

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2258 del 30 dicembre 2016

Assegnazione Budget per l'attività di riabilitazione extraospedaliera presso Istituti e Centri, ex art. 26 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978, accreditati, per il triennio 2017-2019 ed ulteriori disposizioni.

[Unità locali socio sanitarie e aziende ospedaliere]

Note per la trasparenza:

Vengono assegnati, per il triennio 2017-2019, i Budget 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 Province 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 budget degli erogatori. Con la deliberazione n. 990 del 5 giugno 2012 sono stati determinati i volumi 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 Euro 157,00.

Con l'odierno provvedimento si propone di individuare i budget per gli erogatori in parola per il triennio 2017-2019, coerentemente con quanto disposto dal comma 14 dell'art 15 del decreto legge n. 95/2012, così come modificato dalla legge n. 208/2015, e con le precisazioni di seguito riportate.

Per l'"Istituto Pio XII" di Misurina, si rappresenta che determinante nell'analisi condotta per l'individuazione del budget di struttura, sono stati gli esiti del ruolo assegnato al Distretto socio-sanitario, con DGR n. 2079 del 30 dicembre 2015, nell'erogazione delle prestazioni residenziali. Subordinare l'erogazione delle prestazioni residenziali alla positiva condivisione del piano riabilitativo da parte delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali (UVMD) di residenza dell'utente, ha prodotto un maggior governo nella domanda di accessi residenziali. Il trend innescato dal coinvolgimento del Distretto rende opportuno l'adeguamento del Budget della struttura all'effettiva quantità di prestazioni erogate.

Il budget della Fondazione più di un Sogno nella sede di Verona di Via Agrigento n. 22, per l'importo di Euro 50.000,00 è riservato - nel rispetto degli standard autorizzativi ex l.r. n. 22/02 - alla presa in carico di nuovi utenti. La presa in carico per conto del SSR, nella sede indicata, di utenti già assistiti in altra sede della Fondazione - collocata nel territorio dell'Azienda Ulss 9 Scaligera - determina la contestuale cessazione del costo aziendale a ristoro dell'assistenza ivi erogata in favore degli utenti considerati.

Le disposizioni di cui al comma 14 dell'art 15 del decreto legge n. 95/2012, così come modificato dalla legge n. 208/2015, non trovano applicazione nei confronti degli erogatori accreditati ex novo.

Si propone, pertanto, che il budget di ciascuna singola struttura erogatrice, per gli anni 2017, 2018 e 2019 sia costituito dagli importi indicati nell'**Allegato A** parte integrante del presente provvedimento. Si confermano inoltre gli importi delle tariffe delle prestazioni erogabili, come indicate nella precedente DGR n. 2079 del 30 dicembre 2015 ed esemplificate nell'**Allegato B**, parte integrante del presente provvedimento. Si demanda ad un decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale eventuali correzioni degli **allegati A e B** dovuti ad errori materiali.

Il budget di struttura viene erogato a seguito della presentazione della fattura anche in forma di acconti mensili, salvo conguaglio. L'erogazione del budget di struttura utilizzerà le informazioni rendicontate con il flusso informativo regionale sulle attività territoriali di riabilitazione regolarmente inviato dalle strutture erogatrici, contenente il dettaglio dei trattamenti e delle schede individuali e relativa valorizzazione, che sarà aggiornato con la stesura di un apposito disciplinare in corso di formalizzazione.

Il Programma Regionale della Patologia in Età Pediatrica, istituito con DGR n. 4812 del 28 dicembre 1999, procederà alla verifica tra quanto dichiarato dai soggetti erogatori e quanto desunto dal flusso, comunicando gli esiti di tale verifica alla Direzione Programmazione Sanitaria - U.O. Strutture Intermedie e socio-sanitarie territoriali.

Con l'odierno provvedimento si propone inoltre di modificare le previsioni contenute nelle precedenti delibere giuntali in materia di definizione di accordi fra Aziende Ulss ed erogatori al fine della presa in carico di pazienti con gravissime patologie invalidanti, nei termini così definiti:

- i nuovi accordi sottoscritti nel 2017 devono essere attuati all'interno dei singoli budget di struttura;
- gli accordi in essere alla data del 31 dicembre 2016 devono essere ricondotti all'interno del budget di struttura a partire dall'anno 2018.

Rimane salva la possibilità di definire all'interno di tali accordi delle tariffe "ad personam" precisando che l'eventuale componente sociale aggiuntiva non potrà essere posta a carico dei Fondi Sanitari.

Tali accordi - esistenti e nuovi - per fini di monitoraggio, si rende opportuno siano inviati in copia alla Direzione Programmazione Sanitaria - U.O. Strutture Intermedie e socio-sanitarie territoriali.

Si propone che quanto previsto dal presente atto decorra dal 1 gennaio 2017 al 31 dicembre 2019.

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 2019, della delibera della Giunta Regionale per la determinazione dei budget 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 stabilito con le deliberazioni n. 4163/2007, n. 4195/2008, n. 1180/2010, n. 2693/14, n. 2079/15 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;
- nel 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;
- eliminazione del meccanismo di erogazione delle quote in eccesso ai singoli budget di struttura entro il limite determinato dal tetto di sistema totale: le eventuali quote di budget non spese dal singolo erogatore non possono quindi essere utilizzate a copertura del fatturato realizzato in eccesso da altri erogatori rispetto al budget di struttura

assegnato;

- l'erogazione delle prestazioni residenziali è subordinata alla positiva condivisione del piano riabilitativo con il Distretto socio-sanitario di residenza dell'utente; in tale contesto il Distretto dovrà esercitare le proprie funzioni di integrazione socio-sanitaria, supportando il coordinamento e la committenza nei confronti della rete dei servizi pubblici e privati, avvalendosi di tutti gli strumenti a propria disposizione, quali la valutazione multidimensionale e multiprofessionale, le linee guida nazionali, i percorsi o protocolli diagnostico terapeutici e assistenziali (PDTA) riconosciuti o validati, il piano assistenziale integrato con il piano riabilitativo. Nell'ottica della garanzia di un'appropriate erogazione delle prestazioni assistenziali, dal 1 gennaio 2016, tutti gli utenti presi in carico (con un nuovo o un rinnovato Piano Riabilitativo Individuale di tipo residenziale) saranno valutati all'interno delle Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuali (UVMD) di residenza dell'utente. Lo strumento di valutazione è la scheda SVaMDi, da ultimo approvata con la DGR 1804/2014 - i cui esiti saranno inseriti nella piattaforma web denominata Sistema Atl@nte web e rilevati con il flusso FAD (Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 220/2015).

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

Si dà atto che gli oneri di cui all'**Allegato A** trovano copertura finanziaria nell'ambito delle quote provenienti dalla ripartizione delle risorse del Fondo Sanitario Regionale che saranno assegnate alle corrispondenti Aziende sanitarie, a titolo di finanziamento indistinto per l'erogazione dei LEA, in ciascuno degli esercizi 2017, 2018 e 2019, con appositi provvedimenti della Giunta Regionale. Tali finanziamenti saranno erogati attraverso l'Azienda Zero di cui alla legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19.

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 competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

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

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, n. 2693 del 29 dicembre 2014, n. 2079 del 30 dicembre 2015;

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

VISTO l'art. 2 co. 2 della legge regionale n. 54 del 31 dicembre 2012;

delibera

1. di approvare le disposizioni ed i principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente dispositivo;
2. di approvare il budget di struttura assegnato ad ogni singolo Istituto e Centro ex art. 26 della L. n. 833/78, di cui all'**Allegato A**, parte integrante del presente provvedimento;
3. di approvare le tariffe delle prestazioni di ogni singolo Istituto e Centro ex art. 26 della L. n. 833/78 di cui all'**Allegato B**, parte integrante del presente provvedimento;
4. di vincolare l'attività della Fondazione più di un Sogno nella sede di Verona Via Agrigento n. 22 per l'importo di Euro 50.000,00 alla presa in carico di nuovi utenti per conto del SSR, precisando che il servizio a tal fine erogato, nella sede indicata, in favore di utenti già assistiti in altra sede della Fondazione - collocata nel territorio dell'Azienda Ulss 9 Scaligera - determina la contestuale cessazione del costo, a carico del bilancio aziendale, per l'assistenza ivi erogata in favore degli utenti medesimi;
5. di stabilire che le Aziende Ulss possono definire accordi contraddistinti da eventuali "tariffe ad personam", con gli erogatori al fine della presa in carico di pazienti con gravissime patologie invalidanti, precisando che l'eventuale componente sociale aggiuntiva non può essere posta a carico dei Fondi Sanitari. I nuovi accordi sottoscritti nel 2017

sono attuati all'interno dei singoli budget di struttura; gli accordi in essere alla data del 31 dicembre 2016 sono ricondotti all'interno del budget di struttura a partire dall'anno 2018. Per fini di monitoraggio, tali accordi vanno inviati in copia alla Direzione Programmazione Sanitaria - U.O Strutture Intermedie e socio-sanitarie territoriali;

6. di stabilire che quanto disposto con il presente atto decorre dal 1 gennaio 2017 al 31 dicembre 2019;
7. di dare atto della coerenza di quanto disposto con il presente provvedimento con il dettato normativo di cui al comma 14 dell'art 15 del decreto legge n. 95/2012, così come modificato dalla legge n. 208/2015;
8. di dare atto che gli oneri di cui all'**Allegato A** trovano copertura finanziaria nell'ambito delle quote provenienti dalla ripartizione delle risorse del Fondo Sanitario Regionale che saranno assegnate alle corrispondenti Aziende sanitarie, a titolo di finanziamento indistinto per l'erogazione dei LEA, in ciascuno degli esercizi 2017, 2018 e 2019, con appositi provvedimenti della Giunta Regionale. Tali finanziamenti saranno erogati attraverso l'Azienda Zero di cui alla legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19;
9. di dare atto che gli oneri di cui al punto precedente non rientrano nelle tipologie soggette a limitazione ai sensi della L.R. n. 1/2011;
10. 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 2019, della delibera della Giunta Regionale per la determinazione dei budget per il periodo successivo, si intende provvisoriamente prorogato il presente provvedimento fino all'adozione della nuova deliberazione;
11. di incaricare la Direzione Programmazione Sanitaria dell'esecuzione del presente atto;
12. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione.