



Delibera della Giunta Regionale n. 532 del 30/11/2021

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:

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.

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 cognizione 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 che, 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 perseguitamento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;
- c) 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 veniva nominato il Presidente prottempore 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) 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) 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) 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, che

- a) l'art. 8 quinque 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) 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) 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 quinque del D.Lgs. n. 502/92 e smi dai DCA 85 e 89 del 2016;
- d) 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) il Decreto Commissario n. 153/2014, ha approvato le tariffe per le prestazioni di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78 a partire dall'anno 2009;

VISTI:

- a) i DD.CC.AA. 23/2015 e 23/2016, 24/2016, 69/2017, 70/2017 di approvazione dei 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 dei posti letto di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 accreditati in eccesso rispetto al fabbisogno;
- 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:
- numero elevato di pazienti che permangono in riabilitazione ambulatoriale/domiciliare per più anni;
 - 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;

CONSIDERATO che con DGRC 92 del 9 marzo 2021, così come modificata ed integrata dalle DGRC n. 150 del 14/4/2021 e DGRC n. 394 del 22/9/2021, sono stati definiti per gli esercizi 2020-2021 i limiti prestazionali e di spesa ed i 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 applicando le tariffe di cui al DCA 153/2014;

PRESO ATTO, altresì, della Delibera di Giunta Regionale n. 531 del 30/11/2021, con cui la Regione Campania:

- a) ha approvato l'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni della macroarea riabilitazione e sociosanitaria, predisposte dai competenti uffici regionali, utilizzando la stessa metodologia già applicata per l'adozione

- delle tariffe di cui ai DCA 153, 154 e 110 tutti del 2014, aggiornando i tabellari delle diverse figure professionali ai contratti rinnovati AIOP e ANFFAS;
- b) ha disposto che “*l’aggiornamento tariffario è inteso quale modalità applicativa degli impegni assunti dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome in tema di rinnovo del CCNL della sanità privata e che le tariffe così determinate decorrono dal 1 gennaio 2020 a budget invariato come determinato dalle delibere di Giunta Regionale n. 92/2021 e smi e 93/2021 per l’anno 2020, mentre per il 2021 si procederà, con successivo provvedimento, ad adeguare il budget fissato applicando le nuove tariffe*”

PRESO ATTO infine che nel corso dell’anno 2021 sono stati adottati i decreti dirigenziali n. 361/2021 e 398/2021 di accreditamento per riconversione rispettivamente ai sensi del decreto commissoriale n. 16 del 23/2/2018 e 78/2019;

RITENUTO, pertanto, di dover

- a) adeguare i volumi prestazionali e i limiti di spesa per l’anno 2021 per la macroarea della riabilitazione territoriale ex art. 26 Legge 833/78, di cui alla richiamata DGRC 92/2021 e smi, alle tariffe di cui all’allegato 4 alla DGRC n. 531 del 30/11/2021 per l’anno 2021, sulla base dei limiti prestazionali determinati dalle più volte citate DGRC 92/2021 e smi riportati nell’allegato 1 al presente provvedimento di cui forma parte integrante e sostanziale tenendo anche conto dei richiamati decreti dirigenziali di accreditamento per riconversione n. 361/2021 e 398/2021;
- b) di precisare che essi non tengono conto della decorrenza effettiva degli accreditamenti adottati nell’anno 2021 di ciascuna struttura;
- c) stabilire che i tetti prestazionali e i correlati volumi di spesa determinati con il presente provvedimento si applicano per l’anno 2021, salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti;
- d) stabilire, altresì, che per l’anno 2020 resta invariato il limite di spesa determinato con le richiamate DGRC 92/2021 e smi;
- e) confermare tutto quanto previsto dalla DGRC 92/2021 e smi al netto delle modifiche di cui alla DGRC n. 531 del 30/11/2021 e del presente provvedimento;

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 dal presente provvedimento;

RITENUTO, altresì,

- a) di dover stabilire che:
 - le AA.SS.LL. debbano fissare i volumi prestazionali massimi con correlati valori di spesa riconoscibili nell’esercizio nell’anno 2021, per singolo Centro erogatore accreditato entro i limiti prestazionali esposti nell’allegato n. 1 al presente provvedimento con la specificazione che per il 2021 i limiti prestazionali e di spesa tenendo conto dei provvedimenti di accreditamento adottati nel corso del 2021, con le specificazioni dettate dalle DGRC 92/2021 e smi;
 - 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, 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;
 - 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;
 - 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;
 - 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;
- b) di dover disporre:

- 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;
- 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 2021, stipulando i relativi contratti utilizzando lo schema di cui all'Allegato 2 della DGRC 92/2021, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;

RITENUTO, inoltre:

- a) di fare obbligo 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;
- b) 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;
- c) 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;
- d) 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;
- e) 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;

VISTI:

- a) 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;
- b) il DCA 83 del 31/10/2019 di approvazione del Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019 – 2021.
- c) Il DCA 94 del 21.11.2019 di approvazione del "Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n.191".

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 **adeguare** i volumi prestazionali e i limiti di spesa **per l'anno 2021** per la macroarea della riabilitazione territoriale ex art. 26 Legge 833/78, di cui alla richiamata DGRC 92/2021 e smi, alle tariffe di cui all'allegato 4 alla DGRC n. 531 del 30/11/2021 per l'anno 2021, sulla base dei limiti prestazionali determinati dalle più volte citate DGRC 92/2021 e smi riportati nell'allegato 1 al presente provvedimento di cui forma parte integrante e sostanziale tenendo anche conto dei richiamati decreti dirigenziali di accreditamento per riconversione n. 361/2021 e 398/2021
2. Di **stabilire** che i tetti prestazionali e i correlati volumi di spesa determinati con il presente provvedimento si applicano per l'anno 2021, salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti;
3. Di **stabilire**, altresì, che per l'anno 2020 resta invariato il limite di spesa determinato con le richiamate DGRC 92/2021 e smi;
4. Di **confermare** tutto quanto previsto dalla DGRC 92/2021 e smi al netto delle modifiche di cui alla DGRC n. 531 del 30/11/2021 e del presente provvedimento;
5. Di **precisare** 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 l'anno 2021 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 dal presente provvedimento;

6. Di stabilire, inoltre, che:

- a) ciascuna ASL fisserà i volumi prestazionali massimi con correlati valori di spesa riconoscibili nell'esercizio nell'anno 2021, per singolo Centro erogatore accreditato entro i limiti prestazionali esposti nell'allegato n. 1 al presente provvedimento con la specificazione che per il 2021 i limiti prestazionali e di spesa devono essere commisurati al periodo di effettivo accreditamento delle strutture accreditate nel corso del 2021, con le specificazioni dettate dalle DGRC 92/2021 e smi
- b) che 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, 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;
- c) 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;
- d) 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;
- e) 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;

7. Di disporre:

- a) 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;
- b) 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 2021, stipulando i relativi contratti utilizzando lo schema di cui all'Allegato 2 della DGRC 92/2021, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
8. **Di fare obbligo** 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;
9. **Di disporre** che SoReSa. Spa, 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;
10. **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;
11. **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;
12. **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;
13. **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);

14. **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.