



## **Delibera della Giunta Regionale n. 92 del 09/03/2021**

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 2020-2021 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 ARTT. 26 LEGGE 833/78.

**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) la legge 30 dicembre 2004, n. 311 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)" e, in particolare, l'art. 1, comma 180, ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore ad un triennio;
- b) l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle regioni l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;
- c) che 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;
- d) con la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 28 luglio 2009 è stato nominato il Presidente pro tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi nel Servizio Sanitario Regionale Campano.
- e) la predetta deliberazione, tra l'altro, prevedeva al punto 4) la "Definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l'attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto all'articolo 8-quinquies, comma 2-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- f) che 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";
- g) che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore 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;
- h) che 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;
- i) che 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 sopra citata deliberazione del Consiglio dei Ministri il 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

- a) che l'art. 8 quinquies del D.L. 502/1992 e s.m. e 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:

- 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;
  - i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
- b) che con DCA n. 85 dell'08/08/2016 sono stati fissati i limiti prestazionali e di spesa per gli esercizi 2016/2017 ed il relativo schema di contratto con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti tra l'altro alla macroarea della riabilitazione ex art. 26;
- c) che il DCA 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 smi dai DCA 85 e 89 del 2016;
- d) che 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 2, 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, 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 A;
- e) che 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 tra essi anche il DCA 85/2016 per la riabilitazione territoriale;

#### VISTI:

- a) i DD.CC.AA. 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;

#### 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 AASSLL 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 infraregionale 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 per gli anni dal 2015/2019 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 anche per l'anno 2018/2019, 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, a far data dal 1 luglio 2018, la gestione informatica del percorso riabilitativo, dal progetto riabilitativo fino alla sua conclusione, e la gestione dell'accesso dei pazienti alle prestazioni riabilitative;
- m) del Decreto Commissariale n. 153/2014, di approvazione delle tariffe per le prestazioni di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78 a partire dall'anno 2009;
- n) dell'impegno delle Regioni e Province Autonome, assunto dalla Conferenza delle Regioni e Province Autonome nella seduta del 17 ottobre 2019 e ribadito nella seduta del 27 luglio 2020, a farsi carico del 50% dei costi del rinnovo del contratto nazionale AIOP – ARIS del personale sanitario non medico dipendente (in attesa di rinnovo da oltre 14 anni) “con un mix di interventi individuati a livello territoriale relativi ai budget e alle tariffe, affinché non si registrino ulteriori ritardi e si proceda con sollecitudine alla firma del contratto”; contratto che è stato sottoscritto in via definitiva in data 8 ottobre 2020 tra i rappresentanti delle associazioni datoriali e le associazioni sindacali;

VISTO il decreto della Direzione Generale della Salute n. 83 del 9/04/2020 “*Approvazione Programma "La Campania riparte - Programma transitorio per i servizi sociosanitari e riabilitativi nella fase emergenziale COVID 19"*”, e successive comunicazioni, con cui all'Allegato 2 venivano date specifiche disposizioni, per il periodo marzo-maggio 2020, per la remunerazione delle strutture riabilitative e sociosanitarie ambulatoriali e diurne accreditate, le cui attività erano state sospese per effetto delle ordinanze n. 8 del 08/03/2020, n. 16 del 13/3/2020 e n. 27 del 03/04/2020, adottate per la gestione dell'emergenza sanitaria da Covid 19;

CONSIDERATO che, successivamente al Decreto Direttoriale 83/2020, è sopraggiunta la normativa recata dall'art. 4 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77 e, in particolare, il comma 5, nonché i commi 5-bis e 5-ter, aggiunti dal decreto legge n. 149 del 9 novembre 2020, che si richiamano integralmente:

- a) comma 5: “*Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possono riconoscere alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per l'anno 2020, le quali sospendano le attività ordinarie anche in conseguenza dell'applicazione delle misure previste dall'articolo 5-sexies, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, la remunerazione a titolo di acconto, su base mensile, e salvo conguaglio a seguito di apposita rendicontazione da parte degli erogatori privati, fino a un*”

- massimo del 90 per cento del volume di attività riconosciuto nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 stipulati per il 2020”;*
- b) *comma 5-bis: “Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano che, in funzione dell'andamento dell'emergenza da COVID-19, hanno sospeso, anche per il tramite dei propri enti, le attività ordinarie possono riconoscere alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per l'anno 2020 fino a un massimo del 90 per cento del budget assegnato nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui” all'art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. “stipulati per l'anno 2020, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale. Il predetto riconoscimento tiene conto, pertanto, sia delle attività ordinariamente erogate nel corso dell'anno 2020 di cui deve essere rendicontata l'effettiva produzione, sia, fino a concorrenza del predetto limite massimo del 90 per cento del budget, di un contributo una tantum legato all'emergenza in corso ed erogato dalle regioni e province autonome nelle quali insiste la struttura destinataria di budget, a ristoro dei soli costi fissi comunque sostenuti dalla struttura privata accreditata e rendicontati dalla stessa struttura che, sulla base di uno specifico provvedimento regionale, ha sospeso le attività previste dai relativi accordi e contratti stipulati per l'anno 2020. Resta fermo il riconoscimento, nell'ambito del budget assegnato per l'anno 2020, in caso di produzione del volume di attività superiore al 90 per cento e fino a concorrenza del budget previsto negli accordi e contratti stipulati per l'anno 2020, come rendicontato dalla medesima struttura interessata”;*
- c) *comma 5-ter: “La disposizione di cui al comma 5-bis si applica altresì agli acquisti di prestazioni socio-sanitarie per la sola parte a rilevanza sanitaria con riferimento alle strutture private accreditate destinatarie di un budget 2020 come riportato nei relativi accordi e contratti stipulati per l'anno 2020”;*

RITENUTO necessario conformare quanto disposto dal Decreto direttoriale n. 83/2020 alla sopraggiunta normativa, sopra richiamata, in merito agli acconti ed ai ristori previsti per le strutture riabilitative e sociosanitarie ambulatoriali e diurne accreditate, le cui attività erano state sospese per effetto delle ordinanze n. 8 del 08/03/2020, n. 16 del 13/3/2020 n. 27 del 03/04/2020, adottate per la gestione dell'emergenza sanitaria da Covid 19;

RITENUTO, pertanto, di stabilire

- a) che gli importi erogati dalle ASL ai sensi dell'allegato 2 del DD 83/2020 alle strutture che hanno aderito al programma “*La Campania riparte*” devono ritenersi a titolo di acconto, soggetto a conguaglio in applicazione della normativa recata dall'art. 4, commi 5, 5-bis e 5-ter del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, e s.m.i.;
- b) che, qualora per l'esercizio 2020 l'importo complessivamente liquidabile a fronte delle prestazioni sanitarie, effettivamente rese nello stesso anno, non raggiunga il 90% del limite di spesa annuo, approvato dalla presente delibera, la Regione Campania si riserva di valutare e disporre con successivo provvedimento la concessione del *contributo una tantum*, previsto dai commi 5-bis e 5-ter dell'art. 4 del sopra citato DL 34/2020: a tal fine, l'apposita ricognizione che la Direzione Generale per la Tutela della Salute sta svolgendo ai sensi della DGRC n. 621 del 29 dicembre 2020 per le strutture ospedaliere private (da completarsi entro il 31 marzo 2021), viene estesa alle strutture private che hanno aderito al programma “*La Campania riparte*” e che hanno rispettato le previsioni di cui al sopra citato DD 83/2020;
- c) che, pertanto, l'importo del suddetto *contributo una tantum*, previsto dai commi 5-bis e 5-ter dell'art. 4 del sopra citato DL 34/2020, se del caso, potrà anche risultare superiore alla somma degli acconti fatturati per i mesi di marzo, aprile e maggio 2020 ed eccedenti il valore rendicontato delle prestazioni sanitarie effettivamente rese in tali mesi, fermo restando il rispetto del limite complessivo annuo stabilito dalla medesima normativa;

PRECISATO che, in attesa delle determinazioni che la Regione assumerà riguardo al suddetto *contributo una tantum*, previsto dai commi 5-bis e 5-ter dell'art. 4 del sopra citato DL 34/2020, ai fini dei pagamenti delle ASL alle strutture private si applicano i tetti prestazionali e i correlati volumi di spesa determinati con il presente provvedimento per l'anno 2020, e per il successivo anno 2021, salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti;

**RITENUTO, altresì, di dover:**

- a) aggiornare la programmazione e fissare per l'anno 2020, con validità anche per l'anno 2021 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 2020 e 2021 ed i correlati volumi di spesa determinati utilizzando le tariffe vigenti approvate con il DCA di cui sopra secondo i seguenti criteri:
  1. per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari restano confermati, salvo eventuali aggiornamenti, i volumi di prestazioni e i correlati valori di spesa di cui al DCA 41/2018 come esposto nell'allegato n. 1.
  2. per le prestazioni semiresidenziali e residenziali sulla base dei posti letto accreditati, confermando la stima di un tasso di occupazione rispettivamente dell'85 e 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 al DCA n. 110/2014, 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) precisare che i tetti prestazionali e i correlati volumi di spesa determinati con il presente provvedimento si applicano per l'anno 2020, e per il successivo anno 2021, salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti;
- d) riconoscere alle strutture private sanitarie e sociosanitarie, che alla data del 10 giugno 2020 di sottoscrizione della pre-intesa ancora adottavano il previgente contratto nazionale AIOP – ARIS del personale sanitario non medico dipendente, la remunerazione di una specifica funzione di costo, denominata “Rinnovo CCNL”, al fine di ristorarle dal 50% dei maggiori costi, conseguenti all'applicazione del rinnovo medesimo; ciascuna struttura privata interessata, in sede di liquidazione di ogni saldo trimestrale, fornirà la rendicontazione analitica dei maggiori costi del personale, determinati dal suddetto rinnovo del CCNL e corrisposti nell'esercizio; le modalità di rendicontazione saranno definite da apposite direttive, che saranno emanate dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute;
- e) di precisare che dalla suddetta funzione di costo “Rinnovo CCNL” si intende esclusa la cd. “Una tantum riparatoria” del “... disagio dei lavoratori derivante dalla ritardata sottoscrizione del presente CCNL” di cui all'art. 54 del nuovo CCNL, in quanto afferente per definizione agli esercizi pregressi e, soprattutto, perché non contemplata nella tabella, allegata al verbale del 12.11.2019, sottoscritto da: AIOP, ARIS, FP CGIL, CISL FP e UIL FPL, in presenza dei rappresentanti del Ministero della salute e della Conferenza delle Regioni, che certifica in ca. 300 milioni di euro “l'impatto economico annuo per il rinnovo del contratto nazionale del personale non medico dipendente degli Istituti privati accreditati con il SSN”; importo sul quale si è basato l'impegno poi assunto dalla Conferenza delle Regioni e Province Autonome nella seduta del 17 ottobre 2019 e del 27 luglio 2020 a farsi carico del 50% dei costi del rinnovo (mentre la suddetta una “Una tantum riparatoria” comporta un onere di 1.000 euro per ogni dipendente e, quindi, in base alla stessa tabella, un maggior onere complessivo nazionale di euro 99,5 milioni);
- f) dare atto che la suddetta funzione di costo “Rinnovo CCNL” viene introdotta in via transitoria. per gli esercizi 2020 e 2021, in analogia a quanto già operato da altre Regioni (si richiama, la delibera n. 614 del 15.09.2020 della Regione Lazio), e sarà successivamente assorbita da incrementi dei budget e/o, in subordine, delle tariffe;

**PRECISATO**

- a) 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;
- b) 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 al 95% il 30 novembre per ciascun anno di riferimento;
- c) 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;

**RITENUTO, inoltre,**

- a) 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 quando, anche temporaneamente, la situazione logistica aggraverebbe ulteriormente la condizione patologica del paziente"- al fine di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni, di stabilire che per l'intera Regione e 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, salvo quanto previsto dalla nota della Direzione Generale Tutela della Salute prot. 593740 del 14/12/2020 e limitatamente al periodo in essa indicato, 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;
- b) che, sempre con la finalità di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni e il grado di soddisfacimento dei bisogni di ciascun cittadino 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;
- c) che ciascuna ASL debba riservare 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;
- d) di stabilire che le singole ASL fisseranno i volumi prestazionali massimi ed i limiti di spesa riconoscibili nell'esercizio 2020 e 2021 per singolo Centro erogatore accreditato di prestazioni ex art. 26 entro i limiti esposti nell'allegato n. 1 alla presente deliberazione 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 provvedimento tenendo conto: sia dei volumi prestazionali medi riconosciuti negli anni dal 2017-2019 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 e salvo quanto previsto dalla nota della Direzione Generale Tutela della Salute prot. 593740 del 14/12/2020 limitatamente al periodo in essa indicato; 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;
  2. ciascuna ASL, nella fissazione dei tetti per struttura erogatrice per prestazioni ex art. 26, garantisce complessivamente per la ASL la destinazione vincolata di almeno il 40% sul totale delle prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali piccolo gruppo a soggetti in età evolutiva, individuando i centri erogatori ai quali riservare quota di tali prestazioni sulla base del volume medio di prestazioni per tale fascia d'età dal 2017-2019 di ciascun centro; eventuali diverse attribuzioni saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura;
  3. per i setting semiresidenziale e residenziale ex art. 26, ciascuna ASL fissi tetti di volumi prestazionali sulla base dei posti letto accreditati, stimando un tasso di occupazione rispettivamente dell'85 e 95% delle giornate di degenza, e volumi di spesa, calcolati

eventualmente in base a tassi di occupazione più elevati e all'effettivo mix assistenziale tra prestazioni ex art. 26 e oltre i 240 giorni, anche tenendo conto dei dati di produzione degli anni dal 2017-19, purché entro il limite dei volumi prestazionali fissati con il presente provvedimento. I limiti di spesa attribuiti sono espressi al netto della eventuale quota di compartecipazione a carico dei Comuni/Ambiti o degli utenti ai sensi del DPCM 29/11/2001 sui L.E.A.;

#### RITENUTO, altresì

- a. che, anche in considerazione della opportunità di incrementare il ricorso appropriato ai setting residenziale e semiresidenziale per effetto della reale e corretta applicazione dei percorsi riabilitativi approvati con i DD.CC.AA. 23/2015 e 23/2016, 24/2016, 69/2017 e 70/2017 richiamati in premessa, un superamento dei limiti prestazionali e di spesa dei regimi semiresidenziale e residenziale possa essere compensato da un risparmio sul limite di spesa stabilito per prestazioni ambulatoriali e domiciliari, mentre non è consentita la condizione opposta;
- b. di ribadire che i volumi prestazionali complessivi di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 non possono essere incrementati nemmeno in caso di risparmio dei volumi di prestazioni di RSA/Hospice e altre prestazioni socio sanitarie, mentre è consentito il contrario;
- c. di 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 2020, 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 stabilire che la presente deliberazione sarà immediatamente notificata 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 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 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 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;
- i. 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 1° marzo 2021 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);
- j. 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 programmare per gli anni 2020/2021 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, come esposto nell'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;
- 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 2020, e per il successivo anno 2021, salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti;
- 5) di conformare, per le motivazioni espresse in premessa, quanto disposto dal Decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 83 del 9 aprile 2020 alla sopraggiunta normativa, recata dall'art. 4 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77 e, in particolare, il comma 5, nonché i commi 5-bis e 5-ter, aggiunti dal decreto legge n. 149 del 9 novembre 2020, stabilendo che:
  - a) gli importi erogati dalle ASL ai sensi dell'allegato 2 del DD 83/2020 alle strutture che hanno aderito al programma "La Campania riparte" devono ritenersi a titolo di acconto, soggetto a conguaglio in applicazione della normativa recata dall'art. 4, commi 5, 5-bis e 5-ter del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, e s.m.i.;
  - b) qualora per l'esercizio 2020 l'importo complessivamente liquidabile a fronte delle prestazioni sanitarie, effettivamente rese nello stesso anno, non raggiunga il 90% del limite di spesa annuo, approvato dalla presente delibera, la Regione Campania si riserva di valutare e disporre con successivo provvedimento la concessione del contributo una tantum, previsto dai commi 5-bis e 5-ter dell'art. 4 del sopra citato DL 34/2020: a tal fine, l'apposita ricognizione che la Direzione Generale per la Tutela della Salute sta svolgendo ai sensi della DGRC n. 621 del 29 dicembre 2020 per le strutture ospedaliere private (da completarsi entro il 31 marzo 2021), viene estesa alle strutture private che hanno aderito al programma "La Campania riparte" e che hanno rispettato le previsioni di cui al sopra citato DD 83/2020;
  - c) pertanto, l'importo del suddetto contributo una tantum, previsto dai commi 5-bis e 5-ter dell'art. 4 del sopra citato DL 34/2020, se del caso, potrà anche risultare superiore alla somma degli acconti fatturati per i mesi di marzo, aprile e maggio 2020 ed eccedenti il valore rendicontato delle prestazioni sanitarie effettivamente rese in tali mesi, fermo restando il rispetto del limite complessivo annuo stabilito dalla medesima normativa.
- 6) di precisare che, in attesa delle determinazioni che la Regione assumerà riguardo al suddetto contributo una tantum, previsto dai commi 5-bis e 5-ter dell'art. 4 del sopra citato DL 34/2020, ai fini dei pagamenti delle ASL alle strutture private si applicano i tetti prestazionali e i correlati volumi di spesa determinati con il presente provvedimento per l'anno 2020, e per il successivo anno 2021, salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti.
- 7) di riconoscere alle strutture private sanitarie e sociosanitarie, che alla data del 10 giugno 2020 di sottoscrizione della pre-intesa ancora adottavano il previgente contratto nazionale AIOP – ARIS del personale sanitario non medico dipendente, la remunerazione di una specifica funzione di costo, denominata "Rinnovo CCNL", al fine di ristorarle dal 50% dei maggiori costi, conseguenti alla applicazione del rinnovo medesimo; ciascuna struttura privata interessata, in sede di liquidazione di

ogni saldo trimestrale, fornirà la rendicontazione analitica dei maggiori costi del personale, determinati dal suddetto rinnovo del CCNL e corrisposti nell'esercizio; le modalità di rendicontazione saranno definite da apposite direttive, che saranno emanate dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute;

- 8) di precisare, per i motivi esposti in premessa, che dalla suddetta funzione di costo "Rinnovo CCNL" si intende esclusa la cd. "Una tantum riparatoria" del "... disagio dei lavoratori derivante dalla ritardata sottoscrizione del presente CCNL" di cui all'art. 54 del nuovo CCNL.
- 9) di dare atto che la suddetta funzione di costo "Rinnovo CCNL" viene introdotta in via transitoria. per gli esercizi 2020 e 2021, e sarà successivamente assorbita da incrementi dei budget e/o, in subordine, delle tariffe;
- 10) di confermare gli indicatori di cui all'Allegato 3 al DCA 41/2018 ai fini del monitoraggio dell'offerta riabilitativa;
- 11) 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-domiciliari, salvo quanto previsto dalla nota della Direzione Generale Tutela della Salute prot. 593740 del 14/12/2020 limitatamente al periodo in essa indicato, 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;
- 12) 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 provveda a riservare non meno dell'80% del volume prestazionale ambulatoriale e ambulatoriale piccolo gruppo programmato per ciascuna ASL come da Allegato 1, a cittadini residenti nel territorio della ASL medesima e comunque da essa assistibili. Il Direttore Generale dell'ASL provvede a garantire il rispetto di tale disposizione specificando 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;
- 13) di stabilire, altresì, che le singole ASL fisseranno i volumi prestazionali massimi ed i limiti di spesa riconoscibili nell'esercizio 2020 e 2021, 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, fissano 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 2017-2019 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 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 e salvo quanto previsto dalla nota della Direzione Generale Tutela della Salute prot. 593740 del 14/12/2020 limitatamente al periodo in essa indicato; 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;
  - b. ciascuna ASL, nella fissazione dei tetti per struttura erogatrice per prestazioni ex art. 26, garantisce complessivamente per la ASL la destinazione vincolata di almeno il 40% sul totale delle prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali piccolo gruppo a soggetti in età evolutiva, individuando i centri erogatori ai quali riservare quota di tali prestazioni sulla base del volume medio di prestazioni per tale fascia d'età negli anni 2017-2019 di ciascun centro; eventuali

diverse attribuzioni saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura;

- c. per i setting semiresidenziale e residenziale ex art. 26, ciascuna ASL fissi tetti di volumi prestazionali sulla base dei posti letto accreditati, stimando un tasso di occupazione rispettivamente dell'85 e 95% delle giornate di degenza, e volumi di spesa, calcolati eventualmente in base a tassi di occupazione più elevati e all'effettivo mix assistenziale tra prestazioni ex art. 26 e oltre i 240 giorni, anche tenendo conto dei dati di produzione degli anni dal 2017-2019, purché entro il limite dei volumi prestazionali fissati con il presente provvedimento; i limiti di spesa attribuiti sono espressi al netto della eventuale quota di compartecipazione a carico dei Comuni/Ambiti o degli utenti ai sensi del DPCM 29/11/2001 sui L.E.A.;
- 14) di ribadire che i volumi prestazionali di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 non possono essere in alcun modo incrementati neanche in caso di risparmio dei volumi di prestazioni di RSA/Hospice e altre prestazioni socio sanitarie, mentre è consentito il contrario;
  - 15) di 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 2020, stipulando i relativi contratti secondo lo schema allegato 2, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
  - 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 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;
  - 18) di fare obbligo, altresì, ai Direttori Generali di assicurare la corretta e puntuale compilazione del File H per le prestazioni di riabilitazione ex art. 26, nonché la coerenza dello stesso con quanto riportato nel Conto Economico trimestrale ed annuale della ASL; gli stessi saranno ritenuti, pertanto, responsabili di ingiustificati scostamenti eventualmente rilevati;
  - 19) di precisare che i limiti prestazionali e di spesa di cui all'Allegato 1 non tengono conto della decorrenza effettiva degli accreditamenti di ciascuna struttura;
  - 20) 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 ex art. 26 Legge 833/78;
  - 21) di disporre che SoReSa S.p.A., in collaborazione con la Direzione Generale Tutela della Salute, adeguino i sistemi informativi attualmente in uso 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, a partire dal 1 luglio 2018;
  - 22) 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 1° marzo 2021 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);
  - 23) 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 dal presente provvedimento;

- 24) di trasmettere copia del presente provvedimento alla Direzione Generale Tutela della Salute e il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, al BURC per tutti gli adempimenti in materia di pubblicità e trasparenza.