



| DIR.GEN./ DIR. STAFF (*) | | U.O.D. / Staff |
|-----------------------------|----|----------------|
| DG | 04 | 12 |

Regione Campania

GIUNTA REGIONALE

SEDUTA DEL **09/03/2021**

PROCESSO VERBALE

Oggetto :

Definizione per gli esercizi 2020-2021 dei limiti prestazionali e di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex artt. 26 legge 833/78.

| | | | | |
|-----|-----------------|----------|--------------|-------------------|
| 1) | Presidente | Vincenzo | DE LUCA | PRESIDENTE |
| 2) | Vice Presidente | Fulvio | BONAVITACOLA | |
| 3) | Assessore | Nicola | CAPUTO | |
| 4) | ” | Felice | CASUCCI | |
| 5) | ” | Ettore | CINQUE | |
| 6) | ” | Bruno | DISCEPOLO | |
| 7) | ” | Valeria | FASCIONE | |
| 8) | ” | Armida | FILIPPELLI | |
| 9) | ” | Lucia | FORTINI | |
| 10) | ” | Antonio | MARCHIELLO | |
| 11) | ” | Mario | MORCONE | |
| | Segretario | Mauro | FERRARA | |

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione Generale e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Direttore a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO che

- a) la legge 30 dicembre 2004, n. 311 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)" e, in particolare, l'art. 1, comma 180, ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore ad un triennio;
- b) l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle regioni l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;
- c) che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- d) con la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 28 luglio 2009 è stato nominato il Presidente pro tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi nel Servizio Sanitario Regionale Campano.
- e) la predetta deliberazione, tra l'altro, prevedeva al punto 4) la "Definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l'attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto all'articolo 8-quinquies, comma 2-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- f) che l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che "Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale";
- g) che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della legge n. 191/09;
- h) che in data 10 luglio 2017 il Consiglio dei Ministri ha deliberato la nomina del Presidente della Giunta Regionale a Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario;
- i) che a seguito della delibera del Consiglio dei Ministri del 5 dicembre 2019 e della verifica positiva degli adempimenti ivi previsti, intervenuta nella riunione congiunta del 24 gennaio 2020 del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, è cessato il mandato commissariale conferito con la sopra citata deliberazione del Consiglio dei Ministri il 10 luglio 2017, e la Regione Campania è rientrata nell'esercizio delle funzioni precedentemente ricomprese nel mandato commissariale, nel rispetto della cornice normativa vigente in materia sanitaria e in materia di Piani di rientro dai deficit sanitari;

PREMESSO, altresì

- a) che l'art. 8 quinquies del D.L. 502/1992 e s.m. e i. disciplina i rapporti per la fornitura di prestazioni con i soggetti accreditati stabilendo in particolare al comma 2 che la Regione e le Aziende Sanitarie Locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, in cui vengono indicati:
 - il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima azienda sanitaria locale si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;
 - i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
- b) che con DCA n. 85 dell'08/08/2016 sono stati fissati i limiti prestazionali e di spesa per gli esercizi 2016/2017 ed il relativo schema di contratto con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti tra l'altro alla macroarea della riabilitazione ex art. 26;
- c) che il DCA 103/2016 "Definizione per gli esercizi 2016/2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati: integrazioni e modifiche urgenti dei decreti commissariali n. 85 e n. 89 dell'8/8/2016" ha

modificato il testo della clausola di salvaguardia, previsto negli schemi di contratto ex art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e smi dai DCA 85 e 89 del 2016;

- d) che il DCA n. 41/2018 ha definito i limiti prestazionali e di spesa per gli esercizi 2018 e 2019 ed il relativo schema di contratto con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 e, all'allegato 2, ha individuato, criteri ulteriori rispetto a quello della spesa storica per ASL per la determinazione dei tetti di spesa, al fine di renderli maggiormente aderenti ai fabbisogni di prestazioni sanitarie delle popolazioni residenti in ciascuna AASSL, anche limitando la necessità dei pazienti di spostarsi verso territori non di residenza per effetto della disomogenea localizzazione dei centri erogatori e della capacità di spesa di ciascuna A;
- e) che il DCA 14/2017 di approvazione dei "Programmi Operativi 2016-2018" prevede l'intervento 6.1 "Rapporti con gli erogatori privati" in cui ribadisce la finalità, per il triennio di riferimento, del miglioramento dell'appropriatezza delle attività erogate dai privati accreditati, riepilogando le misure già previste dai decreti già adottati di definizione dei limiti di spesa, e tra essi anche il DCA 85/2016 per la riabilitazione territoriale;

VISTI:

- a) i DD.CC.AA. 23/2015 e 23/2016, 24/2016, 69/2017, 70/2017 hanno approvato i percorsi riabilitativi rispettivamente per pazienti con ictus, Disturbi specifici dell'apprendimento, frattura di femore e BPCO;

PRESO ATTO

- a) del documento del Ministero della Salute relativo al "Monitoraggio dell'assistenza territoriale in Regione Campania" del dicembre 2013 elaborato dal SIVeAS (Sistema di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria) su fonte dati NSIS che evidenzia per l'assistenza ai disabili nel 2011, che la Regione Campania, offre una assistenza in regime domiciliare superiore rispetto al valore medio delle Regioni in Piano di Rientro;
- b) dei dati di produzione registrati che evidenziano fenomeni di mobilità intraregionale per prestazioni riabilitative, sia ambulatoriali che domiciliari, non coerenti con la contiguità delle AASSL di residenza e di erogazione;
- c) del lavoro svolto dalla Regione Campania in collaborazione con l'AGENAS all'interno della linea progettuale LT1-B del POAT (Programma Operativo di Assistenza Tecnica) 2007/2013 "Individuazione di criteri integrativi e sostitutivi al criterio della spesa storica per la definizione dei fabbisogni di prestazioni sanitarie e sociosanitarie per riabilitazione, lungo assistenza e mantenimento", che evidenzia squilibri territoriali nella distribuzione dei tetti di spesa per la macro area Riabilitazione rispetto alla distribuzione territoriale della popolazione residente, tenuto conto del consumo medio di prestazioni sanitarie;
- d) del flusso informativo regionale file H che registra, tra l'altro, il fatturato e il numero di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 ambulatoriali, domiciliari, residenziali e semiresidenziali rese dai centri erogatori pubblici e privati provvisoriamente/definitivamente accreditati insistenti sul territorio della Regione Campania;
- e) degli squilibri territoriali emersi anche dall'analisi della mobilità infraregionale risultante dai dati disponibili da file H, in funzione della residenza degli utenti che usufruiscono delle prestazioni di riabilitazione;
- f) dello squilibrio territoriale relativo ai regimi residenziale e semiresidenziale, attribuibile alla ubicazione fisica delle strutture, il cui riequilibrio sarà possibile nel medio periodo attraverso l'avanzamento delle riconversioni previste nei Programmi Operativi 2016-2018;
- g) dei dati di produzione disponibili che ancora confermano una notevole quantità di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 ambulatoriali erogate in favore di pazienti in età evolutiva;
- h) del monitoraggio dei dati di produzione file H per gli anni dal 2015/2019 che evidenziano e confermano diversi elementi di criticità che limitano l'accesso ai trattamenti riabilitativi da parte di nuovi pazienti:
 - 1) numero elevato di pazienti che permangono in riabilitazione ambulatoriale/domiciliare per più anni;
 - 2) scarso ricorso allo strumento di prestazioni ambulatoriali piccolo gruppo, che rappresenta soltanto 1% rispetto al totale delle prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali piccolo gruppo, nonostante sia considerato setting appropriato, specie in età preadolescenziale e adolescenziale, in diverse condizioni patologiche;
- i) dei dati di produzione file H anni 2015/2017 che evidenziano, così come riportato nel DCA 41/2018 e confermati anche dai dati File H anche per l'anno 2018/2019, relativamente alla indicazione delle diagnosi, numerosi casi di incompletezza o incoerenza tra patologia e valutazione funzionale/età del paziente e trattamento riabilitativo prescritto;
- j) della distribuzione territoriale, anche intra-aziendale, dei centri accreditati per prestazioni ambulatoriali di riabilitazione ex art. 26, che risulta disomogenea come da allegato 2 al DCA 41/2018;
- k) delle indicazioni, suggerimenti e criticità segnalate in varie modalità dalle AASSL e dalle Associazioni di categoria, relativamente all'appropriatezza prescrittiva ed erogativa ed alla riduzione dei tempi di attesa per l'accesso ai trattamenti da parte dei cittadini con bisogno riabilitativo;
- l) dell'adeguamento dei sistemi informativi attualmente in uso per integrare la rilevazione delle patologie attraverso la codifica ICD10 e ICF e consentire, a far data dal 1 luglio 2018, la gestione informatica del

- percorso riabilitativo, dal progetto riabilitativo fino alla sua conclusione, e la gestione dell'accesso dei pazienti alle prestazioni riabilitative;
- m) del Decreto Commissariale n. 153/2014, di approvazione delle tariffe per le prestazioni di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78 a partire dall'anno 2009;
 - n) dell'impegno delle Regioni e Province Autonome, assunto dalla Conferenza delle Regioni e Province Autonome nella seduta del 17 ottobre 2019 e ribadito nella seduta del 27 luglio 2020, a farsi carico del 50% dei costi del rinnovo del contratto nazionale AIOP – ARIS del personale sanitario non medico dipendente (in attesa di rinnovo da oltre 14 anni) “con un mix di interventi individuati a livello territoriale relativi ai budget e alle tariffe, affinché non si registrino ulteriori ritardi e si proceda con sollecitudine alla firma del contratto”; contratto che è stato sottoscritto in via definitiva in data 8 ottobre 2020 tra i rappresentanti delle associazioni datoriali e le associazioni sindacali;

VISTO il decreto della Direzione Generale della Salute n. 83 del 9/04/2020 “*Approvazione Programma "La Campania riparte - Programma transitorio per i servizi sociosanitari e riabilitativi nella fase emergenziale COVID 19"*”, e successive comunicazioni, con cui all'Allegato 2 venivano date specifiche disposizioni, per il periodo marzo-maggio 2020, per la remunerazione delle strutture riabilitative e sociosanitarie ambulatoriali e diurne accreditate, le cui attività erano state sospese per effetto delle ordinanze n. 8 del 08/03/2020, n. 16 del 13/3/2020 e n. 27 del 03/04/2020, adottate per la gestione dell'emergenza sanitaria da Covid 19;

CONSIDERATO che, successivamente al Decreto Direttoriale 83/2020, è sopraggiunta la normativa recata dall'art. 4 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77 e, in particolare, il comma 5, nonché i commi 5-bis e 5-ter, aggiunti dal decreto legge n. 149 del 9 novembre 2020, che si richiamano integralmente:

- a) comma 5: “*Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possono riconoscere alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per l'anno 2020, le quali sospendano le attività ordinarie anche in conseguenza dell'applicazione delle misure previste dall'articolo 5-sexies, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, la remunerazione a titolo di acconto, su base mensile, e salvo conguaglio a seguito di apposita rendicontazione da parte degli erogatori privati, fino a un massimo del 90 per cento del volume di attività riconosciuto nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 stipulati per il 2020*”;
- b) comma 5-bis: “*Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano che, in funzione dell'andamento dell'emergenza da COVID-19, hanno sospeso, anche per il tramite dei propri enti, le attività ordinarie possono riconoscere alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per l'anno 2020 fino a un massimo del 90 per cento del budget assegnato nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui*” all'art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. “*stipulati per l'anno 2020, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale. Il predetto riconoscimento tiene conto, pertanto, sia delle attività ordinarie erogate nel corso dell'anno 2020 di cui deve essere rendicontata l'effettiva produzione, sia, fino a concorrenza del predetto limite massimo del 90 per cento del budget, di un contributo a tantum legato all'emergenza in corso ed erogato dalle regioni e province autonome nelle quali insiste la struttura destinataria di budget, a ristoro dei soli costi fissi comunque sostenuti dalla struttura privata accreditata e rendicontati dalla stessa struttura che, sulla base di uno specifico provvedimento regionale, ha sospeso le attività previste dai relativi accordi e contratti stipulati per l'anno 2020. Resta fermo il riconoscimento, nell'ambito del budget assegnato per l'anno 2020, in caso di produzione del volume di attività superiore al 90 per cento e fino a concorrenza del budget previsto negli accordi e contratti stipulati per l'anno 2020, come rendicontato dalla medesima struttura interessata*”;
- c) comma 5-ter: “*La disposizione di cui al comma 5-bis si applica altresì agli acquisti di prestazioni socio-sanitarie per la sola parte a rilevanza sanitaria con riferimento alle strutture private accreditate destinatarie di un budget 2020 come riportato nei relativi accordi e contratti stipulati per l'anno 2020*”;

RITENUTO necessario conformare quanto disposto dal Decreto direttoriale n. 83/2020 alla sopraggiunta normativa, sopra richiamata, in merito agli acconti ed ai ristori previsti per le strutture riabilitative e sociosanitarie ambulatoriali e diurne accreditate, le cui attività erano state sospese per effetto delle ordinanze n. 8 del 08/03/2020, n. 16 del 13/3/2020 n. 27 del 03/04/2020, adottate per la gestione dell'emergenza sanitaria da Covid 19;

RITENUTO, pertanto, di stabilire

- a) che gli importi erogati dalle ASL ai sensi dell'allegato 2 del DD 83/2020 alle strutture che hanno aderito al programma “*La Campania riparte*” devono ritenersi a titolo di acconto, soggetto a conguaglio in applicazione della normativa recata dall'art. 4, commi 5, 5-bis e 5-ter del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, e s.m.i.;
- b) che, qualora per l'esercizio 2020 l'importo complessivamente liquidabile a fronte delle prestazioni sanitarie, effettivamente rese nello stesso anno, non raggiunga il 90% del limite di spesa annuo, approvato dalla

presente delibera, la Regione Campania si riserva di valutare e disporre con successivo provvedimento la concessione del *contributo una tantum*, previsto dai commi 5-bis e 5-ter dell'art. 4 del sopra citato DL 34/2020: a tal fine, l'apposita ricognizione che la Direzione Generale per la Tutela della Salute sta svolgendo ai sensi della DGRC n. 621 del 29 dicembre 2020 per le strutture ospedaliere private (da completarsi entro il 31 marzo 2021), viene estesa alle strutture private che hanno aderito al programma "La Campania riparte" e che hanno rispettato le previsioni di cui al sopra citato DD 83/2020;

- c) che, pertanto, l'importo del suddetto *contributo una tantum*, previsto dai commi 5-bis e 5-ter dell'art. 4 del sopra citato DL 34/2020, se del caso, potrà anche risultare superiore alla somma degli acconti fatturati per i mesi di marzo, aprile e maggio 2020 ed eccedenti il valore rendicontato delle prestazioni sanitarie effettivamente rese in tali mesi, fermo restando il rispetto del limite complessivo annuo stabilito dalla medesima normativa;

PRECISATO che, in attesa delle determinazioni che la Regione assumerà riguardo al suddetto *contributo una tantum*, previsto dai commi 5-bis e 5-ter dell'art. 4 del sopra citato DL 34/2020, ai fini dei pagamenti delle ASL alle strutture private si applicano i tetti prestazionali e i correlati volumi di spesa determinati con il presente provvedimento per l'anno 2020, e per il successivo anno 2021, salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti;

RITENUTO, altresì, di dover:

- a) aggiornare la programmazione e fissare per l'anno 2020, con validità anche per l'anno 2021 salvo aggiornamenti, i volumi di prestazioni e i correlati valori di spesa per la macroarea della riabilitazione territoriale ex art. 26 Legge 833/78;
- b) fissare per ciascuna azienda Sanitaria Locale, come esposto nell'allegato 1 alla presente deliberazione, i volumi di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 necessari per gli esercizi 2020 e 2021 ed i correlati volumi di spesa determinati utilizzando le tariffe vigenti approvate con il DCA di cui sopra secondo i seguenti criteri:
1. per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari restano confermati, salvo eventuali aggiornamenti, i volumi di prestazioni e i correlati valori di spesa di cui al DCA 41/2018 come esposto nell'allegato n. 1.
 2. per le prestazioni semiresidenziali e residenziali sulla base dei posti letto accreditati, confermando la stima di un tasso di occupazione rispettivamente dell'85 e 95% delle giornate di degenza, e un volume complessivo di prestazioni superiori ai 240 giorni per paziente tra il 50 e il 60% del totale a cui si applicano, ai sensi del DCA n. 6/2010 le tariffe di cui al DCA n. 110/2014, al netto della quota di compartecipazione a carico dei Comuni/Ambiti o degli utenti ai sensi del DPCM 29/11/2001 sui L.E.A., confermata dal DPCM 17 gennaio 2017;
- c) precisare che i tetti prestazionali e i correlati volumi di spesa determinati con il presente provvedimento si applicano per l'anno 2020, e per il successivo anno 2021, salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti;
- d) riconoscere alle strutture private sanitarie e sociosanitarie, che alla data del 10 giugno 2020 di sottoscrizione della pre-intesa ancora adottavano il previgente contratto nazionale AIOP – ARIS del personale sanitario non medico dipendente, la remunerazione di una specifica funzione di costo, denominata "Rinnovo CCNL", al fine di ristorarle dal 50% dei maggiori costi, conseguenti all'applicazione del rinnovo medesimo; ciascuna struttura privata interessata, in sede di liquidazione di ogni saldo trimestrale, fornirà la rendicontazione analitica dei maggiori costi del personale, determinati dal suddetto rinnovo del CCNL e corrisposti nell'esercizio; le modalità di rendicontazione saranno definite da apposite direttive, che saranno emanate dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute;
- e) di precisare che dalla suddetta funzione di costo "Rinnovo CCNL" si intende esclusa la cd. "Una tantum riparatoria" del "... disagio dei lavoratori derivante dalla ritardata sottoscrizione del presente CCNL" di cui all'art. 54 del nuovo CCNL, in quanto afferente per definizione agli esercizi pregressi e, soprattutto, perché non contemplata nella tabella, allegata al verbale del 12.11.2019, sottoscritto da: AIOP, ARIS, FP CGIL, CISL FP e UIL FPL, in presenza dei rappresentanti del Ministero della salute e della Conferenza delle Regioni, che certifica in ca. 300 milioni di euro "l'impatto economico annuo per il rinnovo del contratto nazionale del personale non medico dipendente degli Istituti privati accreditati con il SSN"; importo sul quale si è basato l'impegno poi assunto dalla Conferenza delle Regioni e Province Autonome nella seduta del 17 ottobre 2019 e del 27 luglio 2020 a farsi carico del 50% dei costi del rinnovo (mentre la suddetta una "Una tantum riparatoria" comporta un onere di 1.000 euro per ogni dipendente e, quindi, in base alla stessa tabella, un maggior onere complessivo nazionale di euro 99,5 milioni);
- f) dare atto che la suddetta funzione di costo "Rinnovo CCNL" viene introdotta in via transitoria. per gli esercizi 2020 e 2021, in analogia a quanto già operato da altre Regioni (si richiama, la delibera n. 614 del 15.09.2020 della Regione Lazio), e sarà successivamente assorbita da incrementi dei budget e/o, in subordine, delle tariffe;

PRECISATO

- a) che è interesse dell'amministrazione garantire i Livelli Essenziali di Assistenza promuovendo appropriate risposte ai bisogni riabilitativi che sono in rapida evoluzione, attraverso il rispetto dei principi di precocità, tempestività e modificabilità;
- b) che al fine di assicurare la continuità assistenziale per tutto l'anno solare di prestazioni di riabilitazione di cui all'art. 26 Legge 833/78, il consumo del tetto annuale stabilito con il presente provvedimento è limitato al 95% il 30 novembre per ciascun anno di riferimento;
- c) che, pertanto, le AASSLL nulla riconosceranno agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il limite stabilito al precedente punto 2;

RITENUTO, inoltre,

- a) in linea con le disposizioni di cui alle Linee Guida per la riabilitazione emanate con la delibera della Giunta Regionale n. 482 del 25 marzo 2004 (BURC n. 22/2004) - che al punto 5.2 che prevede "... la terapia domiciliare è prescritta in maniera tecnicamente motivata, limitatamente a pazienti intrasportabili o quando, anche temporaneamente, la situazione logistica aggraverebbe ulteriormente la condizione patologica del paziente"- al fine di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni, di stabilire che per l'intera Regione e per ogni ASL, il numero delle prestazioni domiciliari e il corrispondente limite di spesa è determinato come da allegato 1 al presente provvedimento, corrispondente al 30% del totale delle prestazioni ambulatoriali-ambulatoriali piccolo gruppo-domiciliari, salvo quanto previsto dalla nota della Direzione Generale Tutela della Salute prot. 593740 del 14/12/2020 e limitatamente al periodo in essa indicato, e che le prestazioni domiciliari remunerate possono essere erogate esclusivamente a cittadini residenti o comunque assistibili dalla ASL che sottoscrive il contratto, e a cittadini residenti nelle ASL confinanti territorialmente previo nulla osta della ASL che sottoscrive il contratto con la struttura erogatrice;
 - b) che, sempre con la finalità di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni e il grado di soddisfacimento dei bisogni di ciascun cittadino da parte della ASL di residenza, ciascuna Azienda debba provvedere a riservare non meno dell'80% del volume prestazionale ambulatoriale e ambulatoriale piccolo gruppo programmato come da Allegato 1, a cittadini residenti nel territorio della ASL medesima e comunque da essa assistibili. Il Direttore Generale dell'ASL debba garantire il rispetto di tale disposizione, provvedendo a specificare nel contratto di struttura la quota da erogarsi rispettivamente ai pazienti residenti e non residenti, adottando idonee misure organizzative;
 - c) che ciascuna ASL debba riservare non meno del 40% del volume complessivo programmato come indicato nell'Allegato 1 di prestazioni ambulatoriali/ambulatoriali piccolo gruppo di riabilitazione ex art. 26 a soggetti in età evolutiva;
 - d) di stabilire che le singole ASL fisseranno i volumi prestazionali massimi ed i limiti di spesa riconoscibili nell'esercizio 2020 e 2021 per singolo Centro erogatore accreditato di prestazioni ex art. 26 entro i limiti esposti nell'allegato n. 1 alla presente deliberazione con le seguenti principali specificazioni:
1. per il regime ambulatoriale e domiciliare di riabilitazione ex art. 26, ciascuna ASL, entro la Capacità Operativa Massima, fissa tetti di volumi prestazionali per setting assistenziali entro il volume stabilito nell'allegato n. 1 al presente provvedimento tenendo conto: sia dei volumi prestazionali medi riconosciuti negli anni dal 2017-2019 di ciascuna struttura, che di ulteriori elementi specifici, ritenuti significativi e da considerare con ragionevolezza ed equità, quali: localizzazione delle strutture, carenza territoriale, accessibilità, bacino e tipologia di utenza, vocazione e tecnologie disponibili della struttura, nell'ambito della propria autonomia, previa apposita e motivata delibera del Direttore Generale, fermi restando i volumi massimi delle diverse tipologie di prestazioni ed i correlati limiti di spesa attribuiti a ciascuna ASL nell'allegato n. 1 al presente provvedimento; garantirà il rispetto del limite massimo del 30% del numero complessivo di prestazioni ambulatoriali e domiciliari, per le prestazioni domiciliari, fatte salve eventuali diverse attribuzioni che saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura e salvo quanto previsto dalla nota della Direzione Generale Tutela della Salute prot. 593740 del 14/12/2020 limitatamente al periodo in essa indicato; garantirà inoltre il rispetto del limite minimo delle prestazioni ambulatoriali piccolo gruppo, che potranno essere aumentate con corrispondente riduzione di quelle ambulatoriali e/o domiciliari;
 2. ciascuna ASL, nella fissazione dei tetti per struttura erogatrice per prestazioni ex art. 26, garantisce complessivamente per la ASL la destinazione vincolata di almeno il 40% sul totale delle prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali piccolo gruppo a soggetti in età evolutiva, individuando i centri erogatori ai quali riservare quota di tali prestazioni sulla base del volume medio di prestazioni per tale fascia d'età dal

2017-2019 di ciascun centro; eventuali diverse attribuzioni saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura;

3. per i setting semiresidenziale e residenziale ex art. 26, ciascuna ASL fissi tetti di volumi prestazionali sulla base dei posti letto accreditati, stimando un tasso di occupazione rispettivamente dell'85 e 95% delle giornate di degenza, e volumi di spesa, calcolati eventualmente in base a tassi di occupazione più elevati e all'effettivo mix assistenziale tra prestazioni ex art. 26 e oltre i 240 giorni, anche tenendo conto dei dati di produzione degli anni dal 2017-19, purché entro il limite dei volumi prestazionali fissati con il presente provvedimento. I limiti di spesa attribuiti sono espressi al netto della eventuale quota di compartecipazione a carico dei Comuni/Ambiti o degli utenti ai sensi del DPCM 29/11/2001 sui L.E.A;

RITENUTO, altresì

- a. che, anche in considerazione della opportunità di incrementare il ricorso appropriato ai setting residenziale e semiresidenziale per effetto della reale e corretta applicazione dei percorsi riabilitativi approvati con i DD.CC.AA. 23/2015 e 23/2016, 24/2016, 69/2017 e 70/2017 richiamati in premessa, un superamento dei limiti prestazionali e di spesa dei regimi semiresidenziale e residenziale possa essere compensato da un risparmio sul limite di spesa stabilito per prestazioni ambulatoriali e domiciliari, mentre non è consentita la condizione opposta;
- b. di ribadire che i volumi prestazionali complessivi di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 non possono essere incrementati nemmeno in caso di risparmio dei volumi di prestazioni di RSA/Hospice e altre prestazioni socio sanitarie, mentre è consentito il contrario;
- c. di stabilire che le AA.SS.LL., entro 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento individuino le quantità di prestazioni da acquistare da ciascuna struttura accreditata per prestazioni di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78 per l'anno 2020, stipulando i relativi contratti secondo lo schema allegato 3, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
- d. in considerazione del fatto che i trattamenti riabilitativi si sviluppano in cicli e non per singole prestazioni, di non riproporre la ripartizione in dodicesimi del volume prestazionale e di spesa assegnato ai singoli centri, misura che non incide significativamente sulla capacità dei centri erogatori di prendere in trattamento i pazienti diminuendo i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni;
- e. di stabilire che la presente deliberazione sarà immediatamente notificata alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste a tutti ai centri privati accreditati che erogano prestazioni di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78;
- f. di fare obbligo, altresì, ai Direttori Generali di assicurare la corretta e puntuale compilazione del File H, nonché di assicurare la coerenza dello stesso con quanto riportato nel Conto Economico trimestrale ed annuale della ASL. Gli stessi Direttori saranno ritenuti responsabili di ingiustificati scostamenti eventualmente rilevati;
- g. di dare disposizione a SoReSa, in collaborazione con la Direzione Generale Tutela della Salute, che i sistemi informativi attualmente in uso vengano adeguati per integrare la rilevazione delle patologie attraverso la codifica ICD10 e ICF, la completa gestione dei percorsi riabilitativi e l'accesso ai trattamenti presso i centri accreditati;
- h. di confermare il mandato ai Direttori Generali, al fine di garantire continuità e tempestività assistenziale per bisogni ritenuti indifferibili, di adottare misure organizzative interne e dare indirizzi ai centri erogatori per la presa in carico prioritaria dei soggetti con bisogni riabilitativi indifferibili, in particolare per l'età evolutiva, anche tenendo conto della minore età e della complessità del bisogno, rispettando il limite del 95% del tetto prestazionale e di correlata spesa al 30 novembre, garantendo l'attività anche per il mese di dicembre;
- i. di precisare che per le strutture sanitarie private accreditate che non sottoscrivano il contratto approvato dal presente provvedimento, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente - fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria - in quanto prive di contratto, dal 1° marzo 2021 cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8- quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1- quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);
- j. di precisare che i limiti di spesa assegnati dal presente provvedimento hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé, il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la Capacità Operativa Massima, e la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo prestazionale e di spesa prefissato dalla presente deliberazione;

Propone e la Giunta, in conformità, a voto unanime

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in narrativa e che qui di seguito si intendono integralmente riportate e trascritte:

- 1) di programmare per gli anni 2020/2021 i volumi di prestazioni e i correlati volumi di spesa per la macroarea della riabilitazione territoriale ex art. 26 Legge 833/78;
- 2) di stabilire per ciascuna Azienda Sanitaria Locale, come esposto nell'Allegato n. 1 al presente provvedimento, i volumi massimi di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 ed i correlati volumi di spesa;
- 3) di individuare criteri ulteriori rispetto a quello della spesa storica per ASL per la determinazione dei tetti di spesa, al fine di renderli maggiormente aderenti ai fabbisogni di prestazioni sanitarie delle popolazioni residenti in ciascuna ASL, anche limitando la necessità dei pazienti di spostarsi verso territori non di residenza per effetto della disomogenea localizzazione dei centri erogatori e della capacità di spesa di ciascuna ASL, come risulta anche dall'Allegato 2 al DCA 41/2018;
- 4) di precisare che i tetti prestazionali e i correlati volumi di spesa determinati con il presente provvedimento si applicano per l'anno 2020, e per il successivo anno 2021, salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti;
- 5) di conformare, per le motivazioni espresse in premessa, quanto disposto dal Decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 83 del 9 aprile 2020 alla sopraggiunta normativa, recata dall'art. 4 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77 e, in particolare, il comma 5, nonché i commi 5-bis e 5-ter, aggiunti dal decreto legge n. 149 del 9 novembre 2020, stabilendo che:
 - a) gli importi erogati dalle ASL ai sensi dell'allegato 2 del DD 83/2020 alle strutture che hanno aderito al programma "*La Campania riparte*" devono ritenersi a titolo di acconto, soggetto a conguaglio in applicazione della normativa recata dall'art. 4, commi 5, 5-bis e 5-ter del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, e s.m.i.;
 - b) qualora per l'esercizio 2020 l'importo complessivamente liquidabile a fronte delle prestazioni sanitarie, effettivamente rese nello stesso anno, non raggiunga il 90% del limite di spesa annuo, approvato dalla presente delibera, la Regione Campania si riserva di valutare e disporre con successivo provvedimento la concessione del contributo una tantum, previsto dai commi 5-bis e 5-ter dell'art. 4 del sopra citato DL 34/2020: a tal fine, l'apposita ricognizione che la Direzione Generale per la Tutela della Salute sta svolgendo ai sensi della DGRC n. 621 del 29 dicembre 2020 per le strutture ospedaliere private (da completarsi entro il 31 marzo 2021), viene estesa alle strutture private che hanno aderito al programma "*La Campania riparte*" e che hanno rispettato le previsioni di cui al sopra citato DD 83/2020;
 - c) pertanto, l'importo del suddetto contributo una tantum, previsto dai commi 5-bis e 5-ter dell'art. 4 del sopra citato DL 34/2020, se del caso, potrà anche risultare superiore alla somma degli acconti fatturati per i mesi di marzo, aprile e maggio 2020 ed eccedenti il valore rendicontato delle prestazioni sanitarie effettivamente rese in tali mesi, fermo restando il rispetto del limite complessivo annuo stabilito dalla medesima normativa.
- 6) di precisare che, in attesa delle determinazioni che la Regione assumerà riguardo al suddetto contributo una tantum, previsto dai commi 5-bis e 5-ter dell'art. 4 del sopra citato DL 34/2020, ai fini dei pagamenti delle ASL alle strutture private si applicano i tetti prestazionali e i correlati volumi di spesa determinati con il presente provvedimento per l'anno 2020, e per il successivo anno 2021, salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti.
- 7) di riconoscere alle strutture private sanitarie e sociosanitarie, che alla data del 10 giugno 2020 di sottoscrizione della pre-intesa ancora adottavano il previgente contratto nazionale AIOP – ARIS del personale sanitario non medico dipendente, la remunerazione di una specifica funzione di costo, denominata "Rinnovo CCNL", al fine di ristorarle dal 50% dei maggiori costi, conseguenti alla applicazione del rinnovo medesimo; ciascuna struttura privata interessata, in sede di liquidazione di ogni saldo trimestrale, fornirà la rendicontazione analitica dei maggiori costi del personale, determinati dal suddetto rinnovo del CCNL e corrisposti nell'esercizio; le modalità di rendicontazione saranno definite da apposite direttive, che saranno emanate dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute;
- 8) di precisare, per i motivi esposti in premessa, che dalla suddetta funzione di costo "Rinnovo CCNL" si intende esclusa la cd. "Una tantum riparatoria" del "... disagio dei lavoratori derivante dalla ritardata sottoscrizione del presente CCNL" di cui all'art. 54 del nuovo CCNL.
- 9) di dare atto che la suddetta funzione di costo "Rinnovo CCNL" viene introdotta in via transitoria. per gli esercizi 2020 e 2021, e sarà successivamente assorbita da incrementi dei budget e/o, in subordine, delle tariffe;
- 10) di confermare gli indicatori di cui all'Allegato 3 al DCA 41/2018 ai fini del monitoraggio dell'offerta riabilitativa;
- 11) di stabilire che per ogni ASL il numero delle prestazioni domiciliari e il corrispondente limite di spesa è determinato come da allegato 1 al presente provvedimento, corrispondente al 30% del totale delle prestazioni ambulatoriali-domiciliari, salvo quanto previsto dalla nota della Direzione Generale Tutela della Salute prot. 593740 del 14/12/2020 limitatamente al periodo in essa indicato, e che le prestazioni domiciliari remunerate possono essere erogate esclusivamente a cittadini residenti o comunque assistibili dalla ASL che sottoscrive

il contratto, e a cittadini residenti nelle ASL confinanti territorialmente previo nulla osta della ASL che sottoscrive il contratto con la struttura erogatrice;

12) di stabilire che:

- a. al fine di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni e il grado di soddisfacimento dei bisogni dei cittadini da parte della ASL di residenza, ciascuna Azienda provveda a riservare non meno dell'80% del volume prestazionale ambulatoriale e ambulatoriale piccolo gruppo programmato per ciascuna ASL come da Allegato 1, a cittadini residenti nel territorio della ASL medesima e comunque da essa assistibili. Il Direttore Generale dell'ASL provvede a garantire il rispetto di tale disposizione specificando nel contratto di struttura la quota da erogarsi rispettivamente ai pazienti residenti e non residenti, adottando idonee misure organizzative;
- b. ciascuna ASL riservi non meno del 40% del volume complessivo programmato come indicato nell'Allegato 1 di prestazioni ambulatoriali/ambulatoriali piccolo gruppo di riabilitazione ex art. 26 a soggetti in età evolutiva;

13) di stabilire, altresì, che le singole ASL fisseranno i volumi prestazionali massimi ed i limiti di spesa riconoscibili nell'esercizio 2020 e 2021, per singolo Centro erogatore accreditato di prestazioni ex art. 26, entro i limiti esposti nell'allegato n. 1 al presente provvedimento, con le seguenti principali specificazioni:

- a. per il regime ambulatoriale e domiciliare di riabilitazione ex art. 26, ciascuna ASL, entro la Capacità Operativa Massima, fissano tetti di volumi prestazionali per setting assistenziali entro il volume stabilito nell'allegato n. 1 al presente provvedimento tenendo conto: sia dei volumi prestazionali medi riconosciuti negli anni 2017-2019 di ciascuna struttura, che di ulteriori elementi particolari, ritenuti significativi e da considerare con ragionevolezza ed equità quali: localizzazione delle strutture di cui all'Allegato 2, carenza territoriale, accessibilità, bacino e tipologia di utenza, vocazione e tecnologie disponibili della struttura, nell'ambito della propria autonomia, previa apposita e motivata delibera del Direttore Generale, fermi restando i volumi massimi delle diverse tipologie di prestazioni ed i correlati limiti di spesa attribuiti a ciascuna ASL nell'allegato n. 1 al presente provvedimento; garantirà il rispetto del limite massimo del 30% del numero complessivo di prestazioni ambulatoriali e domiciliari, per le prestazioni domiciliari, fatte salve eventuali diverse attribuzioni che saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura e salvo quanto previsto dalla nota della Direzione Generale Tutela della Salute prot. 593740 del 14/12/2020 limitatamente al periodo in essa indicato; garantirà inoltre il rispetto del limite minimo delle prestazioni ambulatoriali piccolo gruppo, che potranno essere aumentate con corrispondente riduzione di quelle ambulatoriali e/o domiciliari;
- b. ciascuna ASL, nella fissazione dei tetti per struttura erogatrice per prestazioni ex art. 26, garantisce complessivamente per la ASL la destinazione vincolata di almeno il 40% sul totale delle prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali piccolo gruppo a soggetti in età evolutiva, individuando i centri erogatori ai quali riservare quota di tali prestazioni sulla base del volume medio di prestazioni per tale fascia d'età negli anni 2017-2019 di ciascun centro; eventuali diverse attribuzioni saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura;
- c. per i setting semiresidenziale e residenziale ex art. 26, ciascuna ASL fissi tetti di volumi prestazionali sulla base dei posti letto accreditati, stimando un tasso di occupazione rispettivamente dell'85 e 95% delle giornate di degenza, e volumi di spesa, calcolati eventualmente in base a tassi di occupazione più elevati e all'effettivo mix assistenziale tra prestazioni ex art. 26 e oltre i 240 giorni, anche tenendo conto dei dati di produzione degli anni dal 2017-2019, purché entro il limite dei volumi prestazionali fissati con il presente provvedimento; i limiti di spesa attribuiti sono espressi al netto della eventuale quota di compartecipazione a carico dei Comuni/Ambiti o degli utenti ai sensi del DPCM 29/11/2001 sui L.E.A.;

14) di ribadire che i volumi prestazionali di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 non possono essere in alcun modo incrementati neanche in caso di risparmio dei volumi di prestazioni di RSA/Hospice e altre prestazioni socio sanitarie, mentre è consentito il contrario;

15) di stabilire che le AA.SS.LL entro 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento individuino le quantità di prestazioni da acquistare da ciascuna struttura accreditata per prestazioni di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78 per l'anno 2020, stipulando i relativi contratti secondo lo schema allegato 2, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;

16) di confermare il mandato ai Direttori Generali, al fine di garantire continuità e tempestività assistenziale per bisogni ritenuti indifferibili, di adottare misure organizzative interne e dare indirizzi ai centri erogatori per la presa in carico prioritaria dei soggetti con bisogni riabilitativi indifferibili, in particolare per l'età evolutiva, anche tenendo conto della minore età e della complessità del bisogno, rispettando il limite del 95% del tetto prestazionale e di correlata spesa al 30 novembre, garantendo l'attività anche per il mese di dicembre;

17) di non riproporre la ripartizione in dodicesimi del volume prestazionale e di spesa assegnato ai singoli centri, misura che non incide significativamente sulla capacità dei centri erogatori di prendere in trattamento i pazienti diminuendo i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni, in considerazione del fatto che i trattamenti riabilitativi si sviluppano in cicli e non per singole prestazioni;

- 18) di fare obbligo, altresì, ai Direttori Generali di assicurare la corretta e puntuale compilazione del File H per le prestazioni di riabilitazione ex art. 26, nonché la coerenza dello stesso con quanto riportato nel Conto Economico trimestrale ed annuale della ASL; gli stessi saranno ritenuti, pertanto, responsabili di ingiustificati scostamenti eventualmente rilevati;
- 19) di precisare che i limiti prestazionali e di spesa di cui all'Allegato 1 non tengono conto della decorrenza effettiva degli accreditamenti di ciascuna struttura;
- 20) di stabilire che il presente provvedimento sarà immediatamente notificato alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste a tutti ai centri privati accreditati che erogano prestazioni di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78;
- 21) di disporre che SoReSa S.p.A., in collaborazione con la Direzione Generale Tutela della Salute, adeguino i sistemi informativi attualmente in uso per integrare la rilevazione delle patologie attraverso la codifica ICD10 e ICF, la completa gestione dei percorsi riabilitativi e l'accesso ai trattamenti presso i centri accreditati, a partire dal 1 luglio 2018;
- 22) di precisare che per le strutture sanitarie private accreditate che non sottoscrivano il contratto approvato dal presente provvedimento, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente - fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria - in quanto prive di contratto, dal 1° marzo 2021 cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8- quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1- quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);
- 23) di precisare che i limiti di spesa assegnati dal presente provvedimento hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la Capacità Operativa Massima, e la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo prestazionale e di spesa prefissato dal presente provvedimento;
- 24) di trasmettere copia del presente provvedimento alla Direzione Generale Tutela della Salute e il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, al BURC per tutti gli adempimenti in materia di pubblicità e trasparenza.



GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

| | | | | | |
|------------------|----|-----|------------|-------------------------|--------------------|
| DELIBERAZIONE n° | 92 | del | 09/03/2021 | DIR.GEN./DIR. STAFF (*) | UOD/STAFF DIR.GEN. |
| | | | | DG 04 | 12 |

OGGETTO :

Definizione per gli esercizi 2020-2021 dei limiti prestazionali e di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex artt. 26 legge 833/78.

| QUADRO A | CODICE | COGNOME | MATRICOLA | FIRMA |
|--|--------|------------------------------------|--------------|-------------------|
| PRESIDENTE <input type="checkbox"/> ASSESSORE <input type="checkbox"/> | | <i>Presidente De Luca Vincenzo</i> | | <i>09/03/2021</i> |
| DIRETTORE GENERALE / DIRIGENTE STAFF | | <i>Avv. Postiglione Antonio</i> | <i>15437</i> | <i>09/03/2021</i> |

| | | | |
|---|-------------------|----------------------------------|-------------------|
| VISTO DIRETTORE GENERALE ATTIVITA' ASSISTENZA GIUNTA | COGNOME | FIRMA | |
| DATA ADOZIONE | <i>09/03/2021</i> | INVIATO PER L'ESECUZIONE IN DATA | <i>10/03/2021</i> |

AI SEGUENTI UFFICI:

- 40.1 : Gabinetto del Presidente**
- 50.4 : DG per la tutela della salute e il coordin. del sist. sanitario regionale**

Dichiarazione di conformità della copia cartacea:

Il presente documento, ai sensi del T.U. dpr 445/2000 e successive modificazioni è copia conforme cartacea dei dati custoditi in banca dati della Regione Campania.

Firma

(*)

DG= Direzione Generale

US= Ufficio Speciale

SM= Struttura di Missione

UDCP= Uffici di Diretta Collaborazione con il Presidente



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

ALLEGATO 1

| STRUTTURE DI RIABILITAZIONE EX ART. 26 LEGGE 833/78 | | | | | | | | | | |
|--|------------------|----------------|------------------|----------------|------------------|---|--------------|---------------|---------------|----------------|
| Volumi massimi annui di prestazioni acquistabili dai centri operanti in ciascuna ASL per i seguenti regimi assistenziali | | | | | | Corrispondenti volumi di spesa annui espressi in migliaia di euro | | | | |
| ASL | AMB | AMB PG | DOM | res+semires | TOT PREST | AMB | AMB PG | DOM | res+semires | TOT valorizz. |
| AV | 173.990 | 5.272 | 75.321 | 52.230 | 306.813 | 7.315 | 74 | 3.448 | 5.531 | 16.368 |
| BN | 206.962 | 6.272 | 89.594 | 28.220 | 331.048 | 8.701 | 88 | 4.102 | 3.244 | 16.135 |
| CE | 490.084 | 14.851 | 212.158 | 55.752 | 772.845 | 20.603 | 208 | 9.713 | 4.312 | 34.836 |
| NA1 | 652.734 | 19.780 | 282.569 | 188.445 | 1.143.528 | 27.441 | 277 | 12.936 | 12.881 | 53.535 |
| NA2 | 655.292 | 19.857 | 283.676 | 135.034 | 1.093.859 | 27.548 | 278 | 12.987 | 10.711 | 51.524 |
| NA3 | 764.689 | 23.172 | 331.034 | 198.400 | 1.317.295 | 32.148 | 325 | 15.155 | 17.797 | 65.425 |
| SA | 575.243 | 17.432 | 249.023 | 292.596 | 1.134.294 | 24.183 | 244 | 11.400 | 29.014 | 64.841 |
| | 3.518.994 | 106.636 | 1.523.375 | 950.677 | 6.099.682 | 147.939 | 1.494 | 69.741 | 83.490 | 302.664 |

Contratto tra:

la Società/Associazione/Fondazione.....

Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):

con sede legale in (Prov: __ ; CAP: _____) –

Via n°....., gestore della struttura/erogatore denominata _____

con sede operativa in _____ alla Via _____,

autorizzata all'esercizio ai sensi della DGRC n. 3958/2001 e smi con provvedimento n. _____

del _____ del Comune di _____, accreditata con il SSR con Decreto n. _____

del _____ per prestazioni residenziali, e/o semiresidenziali e/o per prestazioni ambulatoriali e

domiciliari rientranti nella riabilitazione estensiva ex art. 26, legalmente rappresentato/a dal/la

sottoscritto/a, CF come

da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL che redige il presente atto;

il / la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 T.U. 445/2000, dichiara:

- di intervenire al presente atto in qualità di rappresentate legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- che non si trova in stato di fallimento e/o di liquidazione coatta, salvi i casi in cui sia in corso un procedimento giudiziario per il risanamento e la prosecuzione dell'attività d'impresa
- che nei confronti del titolare o imprenditore o della compagine sociale non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c), del D. Lgs. n. 231/2001 e s.m.i. o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione;
- di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;
- di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. n. del ___/___/201__.

E

L'Azienda Sanitaria Locale..... con sede in Partita IVA:

..... rappresentata dal Direttore Generale....., nato

a il, munito dei necessari poteri come da DPGRC di nomina n.

..... del/..../.....

PER

regolare i volumi di prestazioni e economici, e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 (come definita nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"), da erogarsi nel periodo 1° gennaio 202__- 31 dicembre 202__, contratto redatto in conformità alla delibera di Giunta Regionale n. ___ del ___ / ___ / ____.

PREMESSO

- che con delibera di Giunta Regionale n. ___ del ___ / ___ / ____ la Regione Campania ha fissato il fabbisogno di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 per l'anno 202__, che rappresenta pertanto la quantità di prestazioni che il SSR può erogare, ferma restando la compatibilità con la disponibilità di risorse finanziarie e con gli equilibri finanziari, e ha adottato anche i relativi schemi contrattuali, cui si uniforma il presente contratto;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

La premessa è patto e forma parte integrante del presente contratto.

Art. 2

(Oggetto e durata)

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 (come definita nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"),

comprensivi delle prestazioni che superino i 240 giorni di trattamento da remunerarsi con le tariffe sociosanitarie ai sensi del DCA n. 6/2010, che la ASL _____ acquista dalla sottoscritta struttura erogatrice, da erogarsi nel periodo 1° gennaio 202__ - 31 dicembre 202__, da parte della sottoscritta struttura privata, ed i correlati limiti di spesa. Pertanto, la disciplina recata dal presente contratto fissa limiti massimi entro i quali possono rientrare dette prestazioni da erogarsi nel corso dell'anno 202__.

Art. 3

(Quantità delle prestazioni)

4. Il volume di prestazioni riabilitative ex art. 26 L. 833/78 che la ASL, entro il limite massimo attribuito alla stessa, prevede di dover acquistare annualmente nel periodo 1° gennaio 202__ - 31 dicembre 202__, dalla sottoscritta struttura privata accreditata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre di ciascun anno solare è determinato in: *(specificare l'importo 2020 e quello 2021, se diversi)*
 - a) N°prestazioni Ambulatoriali
 - b) N°prestazioni Ambulatoriali P.G.;
 - c) Almeno il ____ % delle prestazioni ambulatoriali/ambulatoriali Piccolo Gruppo deve essere dedicato a soggetti in età evolutiva;
 - d) Almeno il ____% delle prestazioni ambulatoriali/ambulatoriali Piccolo Gruppo deve essere dedicato a cittadini residenti o assistibili dalla ASL che sottoscrive il presente contratto;
 - e) N°prestazioni Domiciliari; le prestazioni domiciliari remunerate possono essere erogate esclusivamente a cittadini residenti o comunque assistibili dalla ASL che sottoscrive il contratto, e a cittadini residenti nelle ASL confinanti territorialmente;
 - f) N°prestazioni Semi Residenziali
 - g) N.prestazioni Residenziali;
2. il mix di prestazioni potrà essere diverso nel rispetto di quanto previsto dal successivo art. 4 cc. 3,4, e 5, purché siano rispettati i limiti di spesa fissati nel successivo art. 4 e purché l'erogazione delle prestazioni avvenga in corso d'anno nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre di ciascun anno solare. In ogni caso non sarà riconosciuto liquidabile il numero di prestazioni di riabilitazione domiciliare eventualmente eccedente il 30% del totale delle prestazioni di cui alle lettere a), b) e c) del precedente comma 1, fatte salve eventuali diverse attribuzioni che saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura.

Art. 4

(Rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. 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 approvate con DCA n. 153/2014; per le prestazioni residenziali e semiresidenziali che superano i 240 giorni di degenza per il medesimo paziente, sono applicate le tariffe approvate con DCA n. 110/2014, fatti salvi i casi previsti dalle linee guida regionali sulla riabilitazione approvate con DGR n. 482 del 2004 laddove sia verificato che le esigenze riabilitative non possono essere soddisfatte in RR.SS.AA.
2. Il limite di spesa e, quindi, il fatturato a carico della ASL, per il periodo 1° gennaio 202__ – 31 dicembre 202__, corrispondente al volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato come segue: *(specificare l'importo 2020 e quello 2021, se diversi)*
 - a) per le prestazioni ambulatoriali : Euro.....;
 - b) per le prestazioni amb P.G. : Euro
 - c) per le prestazioni domiciliari di riabilitazione : Euro
 - d) per le prestazioni semi residenziali: Euro (al netto della quota di compartecipazione dell'utente/Comune, dovuta in caso di superamento dei 240 giorni di degenza e secondo quanto previsto dalla DGR n. 482/2004, stimata in € _____ di cui è unico debitore l'utente o il Comune di residenza);
 - e) per le prestazioni residenziali: Euro (al netto della quota di compartecipazione dell'utente/Comune, dovuta in caso di superamento dei 240 giorni di degenza, stimata in € _____ di cui è unico debitore l'utente o il Comune di residenza);
3. Nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti nel comma precedente, fermo restando il rispetto della C.O.M. della struttura, è consentito che un superamento dei limiti di spesa relativo alle

prestazioni semiresidenziali e residenziali possa essere compensato da un risparmio sul limite di spesa stabilito per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari; mentre non è consentita la condizione opposta: un superamento del limite di spesa stabilito per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari non potrà essere compensato da un sotto utilizzo del limite di spesa stabilito per le prestazioni semiresidenziali e residenziali. Altresì è consentito che un superamento dei limiti di spesa relativo alle prestazioni ambulatoriali P.G. possa essere compensato da un risparmio sul limite di spesa stabilito per le prestazioni ambulatoriali; mentre non è consentita la condizione opposta.

4. La ASL e la sottoscritta struttura privata potranno rimodulare in corso d'anno i suddetti limiti di spesa, entro i limiti prestazionali aziendali in caso di disponibilità di prestazioni non erogate complessivamente dai centri erogatori ricadenti nella ASL medesima. Qualora risultino ancora disponibili ulteriori prestazioni e risorse non utilizzate, potranno altresì modificare in corso d'anno i suddetti limiti di spesa per incrementare prioritariamente in quantità e valore le prestazioni socio sanitarie riducendo dello stesso valore economico quelle di riabilitazione ex art. 26. Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate, il consumo massimo del tetto annuale è fissato al 95% al 30 novembre di ciascun anno solare: pertanto, nulla spetterà alla sottoscritta struttura, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto consumo massimo.
5. La sottoscritta struttura potrà recuperare nel mese successivo l'eventuale volume di prestazioni non richiesto dagli aventi diritto, rispetto alla percentuale massima fissata al comma precedente: si precisa, comunque, che nulla spetterà né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per il caso in cui detto volume non sia stato recuperato entro il termine di durata del presente contratto.

Art. 5

(Criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle vigenti tariffe regionali fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati dalla Regione. Per le prestazioni cui si applica la tariffa per RSA o Centro Diurno socio sanitari, ai sensi della normativa vigente, la sottoscritta struttura privata ha l'obbligo di fatturare alla ASL esclusivamente la quota delle tariffe dovuta per la componente sanitaria, e all'utente/Comune la quota delle tariffe per la componente sociale, secondo le percentuali riportate al punto n. 1 del dispositivo del decreto commissariale n. 77 dell'11 novembre 2011. Per le strutture interessate dalle riconversioni parziali o totali in strutture socio sanitarie al momento della riconversione la residua quota di dodicesimi del tetto di spesa annuo sarà riservata alle prestazioni riconvertite.
2. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, salvo espresso e diverso provvedimento regionale, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile un superamento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale o del Commissario ad acta, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
3. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC n. 6757/96, 377/98, 1270 e 1272/2003, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate, nemmeno a titolo di indebito arricchimento.

(comma ulteriore, da applicarsi solo alle strutture private sanitarie e sociosanitarie che, alla data del 10 giugno 2020 di sottoscrizione della pre-intesa per il rinnovo, ancora adottavano il previgente contratto nazionale AIOP – ARIS del personale sanitario non medico dipendente):

4. Alla fine di ciascun trimestre solare, previa rendicontazione conforme alle apposite direttive che saranno emanate dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute, la sottoscritta struttura fatturerà separatamente alla ASL a titolo di “funzione di costo per rinnovo CCNL” il 50% dei maggiori oneri effettivamente sostenuti e corrisposti al proprio personale dipendente non medico, scaturiti e determinati dalla applicazione del rinnovo del CCNL AIOP - ARIS del 08.10.2020; per l'esercizio 2020 la fatturazione sarà effettuata in unica soluzione, entro il 31 marzo 2021 e dovrà essere pagata insieme alla liquidazione del saldo del primo trimestre 2021.

Art. 6

(Modalità di accesso ed erogazione delle prestazioni)

1. L'erogazione delle prestazioni è subordinata alla redazione del progetto riabilitativo individuale (PRI) e autorizzazione da parte dei competenti servizi aziendali.
2. Predispone e monitora il progetto riabilitativo individuale la UVBR (Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo) di cui alla Delibera n. 482 del 2004, o, nei casi previsti da specifici atti regionali quali il DCA n. 99/2016, altro organismo di valutazione multidimensionale aventi le funzioni di valutazione del bisogno riabilitativo e redazione e monitoraggio di progetto riabilitativo, in particolare per l'età evolutiva i Nuclei territoriali per la neuropsichiatria infantile. I competenti servizi aziendali della ASL sottoscritta autorizzano la erogazione delle prestazioni previste dal PRI, anche per cittadini provenienti da altre ASL, anche in considerazione dell'andamento dell'attività e del consumo di prestazioni nel corso dell'anno, ai fini del rispetto dei tetti prestazionali e di spesa.
3. Nel caso di permanenza del paziente nella sottoscritta struttura erogatrice oltre i 240 giorni come riportato al precedente art. 4 comma 1, è necessaria valutazione multidimensionale e integrata.
4. Per procedere all'erogazione delle prestazioni la struttura erogatrice è tenuta a verificare preliminarmente la completezza e regolarità del progetto riabilitativo e dell'autorizzazione, segnalando tempestivamente alla ASL eventuali irregolarità o anomalie. La mancata segnalazione alla ASL comporta la non remunerazione della prestazione.

Art. 7

(Obblighi della struttura erogatrice)

1. La struttura erogatrice sottoscritta, accreditata con il SSR, concorre al raggiungimento e rispetto di obiettivi di sanità pubblica, favorendo le condizioni di maggiore appropriatezza erogativa.
2. Pertanto essa si impegna a svolgere le attività e a erogare le prestazioni nel rispetto delle indicazioni e degli obiettivi indicati nel PRI, relazionando o riferendo al competente servizio aziendale che ha in carico il paziente circa l'andamento del progetto riabilitativo, anche proponendo aggiornamenti o revisioni del PRI o, in caso di inefficacia del trattamento, le dimissioni del paziente. Essa riferisce anche circa il grado di adesione del paziente al PRI, in particolare comunicando alla ASL che ha in carico il paziente i casi in cui la percentuale di partecipazione al progetto riabilitativo non superi il 90% delle prestazioni previste nel periodo di trattamento previsto dal PRI e che comprometta la possibilità di raggiungere gli obiettivi del PRI, comunicando la dimissione del paziente. L'UVBR o altro organismo di valutazione multidimensionale specificamente individuato dalla ASL può esprimere parere contrario alla dimissione entro e non oltre 7 giorni dalla comunicazione della dimissione.
3. La struttura, con riferimento alle prestazioni di cui al precedente art. 3 lettere a) e b) mantiene registri cronologici con numeri d'ordine progressivi distinti per i soggetti in età evolutiva e per gli altri pazienti.
4. La struttura comunica bimestralmente al distretto sanitario di appartenenza le proprie liste d'attesa.
5. La sottoscritta struttura è impegnata ad entrare nel circuito della rete informatica denominata “SINFONIA” (Sistema INFORmativo saNità CampanIA di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.) e adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale (NSIS- FAR – SISM – STS) dalla Regione o dall'Azienda, anche attraverso il puntuale, completo e corretto conferimento delle informazioni

richieste attraverso i sistemi informatici individuati dalla Regione e dall'ASL, anche con riferimento alla alimentazione del File H secondo le indicazioni fornite dalla Regione e dalla ASL.

6. La struttura erogatrice si obbliga a collaborare con i programmi regionali e aziendali di verifica dell'appropriatezza, congruità e legittimità delle prestazioni, predisponendo e mantenendo condizioni organizzative necessarie e utili al corretto e regolare svolgimento dell'attività di controllo.

Art. 8 (Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto esclusivamente da n. membri di cui n. designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. membri nominati dalla ASL. Il Tavolo viene convocato ogni due mesi.
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari (legali rappresentanti) di strutture erogatrici accreditate ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio congiunto dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti prestazionali di cui all'art. 3 e di spesa definiti dall'art 4;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
 - c) In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che motivatamente procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria, dandone comunicazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute.
 - d) Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura privata si impegna a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento delle fatture relative agli acconti di cui al successivo articolo 9

Art. 9 (Modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la sottoscritta struttura privata fatturerà alla Asl un acconto pari al 95% della produzione mensile, oltre Iva se dovuta.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti mensili acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono.
3. Il saldo mensile, pari al 5%, oltre Iva se dovuta, sarà fatturato nel modo seguente:
 - entro il 31 maggio per le fatture del primo trimestre (gennaio-febbraio-marzo)
 - entro il 31 agosto per le fatture relative al secondo trimestre (aprile-maggio-giugno)
 - entro il 30 novembre per le fatture relative al terzo trimestre (luglio-agosto-settembre)
 - entro il 28 febbraio dell'anno successivo per le fatture relative al quarto trimestre (ottobre-novembre-dicembre).

Il diritto al pagamento dei suddetti saldi maturerà entro sessanta giorni dalla data della fattura *(continuando, solo per le strutture private alle quali si applica il comma 4 del precedente art. 5)* e comprenderà la remunerazione della "funzione di costo per rinnovo CCNL" di cui al comma 4 del precedente art. 5, previa separata fatturazione della stessa; per l'esercizio 2020 la fatturazione sarà effettuata in unica soluzione, entro il 31 marzo 2021 e dovrà essere pagata insieme alla liquidazione del saldo del primo trimestre 2021.
4. La ASL entro trenta giorni prima dei termini di cui al comma 3, al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, comunica alla struttura quanto liquidabile a saldo; ed eventualmente richiede alla sottoscritta struttura privata eventuali note credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4 con particolare attenzione ai comma 3-4-5, e art. 9;

5. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della sottoscritta struttura privata, fermo restando che tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il pagamento delle fatture emesse a saldo in corso d'anno non potrà essere effettuato alle scadenze periodiche stabilite nel comma precedente, per la parte corrispondente al superamento della C.O.M. in maturazione.
6. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
7. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
8. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
9. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
10. Ai fini del rispetto della normativa sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria, sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del presente contratto:
 codice IBAN: _____;
 presso: _____,
 generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: _____;
 _____;
 impegnandosi a comunicare tempestivamente, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante, eventuali modifiche.

Art. 10
(Efficacia del contratto)

1. Il presente contratto esplica efficacia con riferimento al periodo 1° gennaio 202__ - 31 dicembre 202__, nonché al periodo 1° gennaio 202__ - 31 dicembre 202__.
2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 11
(Norme finali)

1. Per ogni controversia riguardo all'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.
2. Per qualsiasi controversia tra la sottoscritta struttura privata e la ASL e/o la Regione, anche non inerente al presente contratto, è espressamente escluso il ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere la delibera di Giunta Regionale n. ___ del ___ / ___ / ___, sopra citata.

Art. 12

(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la sottoscritta struttura privata accetta completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto per il periodo di efficacia dello stesso.
2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati al comma 1 (provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente contratto.

..... , ___ / _____

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 9, comma 6: (*"A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito"*); art. 11, comma 1: (*"Per ogni controversia riguardo all'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL"*); e l'intero art. 12 (*Clausola di salvaguardia*) del presente contratto, che si ripete integralmente per l'espressa accettazione:

Art. 12**(Clausola di salvaguardia)**

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la sottoscritta struttura privata accetta completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto per il periodo di efficacia dello stesso.
2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati al comma 1 (provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente contratto.

..... , ___ / _____ 202__

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata