



Giunta Regionale della Campania
Direzione Generale per la Tutela della Salute e
il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale

-Ai Direttori Generali
delle Aziende Sanitarie Locali della
Campania
e, p.c.
Ai Direttori Sanitari
Ai Direttori dei Distretti Sanitari
Ai Responsabili aziendali della
Riabilitazione
Ai coordinatori Socio Sanitari
Ai Responsabili dei DSM

per il tramite dei Direttori Generali

Oggetto: Tavolo Tecnico regionale- Applicazione dei profili tariffari File H per i trattamenti riabilitativi oltre 240 giorni.

Con riferimento all'oggetto riportato in epigrafe, si richiama la corrispondenza trasmessa dall'ASL Salerno a questa Direzione Generale, acquisita rispettivamente al protocollo regionale n. 0387106/2026 del 23/04/2026 e n. 0576110/2026 del 29/06/2026, concernente le criticità riscontrate nell'applicazione della disciplina regionale relativa alla gestione dei trattamenti riabilitativi residenziali e semiresidenziali eccedenti il limite ordinario di 240 giorni, nonché le modalità di valorizzazione delle relative prestazioni nell'ambito dei flussi informativi del File H.

Al fine di approfondire le questioni rappresentate questa Direzione Generale ha convocato, con nota prot. n. 0601602/2026-dell'8 luglio u.s., un apposito incontro con i referenti aziendali della riabilitazione delle AA.SS.LL. della Campania.

Con le richiamate note, l'ASL Salerno rappresenta di aver dato attuazione alle indicazioni regionali concernenti il popolamento dei flussi di monitoraggio delle prestazioni di cui al FILE H, e, contestualmente, di aver proseguito nella definizione del percorso volto a favorire la transizione degli assistiti all'interno della rete dei servizi per la disabilità, dalla presa in carico riabilitativa estensiva alla presa in carico sociosanitaria, non senza incontrare difficoltà.

La medesima Azienda evidenzia le difficoltà applicative concernenti il popolamento del File H, evidenziando altresì che l'applicazione della procedura abbia determinato difficoltà gestionali e amministrative nonché il rischio di dimissioni degli assistiti da parte delle strutture accreditate ex art. 26 della legge n. 833/1978, conseguenti alla modifica del regime tariffario applicabile in caso di prolungamento della durata della presa in carico dei pazienti oltre i 240 gg con contestuale trasformazione del progetto assistenziale da progetto di riabilitazione-PRI a piano di assistenza sociosanitario.

Nel corso dell'incontro, sono state esaminate le problematiche segnalate dall'ASL Salerno e condivise le principali problematiche-interpretative applicative concernenti il percorso di presa in carico degli utenti che, al termine del trattamento riabilitativo, necessitano della prosecuzione dell'assistenza nell'ambito della rete sociosanitaria.

E' stato chiarito e condiviso con i presenti che la disciplina di cui trattasi, ossia la casistica degli utenti over 240 giorni e gestione dei piani assistenziali degli utenti over 240 giorni, è risalente alla Delibera di Giunta Regionale n. 482/2004 e al Decreto commissario ad Acta n. 6/2010.

In primo luogo, occorre richiamare il Decreto del Commissario ad Acta n. 6 del 4 febbraio 2010, che costituisce tuttora il riferimento per la disciplina della fase transitoria tra il setting riabilitativo territoriale e quello sociosanitario. Tale provvedimento, nell'ambito del processo di riqualificazione della rete territoriale in una visione di unicum assistenziale, considerato anche il processo di riconversione delle strutture ex art. 26 in eccesso, ha introdotto il principio dell'unitarietà del percorso assistenziale, disciplinando le modalità ed i meccanismi di transizione dal setting riabilitativo territoriale cosiddetto ex art 26 al setting territoriale sociosanitario residenziale e semiresidenziale per gli utenti che, concluso il percorso riabilitativo, continuano a necessitare di una presa in carico assistenziale continuativa, contemperando la fase di conclusione della procedura di riconversione e di qualificazione delle strutture x art. 26 e lo sviluppo della rete assistenza territoriale sociosanitaria (RSA e CD) per la disabilità.

Il DCA 6 del 4 febbraio 2010 ha stabilito che, nelle more del completamento della rete regionale delle Residenze Sanitarie Assistenziali e dei Centri Diurni destinati alle persone con disabilità e agli anziani non autosufficienti, le tariffe sociosanitarie trovino applicazione anche per le prestazioni erogate dai centri accreditati o provvisoriamente accreditati ex art. 26 Legge 833/78 per pazienti in regime residenziale e semiresidenziali che hanno superato i 240 giorni di permanenza, fatto salvo le cosiddette "eccezioni" degli over 240 disciplinate dalla DGRC n. 482/2004.

Nelle strutture ex art. 26 della legge n. 833/1978 ancora interessate dal processo di riconversione, trova applicazione quanto previsto dal punto 5.1 delle Linee Guida approvate con la DGRC n. 482/2004, secondo cui compete all'UVBR la valutazione clinico-funzionale dell'utente, la definizione del progetto riabilitativo e la verifica della sussistenza delle condizioni che possano giustificare il ricorso alle deroghe previste dalla medesima deliberazione.

È tuttavia opportuno evidenziare che tali disposizioni devono essere lette alla luce del contesto ordinamentale nel quale furono adottate. Come condiviso anche durante la discussione al tavolo tecnico, tali indicazioni non possono prescindere dalla valutazione generale del momento storico nel quale sono state formulate, fase nella quale la rete regionale delle strutture sociosanitarie risultava ancora incompleta e il processo di riconversione delle strutture ex art. 26 non era stato ancora avviato.

Assumono, in tale prospettiva, particolare rilievo il D.P.C.M. 12 gennaio 2017, recante la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, ed in particolare l'articolo 34, che disciplina la presa in carico riabilitativa quale percorso assistenziale appropriato fondato sulla valutazione multidimensionale del bisogno, nonché l'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni il 4 agosto 2021 (Rep. Atti n. 124/CSR), ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, concernente le "Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione", che promuove il superamento di una concezione centrata esclusivamente sul modello organizzativo delle strutture ex art. 26, orientando il sistema verso percorsi integrati e graduati sulla base dell'intensità assistenziale richiesta dal singolo assistito formulando raccomandazioni specifiche tese a superare l'art 26.

Sono stati definiti, pertanto, gli atti di programmazione e di indirizzo attraverso i decreti del commissario ad acta per la fuoriuscita dal piano di rientro che costituiscono parte integrante del processo regionale di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano e perseguono l'obiettivo di adeguare il sistema dell'assistenza territoriale alle indicazioni ministeriali, attraverso la definizione dei nuovi setting assistenziali della riabilitazione territoriale (Rd1 intensivo e Rd1 estensivo), nonché mediante il progressivo completamento della rete delle Unità di Cura Residenziali

e che hanno consentito alla regione Campania di adeguare la norma alle indicazioni Ministeriali e alle principali linee di indirizzo in materia di presa in carico in ambito riabilitativo.

Ne consegue che la permanenza dell'assistito all'interno del medesimo setting riabilitativo non può essere considerata quale automatica conseguenza del decorso temporale del trattamento, bensì deve essere costantemente correlata agli esiti del progetto riabilitativo individuale, agli obiettivi terapeutici conseguiti e alla permanenza dei presupposti clinici che giustificano la prosecuzione dell'intervento riabilitativo.

La motivazione per la prosecuzione del pri in ex art. 26 deve contenere almeno il profilo clinico e funzionale aggiornato, gli strumenti di valutazione utilizzati, gli obiettivi originari del progetto, gli esiti effettivamente conseguiti, gli obiettivi residui, la potenzialità di ulteriore recupero o il rischio documentato di regressione modificabile, l'intensità degli interventi necessari, la durata della nuova autorizzazione, la data della successiva verifica e le ragioni specifiche dell'eventuale inidoneità di RSA, assistenza domiciliare o altri setting territoriali.

Qualora, all'esito della rivalutazione, emerga il venir meno dell'indicazione al trattamento riabilitativo intensivo o estensivo e si evidenzia la necessità di una presa in carico sociosanitaria continuativa, dovrà essere tempestivamente attivato il percorso di valutazione multidimensionale da parte dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI), con il coinvolgimento del Distretto Sanitario competente e dell'Ambito Territoriale Sociale, ai fini della predisposizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e dell'individuazione della struttura maggiormente appropriata.

Al riguardo si richiama l'attenzione delle Aziende Sanitarie sulla necessità che la convocazione dell'UVBR e dell'UVI avvenga con congruo anticipo rispetto alla scadenza del ciclo riabilitativo, evitando soluzioni di continuità nella presa in carico e garantendo la tempestiva definizione del successivo percorso assistenziale.

In attesa di trasferire il paziente nel setting indicato, la permanenza presso la struttura di provenienza assume carattere esclusivamente transitorio e non configura prosecuzione del trattamento riabilitativo. In tali casi trovano applicazione il regime assistenziale, il sistema di pagamento della retta con la compartecipazione e il regime tariffario propri del setting sociosanitario indicato nel progetto UVI ed in conformità alle tariffe di cui alla DGRC n. 526/2025, così come sancito dal DCA n. 6/2010 e da quanto disposto dallo schema di contratto per l'acquisto di prestazioni dalle strutture private accreditate della macroarea della riabilitazione approvato con la DGRC 545/2024 per gli anni 2024 e 2025, il quale, all'art. 2, recita: *"Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78,[...] **comprensivi delle prestazioni che superino i 240 giorni di trattamento da remunerarsi con le tariffe sociosanitarie ai sensi del DCA n. 6/2010[...]**".* Ed ancora, all'art. 4: *"Le prestazioni di cui al precedente art. 3 sono valorizzate e vengono remunerate applicando le seguenti tariffe: per le prestazioni ambulatoriali, ambulatoriali piccolo gruppo, domiciliari, semiresidenziali e residenziali sono applicate le tariffe per la macroarea riabilitazione approvate con DGRC n. 531/2021; **per le prestazioni residenziali e semiresidenziali che superano i 240 giorni di degenza per il medesimo paziente, sono applicate le tariffe sociosanitarie approvate con la citata DGRC n. 531/2021.*** Successivamente è intervenuta la dgrc 526/2025 che ha aggiornato le tariffe della macroarea riabilitazione e sociosanitaria.

In ultimo, si ribadisce che il file H, che già nella versione adottata in precedenza, prevedeva il monitoraggio dell'accordo contrattuale nella modalità descritta, nella versione di recente aggiornata consente in maniera più puntuale rispetto al passato di rendere leggibili e identificabili le prestazioni residenziali e semiresidenziali oltre i 240 giorni, codificate come RIA.012 e RIA.013. Analogamente il corretto popolamento del flusso è essenziale per il monitoraggio dei volumi, dell'appropriatezza delle prestazioni riconducibili ai setting RD1 intensivo e RD 1 estensivo.

E' opportuno fare un richiamo all'utilizzo coerente degli applicativi e delle piattaforme sviluppate nell'ambito del sistema Sinfonia e messe a disposizione dalla Regione Campania, quali le piattaforme SIGARs e SIAR, finalizzate ad assolvere agli obblighi informativi, evitando disallineamenti tra la valutazione clinico-assistenziale, la classificazione tariffaria e il dato trasmesso nei flussi informativi.

Questa Direzione con la presente intende manifestare l'impegno e la volontà tecnica ad affrontare le criticità delineate, definendo un percorso finalizzato al completamento della rete dei servizi programmata e a dare piena attuazione agli indirizzi in materia di riabilitazione ed appropriatezza della presa in carico, con il contributo di codeste Direzioni strategiche.

Sarà compito degli uffici competenti definire un'agenda di riunioni e convocazioni per la trattazione dei temi delineati e valutare l'adozione di atti finalizzati all'aggiornamento della disciplina trattata.

Alla luce di quanto sopra, le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali sono invitate vigilare sul corretto monitoraggio delle prestazioni erogate, ad adottare o aggiornare una procedura aziendale uniforme per la gestione dei pazienti prossimi al superamento dei 240 giorni assicurando che la rivalutazione sia avviata con congruo anticipo rispetto alla scadenza del PRI, così come sopra evidenziato.

Cordiali Saluti.

Il Dirigente Settore 204.02.00
Dott. Pietro Buono

Il Dirigente UOS 204.02.02
Dott.ssa Sara Fusco

Il Direttore Generale
Dott. Ugo Trama

I funzionari E.Q.
Luigi Sansone
FIRMA AUTOGRAFA OMESSA
AI SENSI DELL'ART 3 COMMA 2 DEL DLGS 39/93

Annarita Greco
FIRMA AUTOGRAFA OMESSA
AI SENSI DELL'ART 3 COMMA 2 DEL DLGS 39/93