Bur n. 10 del 23/01/2015

(Codice interno: 290146)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2693 del 29 dicembre 2014

Criteri, modalità e determinazione dei tetti di spesa per l'attività di riabilitazione extraospedaliera presso Istituti e Centri, ex art. 26 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978, accreditati, per gli anni 2015 e 2016 ed ulteriori disposizioni.
[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:
Viene definito, per gli anni 2015 e 2016, il tetto massimo di spesa per l'assistenza extraospedaliera diretta al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazione fisiche, psichiche o sensoriali delle strutture di cui all'art. 26 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Con deliberazione n. 253 del 1 febbraio 2000 "Atto di indirizzo e coordinamento per l'organizzazione dei servizi di riabilitazione, ospedalieri, residenziali, distrettuali e domiciliari" si è proceduto al recepimento e all'attualizzazione regionale del provvedimento del 7 maggio 1998 del Ministero "Linee-guida di riabilitazione".

Con tale delibera si è, tra l'altro, provveduto a rinquadrare l'attività riabilitativa, già assicurata dagli Istituti e Centri di Riabilitazione, nella fattispecie prevista dal D.P.R. del 14 gennaio 1997 come Centri ambulatoriali di Riabilitazione e Presidi di Riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali.

Con decreto del Segretario Regionale per la sanità n. 87 del 23 maggio 2012 si è proceduto alla presa d'atto dell'Accordo, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs 28 agosto 1997 n. 281, fra il Governo, le Regioni e le Provincie Autonome di Trento e Bolzano, sul documento concernente "Piano di indirizzo per la riabilitazione".

La programmazione delle attività degli Istituti e Centri di Riabilitazione, ex art. 26 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978, accreditati (di seguito denominati erogatori) successivamente è stata affrontata con varie deliberazioni della Giunta Regionale. Con deliberazione n. 1284 del 3 agosto 2011 la Giunta Regionale ha, in particolare, aggiornato le tariffe delle prestazioni - rispetto a quelle precedenti il cui valore economico era rimasto invariato dall'anno 2006 - procedendo ad un aumento percentuale del 4% ed ha adeguato i bu-dget degli erogatori. Con la deliberazione n. 990 del 5 giugno 2012 sono stati determinati i volume di attività e i tetti di spesa per l'anno 2012, e con DGR n. 2621/2012 è stato stabilito che la tariffa per la prestazione denominata "tempo pieno" deve risultare non superiore a 157,00 €. Da ultimo, con DGR n. 496/2013 sono stati determinati i budget per gli anni 2013 e 2014.

Inoltre, recentemente, a seguito della conclusione dei procedimenti di cui alla L.R. n. 22/2002 è stato rilasciato l'accreditamento istituzionale per l'attività di Centri ambulatoriali di Riabilitazione e Presidi di Riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche psichiche e sensoriali, ai seguenti erogatori privati per le sede operative indicate:

- Associazione Rieducativa Ente Privato - AREP, presso la sede di Villorba Via Vazzole 5;
- Associazione Genitori Bambini Down - AGDB, presso la sede di Marzana Via Valpantena 116/A;
- Fondazione Più di un Sogno, presso la sede di Verona Via Agrigento 22.

Con il presente atto si propone di individuare i budget per gli erogatori in parola.

A tal fine, considerati i sempre più pressanti vincoli normativi nazionali in materia finanziaria -secondo i quali l'Amministrazione regionale non può prescindere dal contemperare le proprie scelte in materia di programmazione dei servizi sanitari con le effettive disponibilità finanziarie - si propone di confermare in € 26.000.000,00 la somma dei budget di struttura assegnati agli erogatori indicati in DGR n. 496 del 16 aprile 2013 e al contempo di ridistribuire tale importo fra i suddetti erogatori in relazione agli esiti dell'analisi condotta sul volume di attività complessivamente erogato nel corso dell'anno 2013. Si propone altresì di assegnare un budget di struttura anche ai nuovi erogatori accreditati, il cui importo è stato determinato sulla scorta delle esigenze rappresentate dal territorio contemperate con i precitati vincoli in materia finanziaria.

Si propone pertanto che il budget di ciascuna singola struttura erogatrice, per gli anni 2015 e 2016, sia costituito dagli importi indicati nell'**Allegato A** parte integrante del presente atto.

Con l'odierno provvedimento si propone inoltre l'eliminazione del meccanismo di erogazione delle quote in eccesso ai singoli budget di struttura entro il limite determinato dal tetto di sistema totale così come definito nella DGR n. 496 del 16 aprile 2013. Le eventuali quote di budget non spese dal singolo erogatore non potranno quindi essere utilizzate a copertura del fatturato realizzato in eccesso da altri erogatori rispetto al budget di struttura assegnato al singolo erogatore.

Pertanto il budget per gli anni 2015 e 2016 di ciascuna singola struttura erogatrice rappresenta il tetto finanziario massimo attribuito e non superabile.

Il budget di struttura viene erogato a seguito della presentazione della fattura anche in forma di acconti mensili, salvo conguaglio. A tal fine, il Programma Regionale della Patologia in Età Pediatrica, istituito con DGR n. 4812 del 28 dicembre 1999, al quale vengono inviate le schede individuali compilate dai Centri ed Istituti in parola, procederà alla verifica tra quanto dichiarato dai soggetti erogatori e quanto desunto dalle precitate schede individuali, comunicando gli esiti di tale verifica alla Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria.

L'erogazione del budget di struttura e dell'eventuale conguaglio dovrà tener conto dell'avvio del flusso informativo regionale sulle attività territoriali di riabilitazione il cui avvio è stato posticipato all'anno 2015.

Si demanda ad un decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale la definizione del processo dell'erogazione dei budget e del conguaglio, secondo le disposizioni di cui al presente atto, ai fini di una migliore uniformità ed omogeneità delle fasi medesime presso tutti i soggetti interessati.

Considerato il rilascio dell'accreditamento istituzionale alle tre strutture sopracitate, si riportano nell'**Allegato B**, parte integrante del presente atto, le tariffe delle prestazioni effettuabili dagli erogatori indicati nell'odierno provvedimento.

Si propone che quanto previsto dal presente atto decorra dal 1 gennaio 2015 al 31 dicembre 2016.

Inoltre, al fine di assicurare agli erogatori la possibilità di programmare la propria attività senza soluzione di continuità, nell'ipotesi di non approvazione, entro il 31 dicembre 2016, della delibera della Giunta Regionale per la determinazione dei tetti di spesa per il periodo successivo, si intende provvisoriamente prorogato il presente provvedimento fino all'adozione della nuova deliberazione. I budget per ogni mese di "vacatio" saranno pari ad un dodicesimo dei budget assegnati all'erogatore con il presente atto.

Infine si conferma quanto già previsto con le deliberazioni n. 4163/2007, n. 4195/2008, n. 1180/2010 che di seguito si riporta:

- la semplificazione degli accessi;
- quanto stabilito dalla DGR n. 2991/98 per quanto attiene alla predisposizione della semplificazione della procedura di pagamento degli Istituti e dei Centri di riabilitazione già introdotta per il comparto "riabilitazione sanitaria extraospedaliera" (cfr. prestazioni riabilitative ex art. 26 della L. 833/78), fatturazione unica della struttura erogante all'Azienda Ulss di ubicazione, con compensazione intraregionale della mobilità sanitaria;
- i percorsi di semplificazione già in atto per la prescrizione ed il collaudo di protesi, ortesi e ausili previsti dal D.M. 332/1999;
- il flusso informativo che costituirà la base di conoscenza per la ridefinizione dell'intervento riabilitativo nell'ambito dello specifico settore in sede di accreditamento, nonché l'utilizzo del tracciato record ai fini contabili;
- nella voce "diurnato diagnostico" sono ricompresi gli esami strumentali, le valutazioni diagnostiche complesse e le consulenze multi professionali;
- le Aziende Ulss possono definire accordi con gli erogatori al fine della presa in carico di pazienti con gravissime patologie invalidanti. In tali accordi possono venire definite della tariffe "ad personam" composte dalla quota spettante per l'erogazione della prestazione ospedaliera o della prestazione per l'assistenza domiciliare, per la quale l'Azienda Ulss fa fronte attraverso le risorse assegnate per l'erogazione dei LEA, e da una quota spettante per la necessaria maggior assistenza, per la quale la medesima Azienda fa fronte con le risorse assegnate per l'assistenza sociale;
- per garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa, le Aziende Ulss possono ricorrere all'acquisto di pacchetti di attività presso gli erogatori, secondo quanto previsto dalla DGR n. 600 del 13 marzo 2007. Resta inteso che per tali prestazioni, e per eventuali ulteriori prestazioni già correntemente rese e per le quali i cittadini interessati fossero esenti, si applica la disciplina generale relativa alla compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente;
- di riconoscere agli erogatori l'attività di certificazione scolastica ed accompagnamento all'integrazione,

rinviando ad un successivo provvedimento l'integrazione e la modifica, in tal senso, di quanto disposto dalla deliberazione n. 1889 del 27 maggio 1997. In ogni caso l'erogazione di tali prestazioni non comporta un aumento né del budget di struttura.

Si conferma che quanto previsto dal presente provvedimento si applichi anche alle strutture di cui alla DGR n. 2194 del 3 agosto 2001.

Si dà atto che la copertura degli oneri di cui all'**Allegato A** è assicurata nell'ambito dei fondi che saranno assegnati, ad ogni singola Azienda sanitaria, con il provvedimento della Giunta Regionale di determinazione delle risorse finanziarie per gli esercizi 2015 e 2016 ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Con il medesimo provvedimento viene demandato a singoli decreti del competente dirigente regionale l'impegno e la liquidazione, secondo la vigente procedura, delle quote mensili spettanti a ciascuna Azienda sanitaria, come risultanti dal provvedimento medesimo.

Si dà atto che gli oneri derivanti dall'attuazione del presente provvedimento trovano copertura nel capitolo 101702 ad oggetto "Spesa sanitaria corrente per il finanziamento dei LEA, ivi compresa la mobilità passiva programmata per l'esercizio. Art. 20, c. 1 p.to B, lett. A, d.lgs. 23/06/2011, n. 118. Finanziamento regionale autonomo" del bilancio di previsione pluriennale 2014-2016, che presenta sufficiente disponibilità.

Si dà atto che gli oneri di cui al punto precedente non rientrano nelle tipologie soggette a limitazione ai sensi della L.R. n. 1/2011.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

Udito il relatore, il quale dà atto che la struttura proponente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale;

- VISTO l'art. 26 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978;

- VISTOl'art. 2 co. 2 lett. c) ed o) della legge regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

- VISTA la DGR n. 253 del 1 febbraio 2000;

- VISTE le DGR n. 2529 del 4 agosto 2000, n. 1046 del 2 maggio 2001, n. 1691 del 28 giugno 2002, n. 1587 del 30 maggio 2003, n. 2134 del 16 luglio 2004, n. 913 del 18 marzo 2005, n. 2345 del 27 luglio 2006, n. 1191 del 24 aprile 2004, n. 4136 del 28 dicembre 2007, n. 4195 del 30 dicembre 2008, n. 1180 del 23 marzo 2010, n. 1284 del 3 agosto 2011, n. 990 del 5 giugno 2012, n. 496 del 16 aprile 2013;

- VISTO il decreto del Segretario Regionale per la Sanità n. 87 del 23 maggio 2012;

delibera

1. di approvare il budget di struttura di ogni singolo Istituto e Centro ex art. 26 della L. n. 833/78, di cui all'**Allegato A** parte integrante del presente provvedimento;

2. di approvare le tariffe delle prestazioni di cui all'**Allegato B**, parte integrante del presente provvedimento;

3. di stabilire che quanto disposto con il presente atto decorre dal 1 gennaio 2015 al 31 dicembre 2016;

4. di disporre che, al fine di assicurare agli erogatori la possibilità di programmare la propria attività senza soluzione di continuità, nell'ipotesi di non approvazione, entro il 31 dicembre 2016, della delibera della Giunta Regionale per la determinazione dei tetti di spesa per il periodo successivo, si intende provvisoriamente prorogato il presente provvedimento fino all'adozione della nuova deliberazione;

5. di demandare ad un decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale la definizione delle fasi del processo dell'erogazione dei budget e del conguaglio, secondo le disposizioni di cui in premessa, ai fini di una migliore uniformità ed omogeneità delle fasi medesime presso tutti i soggetti interessati;

6. di dare atto che la copertura degli oneri di cui all'**Allegato A** è assicurata nell'ambito dei fondi che saranno assegnati, ad ogni singola Azienda sanitaria, con il provvedimento della Giunta Regionale di determinazione delle risorse finanziarie per gli esercizi 2015 e 2016 ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza;

7. di dare atto che gli oneri derivanti dalla attuazione del presente provvedimento trovano copertura nel capitolo 101702 ad oggetto "Spesa sanitaria corrente per il finanziamento dei LEA, ivi compresa la mobilità passiva programmata per l'esercizio. Art. 20, c. 1 p.to B, lett. A, d.lgs. 23/06/2011, n. 118. Finanziamento regionale autonomo" del bilancio di previsione pluriennale 2014-2016, che presenta sufficiente disponibilità;

8. di approvare le disposizioni e i principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente dispositivo;

9. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;

10. di incaricare la Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria dell'esecuzione del presente atto;

11. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione.