



Da aspat@pec.it

Ill.mo Direttore Generale

Ing. Gennaro Sosto

direzione generale@pec.aslsalerno.it

pc Al Direttore f.f. UOC Assistenza Accreditata

Dott.ssa Ernesta Mele

assistenzaaccreditata@pec.aslsalerno.it

ASL SALERNO

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 Salerno esprime i dati seguenti:**

	Budget	Incremento €	Prestazioni Amb	Incremento PST
Anno 2023	26.612	-	601.532	-
Anno 2024	28.026	+ 1.414 (5,3%)	633.501	+ 31.969 (5,3%)
Anno 2025	28.653	+ 2.041 (7,6%)	647.669	+ 46.137 (7,6%)



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 € 1.415 – 31.984 prestazioni.
- Anno 2025 € 1.446 – 32.685 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. 63.968 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.

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
Dr. Pier Paolo Polizzi

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



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 \Rightarrow + 202.558
- anno 2025 \Rightarrow + 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.



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...

- 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.;

- 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	45.390	135.460	1.030.877	32.689	6.990	2.490	20.960	63.129	693	63.822
TOTALE	4.792.109	230.530	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	O	P
	centri operanti nella ASL	addebiti da altre regioni	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 (FKT)		
	Q	R	S
	Limite di spesa 2014 a tariffa	Limite 2014 spesa netta (3)	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 ricetta nazionale regionale

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



Associazione
Sanità
Privata
Accreditata
Territoriale

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'AGENS 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 intraregionale
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 AA.SS.LL.;**
 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.

- (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:

- 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.;
- 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	Riabilitazione 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	16.532	66.640
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	901.083	6.114.880	157.639	1.592	74.258	84.821	318.310

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	Riabilitazione 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	891.393	6.105.190	157.639	1.592	74.258	84.125	317.614

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



Associazione
Sanità
Privata
Accreditata
Territoriale

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.

