



## **Delibera della Giunta Regionale n. 349 del 07/07/2022**

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 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.**

- 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, 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;
- d) il DCA 14/2017 di approvazione dei "Programmi Operativi 2016-2018" prevede l'intervento 6.1 "Rapporti con gli erogatori privati" in cui ribadisce la finalità, per il triennio di riferimento, del miglioramento dell'appropriatezza delle attività erogate dai privati accreditati, riepilogando le misure già previste dai decreti già adottati di definizione dei limiti di spesa;
  - e) il DCA 92/2021 e s.m.i. ha definito i limiti prestazionali e di spesa per gli esercizi 2020/2021 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;
  - f) la DGRC 531 del 30/11/2021 sono state aggiornate le tariffe delle prestazioni di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78 di cui al DCA 153/2014;
  - g) con DGRC 532 del 30/11/2021 si è proceduto all'adeguamento dei limiti di spesa per l'anno 2021 di cui alla DGRC 92/2021 e s.m.i. per la macroarea della riabilitazione territoriale ex art. 26 Legge 833/78 in applicazione dell'aggiornamento tariffario deliberato con la DGRC 531 del 30/11/2021;

#### VISTI:

- a) i DD.CC.AA. 23/2015 e 23/2016, 24/2016, 69/2017, 70/2017 con i quali sono stati approvati i percorsi riabilitativi rispettivamente per pazienti con ictus, Disturbi specifici dell'apprendimento, frattura di femore e BPCO;

#### PRESO ATTO

- a) del documento del Ministero della Salute relativo al "Monitoraggio dell'assistenza territoriale in Regione Campania" del dicembre 2013 elaborato dal SIVeAS (Sistema di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria) su fonte dati NSIS che evidenzia per l'assistenza ai disabili nel 2011, che la Regione Campania, offre una assistenza in regime domiciliare superiore rispetto al valore medio delle Regioni in Piano di Rientro;
- b) dei dati di produzione registrati che evidenziano fenomeni di mobilità intraregionale per prestazioni riabilitative, sia ambulatoriali che domiciliari, non coerenti con la contiguità delle AASSL di residenza e di erogazione;
- 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;
- d) del flusso informativo regionale file H che registra, tra l'altro, il fatturato e il numero di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 ambulatoriali, domiciliari, residenziali e semiresidenziali rese dai centri erogatori pubblici e privati provvisoriamente/definitivamente accreditati insistenti sul territorio della Regione Campania;
- e) degli squilibri territoriali emersi anche dall'analisi della mobilità intraregionale risultante dai dati disponibili da file H, in funzione della residenza degli utenti che usufruiscono delle prestazioni di riabilitazione;
- f) dello squilibrio territoriale relativo ai regimi residenziale e semiresidenziale, attribuibile alla ubicazione fisica delle strutture, il cui riequilibrio sarà possibile nel medio periodo attraverso l'avanzamento delle riconversioni previste nei Programmi Operativi 2016-2018;
- g) dei dati di produzione disponibili che ancora confermano una notevole quantità di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 ambulatoriali erogate in favore di pazienti in età evolutiva;
- h) del monitoraggio dei dati di produzione file H fino al 2021 che evidenziano e confermano diversi elementi di criticità che limitano l'accesso ai trattamenti riabilitativi da parte di nuovi pazienti:
  - 1) numero elevato di pazienti che permangono in riabilitazione ambulatoriale/domiciliare per più anni;
  - 2) scarso ricorso allo strumento di prestazioni ambulatoriali piccolo gruppo, che rappresenta soltanto 1% rispetto al totale delle prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali piccolo gruppo, nonostante sia considerato setting appropriato, specie in età preadolescenziale e adolescenziale, in diverse condizioni patologiche;
- i) dei dati di produzione file H anni 2015/2017 che evidenziano, così come riportato nel DCA 41/2018 e confermati anche dai dati File H fino al 2021, relativamente alla indicazione delle diagnosi, numerosi casi di incompletezza o incoerenza tra patologia e valutazione funzionale/età del paziente e trattamento riabilitativo prescritto;
- 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 al DCA 41/2018;



- 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;
- l) dell'adeguamento dei sistemi informativi attualmente in uso per integrare la rilevazione delle patologie attraverso la codifica ICD10 e ICF e consentire la gestione informatica del percorso riabilitativo, dal progetto riabilitativo fino alla sua conclusione, e la gestione dell'accesso dei pazienti alle prestazioni riabilitative;

TENUTO CONTO, altresì, che è in via di attuazione il Sistema Informativo per la riabilitazione (SIR) che rappresenterà un valido strumento ai fini del monitoraggio, della definizione e dell'aggiornamento del fabbisogno dell'assistenza riabilitativa;

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

- a) aggiornare la programmazione e fissare per l'anno 2022, con validità anche per l'anno 2023 salvo aggiornamenti, i volumi di prestazioni e i correlati valori di spesa per la macroarea della riabilitazione territoriale ex art. 26 Legge 833/78;
- 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;
  - 3. promozione del maggior ricorso al setting ambulatoriale piccolo gruppo;
  - 4. per il setting ambulatoriale piccolo gruppo, i valori esposti all'allegato 1 sono da intendersi come valore minimo, atteso che le AASSLL possono incrementarli diminuendo i volumi prestazionali ambulatoriale e domiciliare
  - 5. per le prestazioni domiciliari si conferma il limite massimo del 30% del volume complessivo di prestazioni ambulatoriali e domiciliari;
  - 6. per le prestazioni semiresidenziali e residenziali sulla base dei posti letto accreditati, confermando la stima di un tasso di occupazione rispettivamente dell'85% e del 95% delle giornate di degenza, e un volume complessivo di prestazioni superiori ai 240 giorni per paziente tra il 50% e il 60% del totale a cui si applicano, ai sensi del DCA n. 6/2010 le tariffe di cui alla richiamata DGRC 531/2021, al netto della quota di compartecipazione a carico dei Comuni/Ambiti o degli utenti ai sensi del DPCM 29/11/2001 sui L.E.A., confermata dal DPCM 17 gennaio 2017;
- c) stabilire che i tetti prestazionali e i correlati volumi di spesa determinati con il presente provvedimento si applicano per l'anno 2022, e per il successivo anno 2023, salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti;
- d) precisare:
  - d1) che 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;
  - d2) che al fine di assicurare la continuità assistenziale per tutto l'anno solare di prestazioni di riabilitazione di cui all'art. 26 Legge 833/78, il consumo del tetto annuale stabilito con il presente provvedimento è limitato massimo al 95% entro il 30 novembre per ciascun anno di riferimento;
  - d3) che, pertanto, 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 2;
- e) precisare che:
  - e1) in linea con le disposizioni di cui alle Linee Guida per la riabilitazione emanate con la delibera della Giunta Regionale n. 482 del 25 marzo 2004 (BURC n. 22/2004) - che al punto 5.2 che prevede "... la terapia domiciliare è prescritta in maniera tecnicamente motivata, limitatamente a pazienti intrasportabili o



- c. di dover stabilire che le AA.SS.LL., entro 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento individuino le quantità di prestazioni da acquistare da ciascuna struttura accreditata per prestazioni di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78 per l'anno 2022, stipulando i relativi contratti secondo lo schema allegato 3, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
- d. in considerazione del fatto che i trattamenti riabilitativi si sviluppano in cicli e non per singole prestazioni, 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;
- e. di dover stabilire che la presente deliberazione sarà immediatamente notificato alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste a tutti ai centri privati accreditati che erogano prestazioni di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78;
- f. di dover 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;
- g. di dover 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;
- h. di dover 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;
- i. di dover 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;
- j. di dover 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 2022 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. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);
- k. di dover 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 programmare per gli anni 2022/2023 i volumi di prestazioni e i correlati volumi di spesa per la macroarea della riabilitazione territoriale ex art. 26 Legge 833/78;
- 2) di stabilire per ciascuna Azienda Sanitaria Locale, secondo quanto risulta nel documento Allegato n. 1 al presente provvedimento, i volumi massimi di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 ed i correlati volumi di spesa secondo i seguenti criteri:
  - a. per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari, in continuità e ad integrazione di quanto già previsto con il DCA n. 90/2014 e confermato con il DCA n. 85/2016, 41/2018 e DGRC 394 del 22/9/2021, prevedere una integrazione al criterio della spesa storica per ASL per la determinazione dei tetti di spesa, diversificando la riduzione delle prestazioni ambulatoriali e domiciliari in funzione della posizione di ciascuna ASL rispetto alla media regionale pro capite con i seguenti criteri: - per le ASL di Avellino e Caserta, che risultano al di sotto della media regionale, i volumi massimi 2022/2023 delle prestazioni ambulatoriali e domiciliari sono



stati incrementati rispetto ai limiti di spesa fissati per gli anni 2020/2021 in modo tale da ridurre la distanza del numero di prestazioni pro capite di ciascuna di esse dalla media regionale al fine di un progressivo riequilibrio territoriale tra le AA.SS.LL.;

- b. che l'integrazione dei limiti prestazionali e conseguenti volumi di spesa di prestazioni ambulatoriali/ambulatoriali piccolo gruppo/domiciliare per l'ASL di Avellino e Caserta, di cui al presente provvedimento, tiene conto anche di eventuali maggiori esigenze derivanti da contenziosi definiti o in via di definizione;
  - c. promozione del maggior ricorso al setting ambulatoriale piccolo gruppo;
  - d. per il setting ambulatoriale piccolo gruppo, i valori esposti all'allegato 1 sono da intendersi come valore minimo, atteso che le AASSLL possono incrementarli diminuendo i volumi prestazionali ambulatoriale e domiciliare
  - e. per le prestazioni domiciliari si conferma il limite massimo del 30% del volume complessivo di prestazioni ambulatoriali e domiciliari;
  - f. per le prestazioni semiresidenziali e residenziali sulla base dei posti letto accreditati, confermando la stima di un tasso di occupazione rispettivamente dell'85% e del 95% delle giornate di degenza, e un volume complessivo di prestazioni superiori ai 240 giorni per paziente tra il 50% e il 60% del totale a cui si applicano, ai sensi del DCA n. 6/2010 le tariffe di cui alla richiamata DGRC 531/2021, al netto della quota di compartecipazione a carico dei Comuni/Ambiti o degli utenti ai sensi del DPCM 29/11/2001 sui L.E.A., confermata dal DPCM 17 gennaio 2017;
- 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 ASL, 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 al DCA 41/2018;
- 4) di precisare che i tetti prestazionali e i correlati volumi di spesa determinati con il presente provvedimento si applicano per l'anno 2022, e per il successivo anno 2023, salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti;
- 5) di confermare gli indicatori di cui all'Allegato 3 al DCA 41/2018 ai fini del monitoraggio dell'offerta riabilitativa;
- 6) di stabilire che per ogni ASL il numero delle prestazioni domiciliari e il corrispondente limite di spesa è determinato come da allegato 1 al presente provvedimento, corrispondente al 30% del totale delle prestazioni ambulatoriali-ambulatoriali piccolo gruppo-domiciliari e che le prestazioni domiciliari remunerate possono essere erogate esclusivamente a cittadini residenti o comunque assistibili dalla ASL che sottoscrive il contratto, e a cittadini residenti nelle ASL confinanti territorialmente previo nulla osta della ASL che sottoscrive il contratto con la struttura erogatrice;
- 7) di stabilire che:
- a. al fine di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni e il grado di soddisfacimento dei bisogni dei cittadini da parte della ASL di residenza, ciascuna Azienda debba provvedere a riservare non meno dell'80% del volume prestazionale ambulatoriale e ambulatoriale piccolo gruppo programmato come da Allegato 1, a cittadini residenti nel territorio della ASL medesima e comunque da essa assistibili. Il Direttore Generale dell'ASL debba garantire il rispetto di tale disposizione, provvedendo a specificare nel contratto di struttura la quota da erogarsi rispettivamente ai pazienti residenti e non residenti, adottando idonee misure organizzative;
  - b. ciascuna ASL riservi non meno del 40% del volume complessivo programmato come indicato nell'Allegato 1 di prestazioni ambulatoriali/ambulatoriali piccolo gruppo di riabilitazione ex art. 26 a soggetti in età evolutiva;
- 8) di stabilire, altresì, che le singole ASL fisseranno i volumi prestazionali massimi ed i limiti di spesa riconoscibili nell'esercizio 2022 e 2023, per singolo Centro erogatore accreditato di prestazioni ex art. 26, entro i limiti esposti nell'allegato n. 1 al presente provvedimento, con le seguenti principali specificazioni:
- a. 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 provvedimento tenendo conto: sia dei volumi prestazionali medi riconosciuti negli anni dal 2017-2021 di ciascuna struttura, che di ulteriori elementi specifici, ritenuti significativi e da considerare con ragionevolezza ed equità, quali: localizzazione delle strutture, 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 provvedimento; 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;