



AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 1 CENTRO
U.O.C. Monitoraggio e Controllo Attività di Riabilitazione

Verbale del 29/07/2024

Seduta del Tavolo Tecnico convocata dal dott. Nicola Abbamondi, Direttore UOC Monitoraggio e Controllo Attività di Riabilitazione, con il seguente ordine del giorno:

- **Adempimenti di cui alla DGRC n. 341 del 11/07/2024 e relativi contratti**

Per l'ASL Napoli 1 Centro presenti: dott. Nicola Abbamondi, dott. Maurizio Cartalemi, Dirigente Amministrativo UOC Monitoraggio e Controllo Attività di Riabilitazione,

Per le Associazioni presenti: Marco Mosca per ANISAP, Giovanni Severino per CONFINDUSTRIA, Antonio Addonizio per FEDISALUTE, Saetta per AIAS, Polizzi per ASPAT, Gambardella per AISIC, Lardo per ARIS, Antonio Amato per GIFFAS (per delega).

La parte pubblica comunica che, dopo la pubblicazione della DGRC n.341/2024, sono sorti alcuni dubbi interpretativi in particolare sulla quota del 5% di cui al punto 4 della Relazione Tecnica – Allegato A ovvero se l'accantonamento di cui alla tabella Allegato B (ultima colonna a destra) debba essere ricompresa o meno all'interno del tetto globale.

Si procede collegialmente ad una verifica delle cifre da cui si evince che se il calcolo viene effettuato sul volume delle prestazioni relative al tetto delle prestazioni ambulatoriali il corrispettivo economico è esattamente quello contenuto nella tabella all'interno dei tetti di spesa ($682.350 \times 44,24 = 30.187$). Ciò consente di dedurre che gli importi di cui all'ultima colonna siano da ritenersi extra budget rispetto al tetto assegnato. Peraltro, la stessa colonna è denominata "Accantonamento Asl per ulteriori prestazioni ambulatoriali rese extra tetto".



Le Associazioni all'unanimità prendono atto di questo calcolo e sono concordi sul fatto che le cifre di cui alla prima colonna ambulatoriale della tabella elaborata dalla UOC sono da intendere al netto della cifra del 5% di accantonamento.

L'ASPAT chiede che venga messa a verbale una sua dichiarazione:

"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 Napoli 1 Centro esprime i dati seguenti:

	Budget	Incremento €	Prestazioni Amb	Incremento PST
Anno 2023	28.877	-	652.734	-
Anno 2024	30.187	+ 1.310 (4,5%)	682.350	+ 29.616 (4,5%)
Anno 2025	30.867	+ 1.990 (6,9%)	697.724	+ 44.990 (6,9%)

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 € 1.524.000 – 34.448 prestazioni.
- Anno 2025 € 1.558.000 – 35.216 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 una 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. 68.896 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 l'anno 2020 della pandemia e che il termine "riconosciuti" deve necessariamente contemplare tutti i volumi prestazionali desumibili dal FILE H che a consuntivo di esercizio sono stati liquidati.

PROPOSTE ASSOCIATIVE.

1. Per quanto riguarda la definizione del tetto aggiuntivo previsto quale accantonamento per ulteriori prestazioni ambulatoriali, le Associazioni di Categoria, 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, propongono 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 erogarsi 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".

Non avendo altro da discutere, il verbale viene chiuso alle ore 12.00

CONFIDENTIALE

ASPAT
Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale
Impero Palace - Via Impero, 10 (già Via G. Luraghi)
80018 POMIGLIANO D'ARCO (NA)
Cod. Fiscale e Partita I.V.A. 03964321219

ASISIC

ACIAS

Antonio Abbate FEDISACUITE

GiPPAS ETS

AKIS



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;*

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 disequaglianze budgettarie tra i vari territori, in uno all'applicazione di quanto stabilito all'articolo 6 della L.R. n.18 sulle c.d. *“premierità”*.

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.



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

Dipartimento 50 - GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

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

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

Oggetto dell'Atto:

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

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

PREMESSO che

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

PREMESSO, altresì, che

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

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

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

VISTI, altresì,

- a) la Legge Regionale n. 18 del 29/12/2022 recante "Disposizioni per il contrasto al dumping contrattuale nel Servizio Sanitario Regionale", all'art. 6 introduce disposizioni finalizzate a contrastare fenomeni di "dumping contrattuale" e garantire la stabilità dell'occupazione, introducendo un criterio premiale nell'assegnazione delle risorse economiche alle strutture sanitarie accreditate con il Servizio sanitario regionale nella macroarea della riabilitazione e socio-sanitaria che applicano il Contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) per le lavoratrici e i lavoratori del comparto della sanità privata, con i trattamenti giuridici ed economici più vantaggiosi a tutela dei lavoratori;
- b) gli esiti dei lavori del Gruppo di Lavoro tecnico, costituito giusta nota del Direttore Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale prot. N. 0581785 del 30/11/2023 che, previa ricognizione dei contratti collettivi di lavoro vigenti ed applicabili in materia ha individuato gli istituti contrattuali maggiormente rappresentativi al fine di procedere ad una comparazione della regolamentazione concernente il trattamento economico e giuridico di riferimento di ciascun contratto;
- c) la griglia finale elaborata dal citato Gruppo di Lavoro Tecnico contenente, per ogni CCNL, l'attribuzione ai vari istituti contrattuali (con riferimento alle indicazioni dell'ANAC), della relativa pesatura e annesso criterio di valutazione, da cui risulta maggiormente favorevole per la tutela dei lavoratori l'applicazione del "CCNL AIOP" siglato l'8 ottobre 2020;

PRESO ATTO dall'istruttoria dei competenti Uffici regionali che

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

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

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

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

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

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

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

RITENUTO di dover:

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

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

PROPONE e la Giunta, in conformità, a voto unanime

DELIBERA

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

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

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

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

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

ALLEGATO B

STRUTTURE DI RIABILITAZIONE EX ART. 26 LEGGE 833/78 - Limiti prestazionali e di spesa anno 2024

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				Premialità ex art. 6 Legge Regionale n. 18 del 29.12.2021		TOT valorizz. Riabilitazi one			
	res (compreso rd1 int/est)		n. Prestazio ni ambolato riali		res (compreso rd1 int/est) e semires		AMB PG DOM		Valorizzaz ione ambolato riale					
	AMB	AMB PG	DOM	AMB PG	DOM	AMB PG	DOM	AMB PG	DOM	AMB PG		DOM		
AV	197.097	5.641	80.593	53.760	984	737	338.812	8.720	83	3.880	5.919	44	87	18.732
BN	214.195	6.272	89.594	28.220	1.063	439	339.784	9.476	92	4.313	3.406	47	57	17.392
CE	535.036	15.297	218.523	49.377	2.354	1.261	821.848	23.670	225	10.520	4.070	104	102	38.691
NA1	682.350	19.780	282.569	188.445	5.226	2.904	1.181.275	30.187	292	13.603	13.526	231	208	58.047
NA2	691.415	19.857	283.676	113.407	5.411	2.697	1.116.463	30.588	293	13.656	11.535	239	259	56.570
NA3	799.571	23.172	331.034	122.849	3.526	597	1.280.749	35.373	342	15.936	13.311	156	67	65.185
SA	633.501	18.228	260.403	287.496	985	2.757	1.203.370	28.026	269	12.536	30.105	43	329	71.308
	3.753.166	108.247	1.546.393	843.553	19.549	11.392	6.282.300	166.040	1.596	74.443	81.872	864	1.109	325.924

Accantonamento ASL per ulteriori prestazioni ambulatoriali e amb. PG rese extra tetto (come da all. A, punto 4)	440
	478
	1.195
	1.524
	1.544
	1.786
	1.415
	8.382

STRUTTURE DI RIABILITAZIONE EX ART. 26 LEGGE 833/78 - Limiti prestazionali e di spesa anno 2025

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				Premialità ex art. 6 Legge Regionale n. 18 del 29.12.2021		TOT valorizz. Riabilitazi one			
	res (compreso rd1 int/est)		n. Prestazio ni ambolato riali		res (compreso rd1 int/est) e semires		AMB PG DOM		Valorizzaz ione ambolato riale					
	AMB	AMB PG	DOM	AMB PG	DOM	AMB PG	DOM	AMB PG	DOM	AMB PG		DOM		
AV	201.482	5.641	76.564	53.760	984	737	339.168	8.914	83	3.686	5.919	44	87	18.732
BN	219.070	6.272	85.114	28.220	1.063	439	340.179	9.692	92	4.097	3.406	47	57	17.392
CE	546.925	15.297	207.597	49.377	2.354	1.261	822.811	24.196	225	9.994	4.070	104	102	38.691
NA1	697.724	19.780	268.441	188.445	5.226	2.904	1.182.520	30.867	292	12.923	13.526	231	208	58.047
NA2	706.849	19.857	269.492	113.407	5.411	2.697	1.117.713	31.271	293	12.973	11.535	239	259	56.570
NA3	817.582	23.172	314.482	122.849	3.526	597	1.282.208	36.170	342	15.139	13.311	156	67	65.185
SA	647.669	18.228	247.393	287.496	985	2.757	1.204.518	28.653	269	11.909	30.105	43	329	71.308
	3.837.302	108.247	1.469.073	843.553	19.549	11.392	6.289.116	169.762	1.596	70.721	81.872	864	1.109	325.924

Accantonamento ASL per ulteriori prestazioni ambulatoriali e amb. PG rese extra tetto (come da all. A, punto 4)	450
	489
	1.221
	1.558
	1.578
	1.826
	1.446
	8.568



Associazione
Sanità
Privata
Accreditata
Territoriale

VOLUMI PRESTAZIONALI ASSEGNATI AL PRIVATO ACCREDITATO

	DGRC 33	DGRC 341
AMBULATORIALE	3.572.164	3.753.166 + 19.549 (L.18) = 3.772.715
AMBULATORIALE PICCOLO GRUPPO	108.247	108.247
DOMICILIARE	1.546.393	1.546.393
RESIDENZIALE SEMIRESIDENZIALE	852.938	843.553 + 11.392 (L.18) = 854.945
TOTALE	6.079.742	6.282.300

Per anno 2024

+ 202.558

di cui:

Ambulatoriale = + 200.551

Residenziale e Semiresidenziale = + 2.007

***Per l'anno 2025 le modifiche riguardano:**

	2024	2025	
AMBULATORIALE	3.753.166	3.837.302	+ 84.136
DOMICILIARE	1.546.393	1.469.073	- 77.320
TOTALE	6.282.300	6.289.116	+ 6.816



Associazione
Sanità
Privata
Accreditata
Territoriale

VOLUMI ECONOMICI (BUDGET) ASSEGNATI AL PRIVATO ACCREDITATO

	DGRC 33	DGRC 341
AMBULATORIALE	158.033.000	166.040.000 + 864.000 (L.18) = 166.904.000
AMBULATORIALE PICCOLO GRUPPO	1.596.000	1.596.000
DOMICILIARE	74.443.000	74.443.000
RESIDENZIALE SEMIRESIDENZIALE	81.803.000	81.872.000 + 1.109.000 (L.18) = 82.981.000
TOTALE	315.875.000	325.924.000

Per anno 2024
TOTALE = € + 10.049.000
rispetto al tetto 2023

di cui:

Ambulatoriale = + 8.871.000
Residenziale e Semiresidenziale = € + 1.178.000

ATTENZIONE

La quota ambulatoriale può essere incrementata dalla voce "prestazioni rese extratetto" (come da allegato A punto 4) e coperta dal finanziamento previsto come "accantonamento ASL per ulteriori prestazioni ambulatoriali".

In cifre: anno 2024 + € 8.871.000 (tetto ordinario)
+ € 8.382.000 (tetto aggiuntivo)
Tot + € 17.253.000

Infatti, i conti tornano:

il programmato incremento dei volumi prestazionali del setting ambulatoriale pari a N. 200.551 per tariffa unitaria di € 44,24 (ex DGRC 531/2021) = ad € 9.757.176,24 a cui si deve aggiungere il valore economico dell'extra tetto (o tetto aggiuntivo) nella misura e non oltre il 10% del budget attribuito alle singole strutture (in analogia alla specialistica ambulatoriale).

***Per l'anno 2025 le modifiche riguardano:**

	2024	2025	
AMBULATORIALE	166.040.000	169.762.000	+ 3.722.000
DOMICILIARE	74.443.000	70.721.000	- 3.722.000
TOTALE	325.924 000	325.924.000	0