

ALLEGATO A)

**PIANO DI ACQUISTO DELLE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE GLOBALE DALLE STRUTTURE  
PRIVATE ACCREDITATE  
ANNI 2024-2026**

## PREMESSA

La legge regionale 11 settembre 2020, n. 24, ha istituito l'Azienda regionale della salute (ARES) per il supporto alla produzione di servizi sanitari e sociosanitari in favore delle Aziende sociosanitarie locali, l'ARNAS Brotzu, l'AREUS e le Aziende ospedaliero-universitarie di Cagliari e Sassari.

In particolare, per la parte che qui interessa, l'art. 3, comma 3, lett I), della succitata legge regionale, prevede che l'ARES *“svolga in maniera centralizzata la gestione della committenza inerente l'acquisto di prestazioni sanitarie e sociosanitarie da privati sulla base dei Piani presentati dalle Aziende sociosanitarie”*.

L'Atto Aziendale dell'ARES Sardegna, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 19 del 18/01/2023, tra i compiti del Dipartimento per il governo del privato accreditato e l'appropriatezza, prevede l'elaborazione del Piano Preventivo delle Attività triennale da predisporre sulla base dei Piani presentati dalle Aziende sociosanitarie.

A seguito dell'elaborazioni di tale Piano e alla determinazione da parte della Regione dei tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni sociosanitarie dai privati accreditati, i Servizi di Committenza afferenti al Dipartimento per il governo del privato accreditato e l'appropriatezza ARES procedono all'elaborazione dei Piani di acquisto delle prestazioni nelle macroaree dell'assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale, residenze sanitarie assistenziali, centri diurni integrati-Hospice, riabilitazione globale, termale, salute mentale, dipendenze patologiche e AIDS e patologie correlate.

Per il triennio 2024-2026 il Piano Preventivo delle Attività ARES è stato approvato con Delibera del Direttore Generale n. 19 del 12 gennaio 2024 e in esso vengono definiti a livello regionale e per ASL:

1. le dimensioni della produzione diretta di prestazioni, per i singoli livelli di assistenza;
2. il fabbisogno delle prestazioni da acquisire dalle altre aziende sanitarie;
3. il fabbisogno di prestazioni da acquistare da soggetti erogatori privati.

La valorizzazione economica del fabbisogno di prestazioni da acquistare da soggetti erogatori privati è di seguito rappresentata, suddivisa per macrolivello assistenziale e per annualità:

Tabella 1

Macro livello	2024	2025	2026
Assistenza ospedaliera	102.446.485,73 €	102.446.485,73 €	102.446.485,73 €
Specialistica ambulatoriale	63.796.514,27 €	63.796.514,27 €	63.796.514,27 €
AIDS e patologie correlate	638.099,00 €	638.099,00 €	638.099,00 €
Assistenza termale	1.651.250,00 €	1.651.250,00 €	1.651.250,00 €
RSA-CDI e Hospice	37.090.510,00 €	37.090.510,00 €	37.090.510,00 €
Riabilitazione globale	63.088.953,83 €	63.088.953,83 €	63.088.953,83 €
Salute mentale	16.623.008,00 €	16.755.895,00 €	16.529.561,00 €
Dipendenze patologiche	8.553.445,00 €	8.553.445,00 €	8.553.445,00 €
<b>Totale</b>	<b>293.888.265,83 €</b>	<b>294.021.152,83 €</b>	<b>293.794.818,83 €</b>

Macro livello	2024	2025	2026
Mater Olbia Hospital	61.880.000,00 €	60.980.000,00 €	60.980.000,00 €

Con la DGR n. 5/43 del 23/02/2024, la RAS ha determinato i tetti di spesa per l'acquisto delle prestazioni da privato accreditato per i macrolivelli assistenziali sopra citati, individuando anche le linee di indirizzo e gli schemi di contratto per la successiva stipula con gli erogatori privati.

I Servizi di Committenza ARES Sardegna predispongono ognuno per quanto di competenza i Piani di acquisto delle prestazioni, ripartendo il tetto di spesa tra gli erogatori attraverso l'applicazione dei criteri indicati dalla Delibera Regionale sopracitata. Il presente Piano individua nello specifico le prestazioni di Riabilitazione globale da acquistare dagli erogatori privati accreditati per il triennio 2024-2026 nei limiti delle risorse assegnate dalla RAS (allegato 6 alla delibera RAS).

### RIABILITAZIONE GLOBALE

La Deliberazione G.R. n. 5/43 del 23/02/2024 prevede, per ciascun anno del triennio 2024/2026, i seguenti tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni di Riabilitazione globale:

Tabella 2

2024	2025	2026
63.088.953,83 €	63.088.953,83 €	63.088.953,83 €

In coerenza con i precedenti Piani di Acquisto, il tetto di spesa annuale è stato suddiviso prevedendo un tetto specifico per le prestazioni di riabilitazione globale a ciclo continuativo ad alta intensità (livello 1) e un tetto unico per le restanti prestazioni dal livello 2 al livello 11, come riepilogato nella successiva tabella:

Tabella 3

<b>Totale tetto annuale</b>	<b>Livello 1</b>	<b>Livello da 2 a 11</b>
63.088.953,83 €	8.105.407,23 €	54.983.546,60 €

### **DISTRIBUZIONE DEL TETTO DI SPESA**

La DGR 5/43 dispone che la distribuzione del tetto di spesa avvenga per il 90% sulla base dei criteri elencati nelle linee di indirizzo generali fissate nella stessa DGR e per il restante 10% sulla base di ulteriori criteri, anche finalizzati a favorire l'immissione nel mercato di nuovi erogatori, individuati con deliberazione del Direttore generale dell'ARES.

Si è quindi proceduto alla distribuzione delle risorse assegnate dalla RAS secondo il percorso sotto indicato:

- a) Il tetto complessivo annuale di euro 63.088.953,83 è stato suddiviso in due tetti distinti:
- 1) euro 8.105.407,23 destinato al livello 1 (livello intensivo cardiologico e livello intensivo funzionale);
  - 2) euro 54.983.546,60 destinato ai livelli dal 2 all'11;
- b) per ciascuno dei due tetti è stato determinato il 90 % pari rispettivamente a:
- 1) euro 7.294.866,51 per il livello 1
  - 2) euro 49.485.191,94 per i livelli dal 2 all'11. Tale somma è stata integrata da una quota del 10% (vedi oltre),
- c) per ciascuno dei due tetti di cui alla lettera a) è stato determinato il 10 % del tetto pari rispettivamente a:
- 1) euro 810.540,72 per il livello 1. Tale somma viene destinata a eventuali nuovi erogatori e per

criticità o incrementi di budget che si rendessero necessari;

2) euro 5.498.354,66 per i livelli dal 2 all'11. Da tale somma viene detratta per ogni annualità una quota da destinare ai contratti con i nuovi erogatori (vedi paragrafo NUOVI CONTRATTI) e per far fronte ad eventuali criticità o incrementi di budget che si rendessero necessari.

La quota totale del restante 10% è stata destinata all'integrazione delle somme da distribuire alle strutture storiche. Questo si è reso necessario per garantire la continuità operativa delle Strutture già operanti ed evitare l'eccessiva variabilità dei tetti di spesa che si assegnano da un anno all'altro.

Pertanto, il 90% del budget da distribuire alle Strutture storiche, integrato come sopra indicato, è stato suddiviso tra i singoli operatori sulla base dei criteri previsti dalla DGR 5/43 che si riepilogano testualmente di seguito:

*1. il fatturato storico al netto dei crediti inesigibili del biennio 2022-2023, in ragione dell'effettivo periodo di attività della struttura. Si precisa che per fatturato storico si intendono gli importi relativi alle tariffe delle prestazioni erogate a favore dei cittadini residenti nel territorio della Regione, comprensivo del così detto "extrabudget", fatturato dagli erogatori e rimborsato dall'ARES.*

*2. la capacità erogativa della struttura, da valutare sull'ultimo provvedimento di accreditamento istituzionale utile;*

*3. la dislocazione delle strutture erogatrici nel territorio con la finalità di favorire, a seconda della diversa tipologia delle prestazioni da acquistare, la capillarizzazione o la concentrazione dell'offerta;*

*[4. la capacità di assicurare tempi di attesa coerenti con i bacini di garanzia.]*

Si fa presente che, per il macrolivello della Riabilitazione globale, non si applica il criterio sub. 4 (tempi di attesa) in quanto non esistono, allo stato attuale, sistemi oggettivi di rilevazione di tali dati.

## **METODO DI CALCOLO DEI CRITERI**

**1) fatturato storico:** la RAS ha individuato come primo criterio quello del "fatturato storico al netto dei crediti inesigibili del biennio 2022-2023", in ragione dell'effettivo periodo di attività della Struttura. Si

precisa che per fatturato storico si intendono gli importi relativi alle tariffe delle prestazioni erogate a favore dei cittadini residenti nel territorio della Regione, comprensivo del così detto “extrabudget”, fatturato dagli erogatori per la parte rimborsata dall'ARES.

Per quanto riguarda l’“extrabudget”, con Delibera del Direttore Generale n. 133 del 29/05/2024 è stato autorizzato il pagamento dello stesso per l’anno 2022 e la Delibera del Direttore Generale F.F. n. 179 del 28/06/2024 per l’anno 2023.

La porzione di tetto di spesa legata a tale criterio è calcolata proporzionalmente alla media del fatturato storico degli anni 2022 e 2023 delle Strutture contrattualizzate (raggruppate per Ente giuridico) dal foglio 01 FATTURATO dell'allegata tabella A);

2) **capacità erogativa**: è stata determinata su base annua come di seguito specificato:

a) prestazioni residenziali: numero dei posti letto accreditati moltiplicato per la relativa tariffa per 365 giorni;

b) prestazioni semiresidenziali e ambulatoriali/domiciliari: numero di prestazioni/accessi accreditati moltiplicato per la relativa tariffa per i giorni di attività.

È necessario evidenziare che permane una disomogeneità tra i provvedimenti di accreditamento in quanto rilasciati in tempi e con criteri abbastanza diversi. Alcuni, infatti, sono rilasciati per gruppi di prestazioni e non per singola tipologia; altri non contengono i giorni di apertura, mentre i più recenti recano il volume complessivo delle prestazioni.

In ragione di quanto sopra esposto si è stabilito, al fine di non creare situazioni di pregiudizio o di privilegio, di utilizzare i seguenti criteri:

- nel caso sia indicato il volume complessivo delle prestazioni nel decreto di accreditamento, si moltiplica lo stesso per la tariffa;

- per le prestazioni semiresidenziali e ambulatoriali in relazione alle giornate di apertura si è stabilito di usare quanto indicato nell’accredimento; qualora nello stesso decreto, non sia indicato il numero di giornate di apertura, questo è stabilito in 313 giorni;

- per quanto riguarda la tariffa, si è stabilito di usare la media delle tariffe delle prestazioni accreditate nel caso in cui l'accreditamento sia rilasciato per gruppi di prestazioni e non per singola tipologia.

La porzione di tetto di spesa legata a tale criterio è stata distribuita proporzionalmente alla capacità produttiva di ciascuna struttura sul totale degli accreditamenti, come risulta dal foglio 02 CAPACITA' dell'allegata tabella A).

3) **dislocazione delle strutture erogatrici nel territorio:** la porzione di tetto di spesa legata a tale criterio è stata calcolata con riferimento a 2 indici: uno riguarda la popolazione che insiste sui vari territori, l'altro il numero delle strutture che insistono nei medesimi territori e che svolgono la stessa attività. Dopo di che è stata calcolata la media di questi due indici e sulla base di tale media è stata effettuata la distribuzione proporzionale della quota a disposizione per tale criterio, come risulta dal foglio 03 CAPILLARIZZAZIONE dell'allegata tabella A).

Successivamente, ad ogni criterio è stato attribuito un peso come specificato nella sottostante tabella 4).

I pesi sono stati determinati tenendo conto del disposto della DGR 5/43 che prevede una riduzione progressiva del peso del fatturato nel triennio. Conseguentemente, si è proceduto all'incremento del peso attribuito al criterio della capillarizzazione al fine di favorire i territori con un basso livello di offerta di servizi disponibili.

Si è inoltre proceduto in modo da assicurare la regolare prosecuzione dell'erogazione delle prestazioni ed evitare un'eccessiva variabilità dei tetti di spesa nel triennio.

Tabella 4

CRITERI	2024			2025			2026		
	%	BUDGET liv 1	BUDGET liv 2-11	%	BUDGET liv 1	BUDGET liv 2-11	%	BUDGET liv 1	BUDGET liv 2-11
FATTURATO	75,0%	5.471.149,88	39.588.153,55	72,5%	5.288.778,22	38.268.548,43	70,0%	5.106.406,55	36.948.943,32
CAPACITA	20,0%	1.458.973,30	10.556.840,95	20,0%	1.458.973,30	10.556.840,95	20,0%	1.458.973,30	10.556.840,95
CAPILLARIZZAZIONE	5,0%	364.743,33	2.639.210,24	7,5%	547.114,99	3.958.815,36	10,0%	729.486,65	5.278.420,47

Con i criteri della DGR n. 5/43, pesati come sopra e calcolati secondo le modalità descritte si è provveduto alla determinazione della porzione di budget spettante a ciascun Ente Giuridico nel **triennio 2024/2026**, tenendo conto anche della capacità massima operativa delle singole Strutture.

Considerato che per alcune Strutture il budget risulta inferiore al fatturato medio, si è proceduto ad utilizzare parte delle economie disponibili per far sì che nessuna Struttura abbia un tetto inferiore rispetto al proprio fatturato medio, come risulta dal foglio 04 TOTALE dell'allegata Tabella A).

## NUOVI CONTRATTI

Si riportano nella tabella che segue le nuove Strutture con i relativi tetti di spesa:

Tabella 5

ASL	DENOMINAZIONE	Tetto 2024	Tetto 2025	Tetto 2026
ASL Sassari	INSIEME PER CRESCERE SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE - Sassari	€135.902,25	€ 380.526,30	€ 434.887,20
ASL Gallura	C.M.F. CENTRO DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA SRL - Tempio Pausania	€293.784,27	€ 822.595,94	€ 940.109,65
ASL Sassari	CENTRO FISIOTERAPICO S.B. SRL - Sassari	€111.844,31	€ 313.164,05	€ 357.901,78
ASL Cagliari	PARACELSO Capoterra	€52.093,37	€ 145.861,44	€ 166.698,79

La somma da destinare ad ogni Struttura è stata determinata con riferimento al 30% della capacità operativa dei vari livelli da acquistare per il 2024, 35% della capacità per il 2025 e 40% per il 2026. Per il primo anno (2024) la somma indicata è stata calcolata considerando il periodo di effettiva attività della Struttura (5 mesi su 12 a partire dalla pubblicazione del Piano di acquisto) così come previsto dalla DGR 5/43, mentre per il 2025 e il 2026 è stato preso in considerazione l'intero anno.

## LIVELLO 7

In riferimento alle prestazioni ambulatoriali, si rende necessario dare applicazione a quanto stabilito dalla DGR 5/43 che, così come già indicato nei due precedenti trienni, pone *“l'obiettivo di incrementare le prestazioni ambulatoriali intensive (livello 7), che attengono a una domanda di assistenza nella fase di dimissione ospedale-territorio e di diminuire le prestazioni ambulatoriali estensive (livello 8)”*. Per tale motivo, le strutture in possesso del relativo accreditamento istituzionale di riabilitazione ambulatoriale intensiva (livello 7) si impegnano ad erogare tali prestazioni, anche nell'ipotesi in cui non le abbiano mai erogate, con contestuale diminuzione del volume di prestazioni estensive (livello 8).

Si evidenzia infine che saranno possibili spostamenti di budget da una tipologia all'altra solo nel rispetto dei volumi massimi di accreditamento di ciascuna tipologia e nei limiti del tetto di spesa contrattuale.

### **Cessione del ramo di azienda Strutture AIAS**

Per l'anno 2024, a seguito della cessione del ramo di azienda da Aias (sedi di Capoterra e di Sanluri) alla Società Centro fisioterapico Tuvixeddu s.r.l. con decorrenza operativa dal primo settembre 2024, si è proceduto ad imputare ad AIAS 8/12 del budget da assegnare alle singole sedi cedute mentre al Centro fisioterapico Tuvixeddu s.r.l. sono stati assegnati i restanti 4/12.

Per gli anni 2025 e 2026, l'intero budget è attribuito al Centro fisioterapico Tuvixeddu s.r.l.