

Regione Campania

Tavolo Tecnico macroaree riabilitazione e sociosanitario - Programmazione per gli esercizi 2016 e 2017

Incontro del 12 luglio 2016

		Firma
Per le Associazioni		
	Dr. Cerracchio	PRESENTE
	Dr. Pizza	PRESENTE
	Dr. Polizzi	PRESENTE
	Dr. Pagano	PRESENTE
	Avv. Concetta Sietta	PRESENTE
Per le Aziende Sanitarie Locali		
	Dott.ssa Bianco	PRESENTE
	Dott.ssa Capocasale	PRESENTE
	Dott.ssa Conte	PRESENTE
	Dott. Fiorenza	ASSENTE
	Dott. Glorioso	PRESENTE
Per la Regione Campania		
	Dott.ssa Rinaldi	PRESENTE
	Dr. Ghidelli	ASSENTE
	Dott.ssa Canzanella	PRESENTE

(foglio firma allegato)

Il Dr. Polizzi rappresentante delle Associazioni di Categoria fa rilevare che nella precedente riunione aveva sollevato la problematica di affrontare anche la questione relativa alla branca "FKT" (ex art. 44 L. 833/78). L'argomento non è stato citato nella sintesi del 6 luglio inviata ai componenti.

Il Sub Commissario D'amario conferma anche in questa circostanza la necessita di accludere la FKT alla macroarea della Specialistica Ambulatoriale, in tal modo escludendola dal Tavolo in corso di svolgimento.

Polizzi chiede quindi di fissare urgentemente la data di convocazione dello specifico Tavolo, evocando le gravi criticità che affliggono da anni le strutture erogatrici di FKT.

Il Dr. D'Amario comunica che a breve sarà convocata anche riunione in proposito.

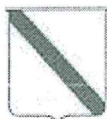
Aprè i lavori il Sub commissario ad acta, Dr. D'Amario che ribadisce il concetto di fissare limiti di spesa a livello aziendale e non di struttura e chiede ai presenti i contributi richiesti nel precedente incontro in merito ad elementi innovativi e/o integrativi rispetto allo schema di contratto già in uso. Si avvale in proposito di uno schema di contratto già adottato dalla Regione Abruzzo e validato dal Tavolo ministeriale.

Il Dr. Polizzi a nome del Coordinamento delle Associazioni AIOP, AGIDAE, ANISAP, ANPRIC, ASPAT, CONFAPI e FRAS in uno a Confindustria Campania, consegna un documento contenente alcune proposte per la quantificazione dei tetti di spesa per il biennio 2016/2017 che si allega alla presente.

In sintesi propone:

MACROAREA RIABILITAZIONE EX ART. 26:

- di incardinare l'intera proposta alla evidenza che, come stabilito nel DCA n. 8/2016, la programmazione dei volumi prestazionali, quale unica espressione del fabbisogno, afferisce al DCA 90/2014 concernente i tetti di spesa per il biennio 14-15;



Regione Campania

- di riferirsi, a tal uopo, al recente DCA n. 55/2016 relativo alla ripartizione del finanziamento statale della spesa sanitaria regionale corrente sulla base del combinato disposto, previsto dall'art. 28 L.R. n. 32/1994, di quota capitaria e consuntivato anno precedente (LEA);
- di rispettare il programma operativo 2013/2015 (cfr. tabella 29 DCA 18/2014, confermata dal DCA 108/2014) con conseguente:
 - a) rimodulazione dei tetti di spesa per le ASL penalizzate dal succitato DCA 90, avendo come riferimento la restituito ad integum dei volumi prestazionali del 2012;
 - b) il completamento dell'adeguamento del budget di macroarea per quelle ASL che hanno ottenuto a partire dal DCA 90, una prima valutazione integrativa al criterio di spesa storica (n.b. Allegate n. 2 tabelle sinottiche di ripartizione del fondo per ASL);
- di introdurre nella nuova regolamentazione un correttivo che consenta la rimodulazione degli addendi contrattuali attraverso il sottoutilizzo dei diversi setting assistenziali, purché nel tetto complessivo assegnato alla singola struttura;
- di ripristinare l'equivalenza (50%) del rapporto di prestazioni tra ambulatoriali/domiciliari;
- di prevedere addendum contrattuali aziendali concernenti le cure prestazionali domiciliari ai sensi del DCA n. 1/2013.

MACROAREA SOCIO-SANITARIO (RSA/CDI)

- di reintrodurre nel contratto il budget di struttura al lordo ed al netto della quota di compartecipazione ai sensi della DGRC 50/2012;
- di prevedere in modo tassativo quanto previsto dall'art. 1 comma 146 L.R. 16/2014 circa la copertura economica, con risorse FUA, da parte del Comune/Ambito per quanto di propria competenza;
- di accelerare attraverso il corredo dei relativi provvedimenti commissariali la messa a regime delle statuizioni della DGRC n. 282/2016 concernente il ripristino presso le ASL del pagamento in compensazione della quota sociale di compartecipazione;
- di rimodulare i budget assegnati in forza dello start-up previsto dal DCA 53/2015 con l'utilizzo pieno del modulo accreditato.

Sull'argomento dello schema di contratto dr. Pizza e dr. Polizzi affermano:

- la contrarietà alla definizione dei tetti di spesa per struttura configurati in un unico tetto aziendale (ASL) e successivamente attribuiti da queste ultime ai singoli erogatori territoriali;
- la necessità di conoscere preventivamente da parte delle Associazioni di Categoria la proposta di schema tipo contratto della struttura commissariale al fine di poter fattivamente ed organicamente contribuire alla stesura del nuovo testo che dovrà recepire una serie di innovazioni rispetto al previgente modello, con rinvio di tali contributi associativi all'incontro di martedì 19 c.m. ed impegno, al tal fine, dell'amministrazione regionale ad inviare la suddetta bozza di proposta entro venerdì 15/7/16.

Prende la parola il Dr. Pagano che, a nome dell'Associazione Nova Campania e Coordinamento Regionale ANFFAS, presenta un documento, allegato alla presente, che in sintesi propone:

- di indicare separatamente, per le prestazioni sociosanitarie, l'importo al netto della quota sociale e l'importo al lordo (comprensivo quindi della quota sociale a carico dell'utente/Comune);
- di chiarire quanto declinato al punto "2.2 Tipologia degli interventi di riabilitazione" delle Linee Guida per le attività di riabilitazione in Regione Campania DGRC 482/2004 in merito alla deroga della permanenza in riabilitazione oltre i 240 giorni prevista dal progetto riabilitativo per alcune categorie di pazienti;
- di adeguare i tempi di pagamento delle prestazioni ai contratti stipulati da altre Regioni (vedi Abruzzo) passando dai 90 giorni previsti dal contratto vigente a 60;
- le asl devono fornire ai tavoli tecnici aziendali su base trimestrale le informazioni relative delle attività erogate dalle strutture accreditate per consentire e rendere più efficace il monitoraggio;



Regione Campania

- di tenere conto ai sensi della recente normativa vigente che non è più possibile per le cooperative sociali, in quanto ONLUS “di diritto” di avvalersi dell'esenzione IVA per le prestazioni socio – sanitarie;

Il Dr. Pizza, aderendo alla richiesta di accorciamento dei tempi di pagamento, sottolinea la necessità di adeguare il contratto in discussione con quello attualmente vigente in Regione Campania per la Macroarea Specialistica Ambulatoriale che prevede la corresponsione degli acconti entro 60 giorni dalla fine del mese cui si riferiscono.

"L'avv. Saetta chiede che le prestazioni sociosanitarie autorizzate dalle UVI - comunemente dette oltre i 240 giorni - a cui si applica la tariffa sociosanitaria, erogate dai centri di riabilitazione che hanno dato la disponibilità alla conversione della struttura in RSA - Centro Diurno, sono impropriamente indicate nel tetto complessivo della riabilitazione ex art. 26; pertanto, vanno indicate nella branca di appartenenza ovvero quella sociosanitaria. La richiesta nasce dalla circostanza che a livello aziendale / territoriale vi è la tendenza a confondere le prestazioni di riabilitazioni ex art. 26 autorizzate oltre 240 gg. (ovvero i casi particolari indicati nel DCA n. 6/2010), nella specie autorizzate dalle UVBR, con le prestazioni sociosanitarie autorizzate dalle UVI".

La Dr.ssa Conte a tale proposito sottolinea che se si procederà in tal senso, la parte di tetto afferente a prestazioni >240gg dovrà essere sottratta dal tetto generale della macroarea riabilitazione.

L'avv. Saetta ritiene che i tetti di spesa dell'art. 26 debbano restare invariati, mentre dovrebbe essere aumentato per l'effetto e di pari valore il tetto di spesa per le prestazioni sociosanitarie, così come indicate nell'allegato n. 1 del DCA 90/2014, atteso che il DCA 108/2014, quanto al sociosanitario e salute mentale, risulta decurtato di circa 30 mln."

Viene sollevata inoltre la problematica relativa al superamento del rapporto percentuale (max 30% domiciliari rispetto alle prestazioni ambulatoriali) tra prestazioni ambulatoriali e domiciliari.

A tal fine si conviene che un rapporto accettabile tra ambulatoriale e domiciliare possa passare dal 30% al 40% inserendo però il principio di territorialità. Le prestazioni pertanto potranno essere rese a cittadini della propria ASL ed a cittadini residenti nelle sole ASL confinanti della Regione Campania.

Si discute ampiamente sulle regole da adottare per una più corretta erogazione delle prestazioni e si conviene che il settore vada migliorato al fine di rendere le prestazioni più appropriate, facilitare e migliorare la presa in carico e regolamentare i tempi di accesso per evitare lunghe e incerti tempi di accesso alle prestazioni.

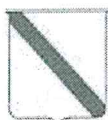
Si affrontano le problematiche da vari punti di vista e vengono proposte diverse soluzioni.

Le Associazioni impegnano i centri erogatori 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 o, in caso di inefficacia del trattamento, le dimissioni del paziente.

Viene proposto di fissare una soglia minima di partecipazione al progetto riabilitativo del 60% delle prestazioni previste nel periodo di trattamento previsto dal PRI, proponendo la dimissione del paziente nel caso in cui c'è una partecipazione inferiore.

Sul punto i dr. Pizza e Polizzi dissentono totalmente dalla richiesta impostazione percentuale in quanto la annosa problematica delle assenze degli assistiti non è contemplata nella definizione delle tariffe ed è unicamente riconducibile alla valutazione della impossibilità a raggiungere gli obiettivi definiti dal PRI da parte del team multidisciplinare della struttura che propone ai servizi aziendali competenti le dimissioni del paziente incostante o non collaborante.

La struttura erogatrice, al fine di garantire trasparenza al paziente, si obbliga a rilasciare al paziente al momento della prenotazione dei trattamenti, attestazione del n. d'ordine progressivo e data della prenotazione, distinti per i soggetti in età evolutiva e per gli altri pazienti, con l'indicazione dei tempi stimati per l'avvio dei trattamenti.



Regione Campania

Per le problematiche relative alla fissazione dei limiti di spesa prestazionali in regime residenziale e semiresidenziale si ritiene logico proseguire, così come già fatto con il Decreto Commissariale 53/2015 per le RSA, attraverso la valorizzazione del numero di posti letto accreditati istituzionalmente. Viene evidenziato l'opportunità di incrementare l'ipotetico tasso di occupazione dei pl RSA e CD, in considerazione della natura delle prestazioni di lungo assistenza che non consentono una rotazione frequente dei pazienti.

I rappresentanti delle Associazioni sollecitano l'incontro del Tavolo Tecnico sulle criticità relative ai periodi pregressi (2014-2015).

Viene evidenziato, per quanto proposto da Polizzi, l'opportunità di incrementare l'ipotetico tasso di occupazione dei pl RSA e CD, in considerazione della natura delle prestazioni di lungo assistenza che non consentono una rotazione frequente dei pazienti.

I rappresentanti delle Associazioni sollecitano l'incontro del Tavolo Tecnico sulle criticità relative ai periodi pregressi (2014-2015).

La riunione si conclude con l'impegno di rivedersi nel corso della settimana prossima, e di convocare il tavolo 2014-2015 nel corso della stessa settimana, previa convocazione.



Regione Campania

Tavolo Tecnico macroaree riabilitazione e sociosanitario - Programmazione per gli esercizi 2016 e 2017

Incontro del 12/07/2016

		Firma
Per le Associazioni		
	Dr. Cerracchio	<i>il Cerracchio</i>
	Dr. Pizza	<i>Pizza</i>
	Dr. Polizzi	<i>Polizzi</i>
	Dr. Pagano	<i>Pagano</i>
	Avv. Concetta Sietta	<i>Concetta Sietta</i>
Per le Aziende Sanitarie Locali		
	Dott.ssa Bianco	<i>Bianco</i>
	Dott.ssa Capocasale	<i>Capocasale</i>
	Dott.ssa Conte	<i>Conte</i>
	Dott. Fiorenza	<i>Fiorenza</i>
	Dott. Glorioso	<i>Glorioso</i>
Per la Regione Campania		
	Dott.ssa Rinaldi	<i>Rinaldi</i>
	Dr. Ghidelli	<i>Ghidelli</i>
	Dott.ssa Canzanella	<i>Canzanella</i>



TAVOLO TECNICO 2016-2017 Incontro del 12 luglio 2016

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.

Associazione Nova Campania
via dei Gelsi Rossi, n. 57 - 3° piano
84127 Salerno
Tel.: 089/5647135 – Fax: 089/250258
novacampania@pec.it
novacampania@gmail.com

Coord. Regionale Campania Anffas Onlus
via del Tonnazzo, n. 82
84131 SALERNO (SA)
Tel. 089/303077 - Fax. 089/303077
email: segreteria@anffas.sa.it



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.

ASSOCIAZIONE NOVA CAMPANIA

Dott. Gerardo Pagano

ANEFAS

Dott. Angelo Cerracchio

• 6 Distribuzione delle economie (risorse assegnate a singole strutture

2 | ma non utilizzate al 100%) tra le strutture che hanno erogato in eccedenza nelle stesse branche

ACCORDO CONTRATTUALE – BRANCA ATTIVITA' RIABILITATIVE EX ART. 26

Contratto tra
 Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
 con sede in (Prov: ____ ; CAP: _____) – Via n°
 rappresentato/a dal/la sottoscritto/a, CF
 come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o della Regione 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:
 a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentante 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;
 b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni / si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di;
 c) che non è pendente nei suoi confronti 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;
 d) di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;
 e) di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. n. del ____/____/2014.

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 e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 (come definita nell'allegato n. 4 alla DGRC n. 1269 del 16.7.09 e nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"), da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2014 redatto in conformità al decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. ____ del ____ / ____ / 2014.

PREMESSO

- che con decreto n. ____ del ____ / ____ / 2014 il Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 erogate nel corso del 2016, ed ha emanato 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)

1. 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 nell'allegato n. 4 alla DGRC n. 1269 del 16.7.09 e nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza") da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2014, 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 2014.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il volume massimo di prestazioni che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2016 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2016, è determinato in:

a) N. prestazioni **ex art. 26 L. 833/78** Ambulatoriali/Domiciliari

di cui: max n° prestazioni **ex art. 26 L. 833/78** Domiciliari;

b) N. prestazioni **ex art. 26 L. 833/78** Semi Residenziali;

c) N. prestazioni **ex art. 26 L. 833/78** Residenziali.

2. In ogni caso non sarà riconosciuto liquidabile il numero di prestazioni di riabilitazione domiciliare ex art. 26 L. 833/78 eventualmente eccedente quello fissato alla lettera a) del precedente comma 1.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa e, quindi, il fatturato, per il periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2016 per il volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato come segue:

a) per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78: Euro più IVA se dovuta;

b) per le prestazioni semi residenziali di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78: Euro (al netto della quota di compartecipazione dell'utente / Comune, dovuta in caso di superamento dei 240 giorni di degenza) più IVA se dovuta;

c) per le prestazioni residenziali di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78: Euro (al netto della quota di compartecipazione dell'utente / Comune, dovuta in caso di superamento dei 240 giorni di degenza) più IVA se dovuta.

In base a quanto previsto dalle linee guida regionali per la riabilitazione in Regione Campania ex DGRC n. 482/2004, che recepiscono le Linee Guida Nazionali, e dal DCA n. 6/2010, il ciclo riabilitativo delle prestazioni residenziali e semiresidenziali ex art. 26 L. 833/78 è contenuto di norma in 240 giorni fatta eccezione per i casi previsti dalle norme suddette.

Nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti nel comma precedente e relativi alle prestazioni ex art. 26, fermo restando il rispetto della C.O.M. della struttura, è consentito che un superamento dei limiti di spesa relativo alle prestazioni semiresidenziali e residenziali possa essere compensato da un risparmio sul limite di spesa stabilito per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari; mentre non è consentita la condizione opposta: un superamento del limite di spesa stabilito per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari non potrà essere compensato da un sotto utilizzo del limite di spesa stabilito per le prestazioni semiresidenziali e residenziali. La ASL e la sottoscritta struttura privata potranno modificare in corso d'anno i suddetti limiti di spesa per incrementare in quantità e valore le prestazioni di salute mentale e socio sanitarie (RSA / Hospice) riducendo dello stesso valore economico quelle di riabilitazione art. 26.

Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare almeno in parte la continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate, il consumo massimo del tetto annuale è fissato al 95%

al 30 novembre 2016: 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.

2. 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 socio sanitarie, 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, 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 uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale o del Commissario ad acta, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.

3. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC n. 6757/96, 377/98, 1270 e 1272/2003, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6

(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 da n. ... membri di cui n. Designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. membri nominati dalla ASL.

2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.

3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:

a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4; l'ASL è tenuta a trasmettere ai membri del tavolo tecnico su base trimestrale, entro venti giorni dalla fine del trimestre, i dati dei volumi di prestazioni erogate dalle singole strutture private accreditate;

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.

4. 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 procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria, dandone comunicazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute.

5. 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 15 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

Art. 7

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, in base alle disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002, come modificato dal D.Lgs. n. 192/2012, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un importo mensile pari al 100% del fatturato mensile.

2. Il diritto al pagamento dei suddetti importi maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 gennaio per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. Il pagamento di ciascun importo mensile potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte della sottoscritta struttura privata delle note credito richieste dalla ASL, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria eventualmente necessaria per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4.

3. 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 saldo delle fatture rese in corso d'anno non potrà essere liquidato alle scadenze periodiche stabilite nel comma precedente, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione.

4. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.

5. 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.

6. 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.

7. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e

regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.

8. 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. 8

(efficacia del contratto)

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2016.

2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 9

(norme finali)

1. Per ogni controversia riguardo l'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 il citato decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. ____ del ____ / ____ / ____.

Art. 10

(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la struttura, operante nel territorio della sottoscritta ASL, accetta espressamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto e/o provvedimento agli stessi collegati e/o presupposti, in quanto costituenti parte integrante necessaria del sottoscrivendo contratto.

....., ____ / ____ 2016

Timbro e firma della ASL
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante della
struttura privata accreditata

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. E' da intendersi specificamente approvata, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. l'art. 10 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante della
struttura privata accreditata

ACCORDO CONTRATTUALE – BRANCA ATTIVITA' SOCIO-SANITARIE

Contratto tra
Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
con sede in (Prov: ____ ; CAP: _____) – Via n°
rappresentato/a dal/la sottoscritto/a, CF
come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o
della Regione 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:

- a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentante 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;
- b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato
preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni / si trova in stato di
insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di
- c) che non è pendente nei suoi confronti 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;
- d) di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela
dell'igiene e della salute sul lavoro;
- e) di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato
dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. n. del ____/____/____.

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 e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alle prestazioni di
RSA anziani/disabili (residenziali/a ciclo diurno) erogate nel periodo ____/____/____ - ____/____/____
redatto in conformità al decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro
n. ____ del ____/____/2015.

PREMESSO

- che con decreto n. ____ del ____/____/2016 il Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione
del Piano di Rientro del settore sanitario ha fissato i limiti massimi su base annua entro i quali
possono rientrare le prestazioni sanitarie di RSA anziani e disabili erogate dai centri privati ~~che~~
~~sono stati~~ accreditati nel 2014 e nel 2015, ed ha emanato anche il relativo schema contrattuale, 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)**

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di

RSA (anziani/disabili) (residenziali/a ciclo diurno) erogate nel periodo ____/____/____ - ____/____/____ da parte della sottoscritta struttura privata accreditata ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il volume massimo di prestazioni che la ASL prevede di acquistare nel periodo ____/____/____ - ____/____/____ dalla sottoscritta struttura privata accreditata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il ____/____/____, è determinato in n. prestazioni di RSA anziani (residenziali /a ciclo diurno) e n. prestazioni di RSA disabili (residenziali /a ciclo diurno).
2. Resta inteso che il mix di prestazioni potrà essere diverso, purché siano rispettati i limiti di spesa fissati nel successivo art. 5 e purché l'erogazione delle prestazioni avvenga in corso d'anno nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il ____/____/____.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

- 1) Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa e, quindi, il fatturato lordo per il periodo _____ al _____ per il volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato in € _____ di cui € _____ (al netto della quota di compartecipazione dell'Ambito Territoriale-Comune e/o utente). In ossequio a quanto stabilito dalla L.R. 06/16 art. 20 comma 2-Lett.B e dalla DGRC n. _____ del _____, la somma netta pari a € _____ è a carico esclusivo della ASL. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella regione Campania. Durante eventuali ricoveri in Ospedale, le strutture devono mantenere per almeno 10 giorni, il posto letto riservato, e tale garanzia per il paziente viene remunerata con il 30% della retta lorda a carico del SSR.

OPPURE SI POTREBBE PENSARE

- 1) Per le strutture che erogano prestazioni di **RSA Anziani/RSA Disabili/ CD Anziani/CD Disabili** (distinguere le diverse tipologie) il budget complessivo entro il quale deve essere contenuta la spesa e, quindi, il fatturato lordo per il periodo _____ al _____ per il volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato in complessivi € _____, così come di seguito calcolato:

4.1 **RSA Anziani:** pl acquistati n. ~~_____~~ ~~_____~~ x retta media giornaliera € _____ x 365 gg. = € _____ - 50% (quota percentuale che verrà remunerata in ossequio a quanto previsto dalla L.R. 06/16 art. 20 comma 2-Lett.B e DGRC n. _____ del _____) = € _____ a carico esclusivo della ASL. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella regione Campania;

4.2 **RSA Disabili:** pl acquistati n. ~~_____~~ ~~_____~~ x retta media giornaliera € _____ x 365 gg. = € _____ - 30% (quota percentuale che verrà remunerata in ossequio a quanto previsto dalla L.R. 06/16 art. 20 comma 2-Lett.B e DGRC n. _____ del _____) = € _____ a carico esclusivo della ASL. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella regione Campania;

4.3 **CD Anziani:** pl acquistati n. _____ x retta media giornaliera € _____ x _____ gg. = € _____ - _____% (quota percentuale che verrà remunerata in ossequio a quanto previsto dalla L.R. 06/16 art. 20 comma 2-Lett.B e DGRC n. _____ del _____) = € _____ a carico esclusivo della ASL. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella regione Campania;

4.4 **CD Disabili:** pl acquistati n. _____ x retta media giornaliera € _____ x _____ gg. = € _____ - _____% (quota percentuale che verrà remunerata in ossequio a quanto previsto dalla L.R. 06/16 art. 20 comma 2-Lett.B e DGRC n. _____ del _____) = € _____ a carico esclusivo della ASL. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella regione Campania;

4.5 Ai sensi e per gli effetti del DCA 53/15 al fine di assegnare a ciascuna struttura privata accreditata i volumi massimi di prestazioni di RSA ed i correlati limiti di spesa, considerando un tasso medio di utilizzo dei posti letto del 95% per 205 giorni/anno in caso di PL residenziale e per 200 giorni/anno in caso di ciclo diurno, ed un mix medio tra le prestazioni di maggiore e minore costo, viene fatta salva la considerazione per singole strutture di tassi di occupazione dei posti letto e/o mix di prestazioni di livello assistenziale più elevato della media, in linea con la riserva di maggioranza del 5% del budget assegnato.

4.6 Durante eventuali ricoveri in Ospedale, le strutture devono mantenere per almeno 10 giorni, il posto letto riservato, e tale garanzia per il paziente viene remunerata con il 30% della retta lorda a carico del SSR.

2. Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare almeno in parte la continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate, il consumo massimo del tetto annuale è fissato al 95% nei primi 11 mesi dell'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 limite.

3. 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 socio sanitarie, ai sensi della normativa vigente, la sottoscritta struttura privata accreditata 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.

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, 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 uno sfioramento 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 i limiti di spesa fissati al precedente art. 4 non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6

(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 da n..... membri di cui n. designati

congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. ... membri nominati dalla ASL.

2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.

3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:

a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4; *l'ASL è tenuta a trasmettere ai membri del tavolo tecnico su base trimestrale, entro venti giorni dalla fine del trimestre, i dati dei volumi di prestazioni erogate dalle singole strutture private accreditate;*

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.

4. 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 procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria, dandone comunicazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute.

5. Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura privata accreditata si impegna a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 15 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

Art. 7

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. *A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, in base alle disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002, come modificato dal D.Lgs. n. 192/2012, della L.R. 05.16 art. 20 comma 2- lett. B e DGRC n. ____ del _____ la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un importo mensile pari al 100% del fatturato mensile, di competenza della ASL e dell'Ambito e/o Comune di residenza storica*

2. Il diritto al pagamento dei suddetti importi maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. ~~Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 gennaio per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre.~~ Il pagamento di ciascun importo mensile potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte della sottoscritta struttura privata delle note credito richieste dalla ASL, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria eventualmente necessaria per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4.

3. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.

4. 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 accreditata 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.

5. La struttura privata accreditata 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.

6. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.

7. Ai fini del rispetto della normativa sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata accreditata 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. 8

(efficacia del contratto)

1. Il presente contratto si riferisce periodo ____/____/____ - ____/____/____ in esecuzione del decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. ____ del ____/____/2015.

2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 9

(norme finali)

1. Per ogni controversia riguardo l'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 accreditata 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 accreditata dichiara espressamente di conoscere il citato decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. ____ del ____/____/2015.

4. Il presente contratto, dall'inizio del periodo della sua efficacia, integra / modifica / sostituisce per le prestazioni di RSA il precedente contratto stipulato il ____/____/____, i cui volumi massimi di prestazioni ed il relativo limite di spesa si intendono corrispondentemente ridotti.

Art. 10

(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la struttura, operante nel territorio della sottoscritta ASL, accetta espressamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto e/o provvedimento agli stessi collegati e/o presupposti, in quanto costituenti parte integrante necessaria del sottoscrivendo contratto.

....., ____/____/2016

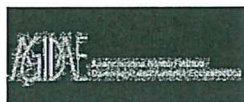
Timbro e firma della ASL
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante della
struttura privata accreditata

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. E' da intendersi specificamente approvata, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. l'art. 10 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante della
struttura privata accreditata



(Coordinamento Associazioni di Categoria)



CONFINDUSTRIA
Campania

Al Dr. Joseph Polimeni
Commissario ad Acta

Al Dr. Claudio D'Amario
Sub Commissario ad Acta

per l'attuazione del piano di rientro dai
disavanzi del settore sanitario

p.c. Al Dr. Antonio Postiglione
Direzione Generale
per la Tutela della Salute
ed il Coordinamento del
Sistema Sanitario Regionale

p.c. All' On. Vincenzo De Luca
Presidente Giunta Regione Campania

REGIONE CAMPANIA

Napoli, 12 Luglio 2016

TAVOLO TECNICO REGIONALE MACROAREA RIABILITAZIONE e SOCIO-SANITARIO

Ill.mi Commissari ad Acta,

le scriventi Associazioni di Categoria,

organizzatesi in forma di Coordinamento e maggiormente rappresentative delle complessive dodici sigle presenti in Regione ed in uno alla Confindustria Campania, a seguito di quanto stabilito nell'incontro tenutosi in data 8 giugno u.s. presso la sede della Struttura Commissariale, di comune accordo, **hanno convenuto di elaborare e sottoscrivere il presente DOCUMENTO, quale piattaforma dei punti critici fondamentali da esaminare nell'ambito del costituito TAVOLO REGIONALE** di confronto per la Macroarea Riabilitazione (Semplice - ex art 44 e Complessa - ex art. 26) e Socio-Sanitario.

Preliminarmente, in relazione a quanto comunicato dalla Struttura Commissariale nel primo incontro tenuto in data 6 luglio 2016

SIGNIFICANO

- **il proprio fermo dissenso circa la modalità di convocazione del Tavolo Tecnico biennio 2016-17** i cui lavori, come da accordo, dovevano seguire quelli del biennio 2014-15 in quanto, come ben noto, il provvedimento commissariale n. 8/2016, nel definire ex-post i tetti di spesa anno 2015, ha esteso anzitutto all'anno 2016 la disciplina recata dal DCA 90/2014;

(segue pagina 3 di 6)

Le scriventi Associazioni di Categoria, per tutto quanto premesso

PROPONGONO

1. ➤ **il rispetto**, quale cornice normativa e per quanto descritto in premessa nel DCA 8/2016, **del programma operativo 2013/2015** (vedi tabella 29 DCA 18/2014, confermata dal DCA 108/2014).

Ne conseguono:

- **la rimodulazione dei tetti di spesa per le ASL** (Benevento, Napoli 1 Centro, Napoli 2 Nord e Napoli 3 Sud) **penalizzate dal DCA 90/2014, avendo come riferimento la restitutio ad integrum dei volumi prestazionali del 2012** con correlate tariffe vigenti e rimedio agli errori e refusi aziendali (cfr. ASL Na3 Sud per circa € 1.360.000) ampiamente documentati da parte pubblica.
Si precisa che il dato regionale espresso nell'allegata tabella sinottica di **circa 392.000 prestazioni** su base annuale è riferito ai setting assistenziali ambulatoriale e domiciliare che, con buona ragione, **potrebbe essere utilizzato quale <<fabbisogno prevalente>> per utenti in età evolutiva**, affrontando in modo strutturale l'attuale maggiore criticità dei centri di riabilitazione accreditati rappresentata dalle interminabili ed "incivili" liste di attesa;
- **il completamento dell'adeguamento dei budget di macroarea per quelle ASL** (Avellino, Caserta e Salerno) **che hanno ottenuto**, a partire dal DCA 90, **una prima valutazione integrativa al criterio di spesa storica** al fine di rendere il tetto di spesa maggiormente aderente ai fabbisogni prestazionali delle popolazioni residenti, a tal uopo utilizzando i previsti parametri di determinazione della cd. quota capitaria (art. 1 comma 34 L. 662/96).

Pertanto, **riconoscere per il biennio 2016-2017 i seguenti limiti di spesa:**

	DCA 90	INTEGRAZIONE (*)	TOTALE
AVELLINO	15.404	(**) adeguamento quota capitaria	15.404
BENEVENTO	13.744	1.549	15.293
CASERTA	31.871	(**) adeguamento quota capitaria	31.871
NAPOLI 1 CENTRO	47.669	4.886	52.555
NAPOLI 2 NORD	44.979	4.905	49.884
NAPOLI 3 SUD	59.874	5.724	65.598
SALERNO	63.129	(**) adeguamento quota capitaria	63.129
TOTALI	276.670	17.064 + adeguamento quote capitarie	293.734 + adeguamento quote capitarie

(segue pagina 5 di 6)

Egregi Commissari,

giova ricordare, infine, che quanto accaduto dal febbraio scorso in Sede Regionale presso la Struttura Commissariale, segnatamente alla definizione in via retroattiva dei tetti di spesa (clausola di salvaguardia, mensilizzazione, etc.), ha comportato, in uno all'inevitabile differimento della programmazione, una pericolosa cristallizzazione delle criticità preesistenti con una imbarazzante inadempienza della P.A. di quanto peraltro evidenziato in parte narrativa nello stesso DCA 8/2016 circa <<*la fissazione dei tetti retroagenti attraverso l'osservanza di un percorso istruttorio ispirato al principio della partecipazione tale da assicurare l'equilibrato temperamento degli interessi in rilievo...*>>.

Orbene, se tale criticità dovesse estendersi anche al biennio 2016-17, si segnala sin d'ora una sicura recrudescenza di un magmatico e devastante contenzioso giurisdizionale e, quindi, una ripresa di una nociva instabilità dell'intero Comparto riabilitativo e sociosanitario regionale con conseguenti riflessi negativi sui livelli occupazionali ed assistenziali.

Tutto ciò, ben vero, va assolutamente scongiurato al fine di garantire ai cittadini campani l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza compatibili con le risorse disponibili avendo consapevolezza, in qualità di erogatori del servizio sanitario regionale, del proprio fondamentale ruolo che, ancor più oggi che in passato, deve contribuire a "fare sistema" nell'ambito degli scenari assistenziali sostenibili.

f.to i Presidenti delle Associazioni di Categoria

AIOP - AGIDAE - ANISAP - A.N.P.R.I.C. - ASPAT - CONFAPI Sanità - FRAS
(Coordinamento Associazioni di Categoria)

Confindustria Campania

All. - Tabella Sinottica relativa al punto 1
- Nota ASL Napoli 2 Nord del 13/6/2016

* allegato a Tabella sinottica
pag. 6 - Documento Ordinamento
AdC del 12 luglio 2015

Spett.le ANISAP

SEDE

Oggetto: riscontro richiesta ANISAP.

Come da vs. richiesta, visti i dati in nostro possesso ricavati dal file H, si comunica quanto segue:

Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78						
Anno	Consuntivo Prestazioni	Consuntivo Spesa	Tetto prestazioni	Tetto Spesa	Differenza Prestazioni	Differenza Spesa
2013	1.075.123	50.474.092,09	n.p.	46.128.000,00	n.p.	4.346.092,09
2014	1.079.854	48.555.087,57	969.418	45.187.000,00	110.436	3.368.087,57
2015	1.112.682	50.043.023,68	969.418	45.187.000,00	143.264	4.856.023,68

Si precisa che il sopra riferito importo del consuntivo è stato e sarà liquidato entro i limiti dei tetti di spesa vigenti per l'anno di riferimento.

13.06.2016



Il Direttore
(Dott. Pasquale Bove)
[Signature]