

ASL SALERNO

Azienda Sanitaria Locale Salerno

- **Coordinamento Tecnico Attività Sanitarie**
- **S.C. di Programmazione e Controllo Committenza**

Via Nizza, 146- 84124 Salerno

Tel: 089/ 693659- Fax: 089/693511

e-mail: f.pagano@aslsalerno.it

pec: pc.committenza@pec.aslsalerno.it

Prot. n.

181349

Salerno, 30 AGO. 2016

Ai Legali Rappresentanti delle Strutture Erogatrici-
Macroarea: Riabilitazione –Salute Mentale e Socio sanitario.

E p.c. Al Direttore Generale Dr. Antonio Giordano
Al Direttore F.C. Economico Finanziario
Ai Direttori di Distretto
Alle Associazioni di Categoria

Loro Sedi

Oggetto : -Acquisizione- Decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano: n. 85 del 08.08.2016- Definizione per gli esercizi 2016 e 2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati – Notifica alle Strutture Erogatrici-

Con la presente, in attesa della definizione dei tetti di spesa e successiva stesura del contratti attinente al DCA specificato in oggetto, che si allega, si coglie l'occasione per precisare alcuni elementi fondamentali a cui attenersi, secondo quanto disposto dalla normativa regionale vigente in materia:

1. Il numero delle prestazioni domiciliari e il corrispettivo riconoscimento economico, non deve superare il 30% del totale delle prestazioni ambulatoriali-ambulatoriali piccolo gruppo-domiciliari. Le stesse possono essere erogate esclusivamente a cittadini residenti o comunque assistibili dall'ASL Salerno, e a cittadini residenti nelle ASL confinanti territorialmente (Asl Avellino e Asl Napoli 3) previo nulla osta dell'ASL Salerno. Almeno l'80% del volume prestazionale in regime ambulatoriale è riservato a cittadini residenti nel territorio della ASL Salerno e comunque da essa assistibili.
2. Il 40% del volume complessivo delle prestazioni ambulatoriali di riabilitazione ex art. 26, deve essere riservato a soggetti in età evolutiva;
3. Al fine di assicurare la continuità assistenziale per tutto l'anno, il consumo delle prestazioni di riabilitazione di cui all'art. 26 Legge 833/78, al 30 novembre, non dovrà superare il 95% del tetto annuale. L'ASL nulla riconoscerà agli erogatori, nè a titolo di compenso, nè a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto limite. Per l'esercizio 2017, i limiti di prestazioni e di spesa saranno applicati ripartendoli in dodicesimi su base mensile. Il rispetto di questo vincolo sarà verificato sul progressivo delle prestazioni rese in corso d'anno, con una oscillazione mensile non superiore al 30% del tetto mensile, nei limiti della capacità produttiva massima della struttura, e con obbligo di recuperare il superamento entro i tre mesi successivi e,

- comunque, entro il 31 dicembre 2017. Le prestazioni rese in eccesso rispetto alla suddetta oscillazione massima mensile non saranno remunerate;
4. Le prestazioni contrattualizzate verranno valorizzate e remunerate applicando le seguenti tariffe: per le prestazioni ambulatoriali, ambulatoriali piccolo gruppo, domiciliari, semiresidenziali e residenziali sono applicate le tariffe approvate con DCA n. 153/2014; per le prestazioni residenziali e semiresidenziali che superano i 240 giorni di degenza per il medesimo paziente, sono applicate le tariffe approvate con DCA n. 110/2014, fatti salvi i casi previsti dalle linee guida regionali sulla riabilitazione approvate con DGR n. 482 del 2004 laddove le esigenze riabilitative non possono essere soddisfatte in RR.SS.AA;
 5. Gli eventuali incrementi dei volumi di prestazioni e/o dei limiti di spesa delle prestazioni di RSA/Hospice e altre prestazioni sociosanitarie, dovranno essere coperti con la riduzione dei volumi prestazionali relativi alla riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78;
 6. Il superamento dei limiti prestazionali e di spesa dei regimi semiresidenziale e residenziale potrà essere compensato da un risparmio sul tetto di spesa stabilito per prestazioni ambulatoriali e domiciliari, mentre non sarà consentita la condizione opposta;
 7. Per le strutture interessate dalle riconversioni parziali o totali in strutture socio sanitarie (ex DCA 116/14) al momento della riconversione la residua quota di dodicesimi del tetto di spesa annuo sarà riservata alle prestazioni riconvertite;
 8. Nel caso di permanenza del paziente oltre i 240 giorni, laddove la sua patologia non rientri tra le eccezioni di cui alla DGRC n. 482/2004, il paziente dovrà essere rivalutato dall'U.V.I. (competente per prestazioni socio-sanitarie) e non più dall'U.V.B.R. (competente per prestazioni riabilitative ex art. 26 L. 833/78);
 9. La struttura erogatrice è tenuta a verificare preliminarmente la completezza e regolarità del progetto riabilitativo e dell'autorizzazione, segnalando tempestivamente all'ASL eventuali irregolarità o anomalie. La mancata segnalazione all'ASL comporta la non remunerazione della prestazione; si impegna altresì 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 all'ASL che ha in carico il paziente i casi in cui la percentuale di partecipazione al progetto riabilitativo non superi l'85% delle prestazioni previste nel periodo di trattamento previsto dal PRI e che comprometta la possibilità di raggiungere gli obiettivi del PRI, proponendo la dimissione del paziente. La mancata segnalazione all'ASL comporta la non remunerazione della prestazione.
 10. Al fine di garantire trasparenza, la Struttura si obbliga a rilasciare all'utente, al momento della prenotazione, attestazione del n. d'ordine progressivo e data della stessa; con riferimento alle prestazioni ambulatoriali, mantiene registri cronologici con numeri d'ordine progressivi distinti per i soggetti in età evolutiva e per gli altri pazienti. Inoltre, la struttura è tenuta a comunicare bimestralmente all'ASL le proprie liste d'attesa.

Addì 30/08/2016

F.to
**Il Direttore S.C. di Programmazione
Controllo Committenza
Dr. Federico Pagano**

Prot . n. 483/30.08.2016

Salerno,30 agosto 2016

Ai Direttori di Distretto

E p.c. Al Direttore Generale Dr. Antonio Giordano
Alle Associazioni di Categoria

Loro Sedi

Oggetto :Decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano: n. 85 del 08.08.2016- Definizione per gli esercizi 2016 e 2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati – LINEE GUIDA PER LE ATTIVITA' DI RIABILITAZIONE --

Considerata la necessità, peraltro già nota, di impostare dei protocolli per omogeneizzare l'attività delle UU.VV.BB.RR. distrettuali, al fine di evitare valutazioni approssimative o non adeguate alla normativa regionale vigente, si invitano le SS.LL. ad adeguarsi a quanto disciplinato dalla Regione Campania in tema di assistenza riabilitativa. In particolare, con la recente pubblicazione del D.C.A n. 85/2016, è stato ribadito che i progetti riabilitativi hanno di norma una durata di 240 giorni, fatte salve le eccezioni previste **dalla DGRC n. 482/2004, e più precisamente per:**

- i pazienti affetti da gravi patologie a carattere involutivo (sclerosi multipla, distrofia muscolare, sclerosi laterale amiotrofica, malattia di Alzheimer), alcune patologie congenite su base genetica, con gravi danni cerebrali o disturbi psichici, i pluriminorati anche sensoriali, per i quali il progetto riabilitativo può estendersi anche oltre senza limitazioni;
- i pazienti affetti da patologie cronico-degenerative cardiache e polmonari con grave compromissione funzionale (insufficienza cardiaca 3^a-4^a classe NYHA, insufficienza respiratoria)
- i pazienti "stabilizzati" nella loro condizione di non perfetto recupero funzionale per i quali possono essere previsti cicli riabilitativi minori anche su base annua (Mantenimento).

Pertanto le UVBR, nella valutazione del fabbisogno riabilitativo, devono anche valutare la sussistenza delle suddette patologie per procedere, in questi casi, alla prescrizione del trattamento riabilitativo ex art. 26, prescindendo dal termine dei 240 giorni che non rappresenta assolutamente un limite alle attività residenziali e semiresidenziali laddove sussistano le suddette condizioni.

A tal proposito è utile richiamare altre disposizioni delle Linee Guida suddette relativamente all'inquadramento terapeutico ex art. 26. Ai sensi del punto 5.4 della DGRC n. 482/2004 è disposto quanto segue:

La tipologia dei soggetti trattati ai fini riabilitativi può essere convenientemente rappresentata dai seguenti indicatori:

- *la menomazione;*
- *la patologia;*
- *la presenza di una o più disabilità;*
- *la gravità delle disabilità;*
- *il livello prognostico;*
- *l'età, come condizione che modifica qualitativamente il bisogno di riabilitazione sia nell'età evolutiva sia, seppure in modo diverso, nell'età anziana.*

Per l'identificazione delle patologie si può far riferimento all'elenco delle classi di menomazioni (tabella A), mentre per l'individuazione delle disabilità si può utilizzare la International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps facendo riferimento - allo scopo di renderla gestibile senza particolari difficoltà - alle sole categorie e alle sottoclassi di disabilità (tabella B).

In presenza di queste patologie si rende quindi necessario, in particolare per stabilire la necessità di trattamenti ex art. 26 L. 833/78, integrare la loro denominazione con una indicazione che metta in chiara evidenza il grado di gravità della disabilità del soggetto e il livello prognostico, utilizzando in simultanea e congiuntamente gli altri due indicatori ICIDH (tabelle C e D).

Di norma si ritiene che possano essere ammesse alle prestazioni riabilitative ex art. 26 pazienti che, oltre alle menomazioni comprese nella suddetta classificazione (Tabella A), presentino almeno due delle situazioni di disabilità (Tabella B) di cui si è detto sopra ed un livello di gravità non inferiore al grado 3° (Tabella C) e un livello prognostico non inferiore a 2 (valutazione ICIDH della disabilità medio – grave).

E' palese che la valutazione della patologia disabilitante deve obbligatoriamente riguardare più indicatori, non potendo limitarsi al riscontro di uno solo di essi (cfr. circolare Asl Salerno prot. 121 del 22/02/2010 laddove si evidenzia che, ad esempio, l'età anagrafica da sola non può indirizzare verso un tipo di trattamento piuttosto che ad un altro).

Da tutto quanto sopra rappresentato, pertanto, ribadiamo l'invito alle SS. LL. di fornire alle UU.VV.BB.RR., delle disposizioni più complete per procedere all'attività sopra richiamata e per evitare valutazioni limitate e incongrue e soprattutto inappropriate.

Si allega:

DCA n.85/2016 -DGRCn.482/2004

Addì 30/08/2016

F.to

Il Direttore S.C. di Programmazione

Controllo Committenza

Dr. Federico Pagano