

Deliberazione N.

545

7

Assessore

Presidente De Luca Vincenzo



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

Regione Campania

GIUNTA REGIONALE

SEDUTA DEL **24/10/2024**

PROCESSO VERBALE

Oggetto :

DEFINIZIONE PER GLI ESERCIZI 2024-2025 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. MODIFICHE ED INTEGRAZIONI D.G.R.C. 407/2024.

1)	Presidente	Vincenzo	DE LUCA	ASSENTE
2)	Vice Presidente	Fulvio	BONAVITACOLA	PRESIDENTE
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) 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;
- b) con la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 28 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario il Presidente della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto-legge 1° ottobre 2007 n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222 e successive modifiche;
- c) 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"*;
- d) 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;
- e) 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;
- f) 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 citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 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;
- g) l'art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.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:
 - g.1. *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;*
 - g.2. *i requisiti del servizio da rendere*, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
- h) il DCA n. 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 s.m.i. dai DCA n. 85 e n. 89 del 2016;
- i) 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 B, 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;*
- j) *con la DGRC n. 531 del 30/11/2021 sono state aggiornate le tariffe delle prestazioni di riabilitazione ex art. 26 legge n. 833/78 di cui al DCA n. 153/2014;*
- k) *con DGRC n. 532 del 30/11/2021 si è proceduto all'adeguamento dei limiti di spesa per l'anno 2021 di cui alla DGRC n. 92/2021 e s.m.i. per la macroarea della riabilitazione territoriale ex art. 26 Legge n. 833/78 in applicazione dell'aggiornamento tariffario deliberato con la DGRC n. 531 del 30/11/2021;*

- l) con DGRC n. 349 del 7/7/2022 e s.m.i. (DGRC n. 33 del 31/01/2023) sono stati definiti per l'esercizio 2022 e 2023 i limiti prestazionali e di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 Legge n. 833/78;

VISTI i DD.CC.AA. n.n. 23/2015 e 23/2016, 24/2016, 69/2017, 70/2017 di approvazione dei percorsi riabilitativi rispettivamente per pazienti con ictus, Disturbi specifici dell'apprendimento, frattura di femore e BPCO;

VISTI, altresì,

- a) che la Legge Regionale n. 18 del 29/12/2022 recante "Disposizioni per il contrasto al dumping contrattuale nel Servizio Sanitario Regionale", all'art. 6 introduce disposizioni finalizzate a contrastare fenomeni di "dumping contrattuale" e garantire la stabilità dell'occupazione, introducendo un criterio premiale nell'assegnazione delle risorse economiche alle strutture sanitarie accreditate con il Servizio sanitario regionale nella macroarea della riabilitazione e socio-sanitaria che applicano il Contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) per le lavoratrici e i lavoratori del comparto della sanità privata, con i trattamenti giuridici ed economici più vantaggiosi a tutela dei lavoratori;
- b) gli esiti dei lavori del Gruppo di Lavoro tecnico, costituito giusta nota del Direttore Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale prot. N. 0581785 del 30/11/2023 che, previa ricognizione dei contratti collettivi di lavoro vigenti ed applicabili in materia ha individuato gli istituti contrattuali maggiormente rappresentativi al fine di procedere ad una comparazione della regolamentazione concernente il trattamento economico e giuridico di riferimento di ciascun contratto;
- c) la griglia finale elaborata dal citato Gruppo di Lavoro Tecnico contenente, per ogni CCNL, l'attribuzione ai vari istituti contrattuali (con riferimento alle indicazioni dell'ANAC), della relativa pesatura e annesso criterio di valutazione, da cui risulta maggiormente favorevole per la tutela dei lavoratori l'applicazione del "CCNL AIOP" siglato l'8 ottobre 2020;

PRESO ATTO, dall'istruttoria dei competenti uffici, che:

- a) con i Decreti della Direzione Generale della Salute n. 385 del 19/10/2022 e n. 456 del 25/11/2022, sono state adottate le procedure per la programmazione ed implementazione della assistenza riabilitativa territoriale attraverso la riqualificazione dei cd "Presidi di riabilitazione residenziale ex art. 26 Legge 833/78" in Presidi di riabilitazione per disabili fisici psichici e sensoriali "Unità di cura residenziale per riabilitazione estensiva (RD1 estensiva)" e "Presidi di riabilitazione per disabili fisici psichici e sensoriali "Unità di cura residenziale per riabilitazione intensiva (RD1 intensiva)";
- b) sulla scorta delle procedure di cui ai menzionati Decreti Dirigenziali n. 385 19/10/2022 e n. 456 del 25/11/2022, si è dato inizio all'accreditamento di Presidi di riabilitazione per disabili fisici psichici e sensoriali "Unità di cura residenziale per riabilitazione estensiva RD1 intensiva ed estensiva le cui tariffe sono stabilite nella citata DGRC n. 164/2022;
- c) i Direttori Generali delle AA.SS.LL. hanno rappresentato una maggiore esigenza di assistenza riabilitativa di tipo ambulatoriale rispetto alle altre sottobranchie della riabilitazione;
- d) l'analisi del File H e dei consuntivi degli anni 2019-2022-2023 confrontata con i limiti prestazionali e di spesa relativi agli stessi anni elaborata dai competenti uffici regionali ha confermato una sottostima del regime ambulatoriale rispetto ad una sovrastima dei regimi domiciliari/residenziali/ semiresidenziali;
- e) 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;
- f) al fine di assicurare la continuità assistenziale per tutto l'anno solare di prestazioni di riabilitazione territoriale, è necessario limitare il consumo del tetto annuale stabilito massimo al 95% entro il 30 novembre per ciascun anno di riferimento, per cui 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;
- g) le ASL di Salerno, Napoli 3 Sud e Benevento comunicavano, con note rispettivamente PR 380131 del 02/08/2024, PR 385467 del 06.08.2024 e PR 4478138 del 25/09/2024, l'insufficienza delle risorse destinate alla premialità di cui al punto precedente con riferimento alle strutture di riabilitazione insistenti nel proprio territorio, e di conseguenza ne richiedevano l'integrazione;
- h) successivamente all'adozione della D.G.R.C. 407 del 1/8/2024, i competenti uffici della Direzione Generale hanno adottato i Decreti Dirigenziali di ulteriori accreditamenti istituzionali in setting residenziali afferenti alla macroarea riabilitazione;
- i) i competenti uffici regionali, all'esito di un'ulteriore istruttoria, propongono di:
 - i.1. sostituire, al punto 3 dell'allegato A alla DGRC 407 del 1/08/2024, ovunque ricorra, l'espressione "[...]per almeno il 72% del personale dipendente globalmente destinato all'assistenza diretta" con la seguente: "[...] per il personale dipendente globalmente destinato all'assistenza diretta", per la piena attuazione del meccanismo in base al quale viene riconosciuta la premialità;

- i.2. correggere i refusi presenti nell'allegato A "Relazione tecnica" e nell'allegato C "Schema di contratto";
- i.3. aggiornare i limiti prestazionali e di spesa afferenti alla macroarea riabilitazione a seguito dell'accreditamento delle strutture accreditate successivamente all'adozione della DGRC n. 407 del 1/08/2024 considerata la necessità, segnalata anche dalle ASL di competenza, del potenziamento dell'offerta regionale e della limitazione dei fenomeni di mobilità passiva;
- i.4. stabilire di destinare alle AA.SS.LL. una ulteriore quota aggiuntiva pari al 1% del tetto ambulatoriale e ambulatoriali P.G. per far fronte a casi urgenti ed indifferibili certificati dalla medesima ASL da destinarsi all'assistenza in favore di soggetti minori con particolari bisogni assistenziali anche, eventualmente, su indicazione dell'autorità giudiziaria, da utilizzare per la remunerazione di prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali P.G. individuando le strutture ritenute più idonee alla presa in carico di detti assistiti, a seconda della valutazione espressa dal team multidisciplinare;
- i.5. integrare la quota di premialità di cui all'art.6 della Legge Regionale n. 18 del 29/12/2022 recante "Disposizioni per il contrasto al dumping contrattuale nel Servizio Sanitario Regionale", secondo le su indicate comunicazioni ricevute dalle AA.SS.LL. previste dal punto 3 lettera h) dell'allegato A alla D.G.R.C. n. 407 del 1/08/2024;
- i.6. stabilire di destinare alle AA.SS.LL. per l'esercizio 2025, una ulteriore quota aggiuntiva di prestazioni, calcolata secondo i criteri riportati al punto 5 dell'allegato A, da utilizzare esclusivamente per l'acquisto di prestazioni da strutture che, in attesa della conclusione dell'iter amministrativo relativo alla verifica tecnica della UOD 8 "Organismo Tecnicamente Accreditante – OTA" finalizzata all'accreditamento istituzionale, verranno accreditate successivamente alla data d'adozione del presente provvedimento;
- i.7. prevedere, per il prossimo ciclo di programmazione della macroarea riabilitazione per le prestazioni ambulatoriali, di affiancare al criterio della spesa storica un ulteriore criterio per l'allocazione del budget che tenga conto della quantità e qualità delle prestazioni rese dai singoli centri erogatori negli anni 2024 e 2025, ivi comprese le prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali P.G. rese e remunerate secondo i criteri di cui al punto 4 dell'allegato A al presente provvedimento, al fine di introdurre un meccanismo improntato al rafforzamento della competitività e garantire, pertanto, migliori livelli di efficienza e qualità dell'assistenza, come ribadito dal parere AS 1916 del 2/10/2023 dell'Autorità Generale della Concorrenza e del Mercato;
- i.8. rideterminare quindi il termine per la stipula dei contratti tra i privati accreditati e le aziende sanitarie, fissandolo al 30 novembre 2024;

RITENUTO, per quanto riportato nelle premesse e sulla scorta dell'istruttoria della competente Direzione Generale Tutela della Salute e il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, di dover:

- a) approvare, a modifica ed integrazione della Deliberazione di Giunta Regionale n. 407 del 1 agosto 2024, la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, da assegnare a ciascuna ASL per la macroarea Riabilitazione per l'esercizio 2024 e, in via provvisoria, per l'esercizio 2025, sviluppando i criteri dettagliatamente esposti nell'Allegato A – Relazione Tecnica, i conteggi riportati nelle tabelle di cui all'Allegato B e lo schema contrattuale di cui all'Allegato C in sostituzione di quelli di cui alla detta DGR n. 407/2024;
- b) approvare l'Allegato A – Relazione Tecnica contenente le condizioni ai fini della distribuzione della premialità di cui alla L.R. 18/2022 art. 6 alle AA.SS.LL. per le strutture che applicano il CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 nonché i criteri per la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa da assegnare alle AA.SS.LL. per la macroarea riabilitazione per l'esercizio 2024, e in via provvisoria, per l'esercizio 2025 salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti;
- c) approvare l'Allegato B contenente l'aggiornamento dei limiti prestazionali e di spesa afferenti alla macroarea Riabilitazione per l'esercizio 2024 e in via provvisoria, per il successivo anno, la valorizzazione in termini di prestazioni e di spesa per l'attribuzione a ciascuna ASL della premialità di cui alla L.R. 18/2022 art. 6 e la valorizzazione delle strutture accreditate successivamente all'adozione della DGRC n. 407 del 1/08/2024;
- d) approvare lo schema contrattuale (Allegato C), che le ASL competenti per territorio, entro 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento, dovranno predisporre per la stipula, inserendo le quantità di prestazioni da acquistare da ciascuna struttura accreditata per prestazioni di riabilitazione territoriale per l'anno 2024, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
- e) confermare quant'altro disposto con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 407 dell'1.8.2024;

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 confermate

1. di approvare, a modifica ed integrazione della Deliberazione di Giunta Regionale n. 407 del 1 agosto 2024, la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, da assegnare a ciascuna ASL per la macroarea Riabilitazione per l'esercizio 2024 e, in via provvisoria, per l'esercizio 2025, sviluppando i criteri dettagliatamente esposti nell'Allegato A – Relazione Tecnica, i conteggi riportati nelle tabelle di cui all'Allegato B e lo schema contrattuale di cui all'Allegato C, in sostituzione di quelli di cui alla detta DGR n. 407/2024;
2. di approvare l'Allegato A – Relazione Tecnica contenente le condizioni ai fini della distribuzione della premialità di cui alla L.R. 18/2022 art. 6 alle AA.SS.LL. per le strutture che applicano il CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 nonché i criteri per la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa da assegnare alle AA.SS.LL. per la macroarea riabilitazione per l'esercizio 2024, e in via provvisoria, per l'esercizio 2025 salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti;
3. di approvare l'Allegato B contenente l'aggiornamento dei limiti prestazionali e di spesa afferenti alla macroarea Riabilitazione per l'esercizio 2024 e in via provvisoria, per il successivo anno 2025, la valorizzazione in termini di prestazioni e di spesa per l'attribuzione a ciascuna ASL della premialità di cui alla L.R. 18/2022 art. 6 e la valorizzazione delle strutture accreditate successivamente all'adozione della DGRC n. 407 del 1/08/2024;
4. di approvare lo schema contrattuale (Allegato C), che le ASL competenti per territorio, entro 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento, dovranno predisporre per la stipula, inserendo le quantità di prestazioni da acquistare da ciascuna struttura accreditata per prestazioni di riabilitazione territoriale per l'anno 2024, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
5. di confermare quant'altro disposto con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 407 dell'1.8.2024;
6. di trasmettere il presente provvedimento al Gabinetto del Presidente, alla Direzione Generale Tutela della Salute e il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, anche per la notifica ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e da queste a tutti i centri privati accreditati che erogano le prestazioni di riabilitazione oggetto del presente provvedimento e all'Ufficio competente per la pubblicazione sul BURC e nella Sezione Trasparenza del sito istituzionale della Regione Campania.



GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

DELIBERAZIONE n°	545	del	24/10/2024	DIR.GEN./DIR. STAFF (*)	UOD/STAFF DIR.GEN.
				DG 04	12

OGGETTO :

DEFINIZIONE PER GLI ESERCIZI 2024-2025 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. MODIFICHE ED INTEGRAZIONI D.G.R.C. 407/2024.

QUADRO A	CODICE	COGNOME	MATRICOLA	FIRMA
PRESIDENTE <input type="checkbox"/> ASSESSORE <input type="checkbox"/>		<i>Presidente De Luca Vincenzo</i>		<i>04/11/2024</i>
DIRETTORE GENERALE / DIRIGENTE STAFF		<i>Avv. Postiglione Antonio</i>	<i>15437</i>	<i>04/11/2024</i>

VISTO DIRETTORE GENERALE ATTIVITA' ASSISTENZA GIUNTA	COGNOME	FIRMA
DATA ADOZIONE	<i>24/10/2024</i>	INVIATO PER L'ESECUZIONE IN DATA <i>04/11/2024</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

1. PREMESSA

L'assistenza riabilitativa territoriale offre i seguenti setting assistenziali: ambulatoriale, ambulatoriale piccolo gruppo, domiciliare, residenziale e semiresidenziale.

il 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 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.

Successivamente, il 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", ha evidenziato forti 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.

Inoltre, il flusso informativo regionale file H, che registra il fatturato e il numero di prestazioni di riabilitazione territoriale ambulatoriali, domiciliari, residenziali e semiresidenziali rese dai centri erogatori pubblici e privati accreditati insistenti sul territorio della Regione Campania, fornisce elementi significativi che evidenziano e confermano i seguenti elementi di criticità che limitano l'accesso ai trattamenti riabilitativi da parte di nuovi pazienti che:

- a) una notevole quantità di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 ambulatoriali erogate in favore di pazienti in età evolutiva;
- b) numero elevato di pazienti che permangono in riabilitazione domiciliare per più anni;
- c) 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;

Il Decreto del Commissario ad Acta n. 41 del 29/5/2018 ad oggetto: "Definizione per gli esercizi 2018 e 2019 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 art. 26 Legge 833/78" nel definire i limiti prestazionali e di spesa per l'anno 2018/2019, stabilì criteri ulteriori rispetto a quello della spesa storica per la determinazione dei tetti di spesa, al fine di renderli maggiormente aderenti ai fabbisogni di prestazioni sanitarie delle popolazioni residenti in ciascuna AASSLL, anche riducendo la mobilità dei pazienti verso territori non di residenza.

A tal fine nel DCA n. 41/2018 fu stabilito che le singole ASL dovranno fissare i volumi prestazionali massimi ed i limiti di spesa con le seguenti principali specificazioni:

- a) 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 tenendo conto: sia dei volumi prestazionali medi riconosciuti nell'ultimo quadriennio 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.

- b) Per il regime domiciliare 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; 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;
- c) Per il regime ambulatoriale ogni ASL garantisce complessivamente 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 nell'ultimo quadriennio di ciascun centro; eventuali diverse attribuzioni saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura;
- d) per i setting semiresidenziale e residenziale ex art. 26, ciascuna ASL fissa i volumi prestazionali e i conseguenti limiti di spesa 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 dell'ultimo quadriennio, purché entro il limite dei volumi prestazionali fissati. I limiti di spesa attribuiti dovranno essere 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.

2. CRITERI DI ATTRIBUZIONE DEI LIMITI PRESTAZIONALI E DI SPESA DELLA MACROAREA RIABILITATIVA – AGGIORNAMENTO CRITERI DI ATTRIBUZIONE

Le AA.SS.LL. nell'attribuzione dei limiti prestazionali e di spesa per l'anno 2024/2025, ad integrazione e modifica di quanto stabilito con il DCA 41/2018, dovranno osservare i seguenti criteri:

a) Regime ambulatoriale anno 2024/2025:

1. È confermato per l'anno 2024, e anche per l'anno 2025, il limite prestazionale e di spesa di cui alle DGRC n. 349 del 7/7/2022 e n. 33 del 31/01/2023, con l'incremento di cui al successivo punto 2a);
2. È stato evidenziato, sia dalle AA.SS.LL. che dai rappresentanti delle Associazioni di genitori, che l'offerta di assistenza riabilitativa in regime ambulatoriale non è sufficiente per rispondere alle esigenze terapeutica di minori dai 0 ai 16 anni affetti da varie patologie. Sono nati anche numerosi contenziosi che hanno visto le AA.SS.LL. soccombere per la mancata risposta ad interventi terapeutici ritenuti urgenti ed indifferibili nei confronti di minori affetti da patologie gravemente invalidanti. Per far fronte alle problematiche evidenziate, con il presente provvedimento, si dispone che le AA.SS.LL., nel fissare i tetti per ciascuna struttura erogatrice per le prestazioni ambulatoriale ex art. 26, dovranno garantire la destinazione vincolata di almeno il 50% sul totale delle prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali piccolo gruppo, determinate con DGRC n. 349 del 7/7/2022 e n. 33 del 31/01/2023, a soggetti in età evolutiva (minori 0-16 anni); eventuali diverse attribuzioni saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura; si noti, inoltre, che nello schema dicontratto allegato, all'art. 4, comma 3, è espressamente previsto che: "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 e/o domiciliari; mentre non è consentita la condizione opposta", in modo da favorire il ricorso a questo setting assistenziale, poco utilizzato ma da ritenersi spesso più appropriato per le terapie dei minori;

3. le strutture dovranno riservare alle AA.SS.LL. una quota del 2% del tetto ambulatoriale assegnato per far fronte a casi urgenti ed indifferibili certificati dalla medesima A.S.L., esclusivamente per i propri residenti;
4. alle AA.SS.LL. sarà destinata una ulteriore quota pari al 1% per far fronte a casi urgenti ed indifferibili certificati dalla medesima ASL da destinarsi all'assistenza in favore di soggetti minori con particolari bisogni assistenziali anche eventualmente su indicazione dell'autorità giudiziaria, da utilizzare per la remunerazione di prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali P.G. individuando le strutture ritenute più idonee alla presa in carico di detti assistiti, a seconda della valutazione espressa dal team multidisciplinare;
5. 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 provvederà 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 deve 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;
6. Al fine di introdurre un meccanismo improntato al rafforzamento della competitività, onde garantire i migliori livelli di efficienza e qualità dell'assistenza, a partire dal prossimo ciclo di programmazione della macroarea riabilitazione, nella definizione dei limiti prestazionali e di spesa per le prestazioni ambulatoriali/ambulatoriali P.G. sarà affiancato al criterio della spesa storica un ulteriore criterio per l'allocazione delle risorse che tenga conto della quantità e qualità delle prestazioni rese dai singoli centri erogatori negli anni 2024 e 2025 (ivi comprese le prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali P.G. rese e remunerate secondo i criteri di cui al punto 4 della presente Relazione Tecnica). Le modalità con cui tale criterio opererà sulla definizione dei tetti di spesa verranno dettagliate con separato atto regionale per il prossimo ciclo di programmazione della macroarea riabilitazione;

b) Regime domiciliare anno 2024/2025

1. 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 prevede che: "*... 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, 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;
2. Per l'anno 2024 resta confermato il limite prestazionale e di spesa delle

prestazioni domiciliari di cui alla DGRC 349 del 7/7/2022 e s.m.i., corrispondente al 30% del totale delle prestazioni ambulatoriali-ambulatoriali piccolo gruppo-domiciliari di cui alla DGRC 349 del 7/7/2022 e s.m.i.; pertanto l'incremento delle prestazioni ambulatoriali di cui al presente provvedimento non consente un incremento delle prestazioni domiciliari;

3. Per l'anno 2025 il limite massimo di prestazioni e di spesa delle prestazioni domiciliari viene decrementato di cinque punti percentuali (dal suddetto 30% al 25%) rispetto a quanto determinato per l'anno 2024; tale indicazione, motivata dagli obiettivi del PNNR missione 6, tende a rafforzare l'assistenza domiciliare (ADI), lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari; le economie derivanti da questa disposizione saranno utilizzate per incrementare le prestazioni ambulatoriali e pertanto andranno ad incrementare i limiti prestazionali e di spesa del setting ambulatoriale per l'anno 2025 dettagliatamente riportati nell'Allegato B;

Resta inteso che ciascuna ASL, sia per il setting ambulatoriale che domiciliare di riabilitazione ex art. 26, dovrà determinare i limiti prestazionali e di spesa entro la Capacità Operativa Massima di ogni struttura e nei limiti di cui all'allegato B del presente provvedimento, tenendo conto: dei volumi prestazionali medi contrattualizzati nell'ultimo quadriennio di ciascuna struttura, 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.

c) Regime semiresidenziale e residenziale anno 2024/2025

1. per le prestazioni semiresidenziali e residenziali erogate dai Presidi di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 le AA.SS.LL. determineranno i limiti prestazionali e di spesa per ciascuna struttura sulla base dei posti letto accreditati, confermando la stima di un tasso di occupazione rispettivamente dell'85% e del 95% dei posti letto, 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 alla DGRC 531/2021, 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 con la specificazione che per il 2024 i limiti prestazionali e di spesa devono essere commisurati al periodo di effettivo accreditamento delle strutture accreditate nel corso del 2024
2. in caso di risparmio dei propri volumi prestazionali di riabilitazione nei regimi semiresidenziale e residenziale dovuto ad un sotto utilizzo del tasso di occupazione così come stimato al punto precedente, le strutture possono utilizzare tale economia, nei limiti del 15% del tetto assegnato, per erogare prestazioni di riabilitazione ambulatoriale/amb. P.G. nel rispetto della Capacità Massima Operativa di ogni struttura;
3. per le prestazioni residenziali erogate nelle Unità di cura residenziale di riabilitazione estensiva (RD1 estensiva) con la stima di un tasso di occupazione del 95% delle giornate di degenza a cui si applica la tariffa determinata dalla DGRC 164/2022 secondo le disposizioni dettate all'allegato alla citata delibera. In ogni caso la durata massima dei trattamenti in riabilitazione estensiva non deve essere superiore 180 giorni. Il permanere in tale setting oltre i 180 giorni costituisce inappropriata clinica per cui si procederà alle dimissioni o alla collocazione del paziente in altro setting assistenziale più appropriato;

4. per le prestazioni residenziali erogate nelle Unità di cura residenziale di riabilitazione estensiva (RD1 intensiva) con la stima di un tasso di occupazione del 95% delle giornate di degenza a cui si applica la tariffa determinata dalla DGRC 164/2022 per i primi 45+45 giorni di degenza (90 giorni complessivi) come disciplinato nell'allegato alla citata delibera. In caso di permanenza in in RD1 intensiva oltre il valore soglia di 90 giorni e per un massimo di 120 giorni, dal 91° al 120° giorno dovrà essere riconosciuta la tariffa determinata per la riabilitazione RD1 estensiva.

3. NUOVE DISPOSIZIONI NORMATIVE - LEGGE REGIONALE N. 18/2022 ART. 6

La legge regionale n. 18 del 29/12/2022 recante "Disposizioni per il contrasto al dumping contrattuale nel Servizio Sanitario Regionale", all'art. 6 introduce disposizioni finalizzate a contrastare fenomeni di "dumping contrattuale" e garantire la stabilità dell'occupazione, introducendo un criterio premiale nell'assegnazione delle risorse economiche alle strutture sanitarie accreditate con il Servizio sanitario regionale nella macroarea della riabilitazione e socio-sanitaria che applicano il Contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) per le lavoratrici e i lavoratori del comparto della sanità privata, con i trattamenti giuridici ed economici più vantaggiosi a tutela dei lavoratori. Il Gruppo di Lavoro Tecnico regionale ha elaborato una griglia contenente, per ogni CCNL, l'attribuzione ai vari istituti contrattuali (con riferimento alle indicazioni dell'ANAC), della relativa pesatura e annesso criterio di valutazione, da cui risulta maggiormente favorevole per la tutela dei lavoratori l'applicazione del **"CCNL AIOP" siglato l'8 ottobre 2020**.

Pertanto, al fine di dare piena attuazione alle disposizioni di cui alla L.R. 18/2022 art. 6 si illustrano i criteri di assegnazione della citata premialità per l'assegnazione dei limiti prestazionali e di spesa per gli anni 2024/2025:

La premialità è concessa annualmente alle sole strutture che applicano il CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 per il personale dipendente globalmente destinato all'assistenza diretta valorizzata secondo le seguenti disposizioni:

- a) Maggiorazione del +2% del tasso di occupazione dei posti letto accreditati per prestazioni residenziali e semiresidenziali rispetto al 95% e 85% previsto rispettivamente per il residenziale e semiresidenziale di cui al paragrafo "Criteri Di Attribuzione Dei Limiti Prestazionali e Di Spesa Della Macroarea Riabilitativa – Aggiornamento Criteri Di Attribuzione" della presente relazione;
- b) Maggiorazione del + 1% rispetto al budget contrattualizzato nell'anno 2023 **per il setting ambulatoriale**, per le strutture che erogano prestazioni ambulatoriali/domiciliari;
- c) le strutture hanno la facoltà di utilizzare le risorse assegnate per la premialità per erogare prestazioni all'interno della macroarea della riabilitazione (residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, ambulatoriale piccolo gruppo, domiciliare);
- d) le risorse assegnate per la premialità di cui al presente paragrafo sono riportate nell'Allegato B nella colonna "Premialità L.R. 18/2022 art. 6";
- e) In sede di stipula dei contratti le strutture che hanno diritto alla premialità, secondo le disposizioni di cui al presente documento, dovranno produrre un atto notorio di autocertificazione, che sarà allegato al contratto stipulato, attestante l'applicazione del CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 per il personale dipendente globalmente destinato all'assistenza diretta;
- f) Le strutture si impegnano, altresì, ad applicare il CCNL AIOP per la percentuale di personale come sopra identificata sia per l'anno 2024 che per l'anno 2025 pena la decadenza del beneficio;
- g) Restano a disposizione delle AA.SS.LL., come fondo di riserva dedicato all'acquisto di prestazioni ambulatoriale per casi urgenti ed indifferibili, le risorse assegnate per la premialità che dovessero risultare **eccedenti** rispetto alle strutture che oggi applicano

il contratto AIOP Sanità siglato l'8 ottobre 2020;

- h) nel caso in cui le risorse assegnate per la premialità, così come riportate nell'allegato B, dovessero risultare **insufficienti** rispetto alla platea premiabile, le AA.SS.LL dovranno comunicare tempestivamente e comunque non oltre il 31 luglio 2024 via pec alla Direzione Generale Tutela della Salute la Ragione Sociale di tutte le strutture riabilitative che al 31/12/2023 applicano il CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 (sedi operative e setting specifico per il quale hanno diritto alla premialità) al fine di predisporre il successivo provvedimento di modifica ed integrazione della premialità;
- i) L'atto notorio di autocertificazione del CCNL adottato, dovrà essere prodotto all'inizio di ogni annualità e allegato al contratto annualmente stipulato;
- j) L'ASL verificherà ogni anno - a consuntivo – la veridicità dell'autocertificazione prodotta dalla struttura attraverso i cedolini INPS di almeno il 5% del personale con un minimo di 5 unità.

4. PRESTAZIONI AMBULATORIALI E AMB. P.G.: PARZIALE REMUNERAZIONE DELL'EXTRA TETTO

Al fine di favorire la competizione tra le strutture private accreditate e l'incremento delle prestazioni erogate ai pazienti in età evolutiva (minori 0-16 anni), in parziale analogia alle disposizioni vigenti per la specialistica ambulatoriale, si autorizzano le ASL a non ripartire nei contratti da stipulare con i centri privati accreditati una parte (5%) dei limiti di spesa assegnati per l'assistenza riabilitativa ambulatoriale e ambulatoriale piccolo gruppo, accantonando le somme indicate nell'ultima colonna dell'Allegato B, pari complessivamente ad euro 8.382.000, per l'esercizio 2024, e ad euro 8.817.000 per l'esercizio 2025, che ciascuna ASL con delibera del Direttore Generale riconoscerà alle strutture private accreditate a consuntivo, rispettivamente, degli esercizi 2024 e 2025, con i seguenti criteri:

- a) le strutture private accreditate, destinatarie di un budget per l'assistenza riabilitativa ambulatoriale e ambulatoriale piccolo gruppo, qualora lo ritengano vantaggioso, potranno produrre un extra tetto di tali prestazioni che – entro il 10% del tetto di spesa netta delle stesse – potrà essere remunerato a consuntivo nella misura di almeno il 50% (cinquanta%);
- b) per ciascuna struttura privata accreditata, le prestazioni di riabilitazione ambulatoriale e ambulatoriale piccolo gruppo saranno ammesse alla parziale remunerazione dell'extra tetto solo nella misura in cui sia rispettato anche per l'extra tetto la stessa quota destinata a soggetti in età evolutiva nel tetto delle prestazioni in regime ambulatoriale, assegnato alla struttura ai sensi del precedente punto 2a), nonché la percentuale di riserva di cui al precedente punto 4a); e, pertanto, l'eccedenza su dette quote non potrà essere remunerata nemmeno parzialmente;
- c) la suddetta percentuale del 50% potrà risultare superiore, qualora la somma complessiva – a livello di ASL - degli extra tetto ammissibili di cui al punto precedente lo consenta, fino a concorrenza degli accantonamenti autorizzati per ciascuna ASL nella colonna finale dell'Allegato B alla presente delibera; all'incremento di tale percentuale, altresì, potranno anche concorrere gli eventuali sottoutilizzi dei tetti di spesa individuali di altre strutture della medesima ASL, assegnati per i regimi ambulatoriale e/o domiciliare; nonché di quelli assegnati per i regimi residenziale e semiresidenziale, ma nei limiti stabiliti al precedente punto 2c).

5. PROGRAMMAZIONE DELLE STRUTTURE ACCREDITATE E/O RIQUALIFICATE SUCCESSIVAMENTE ALLA DATA D'ADOZIONE DEL PROVVEDIMENTO DI DEFINIZIONE DEI LIMITI PRESTAZIONALI E DI SPESA

Al fine di favorire la rapida attivazione e la relativa copertura economica delle strutture

accreditate successivamente agli atti regionali di definizione dei limiti prestazionali e di spesa, si dispone, per l'esercizio 2025, l'assegnazione alle AASSLL di una ulteriore quota aggiuntiva di prestazioni, con i correlati volumi di spesa da utilizzare esclusivamente per l'acquisto di prestazioni da strutture che, in attesa della conclusione dell'iter amministrativo relativo alla verifica tecnica della UOD 8 "Organismo Tecnicamente Accreditante – OTA", verranno accreditate e/o riqualificate successivamente alla data d'adozione del presente provvedimento.

Tale quota di prestazioni e i relativi limiti di spesa sono riportati nell'allegato B alla colonna "Prestazioni da strutture accreditate e/o riqualificate successivamente alla data d'adozione dei tetti".

I criteri per la determinazione del volume massimo di prestazioni acquistabili ed i relativi limiti di spesa nei confronti di tali strutture sono i medesimi illustrati al punto 1 della presente Relazione Tecnica. Le AA.SS.LL. terranno conto altresì di tali criteri nel contrattualizzare l'acquisto delle prestazioni dalle strutture interessate, tenendo conto della decorrenza effettiva dell'accREDITAMENTO di ciascuna struttura.

Eventuali economie derivanti da un sottoutilizzo di tali risorse non potranno in nessun caso essere utilizzate per l'acquisto di prestazioni da strutture già accreditate alla data d'adozione del presente provvedimento.

Qualora tali risorse non si rilevassero sufficienti per la copertura della platea delle strutture di nuovo accREDITAMENTO/riqualificazione, i competenti Uffici Regionali si riserveranno, all'esito dell'istruttoria di competenza, di adottare i necessari provvedimenti integrativi.

STRUTTURE riabilitazione - LIMITI PRESTAZIONALI E DI SPESA ANNO 2024

ASL	Volumi massimi annui di prestazioni acquistabili dai centri operanti in ciascuna ASL per i seguenti regimi assistenziali				Prestazioni per casi indifferibili e urgenti		Prestazioni per Premialità ex art. 6 L.R. n. 18 del 29.12.2022		Corrispondenti volumi annui di spesa espressi in migliaia di euro				Valorizzazione in migliaia di euro delle prestazioni Premialità ex art. 6 L.R. n. 18 del 29.12.2022		Valorizzazione delle prestazioni per casi indifferibili e urgenti		di cui importo da accantonare	
	Ambulatoriale	Piccolo Gruppo	Domiciliare	Residenziale (compreso RD1 in/est) e semiresidenziale	Ambulatoriale	Residenziale (compreso RD1 in/est) e semiresidenziale	Ambulatoriale	Residenziale (compreso RD1 in/est) e semiresidenziale	Ambulatoriale	Piccolo Gruppo	Domiciliare	Residenziale (compreso RD1 in/est) e semiresidenziale	Ambulatoriale	Residenziale (compreso RD1 in/est) e semiresidenziale	Ambulatoriale PG	TOTALE valorizzazioni	TOTALE prestazioni	TOTALE di cui
AV	197.097	5.641	80.593	53.760	984	737	507	339.319	8.720	83	3.880	5.919	44	87	22	18.755	440	18.755
BN	214.195	6.272	89.594	28.220	2.042	562	551	341.436	9.476	92	4.313	3.406	90	73	24	17.474	478	17.474
CE	535.036	15.297	218.523	49.377	2.354	1261	1376	823.224	23.670	225	10.520	4.070	104	259	60	38.908	1195	38.908
NA1	682.350	19.780	282.569	188.445	5.226	2904	1755	1.183.029	30.187	292	13.603	13.526	231	208	76	58.123	1524	58.123
NA2	691.415	19.857	283.676	113.407	5.411	2697	1778	1.118.241	30.588	293	13.656	11.535	239	259	77	58.647	1544	58.647
NA3	799.571	23.172	331.034	124.409	4.379	597	2057	1.285.219	35.373	342	15.936	13.522	192	67	89	65.521	1786	65.521
SA	633.501	18.228	260.403	287.432	1.218	3460	1629	1.205.871	28.026	269	12.536	30.100	53	413	71	71.468	1415	71.468
	3.753.166	108.247	1.546.393	845.050	21.614	12.218	9.654	6.296.342	166.040	1.588	74.444	82.078	953	1.386	419	326.696	8.382	326.696

STRUTTURE riabilitazione - LIMITI PRESTAZIONALI E DI SPESA ANNO 2025

ASL	Volumi massimi annui di prestazioni acquistabili dai centri operanti in ciascuna ASL per i seguenti regimi assistenziali				Prestazioni per casi indifferibili e urgenti		Prestazioni per Premialità ex art. 6 L.R. n. 18 del 29.12.2022		Corrispondenti volumi annui di spesa espressi in migliaia di euro				Valorizzazione in migliaia di euro delle prestazioni Premialità ex art. 6 L.R. n. 18 del 29.12.2022		Valorizzazione delle prestazioni per casi indifferibili e urgenti		di cui importo da accantonare	
	Ambulatoriale	Piccolo Gruppo	Domiciliare	Residenziale (compreso RD1 in/est) e semiresidenziale	Ambulatoriale	Residenziale (compreso RD1 in/est) e semiresidenziale	Ambulatoriale	Residenziale (compreso RD1 in/est) e semiresidenziale	Ambulatoriale	Piccolo Gruppo	Domiciliare	Residenziale (compreso RD1 in/est) e semiresidenziale	Ambulatoriale	Residenziale (compreso RD1 in/est) e semiresidenziale	Ambulatoriale PG	TOTALE valorizzazioni	TOTALE prestazioni	TOTALE di cui
AV	206.626	8.261	71.711	53.760	984	737	507	344.127	9.137	122	3.452	5.919	44	87	93	18.854	463	18.854
BN	224.555	8.982	77.970	28.220	2.042	562	2335	344.686	9.934	132	3.753	3.406	90	73	101	17.489	503	17.489
CE	560.618	22.425	194.659	49.377	2.354	1261	5630	836.524	24.802	331	9.371	4.070	104	259	251	39.188	1257	39.188
NA1	715.192	28.608	248.331	188.445	5.226	2904	7438	1.196.144	31.640	422	11.955	13.526	231	208	321	58.303	1603	58.303
NA2	724.546	28.982	251.579	113.407	5.411	2697	7535	1.134.157	32.054	427	12.111	11.535	239	259	325	58.950	1624	58.950
NA3	838.051	33.522	290.990	128.090	4.379	597	8716	1.305.345	37.075	494	14.008	14.154	192	67	376	66.366	1878	66.366
SA	663.884	26.555	230.515	287.241	1.218	3460	6904	1.219.777	29.370	391	11.097	30.086	53	413	298	71.708	1488	71.708
	3.933.372	157.335	1.365.755	849.540	21.614	12.218	40.907	6.380.741	174.012	2.319	65.747	82.686	953	1.386	1.763	328.856	8.516	328.856

Prestazioni da strutture accreditate e/o qualificate successivamente alla data d'adozione del test - 2025		Valorizzazione in migliaia di euro	
N. prestazioni			
Residenziale (compreso RD1 in/est) e semiresidenziale	Residenziale (compreso RD1 in/est) e semiresidenziale	6935	1654
		6.935	1.654

Schema di contratto ai sensi dell'art. 8- quinquies, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e smi

Contratto tra la struttura:

Partita IVA: _____ Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA); con sede legale in _____ (Prov: _____ ; CAP: _____) Via n° _____ per la sede operativa sita in alla Via n. _____, 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 erogare prestazioni di riabilitazione estensiva territoriale cd ex art. 26 Legge 833/78 in regime _____ (residenziali, e/o semiresidenziali e/o ambulatoriali e domiciliari) legalmente rappresentato/a dal/la sottoscritto/a _____, C.F. _____ 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 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 non è pendente nei suoi confronti o della compagine sociale procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27/12/1956 n. 1423 e che non sussistono le cause ostative previste all'art. 10 della legge 31/5/1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b) art. 38, comma 1, D.Lgs 163/2006;
- 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__;
- che non sussistono le cause ostative previste dal D.lgs. 159/2011 e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006 e ss.mm.ii (N.B. la ASL per il tramite degli uffici competenti dovrà procedere nei termini di legge alle verifiche mediante procedura B.D.N.A. di cui all'art.67 del D.lgs 159/2011 (Comunicazione antimafia) e di cui agli artt. 91 e ss del D.lgs. del 159/2011 (Informazione antimafia)

E

L'Azienda Sanitaria Locale _____ con sede in _____ Partita IVA: _____ rappresentata dal Direttore Generale _____, nato a _____ il ____/____/____, in forza dei poteri come da DPGRC di nomina n. _____ del ____/____/____;

PER

regolare i volumi di prestazioni ed economici, e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78, da **erogarsi nel periodo 1° gennaio 202_ - 31 dicembre 202_**, con contratto redatto in conformità alla delibera di Giunta Regionale n. _____ del _____

PREMESSO

- che con delibera di Giunta Regionale n. _____ la Regione Campania ha fissato il fabbisognodi 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 finanziariee 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.

Schema di contratto ai sensi dell'art. 8- quinquies, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e smi

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)

1. 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 2024 e quello 2025, se diversi)*
 - a. **Per l'anno 202_**
 - 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 cd ex art. 26;
 - g) N° prestazioni Residenziali cd ex art. 26;
 - h) N° prestazioni in Unità di Cure residenziale RD1 estensive;
 - i) N° prestazioni in Unità di Cure residenziale RD1 intensive;
2. il mix di prestazioni potrà essere diverso nel rispetto di quanto previsto dal successivo art. 4 commi 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 per la macroarea riabilitazione approvate con DGRC n. 531/2021; per le prestazioni residenziali e semiresidenziali che superano i 240 giorni di degenza per il medesimo paziente, sono applicate le tariffe sociosanitarie approvate con la citata DGRC n. 531/2021, per le prestazioni in Unità di Cure residenziale RD1 estensive ed estensive sono applicate le tariffe di cui alla DGRC 164 del 6/4/2022 e smi;
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, ed è fissato come segue: *(specificare l'importo 2024 e quello 2025, se diversi)*
 - **Anno 202_:**
 - a) per le prestazioni ambulatoriali : Euro.....;
 - b) per le prestazioni amb P.G. : Euro.....;

Schema di contratto ai sensi dell'art. 8- quinquies, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e smi

- 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 Euro..... 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);
 - f) per le prestazioni in Unità di cure residenziali RD1 estensive: Euro.....
 - g) per le prestazioni in Unità di cure residenziali RD1 intensive: Euro.....
3. Nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti nel comma precedente, fermo restando il rispetto della C.O.M. della struttura, è consentito che le strutture, in caso di risparmio dei propri volumi prestazionali di riabilitazione nei regimi semiresidenziale e residenziale dovuto ad un sotto utilizzo del tasso di occupazione, possano utilizzare tale economia, nei limiti del 15% del tetto assegnato per erogare prestazioni di riabilitazione ambulatoriale/amb. P.G. nel rispetto della Capacità Massima Operativa di ogni struttura;
 4. le strutture dovranno riservare alle AA.SS.LL. una quota del 2% del tetto ambulatoriale assegnato per far fronte a casi urgenti ed indifferibili certificati dalla medesima A.S.L., esclusivamente per i propri residenti;
 5. 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 e/o domiciliari; mentre non è consentita la condizione opposta.
 6. 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.
 7. 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 sociosanitari, 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 sociosanitarie 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 non potranno in alcun caso essere remunerate,

Schema di contratto ai sensi dell'art. 8- quinquies, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e smi

nemmeno a titolo di indebito arricchimento.

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 DGRC n. 482/2004 o, nei casi previsti da specifici atti regionali, quali la DGRC 164/2022, altro organismo di valutazione multidimensionale aventi le funzioni di valutazione del bisogno riabilitativo e redazione e monitoraggio di progetto riabilitativo e, in particolare per l'età evolutiva, i Nuclei territoriali per la neuropsichiatria infantile. I competenti servizi aziendali della ASL sottoscritta autorizzandola 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 per le prestazioni erogate nelle cd strutture ex art. 26, 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.
7. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'erogatore, qualora non tempestivamente rimosso, costituisce giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento. In tal caso la sottoscritta ASL proporrà alla Regione con una delibera motivata la sospensione dell'accREDITamento sino al permanere dell'inadempimento, fatta salva la possibilità che si giunga alla

Schema di contratto ai sensi dell'art. 8- quinquies, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e smi

revoca dell'accreditamento da parte degli organi competenti per grave inadempimento;

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. L'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 di 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 e art. 9";

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 commi 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

Schema di contratto ai sensi dell'art. 8- quinquies, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e smi

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 dichiari 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 2024- 31 dicembre 2024, nonché al periodo 1° gennaio 2025- 31 dicembre 2025
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

(Precisazione in ordine al valore giuridico dell'Ordine Elettronico)

1. L'ordine di acquisto elettronico, previsto dalle disposizioni vigenti in materia di emissione e trasmissione dei documenti, attestanti l'ordinazione degli acquisti di beni e servizi effettuata in forma elettronica dagli enti del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 414, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, e dei successivi decreti del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 07.12.2018 e del 27.12.2019 (cd. Nodo Smistamento Ordini in formato elettronico — NSO), non costituisce riconoscimento giuridico della quantità e qualità delle prestazioni effettuate e/o da effettuare, ma è un mero strumento di regolarità e trasparenza amministrativa.
2. Pertanto, le prestazioni sanitarie eseguite dalla sottoscritta struttura privata ed il corrispondente valore economico saranno comunque soggette all'applicazione di tutti gli abbattimenti previsti dal presente contratto e/o da altre disposizioni normative nazionali e/o regionali in materia di variazione del volume e del valore medio delle prestazioni e loro limiti, inclusi tutti i controlli della regolarità e dell'appropriatezza prescrittiva,

Schema di contratto ai sensi dell'art. 8- quinquies, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e smi

nonché agli abbattimenti del fatturato liquidabile, necessari per assicurare il rispetto dei limiti di spesa fissati dal presente contratto (regressioni tariffarie e/o altre decurtazioni).

Art. 13**(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. 13 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

....., ____/____/202__

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

