1. PREMESSA

L’assistenza riabilitativa territoriale offre i seguenti setting assistenziali: ambulatoriale, ambulatoriale piccolo gruppo, domiciliare, residenziale e semiresidenziale.
il 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 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.
Successivamente, 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", ha evidenziato forti 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.
Inoltre, il flusso informativo regionale file H, che registra il fatturato e il numero di prestazioni di riabilitazione territoriale ambulatoriali, domiciliari, residenziali e semiresidenziali rese dai centri erogatori pubblici e privati accreditati insistenti sul territorio della Regione Campania, fornisce elementi significativi che evidenziano e confermano i seguenti elementi di criticità che limitano l’accesso ai trattamenti riabilitativi da parte di nuovi pazienti che:

a) una notevole quantità di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 ambulatoriali erogate in favore di pazienti in età evolutiva;
b) numero elevato di pazienti che permangono in riabilitazione domiciliare per più anni;
c) 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;

Il Decreto del Commissario ad Acta n. 41 del 29/5/2018 ad oggetto: “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” nel definire i limiti prestazionali e di spesa per l’anno 2018/2019, stabilì criteri ulteriori rispetto a quello della spesa storica 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.
A tal fine nel DCA n. 41/2018 fu stabilito che le singole ASL dovranno fissare i volumi prestazionali massimi ed i limiti di spesa 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 tenendo conto: sia dei volumi prestazionali medi riconosciuti nell’ultimo quadriennio 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.

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

b) Per il regime domiciliare 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;
c) Per il regime ambulatoriale ogni ASL garantisce complessivamente 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 nell'ultimo quadriennio di ciascun centro; eventuali diverse attribuzioni saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura;
d) per i setting semiresidenziale e residenziale ex art. 26, ciascuna ASL fissa i volumi prestazionali e i conseguenti limiti di spesa 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 dell'ultimo quadriennio, purché entro il limite dei volumi prestazionali fissati. I limiti di spesa attribuiti dovranno essere 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.

Per gli istituti di analoga applicazione, si richiamano i chiarimenti già forniti nell'ambito dell'incontro con le Associazioni di Categoria tenutosi il 16.10.2025 e trasmessi con nota PR 565255/2025 con riferimento al precedente ciclo programmatorio.

2. CRITERI DI ATTRIBUZIONE DEI LIMITI PRESTAZIONALI E DI SPESA DELLA MACROAREA RIABILITATIVA – AGGIORNAMENTO CRITERI DI ATTRIBUZIONE

Le AA.SS.LL. nell'attribuzione dei limiti prestazionali e di spesa per l'anno 2026/2027, ad integrazione e modifica di quanto stabilito con il DCA 41/2018, dovranno osservare i seguenti criteri:

a) <u>Regime ambulatoriale anno</u> 2026/2027:

1. È confermato per l'anno 2026 e per l'anno 2027 il limite prestazionale di cui alla DGRC n. 696 del 8/10/2025;

2. È stato evidenziato, sia dalle AA.SS.LL. che dai rappresentanti delle Associazioni di genitori, che l'offerta di assistenza riabilitativa in regime ambulatoriale non è sufficiente per rispondere alle esigenze terapeutica di minori dai 0 ai 16 anni affetti da varie patologie. Per far fronte alle problematiche evidenziate, con il presente provvedimento, si dispone che le AA.SS.LL., nel fissare i tetti per ciascuna struttura erogatrice per le prestazioni ambulatoriale ex art. 26, dovranno garantire la destinazione vincolata di almeno il 50% sul totale delle prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali piccolo gruppo a soggetti in età evolutiva (minori 0-16 anni); eventuali diverse attribuzioni saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura; si noti, inoltre, che nello schema di contratto allegato, all'art. 4, comma 4, è espressamente previsto che: "è consentito che un superamento dei limiti di spesa relativo alle prestazioni ambulatoriali P.G. possa essere compensato da un risparmio sul limite di spesa stabilito per le prestazioni ambulatoriali e/o

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

domiciliari; mentre non è consentita la condizione opposta", in modo da favorire il ricorso a questo setting assistenziale, poco utilizzato ma da ritenersi spesso più appropriato per le terapie dei minori;

3. le strutture dovranno riservare alle AA.SS.LL. una quota del 2% del tetto ambulatoriale assegnato per far fronte a casi urgenti ed indifferibili certificati dalla medesima A.S.L., esclusivamente per i propri residenti;

4. analogamente al ciclo di programmazione 2024/2025, alle AA.SS.LL. sarà destinata una ulteriore quota pari al 1% per far fronte a casi urgenti ed indifferibili certificati dalla medesima ASL da destinarsi all'assistenza in favore di soggetti minori con particolari bisogni assistenziali anche eventualmente su indicazione dell'autorità giudiziaria, da utilizzare per la remunerazione di prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali P.G. individuando le strutture ritenute più idonee alla presa in carico di detti assistiti, a seconda della valutazione espressa dal team multidisciplinare;

5. 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 provvederà 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 deve 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;

6. in caso di risparmio dei propri volumi prestazionali di riabilitazione nel regime ambulatoriale e/o domiciliare, le strutture potranno utilizzare tale economia per erogare prestazioni di riabilitazione ambulatoriali piccolo gruppo, residenziali e semiresidenziali, nel rispetto della Capacità Operativa Massiva di ogni struttura.

b) <u>Regime domiciliare anno 2026/2027</u>

1. 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 prevede che: "… *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, 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;

2. Per l'anno 2026 e l'anno 2027 resta confermato il limite prestazionale e di spesa delle prestazioni domiciliari di cui alla DGRC 696 del 8/10/2025, corrispondente al 25% del totale delle prestazioni ambulatoriali-ambulatoriali piccolo gruppo-domiciliari;

Resta inteso che ciascuna ASL, sia per il setting ambulatoriale che domiciliare di riabilitazione ex art. 26, dovrà determinare i limiti prestazionali e di spesa entro la Capacità Operativa Massima di ogni struttura e nei limiti di cui all'allegato B del presente provvedimento, tenendo conto: dei volumi prestazionali medi contrattualizzati nell'ultimo quadriennio di ciascuna

struttura, 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.

c) Regime semiresidenziale e residenziale anno 2026/2027

1. per le prestazioni semiresidenziali e residenziali erogate dai Presidi di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 le AA.SS.LL. determineranno i limiti prestazionali e di spesa per ciascuna struttura sulla base dei posti letto accreditati, confermando la stima di un tasso di occupazione rispettivamente **dell'85%** e del **95%** dei posti letto, 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 sociosanitarie di cui alla DGRC 526 del 5/08/2025, 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.

2. in caso di risparmio dei propri volumi prestazionali di riabilitazione nei regimi semiresidenziale e residenziale dovuto ad un sotto utilizzo del tasso di occupazione così come stimato al punto precedente, le strutture potranno utilizzare tale economia, nei limiti del 15% del tetto assegnato, per erogare prestazioni di riabilitazione ambulatoriale/amb. P.G. nel rispetto della Capacità Massima Operativa di ogni struttura;

3. per le prestazioni residenziali erogate nelle Unità di cura residenziale di riabilitazione estensiva (RD1 estensiva) con la stima di un tasso di occupazione del 95% delle giornate di degenza a cui si applica la tariffa determinata dalla DGRC 526/2025. In ogni caso la durata massima dei trattamenti in riabilitazione estensiva non deve essere superiore 180 giorni. Il permanere in tale setting oltre i 180 giorni costituisce inappropriatezza clinica per cui si procederà alle dimissioni o alla collocazione del paziente in altro setting assistenziale più appropriato;

4. per le prestazioni residenziali erogate nelle Unità di cura residenziale di riabilitazione estensiva (RD1 intensiva) con la stima di un tasso di occupazione del 95% delle giornate di degenza a cui si applica la tariffa determinata dalla DGRC 526.2025 per i primi 45+45 giorni di degenza (90 giorni complessivi). In caso di permanenza in in RD1 intensiva oltre il valore soglia di 90 giorni e per un massimo di 120 giorni, dal 91° al 120° giorno dovrà essere riconosciuta la tariffa determinata per la riabilitazione RD1 estensiva.

3. NUOVE DISPOSIZIONI NORMATIVE - LEGGE REGIONALE N. 18/2022 ART. 6

La legge regionale n. 18 del 29/12/2022 recante "Disposizioni per il contrasto al dumping contrattuale nel Servizio Sanitario Regionale", all'art. 6 introduce disposizioni finalizzate a contrastare fenomeni di "dumping contrattuale" e garantire la stabilità dell'occupazione, introducendo un criterio premiale nell'assegnazione delle risorse economiche alle strutture sanitarie accreditate con il Servizio sanitario regionale nella macroarea della riabilitazione e socio-sanitaria che applicano il Contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) per le lavoratrici e i lavoratori del comparto della sanità privata con i trattamenti giuridici ed economici più vantaggiosi a tutela dei lavoratori. Il Gruppo di Lavoro Tecnico regionale ha elaborato una griglia contenente, per ogni CCNL, l'attribuzione ai vari istituti contrattuali (con riferimento alle indicazioni dell'ANAC), della relativa pesatura e annesso criterio di valutazione, da cui risulta maggiormente favorevole per la tutela dei lavoratori l'applicazione del "**CCNL AIOP" siglato l'8 ottobre 2020**.

Pertanto, al fine di dare piena attuazione alle disposizioni di cui alla L.R. 18/2022 art. 6 si illustrano i criteri di assegnazione della citata premialità per l'assegnazione dei limiti prestazionali e di spesa per gli anni 2026/2027:

La premialità è concessa annualmente alle sole strutture che applicano il CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 per il personale dipendente globalmente destinato all'assistenza diretta valorizzata secondo le seguenti disposizioni:

a) Maggiorazione del +2% del tasso di occupazione dei posti letto accreditati per prestazioni residenziali e semiresidenziali rispetto al 95% e 85% previsto rispettivamente per il residenziale e semiresidenziale di cui al paragrafo "Criteri Di Attribuzione Dei Limiti Prestazionali e Di Spesa Della Macroarea Riabilitativa – Aggiornamento Criteri Di Attribuzione" della presente relazione;
b) Maggiorazione del + 1% rispetto al budget contrattualizzato nell'anno 2025 **per il setting ambulatoriale,** per le strutture che erogano prestazioni ambulatoriali/domiciliari;
c) le strutture hanno la facoltà di utilizzare le risorse assegnate per la premialità per erogare prestazioni all'interno della macroarea della riabilitazione (residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, ambulatoriale piccolo gruppo, domiciliare);
d) le risorse assegnate per la premialità di cui al presente paragrafo sono riportate nell'Allegato B nella colonna "Premialità L.R. 18/2022 art. 6";
e) In sede di stipula dei contratti le strutture che hanno diritto alla premialità, secondo le disposizioni di cui al presene documento, dovranno produrre un atto notorio di autocertificazione, che sarà allegato al contratto stipulato, attestante l'applicazione del CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 per il personale dipendente globalmente destinato all'assistenza diretta;
f) Le strutture si impegnano, altresì, ad applicare il CCNL AIOP per la percentuale di personale come sopra identificata sia per l'anno 2026 che per l'anno 2027 pena la decadenza del beneficio;
g) Restano a disposizione delle AA.SS.LL., come fondo di riserva dedicato all'acquisto di prestazioni ambulatoriale per casi urgenti ed indifferibili esclusivamente da strutture che applicano, nei confronti del personale dipendente il CCNL AIOP, le risorse assegnate per la premialità che dovessero risultare **eccedenti** rispetto alle strutture che oggi applicano il contratto AIOP Sanità siglato l'8 ottobre 2020;
h) nel caso in cui le risorse assegnate per la premialità, così come riportate nell'allegato B, dovessero risultare **insufficienti** rispetto alla platea premiabile, le AA.SS.LL dovranno comunicare tempestivamente e comunque non oltre 30 giorni dalla pubblicazione del provvedimento di definizione dei volumi massimi prestazionali e di spesa della macroarea della riabilitazione, alla Direzione Generale Tutela della Salute la Ragione Sociale di tutte le strutture riabilitative che al 31/12/2025 applicano il CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 e non già comunicate agli uffici regionali (indicando sedi operative e setting specifico per il quale hanno diritto alla premialità) al fine di predisporre il successivo provvedimento di modifica ed integrazione;
i) L'atto notorio di autocertificazione del CCNL adottato di cui al punto e) dovrà essere prodotto all'inizio di ogni annualità e allegato al contratto annualmente stipulato;
j) L'ASL verificherà ogni anno - a consuntivo – la veridicità dell'autocertificazione prodotta dalla struttura attraverso i cedolini INPS di almeno il 5% del personale con un minimo di 5 unità.

4. PRESTAZIONI AMBULATORIALI E AMB. P.G.: PARZIALE REMUNERAZIONE DELL'EXTRA TETTO

Al fine di favorire la competizione tra le strutture private accreditate e l'incremento delle prestazioni erogate ai pazienti in età evolutiva (minori 0-16 anni), in parziale analogia alle disposizioni vigenti per la specialistica ambulatoriale, si autorizzano le ASL a non ripartire nei contratti da stipulare con i centri privati accreditati una parte (5%) dei limiti di spesa assegnati

per l'assistenza riabilitativa ambulatoriale e ambulatoriale piccolo gruppo, accantonando le somme indicate nell'ultima colonna dell'Allegato B, pari complessivamente ad euro 9.267.000 per gli esercizi 2026 e 2027, che ciascuna ASL con delibera del Direttore Generale riconoscerà alle strutture private accreditate a consuntivo, rispettivamente, degli esercizi 2026 e 2027, con i seguenti criteri:

a) le strutture private accreditate, destinatarie di un budget per l'assistenza riabilitativa ambulatoriale e ambulatoriale piccolo gruppo, qualora lo ritengano vantaggioso, potranno produrre un extra tetto di tali prestazioni che – entro il 10% del tetto di spesa netta delle stesse – potrà essere remunerato a consuntivo nella misura di almeno il 50% (cinquanta%);
b) per ciascuna struttura privata accreditata, le prestazioni di riabilitazione ambulatoriale e ambulatoriale piccolo gruppo saranno ammesse alla parziale remunerazione dell'extra tetto solo nella misura in cui sia rispettato anche per l'extra tetto la stessa quota destinata a soggetti in età evolutiva nel tetto delle prestazioni in regime ambulatoriale, assegnato alla struttura ai sensi del precedente punto 2, lettera a.2), nonché la percentuale di riserva di cui al precedente punto 2, lettera a.3); e, pertanto, l'eccedenza su dette quote non potrà essere remunerata nemmeno parzialmente;
c) la suddetta percentuale del 50% potrà risultare superiore, qualora la somma complessiva – a livello di ASL - degli extra tetto ammissibili di cui al punto precedente lo consenta, fino a concorrenza degli accantonamenti autorizzati per ciascuna ASL nella colonna finale dell'Allegato B alla presente delibera; all'incremento di tale percentuale, altresì, potranno anche concorrere gli eventuali sottoutilizzi dei tetti di spesa individuali di altre strutture della medesima ASL, assegnati per i regimi ambulatoriale e/o domiciliare; nonché di quelli assegnati per i regimi residenziale e semiresidenziale, ma nei limiti stabiliti al precedente punto 2, lettera c.2).