ALLEGATO A: INDICAZIONI OPERATIVE per le AA.SS.LL.

Attuazione DGRC n. 519/2026 – Risorse ex art. 1, comma 279, Legge 30 dicembre 2024, n. 207

1. Premessa e Avvio della Ricognizione

Nell'ambito delle misure volte al superamento del sovraffollamento dei Pronto Soccorso e alla riduzione dei tempi di attesa per il ricovero dei pazienti già stabilizzati (c.d. misura "svuota-barelle"), al fine di ottemperare alle disposizioni di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale della Campania (DGRC) n. 519 del 30.09.2026, si rende necessario procedere alla definizione delle seguenti linee guida operative.

Le case di cura private accreditate, che abbiano disponibilità dei posti letto nelle discipline di cui al successivo punto 2, possono chiedere formalmente alla propria ASL di stipulare l'ADDENDUM di cui all'Allegato B, evidenziando la propria capacità occupazione dei posti letto accreditati in rapporto al tetto ordinario assegnato dalla DGRC n. 519/2026, in modo da favorire l'ottimale utilizzo della capacità ricettiva complessivamente disponibile.

L'accesso a tali posti letto è riservato all'acquisizione delle prestazioni ospedaliere volte a superare il sovraffollamento dei Pronto Soccorso (c.d. misura "svuota-barelle") ed è subordinato alla preventiva verifica della disponibilità di posti letto presso i reparti delle strutture ospedaliere pubbliche e della possibilità di dimissione verso strutture di riabilitazione territoriale.

2. Discipline e regimi di ricovero prioritari

La ricognizione riguarda posti letto ordinari afferenti alle seguenti discipline:

- Medicina Generale – cod. 26: per la gestione dei pazienti acuti e sub-acuti;
- Recupero e riabilitazione funzionale – cod. 56: per sbloccare i posti letto di alta intensità attraverso la presa in carico riabilitativa;
- Assistenza ai lungodegenti – cod. 60: per alleggerire i reparti ordinari dai pazienti cronici complessi.

3. Termini e modalità di riscontro

La struttura dovrà comunicare la propria disponibilità. In tale comunicazione le case di cura accreditate dovranno dichiarare, sotto la propria responsabilità:

1. l'impegno a comunicare quotidianamente alla C.O.T. aziendale i posti letto accreditati disponibili per ciascuna delle discipline di cui al punto 2, garantendo che la messa a disposizione di tali posti letto non avrà ripercussioni sulla gestione delle liste di attesa ordinarie e non produrrà allungamento delle stesse;
2. il nominativo del referente per le ammissioni, comprensivo di recapito telefonico diretto (H24) e indirizzo e-mail dedicato;
3. l'accettazione incondizionata delle condizioni operative e tariffarie stabilite nelle presenti indicazioni, con contestuale impegno alla sottoscrizione di uno specifico addendum al contratto secondo lo schema allegato al presente decreto dirigenziale (ALLEGATO B).

All'esito della ricognizione, le AA.SS.LL. provvederanno altresì alla tempestiva stipula dei predetti addendum contrattuali con le Case di Cura aderenti, quale condizione necessaria per l'effettiva attivazione dei trasferimenti e per la successiva remunerazione delle prestazioni.

4. Raccordo operativo

Ciascuna ASL, ricevute le richieste, comunicherà l'elenco di tutte le strutture accreditate partecipanti alla C.O.T. (Centrale Operativa Territoriale) aziendale e alle C.O.T. delle aziende ospedaliere operanti sul proprio territorio, con indicazione dei posti letto disponibili nelle discipline di cui al punto 2.

I trasferimenti saranno gestiti, anche mediante coordinamento con le Aziende Ospedaliere delle ASL territorialmente competenti, dalle C.O.T. (Centrali Operative Territoriali).

Il trasporto protetto (trasporto secondario con ambulanza/mezzo dedicato) dal Pronto Soccorso inviante alla struttura accreditata sarà coordinato e a carico della Casa di Cura ricevente e dovrà avvenire in tempi brevi e comunque **non oltre le 12 ore** dalla richiesta.

Il numero dei pp.ll. disponibili per le tre discipline di cui in precedenza sarà comunicato quotidianamente dalla struttura privata accreditata alla COT aziendale che funge da coordinatore.

Ai posti letto accedono i pazienti provenienti da tutta la ASL di appartenenza, sempre tramite il circuito COT.

La COT aziendale di coordinamento, in assenza di disponibilità potrà accedere alla COT regionale per disponibilità presso altre AA.SS.LL..

Ciascuna ASL è impegnata ad aggiornare quotidianamente la disponibilità residua del budget ricevuto (compresi gli eventuali trasferimenti tra ASL previsti dal punto 3 del dispositivo del citato Decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. ..... del .... ottobre 2026), al netto di una ragionevole previsione, da concordare con la casa di cura ricevente, del consumo dello stesso per i ricoveri già effettuati a valere sulla integrazione ex art. 1, comma 279 della L. n. 207/2024.

In prossimità dell'esaurimento di detta disponibilità, l'ASL competente, direttamente e/o tramite la COT che richiede il ricovero, è tenuta ad informare la casa di cura private di tale circostanza, con tutte le conseguenze in materia di regressione tariffaria della remunerazione, previste dall'apposito ADDENDUM sottoscritto dalla struttura privata.

5. Criteri di selezione della struttura

La struttura del Pronto Soccorso che ha in carico il paziente, effettuata la valutazione clinico-assistenziale, richiede il trasferimento presso la struttura privata accreditata individuata tra quelle che hanno comunicato la disponibilità del/dei posti letto, che ritiene più adeguata in relazione al quadro clinico del paziente.

Nell'individuazione della struttura, tenuto conto della priorità normativamente riconosciuta dall'art. 1, comma 279, della Legge n. 207/2024 alle strutture immediatamente disponibili ed in grado di assicurare maggiore ricettività nel singolo plesso, a parità di condizioni, si applicano i seguenti criteri:

- **Incapienza del tetto di spesa ordinario:** l'integrazione ex art. 1, c. 279, della L. n. 207/2024 deve andare prioritariamente alle case di cura che, altrimenti, non potrebbero accogliere altri ricoveri; a tal fine, ciascuna casa di cura interessata è impegnata a fornire alla propria ASL e alla C.O.T. (possibilmente su base settimanale e/o con la diversa periodicità richiesta dalla ASL) la proiezione aggiornata del consumo del proprio tetto di spesa complessivo;
- **Criterio di prossimità geografica e minore distanza:** riduce il tempo di impiego dell'ambulanza per il trasporto secondario, minimizza il disagio per il paziente e facilita le visite dei familiari/caregiver;
- **Principio di rotazione equitativa:** qualora due o più cliniche si trovino nello stesso raggio chilometrico/distretto, inteso anche come tempi di percorrenza , l'invio avviene a rotazione, assegnando il paziente alla struttura che da più tempo non riceve ricoveri dal sistema;
- **Scelta informata del paziente:** ove sussistano parità di condizioni cliniche, logistiche e di rotazione tra due o più sedi idonee, viene data al paziente (o al familiare delegato) la facoltà di esprimere una preferenza motivata, da acquisire su apposito modello prestampato.

6. Tracciabilità dei ricoveri

I ricoveri effettuati nell'ambito del presente piano dovranno essere tracciati nel flusso informativo SDO tramite compilazione da parte della casa di cura del campo appositamente predisposto.

Tutta la documentazione attestante la provenienza dei pazienti dal Pronto Soccorso e l'attivazione tramite COT, per i ricoveri ai sensi dell'articolo 1, comma 279, della legge 30 dicembre 2024, n. 207, dovrà essere custodita nella cartella clinica della Casa di Cura e resa disponibile per gli organismi di controllo interni ed esterni.

7. Regime contrattuale e tariffario

I rapporti giuridici ed economici relativi alle prestazioni integrative in oggetto sono regolati mediante specifico addendum contrattuale stipulato tra la ASL competente e la Casa di Cura accreditata aderente.

I ricoveri effettuati in attuazione delle presenti disposizioni saranno remunerati con le stesse tariffe e abbattimenti pro tempore vigenti per tutti gli altri ricoveri erogati dalla struttura privata accreditata nelle discipline di cui al precedente punto 2.

Considerato il limitato arco temporale residuo per l'esercizio 2026, la natura sperimentale del modello operativo, nonché i tempi tecnici di trasmissione dei flussi SDO relativi all'ultimo

bimestre dell'anno, le singole strutture non hanno un tetto di spesa individuale a monte, ma la determinazione della remunerazione spettante e la conseguente liquidazione da parte delle ASL avverranno a consuntivo, direttamente in sede di definizione del "Consuntivo annuo assistenza ospedaliera anno 2026" da parte delle competenti articolazioni regionali.

In particolare

- i ricoveri erogati ai sensi dell'articolo 1, comma 279, della legge 30 dicembre 2024, n. 207 saranno rendicontati dalla casa di cura alla ASL in un report dedicato e distinto dalla produzione ordinaria;
- le singole ASL, al termine del processo di consolidamento dei flussi SDO, al netto dei controlli di appropriatezza e congruità, provvederanno alla trasmissione dei conteggi relativi alle prestazioni erogate all'atto della definizione del Consuntivo dell'esercizio 2026 dell'assistenza ospedaliera da parte delle competenti articolazioni regionali;
- qualora la produzione complessiva delle strutture insistenti sul territorio della ASL, al netto delle verifiche di appropriatezza e di congruità, superi il tetto specifico assegnato all'Azienda (con i trasferimenti di budget sopra previsti tra ASL), le Case di Cura saranno remunerate in misura proporzionale alle percentuali di produzione realizzata, fino a concorrenza del tetto aziendale disponibile. previsto per l' Azienda, salvo eventuale conguaglio successivo in sede di redistribuzione regionale di cui al punto seguente;
- qualora la somma del rimborso spettante a tutte le strutture afferenti ad una singola ASL risulti inferiore al budget specifico aziendale, sarà confermato il netto liquidabile della struttura e le relative economie verranno utilizzate a livello regionale per la ridistribuzione a favore delle strutture delle altre ASL che non abbiano avuto il rimborso integrale per superamento del rispettivo budget aziendale, esclusivamente in riferimento ai ricoveri erogati ai sensi dell'articolo 1, comma 279, della legge 30 dicembre 2024, n. 207;
- eventuali ulteriori economie residue a livello regionale, una volta soddisfatte tutte le prestazioni erogate dalla presente misura, verranno utilizzate a consuntivo nella rideterminazione del tetto liquidabile alle case di cura in base ai volumi di produzione realizzati nel corso dell'esercizio 2026, secondo le determinazioni regionali vigenti.

8. Decorrenza ed efficacia delle disposizioni

La presente procedura ha carattere sperimentale per l'annualità 2026.

In attuazione della DGRC n. 519/2026, le disposizioni operative della presente procedura hanno efficacia a decorrere dalla data di adozione del presente Decreto dirigenziale e, subordinatamente, alla sottoscrizione dei relativi addendum contrattuali trovando applicazione per i pazienti **dimessi entro il 31.12.2026.**

I ricoveri attivati ai sensi della presente procedura le cui dimissioni avvengano successivamente al 31.12.2026 graveranno sui tetti dell'esercizio 2027 e saranno remunerati secondo le regole applicabili al consuntivo 2027.