



Delibera della Giunta Regionale n. 407 del 31/07/2024

Dipartimento 50 - GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Direzione Generale 4 - DG per la tutela della salute e il coordin. del sist. sanitario regionale

U.O.D. 12 - Assistenza e interventi socio-sanitari

Oggetto dell'Atto:

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. 341/2024.

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 hanno approvato i percorsi riabilitativi rispettivamente per pazienti con ictus, Disturbi specifici dell'apprendimento, frattura di femore e BPCO;

VISTI, altresì,

- a) 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) l'offerta di posti letto di riabilitazione residenziale extraospedaliera per disabili fisici, psichici e sensoriali in Campania, ad oggi, è rappresentata dai posti letto accreditati come "Residenze Sanitarie di Riabilitazione Estensiva di soggetti portatori di Disabilità fisica, Psicica e Sensoriale" i cui requisiti organizzativi sono riportati nell'allegato A del DCA n. 154/2014 e articolati come di seguito riportato:
- a.1. Residenziale Base (ex Internato);
- a.2. Residenziale Medio livello assistenziale (ex Internato medio livello riabilitativo);
- a.3. Residenziale Alto Livello assistenziale (ex Internato alto livello riabilitativo);
- b) le DGRC n. 164 del 6/4/2022 e n. 705 del 20/12/2022, alla luce dell'evoluzione normativa e delle più recenti linee di indirizzo nazionali sulla riabilitazione, al fine di dare attuazione al programma di implementazione e riqualificazione dell'assistenza riabilitativa extraospedaliera per le persone con disabilità, hanno modificato ed integrato la disciplina relativa alle attività residenziali erogate dai Presidi di riabilitazione extraospedaliera per disabili fisici, psichici e sensoriali ridefinendo le specifiche caratteristiche degli stessi, le attività erogabili ed i livelli organizzativi;
- c) l'attività riabilitativa residenziale, alla luce della citata riqualificazione, si distingue in:
- c.1. "Presidi di riabilitazione per disabili fisici psichici e sensoriali "Unità di cura residenziale per riabilitazione estensiva (RD1 estensiva)";
- c.2. "Presidi di riabilitazione per disabili fisici psichici e sensoriali "Unità di cura residenziale per riabilitazione intensiva (RD1 intensiva)";
- d) 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)";
- e) sulla scorta delle procedure di cui ai 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;

- f) i Direttori Generali delle AA.SS.LL. hanno rappresentato una maggiore esigenza di assistenza riabilitativa di tipo ambulatoriale rispetto alle altre sottobranches della riabilitazione;
- g) 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;
- h) 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;
- i) al fine di assicurare la continuità assistenziale per tutto l'anno solare di prestazioni di riabilitazione territoriale, il consumo del tetto annuale stabilito con il presente provvedimento è limitato massimo al 95% entro il 30 novembre per ciascun anno di riferimento;
- j) 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;

RILEVATO che

- a) con Deliberazione di Giunta Regionale n. 341 del 11 luglio 2024, è stata approvata la "*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*", corredata degli allegati: A – Relazione Tecnica; B – Tabelle con i volumi massimi e i limiti di spesa 2024 e 2025; C – Schema di contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;
- b) successivamente, i competenti uffici regionali, all'esito di un'ulteriore istruttoria, hanno ravvisato l'esigenza di apportare diverse modifiche ad integrazione per un maggiore chiarimento;
- c) in particolare, la necessità di modificare la citata DGR n. 341/2024 è scaturita dalla esigenza di:
 - c.1. riproporre il quadro programmatico per il 2025 (Allegato B), relativamente alle prestazioni domiciliari;
 - c.2. stabilire che le strutture abbiano l'obbligo di accantonare una quota pari al 2% del tetto di struttura assegnato, finalizzato ad accogliere casi urgenti ed indifferibili segnalati e certificati dalla medesima A.S.L. esclusivamente per i propri residenti, anche a seguito di decisioni dell'Autorità Giudiziaria;
 - c.3. stabilire che le strutture, in caso di risparmio dei propri volumi prestazionali di riabilitazione nei regimi semiresidenziale e residenziale dovuto ad un sottoutilizzo del tasso di occupazione, possono utilizzare tale economia, nei limiti del 15% del tetto assegnato, per erogare prestazioni di riabilitazione ambulatoriale/ambulatoriale P.G., nel rispetto della Capacità Massima Operativa di ogni struttura;
 - c.4. rideterminare il termine per la stipula dei contratti tra i privati accreditati e le aziende sanitarie, fissandolo al 31 agosto 2024;

PRESO ATTO, altresì, che i competenti Uffici della Direzione Generale Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR, all'esito dell'istruttoria di competenza,

- a) hanno elaborato in via definitiva 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;
- b) propongono di:
 - b.1. modificare ed integrare la Deliberazione di Giunta Regionale n. 341 del 11 luglio 2024, approvando i menzionati allegati A, B e C, in sostituzione di quelli di cui alla detta DGR n. 341/2024;
 - b.2. ribadire che i volumi prestazionali complessivi di riabilitazione territoriale non possono essere incrementati in caso di risparmio dei volumi di prestazioni di RSA/Hospice e altre prestazioni sociosanitarie, mentre è consentito il contrario;
 - b.3. 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;
 - b.4. fare obbligo 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;

- b.5. demandare a So.Re.Sa., 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;
- b.6. dare mandato alla Direzione Generale Tutela della Salute in collaborazione con SO.RE.SA. S.p.A. di avviare tutte le procedure ai fini della determinazione del fabbisogno della macroarea della riabilitazione territoriale anche in considerazione dell'adeguamento in corso (attraverso la piattaforma SIR) dei sistemi informativi attualmente in uso;
- b.7. 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;
- b.8. 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 31 agosto 2024 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. n. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. n. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);
- b.9. 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;

RITENUTO di dover:

- a) modificare ed integrare la Deliberazione di Giunta Regionale n. 341 del 11 luglio 2024, approvando gli Allegati A, B e C alla presente, in sostituzione di quelli di cui alla detta DGR n. 341/2024;
- b) approvare l'Allegato A – Relazione Tecnica contenente le condizioni ai fini della distribuzione della premialità di cui alla L.R. n. 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, con validità anche per l'anno 2025 salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti;
- c) stabilire che ciascuna ASL, al fine di far fronte all'esigenza di ridurre le liste di attesa di assistenza riabilitativa ambulatoriale per minori, nel fissare i tetti per ciascuna struttura erogatrice per le prestazioni ambulatoriale ex art. 26, dovrà garantire la destinazione vincolata a soggetti in età evolutiva (minori 0-16 anni) di almeno il 50% dei limiti di spesa assegnati per le prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali piccolo gruppo;
- d) stabilire che le strutture hanno l'obbligo di accantonare una quota pari al 2% del tetto di struttura assegnato, finalizzato ad accogliere casi urgenti ed indifferibili segnalati e certificati dalla medesima A.S.L. esclusivamente per i propri residenti, anche a seguito di decisioni dell'autorità giudiziaria;
- e) approvare l'Allegato B in cui sono esplicitati i volumi massimi di prestazioni e i correlati limiti di spesa assegnati a ciascuna ASL per la macroarea riabilitazione per l'esercizio 2024 e per il successivo anno 2025 nonché la valorizzazione in termini di prestazioni e di spesa per l'attribuzione a ciascuna ASL della premialità di cui alla L.R. n. 18/2022 art. 6, determinati utilizzando i criteri riportati nell'allegata Relazione (allegato A);
- f) stabilire che le strutture, in caso di risparmio dei propri volumi prestazionali di riabilitazione nei regimi semiresidenziale e residenziale dovuto ad un sottoutilizzo del tasso di occupazione, possono utilizzare tale economia, nei limiti del 15% del tetto assegnato, per erogare prestazioni di riabilitazione ambulatoriale/ambulatoriale P.G. nel rispetto della Capacità Massima Operativa di ogni struttura;
- g) stabilire che le AA.SS.LL., nel caso in cui le risorse assegnate per la premialità, così come riportate nell'allegata Tabella B, dovessero risultare eccedenti rispetto alle strutture che oggi applicano il contratto AIOP Sanità siglato l'8 ottobre 2020, le risorse assegnate restano a disposizione delle

AA.SS.LL. come fondo di riserva per le prestazioni nel setting ambulatoriale per far fronte a casi urgenti ed indifferibili; nel caso in cui le risorse assegnate per la premialità dovessero risultare insufficienti rispetto alla platea premiabile, le AA.SS.LL segnalano tempestivamente alla Direzione Generale Tutela della Salute, nel dettaglio, tutte le strutture aventi diritto al beneficio al fine di predisporre il successivo provvedimento di modifica ed integrazione;

- h) stabilire che le eventuali economie, derivanti da un eccesso di risorse assegnate per la premialità con il presente provvedimento, restano a disposizione delle AA.SS.LL. come fondo di riserva per l'acquisto di prestazioni ambulatoriali per far fronte a casi urgenti ed indifferibili; nel caso in cui le risorse assegnate per la premialità dovessero risultare insufficienti rispetto alla platea premiabile, le AA.SS.LL segnalano tempestivamente alla Direzione Generale Tutela della Salute, nel dettaglio, tutte le strutture aventi diritto al beneficio al fine di predisporre il successivo provvedimento di modifica ed integrazione;
- i) ribadire che i volumi prestazionali complessivi di riabilitazione territoriale non possono essere incrementati in caso di risparmio dei volumi di prestazioni di RSA/Hospice e altre prestazioni sociosanitarie, mentre è consentito il contrario;
- j) autorizzare le ASL ad accantonare le somme indicate nella colonna finale dell'Allegato B al presente provvedimento, pari al 5% dei tetti di spesa assegnati per le prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali piccolo gruppo, che ciascuna ASL con delibera del Direttore Generale ripartirà alle strutture private accreditate a consuntivo, rispettivamente, degli esercizi 2024 e 2025, con i criteri specificati nel punto 4 della allegata Relazione Tecnica;
- k) 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;
- l) 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;
- m) 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 territoriali (cd ex art. 26 Legge n. 833/78 ed Unità di cura residenziale per riabilitazione estensiva RD1 intensiva ed estensiva);
- n) di fare obbligo 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;
- o) di dare disposizione a So.Re.Sa., 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;
- p) di dare mandato alla Direzione Generale Tutela della Salute in collaborazione con SO.RE.SA. S.p.A. di avviare tutte le procedure ai fini della determinazione del fabbisogno della macroarea della riabilitazione territoriale anche in considerazione dell'adeguamento in corso (attraverso la piattaforma SIR) dei sistemi informativi attualmente in uso;
- q) 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;
- r) 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 31 agosto 2024 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. n. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. n. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);

- s) 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 **MODIFICARE** ed **INTEGRARE** la Deliberazione di Giunta Regionale n. 341 del 11 luglio 2024, approvando gli Allegati A, B e C alla presente, in sostituzione di quelli di cui alla detta DGR n. 341/2024;
- 2) di **APPROVARE** l'Allegato A – Relazione Tecnica contenente le condizioni ai fini della distribuzione della premialità di cui alla L.R. n. 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, con validità anche per l'anno 2025 salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti;
- 3) di **STABILIRE** che ciascuna ASL, al fine di far fronte all'esigenza di ridurre le liste di attesa di assistenza riabilitativa ambulatoriale per minori, nel fissare i tetti per ciascuna struttura erogatrice per le prestazioni ambulatoriale ex art. 26, dovrà garantire la destinazione vincolata a soggetti in età evolutiva (minori 0-16 anni) di almeno il 50% dei limiti di spesa assegnati per le prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali piccolo gruppo;
- 4) di **STABILIRE** che le strutture hanno l'obbligo di accantonare una quota pari al 2% del tetto di struttura assegnato, finalizzato ad accogliere casi urgenti ed indifferibili segnalati e certificati dalla medesima A.S.L. esclusivamente per i propri residenti, anche a seguito di decisioni dell'autorità giudiziaria;
- 5) di **APPROVARE** l'Allegato B – tabella 1 per l'anno 2024 e tabella 2 per l'anno 2025 – in cui sono esplicitati i volumi massimi di prestazioni e i correlati limiti di spesa assegnati a ciascuna ASL per la macroarea riabilitazione per l'esercizio 2024 e per il successivo anno 2025 nonché la valorizzazione in termini di prestazioni e di spesa per l'attribuzione a ciascuna ASL della premialità di cui alla L.R. n. 18/2022 art. 6, determinati utilizzando i criteri riportati nell'allegata Relazione (allegato A);
- 6) di **STABILIRE** che le strutture, in caso di risparmio dei propri volumi prestazionali di riabilitazione nei regimi semiresidenziale e residenziale dovuto ad un sottoutilizzo del tasso di occupazione possono utilizzare tale economia, nei limiti del 15% del tetto assegnato, per erogare prestazioni di riabilitazione ambulatoriale/ambulatoriale P.G. nel rispetto della Capacità Massima Operativa di ogni struttura;
- 7) di **STABILIRE** che le AA.SS.LL., nel caso in cui le risorse assegnate per la premialità,, così come riportate nell'allegata Tabella B, dovessero risultare eccedenti rispetto alle strutture che oggi applicano il contratto AIOP Sanità siglato l'8 ottobre 2020, le risorse assegnate restano a disposizione delle AA.SS.LL. come fondo di riserva per le prestazioni nel setting ambulatoriale per far fronte a casi urgenti ed indifferibili; nel caso in cui le risorse assegnate per la premialità dovessero risultare insufficienti rispetto alla platea premiabile, le AA.SS.LL. segnalano tempestivamente alla Direzione Generale Tutela della Salute, nel dettaglio, tutte le strutture aventi diritto al beneficio al fine di predisporre il successivo provvedimento di modifica ed integrazione;
- 8) di **STABILIRE** che le eventuali economie, derivanti da un eccesso di risorse assegnate per la premialità con il presente provvedimento, restano a disposizione delle AA.SS.LL. come fondo di riserva per l'acquisto di prestazioni ambulatoriali per far fronte a casi urgenti ed indifferibili; nel caso in cui le risorse assegnate per la premialità dovessero risultare insufficienti rispetto alla platea premiabile, le AA.SS.LL. segnalano tempestivamente alla Direzione Generale Tutela della Salute, nel dettaglio, tutte le strutture aventi diritto al beneficio al fine di predisporre il successivo provvedimento di modifica ed integrazione;

- 9) di RIBADIRE che i volumi prestazionali complessivi di riabilitazione territoriale non possono essere incrementati in caso di risparmio dei volumi di prestazioni di RSA/Hospice e altre prestazioni sociosanitarie, mentre è consentito il contrario;
- 10) di AUTORIZZARE le ASL ad accantonare le somme indicate nella colonna finale dell'Allegato B al presente provvedimento, pari al 5% dei tetti di spesa assegnati per le prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali piccolo gruppo, che ciascuna ASL con delibera del Direttore Generale ripartirà alle strutture private accreditate a consuntivo, rispettivamente, degli esercizi 2024 e 2025, con i criteri specificati nel punto 4 della allegata Relazione Tecnica;
- 11) 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;
- 12) 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;
- 13) 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 territoriali (cd ex art. 26 Legge n. 833/78 ed Unità di cura residenziale per riabilitazione estensiva RD1 intensiva ed estensiva);
- 14) di FARE OBBLIGO 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;
- 15) 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;
- 16) di DARE MANDATO alla Direzione Generale Tutela della Salute in collaborazione con SO.RE.SA. S.p.A. di avviare tutte le procedure ai fini della determinazione del fabbisogno della macroarea della riabilitazione territoriale anche in considerazione dell'adeguamento in corso (attraverso la piattaforma SIR) dei sistemi informativi attualmente in uso;
- 17) 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;
- 18) 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 31 agosto 2024 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. n. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. n. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);
- 19) 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;
- 20) 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, alla Direzione Generale per le Politiche Sociali e sociosanitarie e all'Ufficio competente per la pubblicazione sul BURC e nella Sezione Trasparenza del sito istituzionale della Regione Campania.

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:

- 1a) E' 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);
- 2a) E' 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 di

contratto 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;

- 3a) 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;
- 4a) 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;

b) Regime domiciliare anno 2024/2025

- 1b) 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;
- 2b) 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;
- 3b) 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

- 1c) 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;
- 2c) 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;
- 3c) 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.**
- 4c) 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 almeno il 72% del 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 almeno il 72% del 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).

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 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 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 _____, 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, 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)**

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

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 2022 e quello 2023, 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 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, è fissato come segue: (*specificare l'importo 2024 e quello 2025, 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);
 - f) per le prestazioni in Unità di cure residenziali RD1 estensive: Euro.....
 - g) per le prestazioni in Unità di cure residenziali RD1 intensive: Euro.....
- a) 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

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

nei regimi residenziale e semiresidenziale dovuto ad un sotto utilizzo del tasso di occupazione, possono utilizzare tale economia per erogare prestazioni di riabilitazione ambulatoriale/amb. P.G. nel rispetto della Capacità Massima Operativa di ogni struttura purché il volume prestazionale e di spesa delle prestazioni residenziali e semiresidenziali non scenda al di sotto rispettivamente dell'85% e del 75%;

3. 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.
4. 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 non potranno in alcun caso essere remunerate, 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. Predisporre 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 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 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.

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

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 La struttura erogatrice è responsabile della completezza e qualità dei dati trasmessi. Il delibera motivata la sospensione dell'accREDITamento sino al permanere dell'inadempimento, fatta salva la possibilità che si giunga alla 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.

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

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 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 202__- 31 dicembre 202__, nonché al periodo 1° gennaio 202__- 31 dicembre 202__.

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

- 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)

- 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.
- 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.
- 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)

- 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.
- 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, 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)

- 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.
- 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__

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

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata
