

PROPOSTE PER LA BOZZA DI CONTRATTO 2016/2017 DA PARTE DI CERRACCHIO, PAGANO E SAETTA

1. Importo lordo e netto per le prestazioni socio-sanitarie

Negli accordi contrattuali del 2014 e 2015 sono stati assegnati alle strutture socio-sanitarie importi al netto della quota sociale di competenza dell'utente e/o del Comune/Ambito Territoriale.

Tale modalità palesa due criticità:

- da un lato la struttura socio-sanitaria risulta sprovvista di un accordo contrattuale relativo alla quota sociale, determinando problemi in caso di recupero coatto delle quote sociali nei confronti degli enti comunali o degli ambiti territoriali;
- dall'altro, la carenza della quota sociale, riduce l'importo che può essere oggetto di cessioni pro-solvendo o pro-soluto, non evidenziandosi in alcuna parte dell'accordo un chiaro riferimento al fatturato lordo massimo riconosciuto nell'annualità.

Pertanto si propone l'inserimento dei due importi, chiarendo esplicitamente la competenza del pagamento (quota sanitaria di competenza dell'Asl, quota sociale di competenza dell'utente e/o Comune/Ambito Territoriale).

2. Attività riabilitative e tetti di spesa – eccezioni di cui alla DGRC n. 482/2004 e al DCA n. 6/2010

Nell'accordo contrattuale per attività riabilitativa si distinguono tre tetti di spesa:

- Per attività ambulatoriali e domiciliari
- Per attività semiresidenziali
- Per attività residenziali

Nel DCA n. 90/2014 il capitolo attività semiresidenziali veniva diviso in due parti:

- Attività semiresidenziali <240 giorni
- Attività semiresidenziali >240 giorni

Si propone di unificarli in un solo capitolo di spesa, così come riportato sullo schema dei contratti adottati con il DCA n. 90/2014.

Inoltre si propone di inserire in maniera sintetica la disposizione di cui alla DGRC n. 482/2004 (Linee Guida sulle attività di riabilitazione in Regione Campania) e al DCA n. 6/2010 che consente l'adozione di progetti terapeutici superiori ai 240 giorni a favore di specifiche patologie disabilitanti.

I cicli riabilitativi, di norma contenuti entro 240 giorni, fatta eccezione per:

- *i pazienti affetti da gravi patologie a carattere involutivo (sclerosi multipla, distrofia muscolare, sclerosi laterale amiotrofica, malattia di Alzheimer), alcune patologie congenite su base genetica, con gravi danni cerebrali o disturbi psichici, i pluriminorati anche sensoriali, per i quali il progetto riabilitativo può estendersi anche oltre senza limitazioni, laddove le loro esigenze non vengano soddisfatte dalle potenzialità delle RRSSAA;*
- *i pazienti affetti da patologie cronico-degenerative cardiache e polmonari con grave compromissione funzionale (insufficienza cardiaca 3^a-4^a classe NYHA, insufficienza respiratoria);*
- *i pazienti "stabilizzati" nella loro condizione di non perfetto recupero funzionale per i quali possono essere previsti cicli riabilitativi minori anche su base annua (Mantenimento), laddove le loro esigenze non possano essere soddisfatte dalle RSA.*

3. Pagamenti del 100% entro 60 giorni

Con DCA n. 8/2016 sono stati modificati i tempi di pagamento di tutte le attività sanitarie accreditate per il tramite dell'adozione dei relativi schemi di contratto. Alla sezione IV, sono state fornite le disposizioni nel merito delle attività riabilitative e socio-sanitarie ma non è stato adottato il relativo schema di contratto.

Ai sensi del Dlgs. N. 231/2002, come modificato dal dlgs. N. 192/2012, i tempi di pagamento non possono superare i 60 giorni.

Pertanto si propone di recepire la disposizione normativa nazionale, disponendo il pagamento dell'importo del 100% mensile entro 60 giorni dalla fine del mese di riferimento.

4. Tavoli tecnici

Per assicurare al tavolo tecnico la possibilità effettiva di adempiere ai compiti di cui all'art. 6 dell'accordo contrattuale, si propone di inserire l'obbligo dell'ASL a fornire su base trimestrale le informazioni relative al monitoraggio delle attività erogate dalle strutture accreditate.

5. IVA

In applicazione della disposizione normativa di cui al comma 960 della Legge di Stabilità 2016 che introduce l'applicazione dell'aliquota IVA del 5% per le prestazioni sanitarie e riabilitative (di cui all'art. 10 comma 1 n. 18 del DPR 633/72) rese da Cooperative Sociali Onlus non generiche, viene a derivare che l'imponibilità ha carattere obbligatorio.

Pertanto si rende necessario introdurre sugli importi riconosciuti alle strutture accreditate la previsione dell'applicazione dell'IVA se dovuta.

6. DISTRIBUZIONE ECONOMIE

Introdurre nell'accordo contrattuale la disposizione di consentire la distribuzione delle eventuali economie (realizzate a seguito di sottoutilizzi di tetti di spesa da parte di erogatori accreditati) alle strutture che hanno realizzato sforamenti dai tetti di spesa (nell'ovvio rispetto delle COM).

12/7/16