessivo pari ad euro 33.077.000,00 di cui alla DGRC n.349/2022.

Colonna n.06: contiene per ogni singolo centro, l'incremento **comprensivo di accantonamento** degli importi ambulatoriali /piccolo gruppo/domiciliari per l'importo complessivo di Euro 1.427.000,00. Si precisa che per ogni Centro l'incremento è stato calcolato in base all'incidenza sul fatturato medio complessivo dei tre anni 2021,2022, 2023 (V. colonna n.4).

Colonna n.07: contiene gli importi **comprensivi dell'accantonamento** delle prestazioni ambulatoriali /piccolo gruppo/domiciliari di ogni singolo centro per la cifra complessiva di Euro 34.504.000,00. Ogni singolo importo è derivato (v. colonne nn.5 e 6) dalla somma del pregresso importo degli anni 2022/2023 con l'incremento ex DGRC n.407/2024.

Colonna n.08: reca la percentuale di incidenza per ogni centro sul valore complessivo (Euro 34.504000,00) del tetto amb/piccolo gruppo/ domiciliare dell'anno 2025 di cui alla DGRC n.407/2024.

Colonna n.09. contiene per ogni singolo centro gli importi delle prestazioni ambulatoriali erogabili nell'anno 2025 per Euro 24.802.000,00, comprensivo dell'accantonamento.

Colonna n.10: contiene per ogni singolo centro gli importi delle prestazioni ambulatoriali erogabili nell'anno 2025 per Euro 23.561.899,98 al netto dell'accantonamento.

Colonne nn.11e 12: contengono per ogni singolo centro il numero di prestazioni ambulatoriali erogabili nell'anno 2025 sia con, che senza accantonamento.

Colonna n.13: contiene per ogni singolo centro gli importi delle prestazioni ambulatoriali piccolo gruppo erogabili nell'anno 2025 per Euro 331.000,00, comprensivo dell'accantonamento.

Colonna n 14 : contiene per ogni singolo centro gli importi delle prestazioni ambulatoriali piccolo gruppo erogabili nell'anno 2025 per Euro 314.450,00, al netto dell'accantonamento.

Colonne n.15 e 16 : contengono per ogni singolo centro il numero di prestazioni ambulatoriali piccolo gruppo erogabili nell'anno 2025 sia con, che senza accantonamento .

Colonne n.17 e n.18 : contengono per ogni singolo centro l'importo e il numero di prestazioni domiciliari erogabili nell'anno 2025 (n.b. non interessate dall'accantonamento !).

Colonna n 19: reca per ogni centro gli importi complessivi ambulatoriali, ambulatoriali piccolo gruppo e domiciliari, al netto dell'accantonamento, pari ad Euro 33.247.349,98.

Prestazioni Semiresidenziali e Residenziali ex art 26 nonché prestazioni tariffate come RSA Disabili

In riferimento al calcolo dei costi e relativi volumi delle prestazioni sopra indicate, è necessario precisare quanto segue:

- La Regione Campania con il D.C.A. n15 del 17/01/2020 disponeva l'accreditamento per quantità di prestazioni in eccesso rispetto al fabbisogno di posti letto in regime *semiresidenziale* a favore dei seguenti Centri: Oasi, San Paolo, La Rinascita, Villa dei Cedri. Di conseguenza, il numero di posti letto semiresidenziali per le strutture indicate risultava incrementato rispetto a quanto già definito con il DCA n.112/2014 come indicato nella tabella:

Oasi	20 Pregressi +3 = 23 Totali
San Paolo	18 Pregressi +2= 20 Totali
Rinascita	35 Pregressi +5 = 40 Totali
Villa dei Cedri	12 Pregressi +2= 14 Totali

- Per i restanti Centri, Campano, Incontro e Prif come concordato tra le parti in sede regionale in data 04/07/2019 e confermato dal D.C.A. n. 73 del 09/10/2019, si consentiva la riconversione dei posti letto semiresidenziali in centro diurno disabili, in quanto compatibile con il fabbisogno programmato.
- Allo stato, solo per il Centro CAMPANO come da DD n.151/2023 è stata completata la riconversione dei posti letto semiresidenziali ex art 26 L.833/78 in Centro Diurno per disabili. Per i restanti Centri, quali Incontro e Prif non è stata ancora attuata e regolamentata alcuna riconversione da parte dell'Ente Regionale, organismo istituzionalmente preposto in materia.
- La D.G.R.C. n. 407/2024 relativamente alle prestazioni semiresidenziali/residenziali comprensive anche di quelle tariffate come RSA disabili assegnava per l'anno 2024 a quest'Azienda Sanitaria, l'importo di Euro 4.070.000,00 con una riduzione di Euro 455.000,00 rispetto a quello stabilito per il biennio 2022/2023 dalla DGRC n.349/2022.

Colonna n. 20 : reca il numero di posti letto semiresidenziali/residenziali accreditati. Per il Centro OASI, il numero (47) complessivo di posti letto accreditati è distinto in 23 Posti semiresidenziali e 24 posti residenziali

Colonna n.21: contiene gli importi delle prestazioni semiresidenziali/residenziali comprensivi anche degli importi fatturati ai sensi del DCA n. 06/2010, per la cifra totale di Euro 4.070.000.00. Gli stessi sono calcolati considerando per le prestazioni semiresidenziali il tasso di occupazione pari all'85% e per le prestazioni residenziali pari al 95%.

Colonna n.22: contiene il numero di prestazioni semiresidenziali/residenziali comprensive anche di quelle erogabili ai sensi del DCA n.06/2010.

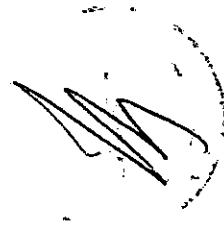
Colonna n.23: contiene per ogni singolo centro l'importo complessivo delle prestazioni riabilitative ex art 26 L.833/78 ambulatoriali, piccolo gruppo, domiciliari, semiresidenziali/residenziali(incluse le prestazioni tariffate ai sensi del DCA n.06/2010),erogabili nell'anno 2025, per la cifra complessiva di Euro 38.574.000,00 di cui alla DGRC n.407/2024 , comprensiva dell'accantonamento.

Colonna n.24: contiene per ogni singolo centro l'importo complessivo delle prestazioni riabilitative ex art 26 L.833/78 ambulatoriali, piccolo gruppo, domiciliari, semiresidenziali/residenziali(incluse le prestazioni tariffate ai sensi del DCA n.06/2010),erogabili nell'anno 2024, per la cifra complessiva di Euro 37.317.349,98 di cui alla DGRC n.407/2024, al netto dell'accantonamento.

Il Dirigente
UOS Centri di Riabilitazione
Dott.ssa Giuseppina Cecere

Struttura	Valori RBL 2022/23	Media 2022/23	Incidenza %	Tetto AMB/PG/DOM 2022/2023	AUMENTO 407/24	Tetto AMB/PG/DOM con accantonamento %	IMPORT AMB 2025	IMPORT AMB 2025 (con accantonamento)	N.PREST AMB 2025
AGRO AVERSANO	4.805.922,69	1.601.974,23	0,045	1.647.814,97	64.457,57	1.712.277,54	1.230.807,54	1.169.267,16	27.821
AJIRI	13.944.366,38	4.648.122,13	0,131	4.917.619,62	187.023,38	5.104.643,00	3.669.295,03	3.485.830,28	82.940
ANTARES	12.981.786,14	4.327.262,05	0,122	4.198.474,69	174.113,15	4.372.587,84	3.143.082,65	2.985.928,51	71.045
CEFIM	4.557.133,75	1.519.044,58	0,043	1.881.038,45	61.120,78	1.942.159,23	1.396.053,60	1.326.250,91	31.556
C. CAMPANO	5.180.542,80	1.726.847,60	0,049	1.723.412,51	69.482,01	1.792.894,52	1.288.759,95	1.224.321,86	29.131
C.PRIJ	6.536.400,55	2.178.800,22	0,061	1.887.536,98	87.666,93	1.975.203,91	1.419.806,51	1.348.816,28	32.093
C.SALUS	5.402.200,06	1.800.733,35	0,051	1.802.650,01	72.454,90	1.875.104,91	1.347.853,93	1.280.461,23	30.467
C.SAN PAOLO	2.720.961,75	906.987,25	0,026	796.973,45	36.493,84	833.467,29	599.108,96	569.153,52	13.542
CINETIC	3.805.159,16	1.268.386,39	0,036	1.239.731,92	51.035,21	1.290.767,13	927.823,05	881.431,90	20.972
FEMAS	3.565.783,43	1.188.594,48	0,034	1.172.074,20	47.824,68	1.219.898,88	876.881,87	833.037,78	19.821
GEROVIT	3.093.748,47	1.031.249,49	0,029	1.008.675,71	41.493,70	1.050.169,41	754.877,74	717.133,85	17.063
GINOLFI	1.621.195,57	540.398,52	0,015	557.319,00	21.743,65	579.062,65	416.239,04	395.427,09	9.409
INCONTRO	7.141.814,46	2.380.604,82	0,067	1.983.850,60	95.786,80	2.079.637,40	1.494.875,00	1.420.131,25	33.790
LA PINETTINA	3.129.899,58	1.043.299,86	0,029	917.527,05	41.978,56	959.505,61	689.707,23	655.221,86	15.590
LA RINASCITA	5.036.165,06	1.678.721,69	0,047	1.103.720,19	67.545,60	1.171.265,79	841.923,67	799.827,48	19.031
OASI	6.095.926,51	2.031.975,50	0,057	599.722,39	81.759,24	681.481,63	489.859,36	465.366,39	11.073
SANTULLI	11.688.893,14	3.896.297,71	0,110	3.884.308,01	156.772,73	4.041.080,74	2.904.790,30	2.759.550,78	65.659
VILLA dei CEDRI	5.088.480,64	1.696.160,21	0,048	1.754.550,24	68.247,26	1.822.797,50	1.310.254,57	1.244.741,84	29.617
	106.396.380,25	35.465.460,08	1,000	33.077.000,00	1.427.000,00	34.503.999,99	24.801.999,99	23.561.899,98	560.618

pp1/3



31/00/24

N Prest Sem / Resid 2025	TETTO TOTALE con accantonamento	TETTO TOTALE netto accantonamento	Struttura
	1.712.272,54	1.649.910,86	AGRO AVERSANO
	5.104.643,00	4.918.729,78	AIRRI
	4.372.587,84	4.213.336,37	ANTARES
	1.942.159,23	1.871.424,99	CEFIM
	1.792.894,52	1.727.596,56	C. CAMPANO
4.101	2.313.250,17	2.241.312,42	C.PRIF
	1.875.104,91	1.806.812,81	C.SALUS
4.557	1.209.074,25	1.178.719,02	C.SAN PAOLO
	1.290.767,13	1.243.756,86	CINETIC
	1.219.898,88	1.175.469,66	FEMAS
	1.050.169,41	1.011.921,80	GEROVIT
	579.062,65	557.972,95	GINOLFI
8.886	2.812.070,97	2.736.329,71	INCONTRO
	959.505,61	924.560,02	LA PINETINA
9.114	1.922.479,71	1.879.821,72	LA RINASCITA
19.530	2.291.256,05	2.266.436,21	OASI
	4.041.080,74	3.893.902,90	SANTULLI
3.190	2.085.722,37	2.019.335,33	VILLA dei CEDRI
49.377	38.573.999,99	37.317.349,98	

9/3/3



Giunta Regionale della Campania
Direzione Generale per la Tutela della Salute
e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale
Il Direttore Generale

Al Direttore Generale
ASL CASERTA

Oggetto: riscontro nota aziendale n. 39834 del 6.2.24.

Con riferimento alla nota in oggetto, con la quale codesta Azienda rappresenta uno squilibrio tra quanto finanziato per l'ex art. 26 tra prestazioni ambulatoriali/domiciliari e quelle residenziali/semiresidenziali per l'anno 2023, si segnala la possibilità per la S.V. di reperire all'interno del bilancio aziendale i fondi necessari per le prestazioni di assistenza riabilitativa ambulatoriale e domiciliare, necessarie a garantire la continuità e il completamento delle cure, ferma restando la necessità di tenere immutata la programmazione economica dei setting residenziale e semiresidenziale e di garantire, in ogni caso, gli equilibri complessivi di bilancio.

Il Dirigente
Ugo Trama



Documento firmato da:
UGO TRAMA
04.03.2024 14:38:09 UTC

Il Direttore Generale
Antonio Postiglione



Documento firmato
da:
ANTONIO
POSTIGLIONE
04.03.2024 14:10:
52 UTC





REGIONE CAMPANIA - A.S.L. CASERTA

Via Unità Italiana, 28 - 81100 Caserta

PROTOCOLLO GENERALE

Asl CE Prot. n. 66572/PEC del 05-03-2024



POSTA CERTIFICATA: FW:TRASM. NOTA PROT. 11518...

P.E.C. DEL: 05/03/2024 13:16:04.0
MITTENTE: direzionegenerale@pec.aslcaserta.it
OGGETTO: POSTA CERTIFICATA: Fw:Trasm. nota prof. 115186/2024 - Riscontro nota aziendale n. 39834 de 6.2.24
ID MESSAGGIO: <opec21023.20240305131604.121520.661.1.58@pec.aruba.it>



VERBALE

Il giorno 06/09/2024 alle ore 10,00, presso la sede legale della Asl Caserta sita in Via Unità d'Italia 28, si sono riunite le A.A. di Categoria della Macroarea Riabilitativa giusta convocazione di cui alla nota prot. n.240399/C.PRES.ACC del 27/08/2024.

Intervengono

Dott.ssa Carmela Di Pietro	ACOP
Dott. Pier Paolo Polizzi	ASPAT
Dott. Giovanni Severino	CONFINDUSTRIA Caserta
Dott. Antonio Gambardella	AISIC
Dott. Antonio Addonizzo	FED.I. SALUTE (delega del Presidente L. Muto)
Dott. Giovanni Severino	AIAS (delega dell'Avv. Saetta)
Dott.ssa Giuseppina Cecere	ASL CASERTA
Dott. Edgardo Di Lullo	ASL CASERTA
Dott. Francesco Giugliano	ASL CASERTA
Dott.ssa Donatella Di Ruocco	ASL CASERTA

DGRC n.407/2024

Tetti di spesa dell'Attività Riabilitativa ex art 26 L.833/78 - ANNI 2024-2025

La dott.ssa Cecere introduce i lavori rappresentando preliminarmente quanto segue:

L'Ente Regionale in data 31/07/2024 ha emanato la D.G.R.C. n.407/2024 con la quale nell'allegato B ha assegnato a questa ASL, per il biennio 2024/2025, i tetti di spesa ed i relativi volumi delle prestazioni riabilitative ex art 26 L.833/78 erogabili nel biennio suddetto.

Come si evince dal contenuto del suddetto allegato, i volumi prestazionali ed i relativi tetti di spesa delle prestazioni riabilitative erogabili differiscono per gli anni di riferimento. Nello specifico, per gli anni 2024 e 2025, i volumi ed i tetti di spesa delle prestazioni riabilitative semiresidenziali/residenziali sono sovrapponibili, mentre i volumi e i tetti di spesa delle prestazioni riabilitative ambulatoriali/ambulatoriali piccolo gruppo/domiciliari, sono distinti rispettivamente per l'anno 2024 e 2025.

La dott.ssa Carmela Di Pietro, rappresentante Acop, si allontana prima della stesura del verbale per impegni personali.

Preliminarmente, le Associazioni di Categoria Aisic, Aspat, Confindustria Sanità e Fed.i Salute rappresentative della Macroarea Riabilitazione/Sociosanitario e Salute Mentale, in relazione al contenuto della statuizione della DGRC 407/2024, modificativa ed integrativa della pregressa DGRC 341/2024, evidenziano le sotto esposte criticità di cui chiedono la tempestiva adozione di modifiche.

Le principali criticità.

Ferme ed impregiudicate, in via preliminare, le motivazioni associative elaborate al Tavolo regionale di Confronto per l'improcrastinabile adeguamento delle tariffe riabilitative, sociosanitarie e salute mentale, significano quanto segue.

1. Siamo in presenza di una miopica ed inaudita retromarcia della Giunta regionale in ordine alla Deliberazione adottata venti giorni prima (cfr. DGRC 341). Con il nuovo provvedimento sono stati inopinatamente azzerati gli incrementi prestazionali in ambito di tetto ordinario con un contraddittorio allineamento ai VP - Volumi Prestazionali Progressivi, cioè del biennio 2022 e 2023. A nostro avviso è stata tradita clamorosamente la mission della Deliberazione sul punto dell'adeguamento del fabbisogno prestazionale ambulatoriale in quanto gli incrementi (del tutto facoltativi) si realizzeranno solo attraverso la logica del "cane mangia cane" dell'extra tetto, incuranti della impossibilità, già peraltro dichiarata dalle Associazioni, di erogare riabilitazione di qualità e prestazioni al valore tariffario del 50%.

all B

I numeri della Delibera regionale confermano quanto dichiarato:

	BUDGET – Tetto Ordinario	PRESTAZIONI
Anno 2023 (ex DGRC 33)	158.033.000	3.572.174
Anno 2024 (ex DGRC 407)	157.658.000 * (minus € 375.000)	3.563.698 (minus n. 8.476)

(*Al netto di "Accantonamento extra budget entro il 10%" pari ad un importo di € 8.382.000 per l'anno 2024).

2. Al fine di valorizzare, su indicazione dei Direttori Generali ASL, la mission del provvedimento circa il necessario adeguamento del fabbisogno prestazionale afferente al regime ambulatoriale, la DGRC 407 ha esteso in misura minima, cioè dal 10 al 15%, la facoltà di utilizzo delle economie del setting residenziale e semiresidenziale a favore di cure ambulatoriali.

3. Stante il carattere di tetto "definitivo" dell'esercizio 2025 il provvedimento giuntale ha reiterato inopinatamente la riduzione dei volumi prestazionali attribuiti al setting domiciliare (punto 3B – AII.B) che viene decrementato di cinque punti percentuali rispetto al corrente anno.

4. Inoltre, il provvedimento giuntale ha inopinatamente interrotto, dopo un decennio di rigorosa applicazione, il procedimento relativo al Piano Operativo AGENAS linea progettuale LTI-B del POAT (Programma Operativo di Assistenza Tecnica) concernente una integrazione al criterio della spesa storica per ASL per la determinazione dei tetti di spesa, cioè diversificando le prestazioni ambulatoriali e domiciliari in funzione della posizione di ciascuna ASL rispetto alla media regionale pro-capite, al fine di un progressivo riequilibrio territoriale tra le AA.SS.LL.

• Le richieste di modifiche.

1. Come indicato nella DGRC 407 all'Allegato B della Tavola sinottica relativa ai limiti prestazionali di spesa per gli anni 2024 – 2025, gli importi indicati come extra tetto <10% devono essere allocati quali incrementi del setting ambulatoriale ex ante ed a tariffa piena.

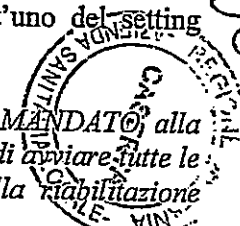
In altri termini, gli 8 milioni e rotti posizionati sul setting ambulatoriale devono passare da ex post a consuntivo di esercizio 2024 (a tariffa ridotta) ad ex ante prestazioni a tariffa piena € 44,24 al fine di non generare una situazione che comprometta, stante la prerogativa "human intensive" delle cure riabilitative, la qualità dell'assistenza e la irrevocabile rivendicazione di adeguamento tariffario.

2. Incrementare ex ante, sulla base dei consuntivi erogativi dell'ultimo decennio, da un lato, la quota relativa alla facoltà di utilizzo delle economie dei setting residenziale e semiresidenziale a favore delle cure ambulatoriali almeno in misura del 30% e, dall'altro, ripristinare (come articolato al punto 1), a vantaggio di tutti gli Erogatori del setting ambulatoriale, il 5% previsto dalla previgente DGRC 341, al fine di valorizzare, su indicazione dei Direttori Generali ASL, la mission del provvedimento circa il necessario adeguamento del fabbisogno prestazionale afferente al regime ambulatoriale.

3. In considerazione che:

- La prestazione domiciliare, secondo linea guida regionale, è da sempre tutt'uno del setting ambulatoriale/domiciliare;

- Il provvedimento giuntale ha previsto al punto 16 del decreto 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



Handwritten signatures and initials on the right margin of the page.

territoriale anche in considerazione dell'adeguamento in corso (attraverso la piattaforma SIR) dei sistemi informativi attualmente in uso»;

- Persistono notevoli perplessità circa la equiparazione delle prestazioni domiciliari ex art.26 con quelli ricadenti in ambito ADI; Le Associazioni di Categoria chiedono per l'anno 2025 il ripristino della quota riabilitativa domiciliare decrementata dal 30 al 25%.
- 4. Resta del tutto plausibile, per quanto sopra descritto, chiedere al Management regionale se intenda con separato provvedimento ripristinare il lavoro svolto sin dal 2014 teso a superare i succitati squilibri territoriali nella distribuzione dei tetti di spesa per la Macroarea Riabilitazione rispetto alla distribuzione territoriale della popolazione residente e tenuto conto del consumo medio di prestazioni sanitarie. A tal uopo, si allega il RATIONALE redatto da ASPAT aggiornato al novembre 2023.
- 5. Inoltre, le Associazioni rilevano che la sottoscrizione dei contratti non può essere garantita in considerazione dei refusi sotto riportati.
 - L'art 3, comma 1, contiene l'espressione "specificare l'importo 2022 e quello 2023, se diversi"; esso va evidentemente modificato sostituendo gli anni 2024 e 2025.
 - L'art 4 (Rapporto tra spesa sanitaria e acquisto prestazioni) contiene dopo il comma 2) un ulteriore comma indicato con la lettera a) del seguente tenore: "nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti nel comma precedente, fermo restando il rispetto della C.O.M. della struttura, è consentito che le strutture, in caso di risparmio dei propri volumi prestazionali di riabilitazione nei regimi residenziale e semiresidenziale dovuto ad un sottoutilizzo del tasso di occupazione, possono utilizzare tale economia per erogare prestazioni di riabilitazione ambulatoriale /amb. P.G. nel rispetto della Capacità Operativa Massima di ogni struttura purchè il volume prestazionale e di spesa delle prestazioni residenziali e semiresidenziali non scenda al di sotto rispettivamente dell'85% e del 75%;"

A tale proposito si rileva che:

La Delibera 341/2024, al punto 5 prevedeva 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% ed 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 in ogni struttura".

Il contratto allegato alla Delibera riportava, all'art 4, comma 3, quanto stabilito dalla Deliberazione citata.

Successivamente la Regione, con D.G.R.C. n. 407/2024 ha parzialmente modificato la DGRC 341/2024 intervenendo proprio su questo punto stabilendo che: "le strutture, in caso di risparmio dei propri volumi prestazionali di riabilitazione nei regimi semiresidenziale e residenziale dovuto ad un sottoutilizzo del tasso di occupazione possono utilizzare tale economia, nei limiti del 15% del tetto assegnato, per erogare prestazioni di riabilitazione ambulatoriale/ambulatoriale P.G. nel rispetto della Capacità Massima Operativa di ogni struttura".

Nonostante tale modifica normativa, l'art 4 del contratto è rimasto identico alla precedente formulazione e non è stato modificato per armonizzarlo a quanto innovato sul punto dalla DGRC 407/2024.

Tale articolo va dunque modificato per renderlo conforme a quanto stabilito dal punto 6 della D.G.R.C. n. 407/2024.

[Handwritten signatures and stamps on the right margin]

Al B

La Parte Pubblica, prende atto della mozione interassociativa di cui sopra e, in riferimento agli importi da accantonare di cui all'ultima colonna dell'allegato B della D.G.R.C. n° 407/2024 e a quanto riportato anche nella parte descrittiva dell'allegato A, ritenendo le osservazioni formulate meritevoli di approfondimento, si riserva di esaminare ulteriormente i criteri di distribuzione dei relativi importi sia per l'anno 2024, sia per l'anno 2025.

Si allega al presente verbale:

Nota Aspat prot. n° 92/AP del 31/07/2024

Del che è verbale

[Handwritten signatures]

[Handwritten signature]



ASPAT
Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale
Impero Palace - Via Impero, 10 (già Via G. Luozghi)
86038 - POMIGLIANO D'ARCO (CA)
Cod. Unico e Partita I.V.A. 04964321219

ASISIC
[Handwritten signature]

FEDISAFUTE
[Handwritten signature]

CONFERENZA
[Handwritten signature]



AB



Prot. 92/AP

31° Luglio 2024

Associazione Sanità

Privata Accreditata Territoriale

Da aspat@pec.it

Ill.mo Direttore Generale

Dr. Amedeo Blasotti

direzione generale@pec.asl caserta.it

pc. Al Dirigente responsabile UOS
Controllo Centri di riabilitazione

Dr.ssa Giuseppina Cecere

giuseppina.cecere@pec.asl caserta1.it

ASL CASERTA

Oggetto: osservazioni, precisazioni e proposte associative inerenti la DGRC 341/2024 avente ad Oggetto: "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".

Ill.mo Direttore Generale,

per quanto in oggetto e tenuto conto del differimento dei Tavoli Tecnici Paritetici Aziendali – Macroarea Riabilitazione complessa art.26 causato dall'avvio della procedura di adozione in sede regionale di un nuovo provvedimento giuntale modificativo ed integrativo della predetta 341 dell'11 luglio u.s., la scrivente, nello spirito di collaborazione che la distingue, ritiene doveroso riassumere ed anticipare quanto segue.

L'ASPAT, in relazione all'adottata DGRC 341/2024 concernente i tetti di spesa esercizi 2024 (definitivi) e 2025 (provvisori) attribuiti agli Erogatori privati accreditati, nel confermare quanto elaborato con propria nota prot.82/AP/2024 (allegata in copia), esprime cauto ottimismo circa l'avvio a soluzione dell'annosa criticità relativa al fabbisogno riabilitativo del setting ambulatoriale che per la ASL Caserta esprime i dati seguenti:

	Budget	Incremento €	Prestazioni Amb	Incremento PST
Anno 2023	22.332	-	504.787	-
Anno 2024	23.670	+ 1.338 (6,0%)	535.036	+ 30.252 (6,0%)
Anno 2025	24.196	+ 1.864 (8,3%)	546.925	+ 42.138 (8,3%)



AA

Inoltre, l'Associazione mette in evidenza la novità degli ulteriori importi utilizzabili per incrementare il setting ambulatoriale sotto la voce "accantonamenti" per prestazioni rese extra tetto (entro il <10% - all'Allegato A punto 4) che, in analogia alla specialistica ambulatoriale, consentiranno di implementare l'erogazione delle terapie ambulatoriali nella misura di

EXTRA TETTO

- Anno 2024 € 1.195 – 27.011 prestazioni.
- Anno 2025 € 1.221 – 27.600 prestazioni.

Quindi, con il risultato di duplicare, con il tetto aggiuntivo, l'obiettivo del tetto ordinario. La perplessità è legata alla remunerazione delle succitate prestazioni (almeno il 50% del valore tariffario) che come ben noto sono attività "human intensive" e conseguentemente con un alta incidenza del costo operatore che sfiora per definizione l'80% del valore tariffario di € 44,24.

Pertanto, il budget aggiuntivo (cd. extra tetto), al valore di € 22.12 per singola prestazione potrà configurare, a titolo esemplificativo, per l'anno 2024 un volume complessivo di terapie pari a n. 54.022 prestazioni che è un insulto al principio di razionalità e ragionevolezza a cui deve attenersi rigorosamente la programmazione regionale.

Prospettare una soluzione discount (1/3 a tariffa piena e 2/3 scontata) è una proposta, assolutamente irricevibile ma soprattutto ingestibile per le strutture riabilitative erogatrici SSR.

CRITERI DI ATTRIBUZIONE DEI LIMITI PRESTAZIONALI E DI SPESA.

Altra pesante criticità riguarda l'aggiornamento dei criteri di attribuzione per il regime ambulatoriale e domiciliare.

Preso atto che, in premessa all'Allegato A della relazione tecnica della DGRC 341/2024, è specificato che la ASL fissa tetti di volumi prestazionali tenendo conto prevalentemente "dei volumi prestazionali medi riconosciuti nell'ultimo quadriennio di ciascuna struttura", giova precisare al riguardo che tale periodo non può in alcun modo inglobare il biennio pandemico e che il termine "riconosciuti" deve necessariamente contemplare tutti i volumi prestazionali desumibili dal FILE H che a consuntivo di esercizio sono stati liquidati.

DISPARITA' DI TRATTAMENTO E DISUGUAGLIANZE TERRITORIALI.

Inoltre, il provvedimento giuntale ha inopinatamente interrotto, dopo un decennio di rigorosa applicazione, il procedimento relativo al Piano Operativo AGENAS linea progettuale LT1-B del POAT (Programma Operativo di Assistenza Tecnica) concernente una integrazione al criterio della spesa storica per ASL per la determinazione dei tetti di spesa, cioè diversificando le prestazioni ambulatoriali e domiciliari in funzione della posizione di ciascuna ASL rispetto alla media regionale pro-capite, al fine di un progressivo riequilibrio territoriale tra le AA.SS.LL.



APB

PROPOSTE ASSOCIATIVE.

1. Per quanto riguarda la definizione del tetto aggiuntivo previsto quale accantonamento per ulteriori prestazioni ambulatoriali, L'ASPAT, a tutela dei principi di invalicabilità della programmazione dei tetti di spesa ad iso - risorse ex DGRC 341/2024 e di intangibilità della tariffa, già peraltro oggetto in sede regionale di annosa vicenda negoziale in termini di suo adeguamento, propone ai Centri privati accreditati di limitare l'extra budget entro la soglia del 5% del proprio nuovo budget ambulatoriale, al fine di garantirsi la remunerazione delle prestazioni a TARIFFA PIENA.
Tutto ciò soprattutto nell'interesse della qualità delle terapie riabilitative da erogare ed in considerazione del limite temporale di applicazione della nuova norma ricadente nell'ultimo quadrimestre del corrente anno.
2. Considerata la esclusione dell'annualità Covid in ragione della chiusura dei Centri imposta dal Presidente De Luca nella prima fase pandemica, i criteri di attribuzione dei limiti prestazionali e di spesa non possono che riferirsi al triennio 2021 - 2022 e 2023 e quindi alla media degli importi riconosciuti (a mezzo FILE H) e liquidati a consuntivo del setting Ambulatoriale e Domiciliare che notoriamente, ai sensi delle linee guida di assistenza riabilitativa, risulta essere un unicum erogativo espressione del Programma Riabilitativo Individuale prescritto dal team multidisciplinare delle UOAR distrettuali.
3. Resta del tutto plausibile, per quanto sopra descritto, chiedere al Management regionale se intenda con separato provvedimento ripristinare il lavoro svolto sin dal 2014 teso a superare i succitati squilibri territoriali nella distribuzione dei tetti di spesa per la Macroarea Riabilitazione rispetto alla distribuzione territoriale della popolazione residente e tenuto conto del consumo medio di prestazioni sanitarie. A tal uopo, si allega il RATIONALE redatto da ASPAT aggiornato al novembre 2023.



Certi che quanto da noi elaborato sull'argomento possa essere di valido compendio al lavoro della P.A. e della ASL anche per l'applicazione delle disposizioni nascenti dall'annunciato nuovo provvedimento giuntale sui tetti della Macroarea Riabilitazione per il biennio 2024 e 2025, restiamo disponibili come consuetudine ad ogni eventuale approfondimento.

Mille cordialità.



ASPAT
Il Presidente
Pier Paolo Polizzi

Allegati: Nota ASPAT Prot.82/AP/2024.
Razionale quote capitarie.



Prot. 82/AP

2 Luglio 2024

Associazione Sanità
Privata Accreditata Territoriale

Da: aspat@pec.it

Ai Sigg. Legali Rappresentanti
Centri Riabilitazione complessa art.26
Regione Campania

LORO SEDI

Oggetto: valutazioni associative concernenti i dati acclusi all' Allegato B della Deliberazione GRC n. 341/2024 per la Macroarea Riabilitazione complessa art.26. Tetti di spesa biennio 2024 – 2025.

Gentili Colleghi tutti della Macroarea Riabilitazione art.26,

nel rinviarVi alla tabella allegata del provvedimento giuntale in oggetto (All.B) ed alla tabella sinottica della scrivente, preferiamo, nella circostanza, esporre in modo sintetico solo alcune considerazioni desumibili dall'analisi dei numeri incrociati con le statuizioni della deliberazione in corso di pubblicazione.

In breve:

- 1. La nostra principale ed annosa richiesta di riprogrammare i tetti di spesa tenendo conto di una rimodulazione del fabbisogno riabilitativo che preveda debitamente la maggiore e prevalente domanda di terapie ambulatoriali è stata finalmente accolta e valorizzata.**

Infatti, nella parte narrativa, la Giunta regionale ha
«PRESO ATTO che...

- 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;*



AA B

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.»

Ne è conseguito il seguente risultato:

*** incremento delle prestazioni ambulatoriali per:**

- anno 2024 ⇒ + 202.558
- anno 2025 ⇒ + 286.694

A questi volumi prestazionali devono aggiungersi, mitigando il fenomeno dell'extrabudget, ulteriori terapie ambulatoriali nella misura potenziale di:

anno 2024 = € 8.382.000 : 44,24 = 189.466 pst
 anno 2025 = € 8.568.000 : 44,24 = 193.670 pst

Pertanto, la programmazione regionale ha previsto complessivamente a regime per

**IL SETTING AMBULATORIALE
 UN INCREMENTO PRESTAZIONALE:
 ANNO 2024 DI N. 392.024
 ANNO 2025 DI N. 480.364**

Resta di palmare evidenza che, ad una prima disamina, la nostra ben nota e reiterata istanza di **"flessibilità infrasetting della macroarea"** (cd. Osmosi da Residenziale/Semiresidenziale ad Amb/Dom) viene ad essere parzialmente risolta da quanto descritto consentendo alle singole ASL, come negli auspici, di assegnare ai Centri Erogatori budget più congrui e rispondenti alla effettiva domanda di assistenza riabilitativa dei territori.

La **"sterilizzazione"** del budget afferente ai setting residenziale/semiresidenziale operata al punto (2C) dell'Allegato A alla DGRC 341/2024, tenuto conto di quanto previsto al successivo punto (4C) inerente la parziale remunerazione a consuntivo dell'extra tetto, deve ragionevolmente tener conto della possibilità ex-post di un utilizzo completo del proprio budget di struttura, come consentito a far data dal 2016. Diversamente le Strutture complesse saranno costrette, da un lato, a ricalibrare in minus le proprie C.O.M. con effetti negativi sui livelli occupazionali e, dall'altro, a rinunciare ad una cospicua quota di volumi prestazionali ambulatoriali/domiciliari ricadenti nella storica offerta LEA di riabilitazione, con particolare riguardo all'assistenza dei pazienti in età evolutiva.



2. Non è di trascurabile rilevanza che la Regione Campania ha apportato alcuni **correttivi che vanno nella succitata direzione.**

Infatti:

- a) È stato previsto un incremento dal 40% al 50% delle quote con destinazione vincolata a **soggetti in età evolutiva** (minori 0 – 16 anni);
- b) Le AA.SS.LL. potranno riservarsi una quota del 2% del tetto ambulatoriale per far fronte a **casi urgenti ed indifferibili**, certificati dalla medesima ASL esclusivamente per i propri residenti;
- c) **I Centri privati accreditati**, anche per i regimi Residenziale e Semiresidenziale, **possono utilizzare le economie derivanti dall'eventuale sottoutilizzo** per erogare prestazioni di riabilitazione ambulatoriale fino ad un massimo della differenza tra... ed il... del tasso di occupazione, nel rispetto ovviamente della C.O.M.

3. Altri punti di notevole soddisfazione per ASPAT sono quelli relativi:

- a) Al mandato ricevuto dalla Direzione Generale Tutela della Salute di concerto con SORESA S.p.A. di *“avviare tutte le procedure ai fini della determinazione del fabbisogno della Macroarea della Riabilitazione territoriale”*, come suggerito dalla scrivente in numerose occasioni al fine di **istituire un Tavolo di Lavoro Permanente**, in analogia all'esperienza della Specialistica Ambulatoriale, puntando ad un costruttivo confronto tra le parti ed alla deflazione di un contenzioso giurisdizionale dagli esiti imprevedibili;
- b) Alla conferma di *«non riportare 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 delle prestazioni, in considerazione del fatto che i trattamenti riabilitativi si sviluppano in cicli e non per singole prestazioni.»*

4. In conclusione, **l'esaminato provvedimento giuntale sotto l'aspetto della programmazione non manca** – a nostro avviso – **di alcune criticità** come quelle riferibili al regime domiciliare e segnatamente alla deviazione su ADI prevista per l'anno 2025, l'impiego *“non coerente”* dei sottoutilizzi, la carenza di valutazione dell'impatto degli obiettivi già fissati ante - Covid per i percorsi riabilitativi inerenti i pazienti con ictus, disturbi specifici dell'apprendimento, frattura di femore e BPCO, ed altre.

Inoltre, dette criticità si saldano alle doglianze e preoccupazioni relative alle irrisolte problematiche tariffarie (nb. Convocazione AdC per il 29 luglio p.v.) ed a quelle delle diseguaglianze budgettarie tra i vari territori, in uno all'applicazione di quanto stabilito all'articolo 6 della L.R. n.18 sulle c.d. *“premierità”*.

AAA

prot. 82/AP/2024

oglio seguito n. 3



Associazione Sanita
Privata Accreditata Territoria

Per quanto sopra riportato, l'ASPAT si riserva, sentiti i propri Associati, di redigere accurata nota tecnica all'attenzione del Management regionale.

Restando disponibili per ogni ed eventuale chiarimento, inviamo le nostre consuete

Mille cordialità.

ASPAT
Il Presidente
Dr. Pier Paolo Polizzi

Allegati: - DGRC n. 341/2024.

- Tabella Allegato B (tetti di spesa biennio 2024 – 2025).

- n. 2 Tavole sinottiche ASPAT relative a volumi prestazionali e budget.



Associazione
Sanità
Privata
Accreditata
Territoriale

Aggiornamento
al 28.11.2023

RATIONALE
Relativo a riequilibrio
Budget Macroarea Riabilitazione art.26
Regione Campania

DCA n.90 del 11/08/2014

biennio 2014 - 2015
(Burc n.59 del 8/08/2014)

- (In parte narrativa...)

VISTO che

d. il lavoro svolto dalla Regione Campania in collaborazione con l'AGENAS all'interno della linea progettuale LT1-B del POAT (Programma Operativo di Assistenza Tecnica) 2007/2013 "individuazione di criteri integrativi e sostitutivi al criterio della spesa storica per la definizione dei fabbisogni di prestazioni sanitarie e sociosanitarie per riabilitazione, lungo assistenza e mantenimento", evidenzia squilibri territoriali nella distribuzione dei tetti di spesa per la macroarea Riabilitazione, rispetto alla distribuzione territoriale della popolazione residente e tenuto conto del consumo medio di prestazioni sanitarie;

RITENUTO

b. Opportuno individuare criteri integrativi al criterio 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 AA.SS.LL.;

d. Di precisare che le suddette riduzioni sono modulate per:

2. Introdurre una prima integrazione al criterio della spesa storica per ASL per la determinazione dei tetti di spesa, diversificando la suddetta riduzione complessiva del 6,5% delle prestazioni ambulatoriali e domiciliari in funzione della posizione di ciascuna ASL rispetto alla media regionale pro capite (consuntivo 2012) con i seguenti criteri:

- **Per le ASL di Avellino, Caserta e Salerno, che risultano al di sotto della media regionale 2012, i volumi massimi 2014 delle prestazioni ambulatoriali e domiciliari sono stati incrementati rispetto al consuntivo 2012 in modo tale di ridurre del 10% la distanza del numero di prestazioni pro capite di ciascuna di esse dalla media regionale;**
- **Per le altre ASL, che nel 2012 risultano al di sopra della media regionale, i volumi massimi 2014 delle prestazioni ambulatoriali e domiciliari sono stati ridotti di circa l'11% rispetto al consuntivo 2012.**



- (In parte dispositiva...)

DECRETA al punto...

3. Di individuare criteri integrativi al criterio 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 AA.SS.LL.;

5b. Di introdurre una prima integrazione al criterio della spesa storica per ASL per la determinazione dei tetti di spesa, diversificando la suddetta riduzione complessiva del 6,5% delle prestazioni ambulatoriali e domiciliari tra le diverse ASL in considerazione del posizionamento di ciascuna di esse rispetto alla media pro capite regionale, come specificato in premessa.



Volumi massimi di prestazioni e correlati limiti di spesa per l'esercizio 2014

% di riduzione sul 2012: 6,5% 5% 0% 0%

Prestazioni di riabilitazione art. 26 L. 833/78 (1)	Volumi massimi di prestazioni acquistabili nel 2014 dai centri operanti in ciascuna ASL					Corrispondenti limiti di spesa nel 2014 espressi in migliaia di euro (2)					K budget ASL per addebiti da altre regioni	L = J + K Totale limite di spesa 2014
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J		
	ambulatoriali e domiciliari	semi residenziale	semi res. oltre 240 g.	residenziali	Totale n° di prestazioni	ambulatoriali e domiciliari	semi res <= 240 g.	semi res > 240 g.	residenziali	Totale limite di spesa		
ASL Avellino	206.872	10.740	11.450	41.900	270.962	8.924	780	630	5.070	15.404	534	15.938
ASL Benevento	287.916	6.620	0	5.550	300.086	12.404	540	0	800	13.744	148	13.892
ASL Caserta	656.220	14.860	34.130	5.280	710.490	28.271	1.170	1.870	560	31.871	99	31.970
ASL Napoli 1 Centro	908.050	19.200	135.020	0	1.062.270	38.869	1.390	7.410	0	47.669	1.405	49.074
ASL Napoli 2 Nord	911.608	39.880	0	17.930	969.418	38.819	3.140	0	3.020	44.979	208	45.187
ASL Napoli 3 Sud	1.063.796	46.850	108.760	43.310	1.262.716	45.684	3.510	5.970	4.710	59.874	348	60.222
ASL Salerno	757.647	92.380	45.350	135.460	1.030.837	32.689	6.990	2.490	20.960	63.129	693	63.822
TOTALE	4.792.109	230.630	334.750	249.430	5.606.819	205.661	17.520	18.370	35.120	276.671	3.434	280.105

(1) Compresa le prestazioni di riabilitazione art. 26 che superano i 240 gg. di degenza

(2) Importi valorizzati in base al mix di produzione 2012 ed alle tariffe definitive per il 2014 (per quelle > 240 gg.: ai sensi del DCA 92/2013 fascia B al netto della compartecipazione socio sanitaria)

Importi in migliaia di euro ed al netto della compartecipazione e socio sanitaria	Limiti di spesa 2014		
	Prestazioni di salute mentale, Socio Sanitario, RSA ed Hospice		
	N centri operanti nella ASL	O addebiti da altre regioni	P totale
ASL Avellino	7.940	727	8.667
ASL Benevento	4.250	248	4.498
ASL Caserta	18.720	904	19.624
ASL Napoli 1 Centro	10.470	577	11.047
ASL Napoli 2 Nord	18.650	447	19.097
ASL Napoli 3 Sud	10.820	888	11.708
ASL Salerno	10.970	1.457	12.427
TOTALE	81.820	5.247	87.067

ASL	Limiti di spesa 2014		
	Prestazioni di ass.za Specialistica di Medicina Fisica e Riabilitazione (FMR)		
	Q Limite di spesa 2014 a tariffa	R Limite 2014 spesa netta (3)	S per n° prestazioni 2014
AV	1.810	1.640	89.050
BN	1.600	1.440	79.090
CE	5.140	4.700	253.790
NA1	7.070	6.550	334.600
NA2	9.060	8.460	412.040
NA3	9.020	8.310	442.060
SA	5.310	4.670	269.310
TOTALE	39.010	35.770	1.879.940

(3) Importi in migliaia di euro al netto del ticket e della quota ricotta nazionale regionale

fonte: <http://burc.regione.campania.it>



DCA n.85 del 08/08/2016

biennio 2016 - 2017

(Burc n.87 del 29/08/2016)

- (In parte narrativa...)

VISTO che

- e. il lavoro svolto dalla Regione Campania in collaborazione con l'AGENAS all'interno della linea progettuale LT1-B del POAT (Programma Operativo di Assistenza Tecnica) 2007/2013 "Individuazione di criteri integrativi e sostitutivi al criterio della spesa storica per la definizione dei fabbisogni di prestazioni sanitarie e sociosanitarie per riabilitazione, lungo assistenza e mantenimento", evidenzia squilibri territoriali nella distribuzione dei tetti di spesa per la macroarea Riabilitazione, rispetto alla distribuzione territoriale della popolazione residente e tenuto conto del consumo medio di prestazioni sanitarie;**

RITENUTO

- b. opportuno confermare criteri integrativi al criterio 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 AASSLL;**

- c. necessario fissare per ciascuna Azienda Sanitaria Locale, come esposto nell'allegato n. 1 al presente decreto, i volumi di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78 necessari per gli esercizi 2016 e 2017 ed i correlati volumi di spesa determinati utilizzando le tariffe vigenti approvate con i DCA di cui sopra secondo i seguenti criteri:**

- 1. per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari sulla base del volume regionale di prestazioni del triennio 2012-2014, distribuito per ciascuna ASL sulla base delle proporzioni già previste con il DCA n. 90/2014 al fine di mantenere un parziale riequilibrio territoriale tra ASL;**

- (in parte dispositiva...)

DECRETA al punto...

- 3. Di individuare criteri integrativi al criterio 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 AASSLL;**

TETTI PRESTAZIONALI e BUDGET 2016 e 2017

Prestazioni di riabilitazione art. 26 L. 833/78	Volumi massimi di prestazioni acquistabili dai centri operanti in ciascuna ASL per i seguenti regimi assistenziali:				Corrispondenti Volumi di spesa espressi in migliaia di euro			
	amb/amb PG	domiciliari	res+semires	Totale n. prestazioni	amb/amb PG	domiciliari	residen. e semiresiden.	Totale Intra-regionale
ASL Avellino	150.208	64.375	52.230	266.812	6.259	2.947	5.531	14.737
ASL Benevento	209.053	89.594	28.220	326.868	8.710	4.102	3.243	16.055
ASL Caserta	476.476	204.204	55.752	736.432	19.853	9.348	4.312	33.513
ASL Napoli 1 Centro	659.327	282.569	185.895	1.127.791	27.471	12.936	12.706	53.114
ASL Napoli 2 Nord	661.911	283.676	91.643	1.037.229	27.579	12.987	8.142	48.708
ASL Napoli 3 Sud	772.413	331.034	227.403	1.330.850	32.183	15.155	18.256	65.594
ASL Salerno	550.121	235.766	286.476	1.072.363	22.921	10.793	28.595	62.310
TOTALI	3.479.509	1.491.218	927.618	5.898.345	144.976	68.268	80.786	294.030



Associazione
Sanità
Privata
Accreditata
Territoriale

DCA n.41 del 29/05/2018

biennio 2018 - 2019
(Burc n.42 del 18/06/2018)

- (In parte narrativa...)

PRESO ATTO

c. del lavoro svolto dalla Regione Campania in collaborazione con l'AGENAS all'interno della linea progettuale LT1-B del POAT (Programma Operativo di Assistenza Tecnica) 2007/2013 "Individuazione di criteri integrativi e sostitutivi al criterio della spesa storica per la definizione dei fabbisogni di prestazioni sanitarie e sociosanitarie per riabilitazione, lungo assistenza e mantenimento", che evidenzia squilibri territoriali nella distribuzione dei tetti di spesa per la macro area Riabilitazione rispetto alla distribuzione territoriale della popolazione residente, tenuto conto del consumo medio di prestazioni sanitarie;

g. dei dati di produzione disponibili che confermano una notevole quantità di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 ambulatoriali erogate in favore di pazienti in età evolutiva;

j. della distribuzione territoriale, anche intra-aziendale, dei centri accreditati per prestazioni ambulatoriali di riabilitazione ex art. 26, che risulta disomogenea come da allegato 2;

RITENUTO di dover:

b. stabilire 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 AASSLL, anche riducendo la mobilità dei pazienti verso territori non di residenza;

c. fissare per ciascuna Azienda Sanitaria Locale, come esposto nell'allegato n. 1 al presente decreto, i volumi di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78 necessari per gli esercizi 2018 e 2019 ed i correlati volumi di spesa determinati utilizzando le tariffe vigenti approvate con i DCA di cui sopra secondo i seguenti criteri:

- 1. per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari, in continuità e ad integrazione di quanto già previsto con il DCA n. 90/2014 e confermato con il DCA n. 85/2016 riducendo la distanza negativa di alcune ASL dalla media regionale di prestazioni procapite pari a 0.85, finalizzata ad un parziale e progressivo riequilibrio territoriale tra le AA.SS.LL.**



Associazione
Sanità
Privata
Accreditata
Territoriale

RITENUTO, inoltre,

d. di stabilire che le singole ASL fisseranno i volumi prestazionali massimi ed i limiti di spesa riconoscibili nell'esercizio 2018 e 2019, per singolo Centro erogatore accreditato di prestazioni ex art. 26 entro i limiti esposti nell'allegato n. 1 al presente decreto con **le seguenti principali specificazioni:**

- 1. per il regime ambulatoriale e domiciliare di riabilitazione ex art. 26, ciascuna ASL, entro la Capacità Operativa Massima, fissa tetti di volumi prestazionali per setting assistenziali entro il volume stabilito nell'allegato n. 1 al presente decreto tenendo conto:** sia dei volumi prestazionali medi riconosciuti nel quadriennio 2014-2017 di ciascuna struttura, che di ulteriori elementi specifici, ritenuti significativi e da considerare con ragionevolezza ed equità, quali: localizzazione delle strutture di cui all'Allegato 2, carenza territoriale, accessibilità, bacino e tipologia di utenza, vocazione e tecnologie disponibili della struttura, nell'ambito della propria autonomia, previa apposita e motivata delibera del Direttore Generale, fermi restando i volumi massimi delle diverse tipologie di prestazioni ed i correlati limiti di spesa attribuiti a ciascuna ASL nell'allegato n. 1 al presente decreto;
- (in parte dispositiva...)

DECRETA al punto...

- 3. di individuare 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 AA.SS.LL, anche limitando la necessità dei pazienti di spostarsi verso territori non di residenza per effetto della disomogenea localizzazione dei centri erogatori e della capacità di spesa di ciascuna ASL, come risulta anche dall'allegato 2;**
- 8. di stabilire, altresì, che le singole ASL fisseranno i volumi prestazionali massimi ed i limiti di spesa riconoscibili nell'esercizio 2018 e 2019, per singolo Centro erogatore accreditato di prestazioni ex art. 26, entro i limiti esposti nell'allegato n. 1 al presente decreto, con le seguenti principali specificazioni:**
 - a) per il regime ambulatoriale e domiciliare di riabilitazione ex art. 26, ciascuna ASL, entro la Capacità Operativa Massima, fissano tetti di volumi prestazionali per setting assistenziali entro il volume stabilito nell'allegato n. 1 al presente decreto tenendo conto: sia dei volumi prestazionali medi riconosciuti nel quadriennio 2014-2017 di ciascuna struttura, che di ulteriori elementi particolari, ritenuti significativi e da considerare con ragionevolezza ed equità quali: localizzazione delle strutture di cui all'Allegato 2, carenza territoriale, accessibilità, bacino e tipologia di utenza, vocazione e tecnologie disponibili della struttura, nell'ambito della propria autonomia, previa apposita e motivata delibera del Direttore**



Associazione
Sanità
Privata
Accreditata
Territoriale

Generale, fermi restando i volumi massimi delle diverse tipologie di prestazioni ed i correlati limiti di spesa attribuiti a ciascuna ASL nell'allegato n. 1 al presente decreto; garantirà il rispetto del limite massimo del 30% del numero complessivo di prestazioni ambulatoriali e domiciliari, per le prestazioni domiciliari, fatte salve eventuali diverse attribuzioni che saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura; garantirà inoltre il rispetto del limite minimo delle prestazioni ambulatoriali piccolo gruppo, che potranno essere aumentate con corrispondente riduzione di quelle ambulatoriali e/o domiciliari;

DECRETO N. 41 DEL 29.05.2018

Definizione per gli esercizi 2018 e 2019 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 ex art. 26 Legge 833/78.

ALLEGATO 1

Volumi massimi di prestazioni acquistabili dai centri operanti in ciascuna ASL per i seguenti regimi assistenziali						Corrispondenti Volumi di spesa espressi in migliaia di euro				
	amb	amb PG	dom	res+semires	totale n. prest	amb	amb PG	dom	res+semires	totale valorizzazione
AV	173.990	5.272	75.321	52.230	306.813	7.315	74	3.448	5.531	16.368
BN	206.962	6.272	89.594	28.220	331.048	8.701	88	4.102	3.243	16.134
CE	490.084	14.851	212.158	55.752	772.845	20.603	208	9.713	4.312	34.835
NA1	652.734	19.780	282.569	185.895	1.140.977	27.441	277	12.936	12.706	53.360
NA2	655.292	19.857	283.676	96.784	1.055.610	27.548	278	12.987	8.042	48.856
NA3	764.689	23.172	331.034	227.403	1.346.298	32.148	325	15.155	18.256	65.883
SA	575.243	17.432	249.023	286.476	1.128.173	24.183	244	11.400	28.595	64.423
TOT.	3.518.994	106.636	1.523.374	932.760	6.081.764	147.939	1.494	69.741	80.741	299.915



Associazione
Sanità
Privata
Accreditata
Territoriale

DGRC n. 349 del 7/07/2022
biennio 2022 - 2023
(Burc n.63 del 18/07/2022)

- (In parte narrativa...)

PRESO ATTO

- c. del lavoro svolto dalla Regione Campania in collaborazione con l'AGENAS all'interno della linea progettuale LT1-B del POAT (Programma Operativo di Assistenza Tecnica) 2007/2013 "Individuazione di criteri integrativi e sostitutivi al criterio della spesa storica per la definizione dei fabbisogni di prestazioni sanitarie e sociosanitarie per riabilitazione, lungo assistenza e mantenimento", che **evidenzia squilibri territoriali nella distribuzione dei tetti di spesa per la macro area Riabilitazione** rispetto alla distribuzione territoriale della popolazione residente, tenuto conto del consumo medio di prestazioni sanitarie;
- k. delle indicazioni, suggerimenti e criticità segnalate in varie modalità dalle AASSLL e dalle Associazioni di categoria, relativamente all'appropriatezza prescrittiva ed erogativa ed alla riduzione dei tempi di attesa per l'accesso ai trattamenti da parte dei cittadini con bisogno riabilitativo.

RITENUTO

sulla scorta dell'istruttoria della competente Direzione Generale Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, di dover:

- b) **fissare per ciascuna Azienda Sanitaria Locale**, come esposto nell'allegato 1 alla presente deliberazione, **i volumi di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 necessari per gli esercizi 2022 e 2023 ed i correlati volumi di spesa determinati utilizzando le tariffe vigenti approvate con la DGRC 531/2021 secondo i seguenti criteri:**
1. in continuità e ad integrazione di quanto già previsto con il DCA n. 90/2014 e confermato con il DCA n. 85/2016, 41/2018 e DGRC 394 del 22/9/2021, **prevedere una integrazione al criterio della spesa storica per ASL per la determinazione dei tetti di spesa**, diversificando la riduzione delle prestazioni ambulatoriali e domiciliari in funzione della posizione di ciascuna ASL rispetto alla media regionale pro capite con i seguenti criteri: - **per le ASL di Avellino e Caserta**, che risultano al di sotto della media regionale, i volumi massimi 2022/2023 delle prestazioni ambulatoriali e domiciliari sono stati incrementati rispetto ai limiti di spesa fissati per gli anni 2020/2021 **in modo tale da ridurre la distanza del numero di prestazioni pro capite di ciascuna di esse dalla media regionale al fine di un progressivo riequilibrio territoriale tra le AASSLL;**
 2. l'integrazione dei limiti prestazionali e conseguenti volumi di spesa di prestazioni ambulatoriali/ambulatoriali piccolo gruppo/domiciliare per l'ASL di Avellino e Caserta, di cui al presente provvedimento, tiene conto anche di eventuali maggiori esigenze derivanti da contenziosi definiti o in via di definizione.

Alp

• (In parte dispositiva...)

DELIBERA al punto ...

2. di stabilire per ciascuna Azienda Sanitaria Locale, secondo quanto risulta nel documento Allegato n. 1 al presente provvedimento, i volumi massimi di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 ed i correlati volumi di spesa secondo i seguenti criteri:

- a. per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari, in continuità e ad integrazione di quanto già previsto con il DCA n. 90/2014 e confermato con il DCA n. 85/2016, 41/2018 e DGRC 394 del 22/9/2021, prevedere una integrazione al criterio della spesa storica per ASL per la determinazione dei tetti di spesa, diversificando la riduzione delle prestazioni ambulatoriali e domiciliari in funzione della posizione di ciascuna ASL rispetto alla media regionale pro capite con i seguenti criteri: - per le ASL di Avellino e Caserta, che risultano al di sotto della media regionale, i volumi massimi 2022/2023 delle prestazioni ambulatoriali e domiciliari sono stati incrementati rispetto ai limiti di spesa fissati per gli anni 2020/2021 in modo tale da ridurre la distanza del numero di prestazioni pro capite di ciascuna di esse dalla media regionale al fine di un progressivo riequilibrio territoriale tra le AA.SS.LL.;
- b. che l'integrazione dei limiti prestazionali e conseguenti volumi di spesa di prestazioni ambulatoriali/ambulatoriali piccolo gruppo/domiciliare per l'ASL di Avellino e Caserta, di cui al presente provvedimento, tiene conto anche di eventuali maggiori esigenze derivanti da contenziosi definiti o in via di definizione.

DGRC N.349 DEL 7/07/2022

Definizione per l'esercizio 2022 e 2023 dei limiti prestazionali e di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni afferenti la macroarea della riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78.

Giunta Regionale della Campania

ALLEGATO 1

STRUTTURE DI RIABILITAZIONE EX ART. 26 LEGGE 833/78 - Limiti prestazioni e di spesa anno 2022										
ASL	Volumi massimi di prestazioni acquistabili dai centri operanti in ciascuna ASL per i seguenti regimi assistenziali					Corrispondenti volumi di spesa espressi in migliaia di euro				
	AMB	AMB PG	DOM	res+semires	TOT PREST RIABILITAZI ONE	AMB	AMB PG	DOM	resid. E semires	TOT valorizz. Riabilitazione
AV	186.169	5.641	80.593	52.230	324.633	8.236	83	3.880	5.809	18.008
BN	206.962	6.272	89.594	28.220	331.048	9.156	92	4.313	3.406	16.968
CE	504.787	15.297	218.523	55.752	794.358	22.332	225	10.520	4.528	37.605
NA1	652.734	19.780	282.569	188.445	1.143.528	28.877	292	13.603	13.526	56.297
NA2	655.292	19.857	283.676	116.112	1.074.937	28.990	293	13.656	10.548	53.487
NA3	764.689	23.172	331.034	167.729	1.286.624	33.830	342	15.936	15.837	65.944
SA	592.642	17.959	256.555	292.596	1.159.752	26.218	265	12.351	30.471	69.304
	3.563.275	107.978	1.542.544	891.383	6.104.880	157.639	1.592	74.258	84.125	317.618

STRUTTURE DI RIABILITAZIONE EX ART. 26 LEGGE 833/78 - Limiti prestazioni e di spesa anno 2023										
ASL	Volumi massimi di prestazioni acquistabili dai centri operanti in					Corrispondenti volumi di spesa espressi in migliaia di euro				
	AMB	AMB PG	DOM	res+semires	TOT PREST RIABILITAZI ONE	AMB	AMB PG	DOM	resid. E semires	TOT valorizz. Riabilitazione
AV	186.169	5.641	80.593	52.230	324.633	8.236	83	3.880	5.809	18.008
BN	206.962	6.272	89.594	28.220	331.048	9.156	92	4.313	3.406	16.968
CE	504.787	15.297	218.523	55.752	794.358	22.332	225	10.520	4.528	37.605
NA1	652.734	19.780	282.569	188.445	1.143.528	28.877	292	13.603	13.526	56.297
NA2	655.292	19.857	283.676	116.112	1.074.937	28.990	293	13.656	10.548	53.487
NA3	764.689	23.172	331.034	158.039	1.276.934	33.830	342	15.936	15.837	65.944
SA	592.642	17.959	256.555	292.596	1.159.752	26.218	265	12.351	30.471	69.304
	3.563.275	107.978	1.542.544	891.383	6.104.880	157.639	1.592	74.258	84.125	317.618

CONCLUSIONI

Sulla base dei tre DCA ed in ultimo della Deliberazione GRC succedutesi dal 2014 e dalla documentazione sopra riportata sul **tema del riequilibrio dei budget della Macroarea Riabilitazione complessa art.26 L833/78**, possiamo concludere nel modo seguente:

1. La questione dello squilibrio territoriale nella distribuzione dei tetti di spesa è stata avviata a soluzione dal 2014 con il DCA 90 e progressivamente portata avanti senza soluzioni di continuità a tutto il 2023 con la DGRC 349, con la sola eccezione del biennio pandemico.
2. Infatti, con la DGRC 92/2021, relativa al biennio 2020 – 2021, la Regione Campania presumibilmente condizionata dalla dolorosa e critica vicenda pandemica, nell'adottare a consuntivo il succitato provvedimento di programmazione, ha postposto il tema del riequilibrio territoriale dei budget di ciascuna ASL cristallizzandolo sul modello del previgente DCA 41, cioè privilegiando ad iso risorse l'utilizzo dei criteri ulteriori (soggettivi) rispetto a quelli (oggettivi) della spesa storica.
3. Giova precisare che nel solo biennio iniziale la Regione ha operato con una manovra compensativa tra le diverse ASL a seconda di come esse risultassero rispetto alla media regionale. Diversamente, i successivi bienni hanno registrato un incremento delle prestazioni ambulatoriali e domiciliari per tutti i territori provinciali della Campania e, ciò nonostante, la forbice relativa alla media regionale pro capite si è progressivamente ristretta.
4. Nell'ultimo biennio in esame (2022 – 2023) la distanza negativa di alcune ASL dalla media regionale di prestazioni pro capite viene ulteriormente ridotta in funzione del precipuo intento di un parziale e progressivo riequilibrio territoriale tra le Aziende Sanitarie Locali.

La sopravvenuta DGRC 33 del 31/01/2023 ha modificato le sotto riportate tabelle della nota ASPAT prot.18/AP/2023 per la sola ASL Salerno che ha visto incrementato leggermente volumi prestazionali e correlati budget rispetto alla previgente DGRC 349.

Volumi massimi di prestazioni acquistabili dai centri operanti in ciascuna ASL anno 2022/2023.								
ASL	AMB	AMB PG	DOM	totale	Popolazione censimento 2021	prestazioni pro capite	rapporto rispetto alla media regionale	prestazioni mancanti alla media regionale
AV	186.169	5.641	80.593	272.403	405.963	0,67	-0,25	-101.491
BN	206.962	6.272	89.594	302.828	269.233	1,12	0,21	56.539
CE	504.787	15.297	218.523	738.607	911.606	0,81	-0,11	-100.277
NA1	652.734	19.780	282.569	955.083	956.293	1,00	0,08	77.268
NA2	655.292	19.857	283.676	958.825	1.022.852	0,94	0,02	20.457
NA3	764.689	23.172	331.034	1.118.895	1.038.513	1,08	0,16	165.786
SA	601.532	18.228	260.403	880.163	1.075.299	0,81	-0,11	-118.283
Regione	3.572.164	108.247	1.546.393	5.226.804	5.679.759	0,92		0

del B

Corrispondenti volumi di spesa espressi in migliaia di euro 2022/2023.								
ASL	AMB €/000	AMB PG €/000	DOM €/000	totale €/000	Popolazione censimento 2021	Spesa pro capite €	Rapporto rispetto alla media regionale €	Spesa maggiore o minore rispetto alla media Regionale
AV	8.236	83	3.880	12.199	405.963	30,05	-11,06	4.489.951
BN	9.156	92	4.313	13.561	269.233	50,37	9,26	2.493.071
CE	22.332	225	10.520	33.077	911.606	36,28	-4,83	4.403.057
NA1	28.877	292	13.603	42.772	956.293	44,73	3,62	3.460.671
NA2	28.990	293	13.656	42.939	1.022.852	41,98	0,87	890.393
NA3	33.830	342	15.936	50.108	1.038.513	48,25	7,14	7.425.368
SA	26.612	269	12.536	39.417	1.075.299	36,65	-4,53	4.871.104
Regione	158.033,00	1.596,00	74.443,00	234.072,00	5.679.759	41,18		0

Risulta di palmare evidenza come il numero delle prestazioni riabilitative attribuite ad alcune ASL sia inferiore in modo rilevante rispetto alla media regionale



0,25 x 405.963 residenti/assistiti = minori cure pari n. 101.490 pst/equivalenti e ad un minore importo budgetato rispetto alla media regionale di € 4.489.951.



0,11 x 911.606 residenti/assistiti = minori cure pari n. 100.277 pst/equivalenti e ad un minore importo budgetato rispetto alla media regionale di € 4.403.057.



0,11 x 1.075.299 residenti/assistiti = minori cure pari n. 118.283 pst/equivalenti e ad un minore importo budgetato rispetto alla media regionale di € 4.871.104.

5. L'ASPAT, sin dal 2014, per il tramite del costituito nucleo di tecnici AGENAS/POAT, ha sollecitato correzioni alla programmazione regionale per l'adozione di provvedimenti idonei a superare questa incresciosa situazione di iniquità territoriale che ha prodotto senza tema di smentite disparità tra i cittadini ed assistiti dei diversi territori provinciali. Da tutto quanto descritto la scrivente Associazione ritiene doverosamente di rappresentare con carattere di somma urgenza l'intera problematica all'Avv. Postiglione, Direttore Generale Tutela della Salute e Coordinamento SSR, affinché questa criticità sia risolta definitivamente a vantaggio di quelle ASL che soffrono da sempre di una carenza di fabbisogno territoriale non più sostenibile sul piano dei LEA - Livelli Essenziali di Assistenza.

Schema di contratto ai sensi dell'art. 8- quinquies, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e smi

Contratto tra la struttura:

Partita IVA: _____ Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA): _____
 con sede legale in _____ (Prov: _____ ; CAP: _____)
 Via _____ n° _____ per la sede operativa sita in _____
 alla Via _____ n. _____,
 autorizzata all'esercizio ai sensi della DGRC n. 3958/2001 e smi con provvedimento n. _____
 del _____ del Comune di _____, accreditata con il SSR con decreto n. _____ del _____
 per erogare prestazioni di riabilitazione estensiva territoriale cd ex art. 26 Legge 833/78 in
 regime _____ (residenziali, e/o semiresidenziali e/o
 ambulatoriali e domiciliari) legalmente rappresentato/a _____ dal/la
 sottoscritto/a _____, C.F. _____ come da fotocopia
 della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL che redige il presente atto;
 il / la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 T.U.
 445/2000, dichiara:

- di intervenire al presente atto in qualità di rappresentate legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- che non si trova in stato di fallimento e/o di liquidazione coatta, salvi i casi in cui sia in corso un procedimento giudiziario per il risanamento e la prosecuzione dell'attività d'impresa;
- che non è pendente nei suoi confronti o della compagine sociale procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27/12/1956 n. 1423 e che non sussistono le cause ostative previste all'art. 10 della legge 31/5/1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b) art. 38, comma 1, D.Lgs 163/2006;
- non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c), del D. Lgs. n. 231/2001 e s.m.i. o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione;
- di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;
- di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. n. del ___/___/201__.
- che non sussistono le cause ostative previste dal D.lgs. 159/2011 e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006 e ss.mm.ii (N.B. la ASL per il tramite degli uffici competenti dovrà procedere nei termini di legge alle verifiche mediante procedura B.D.N.A. di cui all'art.67 del D.lgs 159/2011 (Comunicazione antimafia) e di cui agli artt. 91 e ss del D.lgs. del 159/2011 (Informazione antimafia)

E

L'Azienda Sanitaria Locale _____ con sede in _____ Partita
 IVA: _____ rappresentata dal Direttore Generale _____, nato a
 _____ il _____, munito dei necessari poteri come da DPGRC di
 nomina n. _____ del ___/___/___

PER

regolare i volumi di prestazioni e economici, e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78, da erogarsi nel periodo 1° gennaio 202__ - 31 dicembre 202__, contratto redatto in conformità alla delibera di Giunta Regionale n. ___ del ___/___/___.

PREMESSO

- che con delibera di Giunta Regionale n. _____ del ___/___/___ la Regione Campania ha fissato il fabbisogno di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 per l'anno 202__, che rappresenta pertanto la quantità di prestazioni che il SSR può erogare, ferma restando la compatibilità con la disponibilità di risorse finanziarie e con gli equilibri finanziari, e ha adottato anche i relativi schemi contrattuali, cui si uniforma il presente contratto;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

La premessa è patto e forma parte integrante del presente contratto.

Art. 2**(Oggetto e durata)**

Schema di contratto ai sensi dell'art. 8- quinquies, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e smi

Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 (come definita nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"), comprensivi delle prestazioni che superino i 240 giorni di trattamento da remunerarsi con le tariffe sociosanitarie ai sensi del DCA n. 6/2010, che la ASL _____ acquista dalla sottoscritta struttura erogatrice, da erogarsi nel periodo 1° gennaio 202__ - 31 dicembre 202__, da parte della sottoscritta struttura privata, ed i correlati limiti di spesa. Pertanto, la disciplina recata dal presente contratto fissa limiti massimi entro i quali possono rientrare dette prestazioni da erogarsi nel corso dell'anno 202__.

Art. 3

(Quantità delle prestazioni)

1. Il volume di prestazioni riabilitative ex art. 26 L. 833/78 che la ASL, entro il limite massimo attribuito alla stessa, prevede di dover acquistare annualmente nel periodo 1° gennaio 202__ - 31 dicembre 202__, dalla sottoscritta struttura privata accreditata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre di ciascun anno solare è determinato in: *(specificare l'importo 2022 e quello 2023, se diversi)*
 - a) N°prestazioni Ambulatoriali
 - b) N°prestazioni Ambulatoriali P.G.;
 - c) Almeno il ____ % delle prestazioni ambulatoriali/ambulatoriali Piccolo Gruppo deve essere dedicato a soggetti in età evolutiva;
 - d) Almeno il ____% delle prestazioni ambulatoriali/ambulatoriali Piccolo Gruppo deve essere dedicato a cittadini residenti o assistibili dalla ASL che sottoscrive il presente contratto;
 - e) N°prestazioni Domiciliari; le prestazioni domiciliari remunerate possono essere erogate esclusivamente a cittadini residenti o comunque assistibili dalla ASL che sottoscrive il contratto, e a cittadini residenti nelle ASL confinanti territorialmente;
 - f) N°prestazioni Semi Residenziali cd ex art. 26
 - g) N°prestazioni Residenziali cd ex art. 26;
 - h) N°prestazioni in Unità di Cure residenziale RD1 estensive
 - i) N°prestazioni in Unità di Cure residenziale RD1 intensive
2. il mix di prestazioni potrà essere diverso nel rispetto di quanto previsto dal successivo art. 4 commi 3,4, e 5, purché siano rispettati i limiti di spesa fissati nel successivo art. 4 e purché l'erogazione delle prestazioni avvenga in corso d'anno nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre di ciascun anno solare. In ogni caso non sarà riconosciuto liquidabile il numero di prestazioni di riabilitazione domiciliare eventualmente eccedente il 30% del totale delle prestazioni di cui alle lettere a), b) e c) del precedente comma 1, fatte salve eventuali diverse attribuzioni che saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura.

Art. 4

(Rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Le prestazioni di cui al precedente art. 3 sono valorizzate e vengono remunerate applicando le seguenti tariffe: per le prestazioni ambulatoriali, ambulatoriali piccolo gruppo, domiciliari, semiresidenziali e residenziali sono applicate le tariffe per la macroarea riabilitazione approvate con DGRC n. 531/2021; per le prestazioni residenziali e semiresidenziali che superano i 240 giorni di degenza per il medesimo paziente, sono applicate le tariffe sociosanitarie approvate con la citata DGRC n. 531/2021, per le prestazioni in Unità di Cure residenziale RD1 estensive ed estensive sono applicate le tariffe di cui alla DGRC 164 del 6/4/2022 e smi;
2. Il limite di spesa e, quindi, il fatturato a carico della ASL, per il periodo 1° gennaio 202__ - 31 dicembre 202__, corrispondente al volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato come segue: *(specificare l'importo 2024 e quello 2025, se diversi)*
 - a) per le prestazioni ambulatoriali : Euro.....;
 - b) per le prestazioni amb P.G. : Euro
 - c) per le prestazioni domiciliari di riabilitazione : Euro
 - d) per le prestazioni semi residenziali: Euro (al netto della quota di compartecipazione dell'utente/Comune, dovuta in caso di superamento dei 240 giorni di degenza e secondo quanto previsto dalla DGR n. 482/2004, stimata in € _____ di cui è unico debitore l'utente o il Comune di residenza);
 - e) per le prestazioni residenziali: Euro (al netto della quota di compartecipazione dell'utente/Comune, dovuta in caso di superamento dei 240 giorni di degenza, stimata in € _____ di cui è unico debitore l'utente o il Comune di residenza);
 - f) per le prestazioni in Unità di cure residenziali RD1 estensive: Euro.....
 - g) per le prestazioni in Unità di cure residenziali RD1 intensive: Euro.....
- a) Nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti nel comma precedente, fermo restando il rispetto della C.O.M. della struttura, è consentito che le strutture, in caso di risparmio dei propri volumi prestazionali di riabilitazione

Schema di contratto ai sensi dell'art. 8- quinquies, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e smi

nei regimi residenziale e semiresidenziale dovuto ad un sotto utilizzo del tasso di occupazione, possono utilizzare tale economia per erogare prestazioni di riabilitazione ambulatoriale/amb. P.G. nel rispetto della Capacità Massima Operativa di ogni struttura purché il volume prestazionale e di spesa delle prestazioni residenziali e semiresidenziali non scenda al di sotto rispettivamente dell'85% e del 75%;

3. Altresì è consentito che un superamento dei limiti di spesa relativo alle prestazioni ambulatoriali P.G. possa essere compensato da un risparmio sul limite di spesa stabilito per le prestazioni ambulatoriali e/o domiciliari; mentre non è consentita la condizione opposta.
4. Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate, il consumo massimo del tetto annuale è fissato al 95% al 30 novembre di ciascun anno solare: pertanto, nulla spetterà alla sottoscritta struttura, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto consumo massimo.
5. La sottoscritta struttura potrà recuperare nel mese successivo l'eventuale volume di prestazioni non richiesto dagli aventi diritto, rispetto alla percentuale massima fissata al comma precedente: si precisa, comunque, che nulla spetterà né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per il caso in cui detto volume non sia stato recuperato entro il termine di durata del presente contratto.

Art. 5

(Criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle vigenti tariffe regionali fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati dalla Regione. Per le prestazioni cui si applica la tariffa per RSA o Centro Diurno socio sanitari, ai sensi della normativa vigente, la sottoscritta struttura privata ha l'obbligo di fatturare alla ASL esclusivamente la quota delle tariffe dovuta per la componente sanitaria, e all'utente/Comune la quota delle tariffe per la componente sociale, secondo le percentuali riportate al punto n. 1 del dispositivo del decreto commissariale n. 77 dell'11 novembre 2011. Per le strutture interessate dalle riconversioni parziali o totali in strutture socio sanitarie al momento della riconversione la residua quota di dodicesimi del tetto di spesa annuo sarà riservata alle prestazioni riconvertite.
2. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, salvo espresso e diverso provvedimento regionale, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile un superamento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale o del Commissario ad acta, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
3. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime non potranno in alcun caso essere remunerate, nemmeno a titolo di indebito arricchimento.

Art. 6

(Modalità di accesso ed erogazione delle prestazioni)

1. L'erogazione delle prestazioni è subordinata alla redazione del progetto riabilitativo individuale (PRI) e autorizzazione da parte dei competenti servizi aziendali.
2. Predisporre e monitora il progetto riabilitativo individuale la UVBR (Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo) di cui alla DGRC n. 482/2004 o, nei casi previsti da specifici atti regionali, quali la DGRC 164/2022, altro organismo di valutazione multidimensionale aventi le funzioni di valutazione del bisogno riabilitativo e redazione e monitoraggio di progetto riabilitativo e, in particolare per l'età evolutiva, i Nuclei territoriali per la neuropsichiatria infantile. I competenti servizi aziendali della ASL sottoscritta autorizzano la erogazione delle prestazioni previste dal PRI, anche per cittadini provenienti da altre ASL, anche in considerazione dell'andamento dell'attività e del consumo di prestazioni nel corso dell'anno, ai fini del rispetto dei tetti prestazionali e di spesa.
3. Nel caso di permanenza del paziente nella sottoscritta struttura erogatrice oltre i 240 giorni come riportato al precedente art. 4 comma 1 per le prestazioni erogate nelle cd strutture ex art. 26, è necessaria valutazione multidimensionale e integrata.
4. Per procedere all'erogazione delle prestazioni la struttura erogatrice è tenuta a verificare preliminarmente la completezza e regolarità del progetto riabilitativo e dell'autorizzazione, segnalando tempestivamente alla ASL eventuali irregolarità o anomalie. La mancata segnalazione alla ASL comporta la non remunerazione della prestazione.

Art. 7**(Obblighi della struttura erogatrice)**

1. La struttura erogatrice sottoscritta, accreditata con il SSR, concorre al raggiungimento e rispetto di obiettivi di sanità pubblica, favorendo le condizioni di maggiore appropriatezza erogativa.
2. Pertanto essa si impegna a svolgere le attività e a erogare le prestazioni nel rispetto delle indicazioni e degli obiettivi indicati nel PRI, relazionando o riferendo al competente servizio aziendale che ha in carico il paziente circa l'andamento del progetto riabilitativo, anche proponendo aggiornamenti o revisioni del PRI o, in caso di inefficacia del trattamento, le dimissioni del paziente. Essa riferisce anche circa il grado di adesione del paziente al PRI, in particolare comunicando alla ASL che ha in carico il paziente i casi in cui la percentuale di partecipazione al progetto riabilitativo non superi il 90% delle prestazioni previste nel periodo di trattamento previsto dal PRI e che comprometta la possibilità di raggiungere gli obiettivi del PRI, comunicando la dimissione del paziente. L'UVBR o altro organismo di valutazione multidimensionale specificamente individuato dalla ASL può esprimere parere contrario alla dimissione entro e non oltre 7 giorni dalla comunicazione della dimissione.
3. La struttura, con riferimento alle prestazioni di cui al precedente art. 3 lettere a) e b) mantiene registri cronologici con numeri d'ordine progressivi distinti per i soggetti in età evolutiva e per gli altri pazienti.
4. La struttura comunica bimestralmente al distretto sanitario di appartenenza le proprie liste d'attesa.
5. La sottoscritta struttura è impegnata ad entrare nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (Sistema INFORmativo saNità CampanIA di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.) e adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale (NSIS- FAR – SISM – STS) dalla Regione o dall'Azienda, anche attraverso il puntuale, completo e corretto conferimento delle informazioni richieste attraverso i sistemi informatici individuati dalla Regione e dall'ASL, anche con riferimento alla alimentazione del File H secondo le indicazioni fornite dalla Regione e dalla ASL.
6. La struttura erogatrice si obbliga a collaborare con i programmi regionali e aziendali di verifica dell'appropriatezza, congruità e legittimità delle prestazioni, predisponendo e mantenendo condizioni organizzative necessarie e utili al corretto e regolare svolgimento dell'attività di controllo.
7. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'erogatore, qualora non tempestivamente rimosso, costituisce giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento. In tal caso la sottoscritta ASL proporrà alla Regione con La struttura erogatrice è responsabile della completezza e qualità dei dati trasmessi. Il delibera motivata la sospensione dell'accREDITAMENTO sino al permanere dell'inadempimento, fatta salva la possibilità che si giunga alla revoca dell'accREDITAMENTO da parte degli organi competenti per grave inadempimento;

Art. 8**(Tavolo Tecnico)**

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto esclusivamente da n. membri di cui n. designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. membri nominati dalla ASL. Il Tavolo viene convocato ogni due mesi.
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari (legali rappresentanti) di strutture erogatrici accreditate ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio congiunto dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti prestazionali di cui all'art. 3 e di spesa definiti dall'art 4;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
 - c) In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che motivatamente procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria, dandone comunicazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute.
 - d) Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura privata si impegna a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento delle fatture relative agli acconti di cui al successivo articolo 9

Art. 9**(Modalità di pagamento delle prestazioni)**

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la sottoscritta struttura privata fatturerà alla Asl un acconto pari al 95% della produzione mensile, oltre Iva se dovuta.

Schema di contratto ai sensi dell'art. 8- quinquies, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e smi

2. Il diritto al pagamento dei suddetti mensili acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono.
3. Il saldo mensile, pari al 5%, oltre Iva se dovuta, sarà fatturato nel modo seguente:
 - entro il 31 maggio per le fatture del primo trimestre (gennaio-febbraio-marzo)
 - entro il 31 agosto per le fatture relative al secondo trimestre (aprile-maggio-giugno)
 - entro il 30 novembre per le fatture relative al terzo trimestre (luglio-agosto-settembre)
 - entro il 28 febbraio dell'anno successivo per le fatture relative al quarto trimestre (ottobre-novembre-dicembre).

Il diritto al pagamento dei suddetti saldi maturerà entro sessanta giorni dalla data della fattura. L'ASL, entro trenta giorni prima dei termini di cui al comma 3, al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, comunica alla struttura quanto liquidabile a saldo; ed eventualmente richiede alla sottoscritta struttura privata eventuali note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4 e art. 9";

4. La ASL entro trenta giorni prima dei termini di cui al comma 3, al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, comunica alla struttura quanto liquidabile a saldo; ed eventualmente richiede alla sottoscritta struttura privata eventuali note credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4 con particolare attenzione ai commi 3-4-5, e art. 9;
5. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della sottoscritta struttura privata, fermo restando che tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il pagamento delle fatture emesse a saldo in corso d'anno non potrà essere effettuato alle scadenze periodiche stabilite nel comma precedente, per la parte corrispondente al superamento della C.O.M. in maturazione.
6. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
7. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
8. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
9. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiari espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
10. Ai fini del rispetto della normativa sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria, sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del presente contratto:

codice IBAN: _____;

presso: _____
 generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto:

_____ impegnandosi a comunicare tempestivamente, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante, eventuali modifiche.

Art. 10

(Efficacia del contratto)

1. Il presente contratto esplica efficacia con riferimento al periodo 1° gennaio 202___- 31 dicembre 202___, nonché al periodo 1° gennaio 202___- 31 dicembre 202___.

Schema di contratto ai sensi dell'art. 8- quinquies, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e smi

2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

**Art. 11
(Norme finali)**

1. Per ogni controversia riguardo all'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.
2. Per qualsiasi controversia tra la sottoscritta struttura privata e la ASL e/o la Regione, anche non inerente al presente contratto, è espressamente escluso il ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere la delibera di Giunta Regionale n. ____ del ____ / ____ / ____, sopra citata.

art. 12

(Precisazione in ordine al valore giuridico dell'Ordine Elettronico)

1. L'ordine di acquisto elettronico, previsto dalle disposizioni vigenti in materia di emissione e trasmissione dei documenti, attestanti l'ordinazione degli acquisti di beni e servizi effettuata in forma elettronica dagli enti del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 414, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, e dei successivi decreti del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 07.12.2018 e del 27.12.2019 (cd. Nodo Smistamento Ordini in formato elettronico – NSO), non costituisce riconoscimento giuridico della quantità e qualità delle prestazioni effettuate e/o da effettuare, ma è un mero strumento di regolarità e trasparenza amministrativa.
2. Pertanto, le prestazioni sanitarie eseguite dalla sottoscritta struttura privata ed il corrispondente valore economico saranno comunque soggette all'applicazione di tutti gli abbattimenti previsti dal presente contratto e/o da altre disposizioni normative nazionali e/o regionali in materia di variazione del volume e del valore medio delle prestazioni e loro limiti, inclusi tutti i controlli della regolarità e dell'appropriatezza prescrittiva, nonché agli abbattimenti del fatturato liquidabile, necessari per assicurare il rispetto dei limiti di spesa fissati dal presente contratto (regressioni tariffarie e/o altre decurtazioni).

**Art. 13
(Clausola di salvaguardia)**

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la sottoscritta struttura privata accetta completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto per il periodo di efficacia dello stesso.
2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati al comma 1 (provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente contratto.

....., ____ / _____

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 9, comma 6: ("A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito"); art. 11, comma 1: ("Per ogni controversia riguardo all'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL"); e l'intero art. 13 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

....., ____ / _____ 202__

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Amedeo Blasotti, in virtù dei poteri conferitigli con D.P.G.R. n.103 del 04/08/2022 in esecuzione della D.G.R.C. n. 323 del 21/06/2022, alla stregua dell'istruttoria espletata e riassunta in narrativa e letta la proposta del Direttore della U.O.C. proponente,

VISTI

PARERE del DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Giuseppe Tarantino

Favorevole:

F.to

Non Favorevole :

(Vedi motivazioni allegate)

PARERE del DIRETTORE SANITARIO

Dott. Saverio Misso

Favorevole :

F.to

Non Favorevole :

(vedi motivazioni allegate)

DELIBERA

Per tutti i motivi di cui in premessa, che si intendono integralmente riportati, di adottare il presente provvedimento, nulla scosta ed in conformità della proposta:

Di prendere atto

- della D.G.R.C. n.407/2024;
- della nota metodologica (All.01);
- della tabella (TAB 01) che dettaglia per ogni Centro Ambulatoriale di Riabilitazione, il limite di spesa ed i relativi volumi prestazionali delle prestazioni riabilitative erogabili nell' anno 2025;
- dell'allegato verbale (ALL.A) del tavolo tecnico svoltosi in data 06/09/2024;
- dello schema di contratto denominato ALL.C di cui alla DGRC n. 407/2024 per l'erogazione nell'anno 2025 delle prestazioni riabilitative ex art 26 L.833/78

Rendere la presente immediatamente esecutiva

- Sarà cura della U.O.C. proponente notificare il presente atto ai Centri e Presidi Ambulatoriali di Riabilitazione e alle Associazioni di Categoria
- di disporre la trasmissione del presente provvedimento al Collegio Sindacale ed all'U.O.C. Acquisto e Controllo Prestazioni Esterne Strutture Accreditate
- di disporre la pubblicazione della presente deliberazione all'Albo pretorio aziendale on-line ai sensi dell'art.32 -comma 1- della legge 18 giugno 2009, n.69.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Amedeo Blasotti

F.to

ATTESTATO di PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio di questa A.S.L. dal giorno 15 OTT, 2024 e vi resterà per giorni 15 (quindici).

IL RESPONSABILE DELLA SEGRETERIA



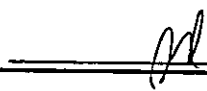
La presente deliberazione è divenuta esecutiva per il decorso termine di giorni 10 (dieci) dalla data di pubblicazione, ai sensi dell'art. 35,co.6 della Legge Regionale n. 32 del 03/11/94 del.....

IL RESPONSABILE DELLA SEGRETERIA

La presente deliberazione viene resa immediatamente eseguibile per l'urgenza

Addì.....15 OTT, 2024

Il Funzionario



Trasmessa copia della presente deliberazione al Collegio Sindacale, ai sensi dell'art.3 ter del D.Lgs. 19 giugno 1999 n. 229 es.m.i. in data _____ con nota n. _____

Il Funzionario

TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art. 35, della Legge Regionale n. 32 del 03/11/94 con nota n° _____ del

Il Funzionario

PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione della G.R.C.n° _____ del _____

Decisione _____

Il Funzionario

Trasmissione ai Servizi copia della presente deliberazione per quanto di competenza :

SERVIZIO _____ in data _____ per ricev. _____

SERVIZIO _____ in data _____ per ricev. _____

SERVIZIO _____ in data _____ per ricev. _____