



Regione Campania
Il Commissario ad Acta
per l'attuazione del Piano di rientro
dai disavanzi del SSR della regione Campania
Il Commissario ad acta dr Joseph Polimeni
Il sub Commissario Dr Claudio D'Amario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 11/12/2015)

DECRETO n. 85 del 8-8-2016

Rif. punto d) della delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010

OGGETTO: Definizione per gli esercizi 2016 e 2017 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, ed alla macroarea della salute mentale e socio sanitario

PREMESSO :

- a) che la legge 30 dicembre 2004 , n. 311 recante " Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005) e, in particolare, l'art. 1, comma 180, che ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore ad un triennio;
- b) che la Giunta regionale della Campania con deliberazione n. 460 del 20/03/2007 ha approvato *il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004*;
- c) che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 23 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;
- d) che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 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. 1, comma 88 della legge n.191 del 2009;
- e) che con le deliberazioni del Consiglio dei Ministri in data 15 ottobre 2009, 3 marzo 2011, 20 marzo 2012, 29 ottobre 2013 è stato disposto l'avvicendamento nelle funzioni di sub-commissario ad acta con il compito di affiancare il Commissario ad acta della Regione Campania;

VISTI gli esiti delle elezioni amministrative regionali dello scorso 31 maggio 2015 ;

VISTI i commi nn.569 e 570 dell'art. 1 della legge 23 dicembre 2014, n. 190 "Disposizioni per la

formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)" con cui – in recepimento delle disposizioni di cui all'art. 12 del Patto per la Salute 2014 – 2016 – è stato previsto che "La nomina a commissario ad acta per la predisposizione, l'adozione o l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, effettuata ai sensi dell'articolo 2, commi 79, 83 e 84, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni, e' incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento";

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015, notificata in data 8 gennaio 2016, con la quale il dott. Joseph Polimeni è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del S.S.R della Campania e con il quale il Dott. Claudio D'Amario è stato nominato Sub Commissario ad Acta; ;

a. che fra gli acta della delibera del Consiglio dei Ministri 11 dicembre 2015, al punto VIII è richiamata la "definizione dei contratti e sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, in coerenza con il fabbisogno assistenziale...";

b. che, nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale "organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali", emanando provvedimenti qualificabili come "ordinanze emergenziali statali in deroga", ossia "misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro" (Consiglio di Stato: sentenza n. 2470/2013);

c. che l'art. 8 quinquies del D.L. 502/1992 e s.m. e i. disciplina i rapporti per la fornitura di prestazioni con i soggetti accreditati stabilendo in particolare al comma 2 che la Regione e le aziende sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, in cui vengono indicati:

1. il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima azienda sanitaria locale si impegna ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;

2. i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;

d. che il DCA 18/2014 "Adeguamento programmi operativi 2013/2015 agli indirizzi ministeriali" prevede all'intervento 7.4 "Tetti di spesa e la stipula intese e contratti" un'azione specifica per la determinazione dei tetti di spesa per la riabilitazione territoriale;

VISTO che

a. con decreto del Commissario ad acta n. 90 del 11 agosto 2014, in parte integrato dai decreti commissariali nn. 155 del 29 dicembre 2014 e 53 del 29/5/2015, sono stati fissati i limiti di spesa per l'esercizio 2014 con validità per i successivi due esercizi salvo diversi provvedimenti ed i relativi schemi di contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti tra l'altro alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 e alla macroarea Sociosanitaria;

b. il flusso informativo regionale file H registra il fatturato relativo al numero di prestazione di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 ambulatoriali, domiciliari, residenziali e semiresidenziali rese dai centri erogatori pubblici e privati provvisoriamente/definitivamente accreditati insistenti sul territorio della Regione Campania;

c. 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 di molto superiore rispetto al valore medio delle Regioni in Piano di Rientro,

d. i dati di produzione registrati evidenziano anche fenomeni di mobilità intraregionale per prestazioni riabilitative sia ambulatoriali che domiciliari non spiegabili nemmeno con la contiguità delle ASL di residenza e di erogazione;

e. 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", evidenzia squilibri territoriali nella distribuzione dei tetti di spesa per la macro area Riabilitazione, rispetto alla distribuzione territoriale della popolazione residente e tenuto conto del consumo medio di prestazioni sanitarie;

f. tali squilibri sono evidenti anche analizzando la mobilità infraregionale risultante dai dati disponibili da file H, in funzione della residenza degli utenti che usufruiscono delle prestazioni di riabilitazione;

g. lo squilibrio relativo ai regimi residenziale e semiresidenziale è attribuibile alla ubicazione fisica delle strutture, e che il riequilibrio territoriale sarà possibile nel medio periodo attraverso l'avanzamento delle riconversioni previste nei Programmi Operativi 2016-2018;

h. i dati di produzione disponibili evidenziano che una notevole quantità di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 ambulatoriali vengono erogate in favore di pazienti in età evolutiva;

VISTO altresì

- a. che, a seguito di un lungo contenzioso nel quale la Regione è risultata soccombente (sentenza del Consiglio di Stato n. 740/2013), con decreto commissariale n. 81 del 5 luglio 2013 sono state approvate le nuove tariffe per le prestazioni di riabilitazione ex art. 26 della legge 833/78 per gli anni 2003-2005 e 2006-2008, provvedimento che ha ricevuto valutazione non positiva da parte dei Ministeri della Salute e dell'Economia e finanze;
- b. che, al fine di dare seguito al parere dei ministeri affiancanti sul DCA 81/2013 sono state adottate con Decreto Commissariale n. 153/2014 le tariffe per le prestazioni di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78 a partire dall'anno 2009, con procedimento conforme alle indicazioni ministeriali;
- c. che per analogo contenzioso, in esecuzione di sentenza del Consiglio di Stato n. 741/2013, sono state adottate con Decreto Commissariale n. 110/2014 le tariffe per le prestazioni residenziali e semiresidenziali in RSA e in Centro Diurno per adulti/anziani non autosufficienti e disabili;
- d. che i pareri sui DCA 153 e DCA 110/2014 nel prendere atto dei sopracitati decreti, nulla hanno rilevato in merito alla determinazione tariffaria;

RITENUTO

- a. necessario, anche in conseguenza dell'avanzamento del processo di accreditamento definitivo, aggiornare la programmazione e fissare per l'anno 2016, con validità anche per l'anno 2017 salvo aggiornamenti, i volumi di prestazioni e i correlati valori di spesa per la macroarea della riabilitazione territoriale ex art. 26 Legge 833/78;
- b. opportuno confermare criteri integrativi al criterio 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 AASSLL;
- c. necessario fissare per ciascuna Azienda Sanitaria Locale, come esposto nell'allegato n. 1 al presente decreto, i volumi di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78 necessari per gli esercizi 2016 e 2017 ed i correlati volumi di spesa determinati utilizzando le tariffe vigenti approvate con i DCA di cui sopra secondo i seguenti criteri:

1. per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari sulla base del volume regionale di prestazioni del triennio 2012-2014, distribuito per ciascuna ASL sulla base delle proporzioni già previste con il DCA n. 90/2014 al fine di mantenere un parziale riequilibrio territoriale tra ASL;
 2. per le prestazioni domiciliari stabilendo un limite massimo del 30% del volume complessivo di prestazioni ambulatoriali e domiciliari;
 3. per le prestazioni semiresidenziali e residenziali sulla base dei posti letto accreditati, stimando un tasso di occupazione rispettivamente dell'85 e 95% delle giornate di degenza, e un volume complessivo di prestazioni superiori ai 240 giorni per paziente tra il 50 e il 60% del totale a cui si applicano ai sensi del DCA n. 6/2010 le tariffe di cui al DCA n. 110/2014, al netto della quota di compartecipazione a carico dei Comuni/Ambiti o degli utenti ai sensi del DPCM 29/11/2001 sui L.E.A.;
- d. richiamare e confermare, per la Macroarea Assistenza Sociosanitaria, i Decreti del Commissario ad Acta nn. 90/2014, 155/2014 e 53/2015, con le seguenti specificazioni:
1. consentire un margine di incremento dei limiti di spesa indicati con il DCA n. 53/2015 del 10% per tener conto di strutture con tassi di occupazione dei posti letto e/o mix di prestazioni di livello assistenziale più elevato delle media, in considerazione della natura delle prestazioni di cui trattasi e della piena operatività delle strutture di più recente attivazione;
 2. indicare entro le previsioni dei DCA sopra richiamati, le seguenti quantificazioni relativamente alle prestazioni residenziali e semiresidenziali per la Salute Mentale:

Prestazioni per la Salute Mentale	n° di prestazioni/giornate degenza	Volume di spesa intraregionale in mg/euro
ASL Avellino	18.867	898
ASL Benevento	13.851	659
ASL Caserta	32.950	1.568
ASL Napoli 1 Centro	41.999	1.999
ASL Napoli 2 Nord	45.110	2.147
ASL Napoli 3 Sud	51.691	2.460
ASL Salerno	51.033	2.429
TOTALE	255.500	12.162

- e. precisare che le prestazioni per la Salute Mentale si riferiscono alle strutture private SIR/CD psichiatriche di cui al DCA 5 del 10/01/2011 e le Case Alloggio di cui al Regolamento 4 del 7/4/2014, valorizzate al netto della quota di compartecipazione a carico dell'utente/comune/Ambito di residenza, e quantificate sulla base dei posti letto risultati autorizzati (Case Alloggio) e accreditati (S.I.R./CD psichiatriche) e dei pazienti in carico ai servizi di salute mentale nell'anno 2014;
- f. specificare che per quanto attiene le prestazioni in Case Alloggio per pazienti psichiatrici esse sono computate su un numero complessivo di 600 posti letto rilevati, assunto ad oggi quale fabbisogno regionale complessivo;
- g. precisare che i tetti prestazionali e i correlati volumi di spesa determinati con il presente decreto si applicano per l'anno 2016, e per il successivo anno 2017 salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi provvedimenti;

PRECISATO, inoltre,

- a. che è interesse dell'amministrazione garantire la distribuzione temporale delle prestazioni in corso d'anno in modo il più possibile omogeneo, al fine di evitare che il precoce esaurimento delle stesse possa compromettere il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- b. che al fine quindi di assicurare la continuità assistenziale per tutto l'anno solare di prestazioni di riabilitazione di cui all'art. 26 Legge 833/78, il consumo del tetto annuale stabilito con il presente provvedimento è limitato al 95% al 30 novembre per l'anno 2016;
- c. che, pertanto, le AASSLL nulla riconosceranno agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto limite del 95% al 30 novembre dell'anno 2016;
- d. che, per la medesima finalità, per l'anno 2017 i limiti di prestazioni e di spesa sopra indicati dovranno essere applicati dalla struttura privata erogatrice ripartendoli in dodicesimi su base mensile. Il rispetto di questo vincolo sarà verificato dalle AA.SS.LL. sul progressivo delle prestazioni rese in corso d'anno, con una oscillazione mensile non superiore al 30% del tetto mensile, nei limiti della capacità produttiva massima della struttura, e con obbligo di recuperare il superamento entro i tre mesi successivi e, comunque, entro il 31 dicembre 2017. Le prestazioni rese in eccesso rispetto alla suddetta oscillazione massima mensile non saranno remunerate;

RITENUTO, altresì,

- a. in linea con le disposizioni di cui all'Linee Guida per la riabilitazione emanate con la delibera della Giunta Regionale n. 482 del 25 marzo 2004 (BURC n. 22/2004), che al punto 5.2 che prevede "... la terapia domiciliare è prescritta in maniera tecnicamente motivata, limitatamente a pazienti intrasportabili o quando, anche temporaneamente, la situazione logistica aggraverebbe ulteriormente la condizione patologica del paziente", al fine di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni, di stabilire che per l'intera regione e per ogni ASL, il numero delle prestazioni domiciliari e il corrispondente limite di spesa è determinato come da allegato 1 al presente provvedimento, corrispondente al 30% del totale delle prestazioni ambulatoriali-ambulatoriali piccolo gruppo-domiciliari, e che le prestazioni domiciliari remunerate possono essere erogate esclusivamente a cittadini residenti o comunque assistibili dalla ASL che sottoscrive il contratto, e a cittadini residenti nelle ASL confinanti territorialmente previo nulla osta della ASL che sottoscrive il contratto con la struttura erogatrice;
- b. che, sempre con la finalità di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni e il grado di soddisfazione dei bisogni di ciascun cittadino da parte della ASL di residenza, ciascuna ASL provveda a riservare non meno dell'80% del volume prestazionale ambulatoriale e ambulatoriale piccolo gruppo programmato per ciascuna ASL come da Allegato 1, a cittadini residenti nel territorio della ASL medesima e comunque da essa assistibili; sarà cura del Direttore Generale dell'ASL provvedere a garantire il rispetto di tale disposizione adottando idonee misure organizzative;
- c. che ciascuna ASL riservi non meno del 40% del volume complessivo programmato come indicato nell'Allegato 1 di prestazioni ambulatoriali di riabilitazione ex art. 26 a soggetti in età evolutiva;
- d. di stabilire che le singole ASL fisseranno i volumi prestazionali massimi ed i limiti di spesa riconoscibili nell'esercizio 2016 e 2017, per singolo Centro erogatore accreditato o provvisoriamente accreditato di prestazioni ex art. 26 entro i limiti esposti nell'allegato n. 1 al presente decreto, e per le RSA e Centri diurni entro quanto stabilito dai DCA nn. 90/204 e 53/2015, con le seguenti principali specificazioni:
 1. per il regime ambulatoriale e domiciliare riabilitazione ex art. 26, ciascuna ASL, entro la Capacità Operativa Massima, fissa tetti di volumi prestazionali per regime di erogazione entro il correlato volume di spesa stabilito nell'allegato n. 1 al presente decreto e tiene conto dei volumi prestazionali medi del triennio 2012-2014 di ciascuna struttura, nonché di ulteriori elementi particolari, ritenuti significativi e da considerare con ragionevolezza ed equità nell'ambito della propria autonomia, previa apposita e

motivata delibera del Direttore Generale, fermi restando i volumi massimi delle diverse tipologie di prestazioni ed i correlati limiti di spesa attribuiti a ciascuna ASL nell'allegato n. 1 al presente decreto, nonché il rispetto del limite del 30% del numero complessivo di prestazioni ambulatoriali, ambulatoriali piccolo gruppo 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;

2. ciascuna ASL, nella fissazione dei tetti per struttura erogatrice per prestazioni ex art. 26, garantisce complessivamente per la ASL la destinazione vincolata di almeno il 40% sul totale delle prestazioni ambulatoriali 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 nel triennio 2012-2014 di ciascun centro; eventuali diverse attribuzioni saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura;
3. che per i setting semiresidenziale e residenziale ex art. 26, ciascuna ASL fissi tetti di volumi prestazionali sulla base dei posti letto accreditati, stimando un tasso di occupazione rispettivamente dell'85 e 95% delle giornate di degenza, e volumi di spesa, calcolati 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 del triennio 2012-2014, purché entro il limite dei volumi prestazionali fissati con il presente decreto; i limiti di spesa attribuiti sono espressi al netto della eventuale quota di compartecipazione a carico dei Comuni/Ambiti o degli utenti ai sensi del DPCM 29/11/2001 sui L.E.A.;
4. che un superamento dei limiti prestazionali e di spesa dei regimi semiresidenziale e residenziale possa essere compensato da un risparmio sul limite di spesa stabilito per prestazioni ambulatoriali e domiciliari, mentre non è consentita la condizione opposta;
5. che per le RSA e Centri Diurni ciascuna ASL fissi tetti di volumi prestazionali sulla base dei posti letto stimando un tasso di occupazione del 85% delle giornate di degenza, e volumi di spesa al netto della quota di compartecipazione a carico dei Comuni/Ambiti, con un margine di incremento dei limiti di spesa indicati con il DCA n. 53/2015 del 10% per tener conto di casi con tassi di occupazione dei posti letto e/o mix di prestazioni di livello assistenziale più elevato delle media;
- e. di stabilire che le AA.SSLL entro 45 giorni dalla notifica del presente decreto assegnino alle strutture di riabilitazione che erogano prestazioni ex art. 26 legge 833/78 e/o socio sanitarie il limite di spesa per l'esercizio 2016, stipulando i relativi contratti secondo gli schemi allegati: A11 (per strutture eroganti prestazioni di riabilitazione ex art. 26); A12 (per strutture eroganti solo prestazioni di socio sanitarie per disabili e anziani/adulti non autosufficienti) da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
- f. di dare mandato ai Direttori Generali, al fine di garantire la continuità assistenziale per bisogni ritenuti indifferibili, con particolare riferimento a quelli dei disabili in età evolutiva, di dare indirizzi ai centri accreditati 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;
- g. di ribadire che eventuali incrementi dei volumi di prestazioni e/o dei limiti di spesa delle prestazioni di RSA/Hospice e altre prestazioni socio sanitarie, potranno essere coperti con la riduzione dei volumi di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78;
- h. di stabilire che il presente decreto sarà immediatamente notificato alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste, a tutte le Associazioni di categoria ed a tutti ai centri privati che erogano prestazioni di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78, e/o rientranti nella macroarea della salute mentale, socio sanitario, RSA e Hospice, accreditati o provvisoriamente/ temporaneamente accreditati;
- i. di fare obbligo, altresì, ai Direttori Generali di assicurare la corretta e puntuale compilazione del File H per le prestazioni di riabilitazione ex art. 26, di salute mentale, per le tossicodipendenze

e sociosanitarie in RSA/CD, Hospice e SUAP, nonché la coerenza dello stesso con quanto riportato nel Conto Economico trimestrale ed annuale della ASL; gli stessi saranno ritenuti, pertanto, responsabili di ingiustificati scostamenti eventualmente rilevati;

- j. di precisare che per le strutture sanitarie private che non sottoscrivano il contratto approvato dal presente decreto, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente - fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria - in quanto prive di contratto, dal 1 ottobre 2016 cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);

DATO ATTO, altresì,

- a. che i limiti di spesa assegnati dal presente decreto hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la Capacità Operativa Massima, e la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo prestazionale e di spesa prefissato dal presente decreto;
- b. che nelle riunioni congiunte di verifica del Piano di Rientro, tenutasi il 27/11/2013 ed il 10/4/2014, il Tavolo di Verifica degli Adempimenti Regionali ed il Comitato Permanente per i Livelli Essenziali di Assistenza hanno prescritto l'inserimento nei contratti con gli erogatori privati di una "clausola di salvaguardia" ai fini della "tutela della programmazione regionale";
- c. che la struttura commissariale ha attivato, prima dell'adozione del presente decreto, un gruppo tecnico di lavoro composto da rappresentanti regionali, delle Aziende Sanitarie Locali e delle Associazioni di categoria rappresentative per le macroaree Riabilitazione e Sociosanitaria, aprendo in tal modo un confronto sulle principali questioni relative alle due macroaree relativamente alla programmazione dei fabbisogni e economica, a meccanismi di miglioramento del sistema di offerta, nonché a previsioni contrattuali;
- d. che il presente decreto viene trasmesso al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze e con successivi atti potranno essere recepite eventuali prescrizioni, che dovessero pervenire dai suddetti Ministeri;

Per tutto quanto esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato:

DECRETA

1. Le premesse e gli allegati formano parte integrante e sostanziale del presente decreto.
2. Di programmare e fissare per l'anno 2016 e 2017 i volumi di prestazioni e i correlati volumi di spesa per la macroarea della riabilitazione territoriale ex art. 26 Legge 833/78 nonché la macroarea della salute mentale, socio sanitario, RSA e Hospice;
3. Di individuare criteri integrativi al criterio 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 AASSLL;
4. Di fissare per ciascuna Azienda Sanitaria Locale, come esposto nell'allegato n. 1 al presente decreto, i volumi massimi di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78 ed i correlati volumi di spesa, secondo i criteri indicati al punto c. del "RITENUTO" della narrativa e le tariffe determinate dal DCA 153/2014 e dal DCA n. 110/2014, per le prestazioni superiori ai 240 giorni, al netto della compartecipazione a carico dell'Utente/Comune;
5. Di richiamare e confermare, per la Macroarea Assistenza Sociosanitaria, i Decreti del Commissario ad Acta nn. 90/2014 e 53/2015, con le seguenti specificazioni:

- a) consentire un margine di incremento dei limiti di spesa indicati con il DCA n. 53/2015 del 10% per tener conto di casi con tassi di occupazione dei posti letto e/o mix di prestazioni di livello assistenziale più elevato delle media, in considerazione della natura delle prestazioni di cui trattasi e della piena operatività delle strutture di più recente attivazione;
- b) indicare entro le previsioni dei DCA sopra richiamati, le seguenti quantificazioni relativamente alle prestazioni residenziali e semiresidenziali per la Salute Mentale:

Prestazioni per la Salute Mentale	n° di prestazioni/giornate degenza	Volume di spesa intraregionale in mg/euro
ASL Avellino	18.867	898
ASL Benevento	13.851	659
ASL Caserta	32.950	1.568
ASL Napoli 1 Centro	41.999	1.999
ASL Napoli 2 Nord	45.110	2.147
ASL Napoli 3 Sud	51.691	2.460
ASL Salerno	51.033	2.429
TOTALE	255.500	12.162

6. di precisare che le prestazioni per la Salute Mentale si riferiscono alle strutture private SIR/CD psichiatriche di cui al DCA 5 del 10/01/2011 e le Case Alloggio di cui al Regolamento 4 del 7/4/2014, valorizzate al netto della quota di compartecipazione a carico dell'utente/comune/Ambito di residenza, e quantificate sulla base dei posti letto risultati autorizzati (Case Alloggio) e accreditati (S.I.R./CD psichiatriche) e dei pazienti in carico ai servizi di salute mentale nell'anno 2014;
7. di specificare che per quanto attiene le prestazioni in Case Alloggio per pazienti psichiatriche esse sono computate su un numero complessivo di 600 posti letto, assunto quale fabbisogno regionale complessivo;
8. di precisare che i tetti prestazionali e i correlati volumi di spesa determinati con il presente decreto si applicano per l'anno 2016, e per il successivo anno 2017 salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi provvedimenti;
9. di stabilire che per ogni ASL il numero delle prestazioni domiciliari e il corrispondente limite di spesa è determinato come da allegato 1 al presente provvedimento, corrispondente al 30% del totale delle prestazioni ambulatoriali-ambulatoriali piccolo gruppo-domiciliari, e che le prestazioni domiciliari remunerate possono essere erogate esclusivamente a cittadini residenti o comunque assistibili dalla ASL che sottoscrive il contratto, e a cittadini residenti nelle ASL confinanti territorialmente previo nulla osta della ASL che sottoscrive il contratto con la struttura erogatrice
10. che, sempre con la finalità di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni e il grado di soddisfacimento dei bisogni di ciascun cittadino da parte della ASL di residenza, ciascuna ASL provveda a riservare non meno dell'80% del volume prestazionale ambulatoriale e ambulatoriale piccolo gruppo programmato per ciascuna ASL come da Allegato 1, a cittadini residenti nel territorio della ASL medesima e comunque da essa assistibili; sarà cura del Direttore Generale dell'ASL provvedere a garantire il rispetto di tale disposizione adottando idonee misure organizzative;
11. che ciascuna ASL riservi non meno del 40% del volume complessivo programmato come indicato nell'Allegato 1 di prestazioni ambulatoriali di riabilitazione ex art. 26 a soggetti in età evolutiva;

12. di precisare che per le prestazioni residenziali e semiresidenziali art. 26, le ASL possono fissare i limiti di spesa di ciascuna struttura calcolati 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 del triennio 2012-2014, purché entro il limite dei volumi prestazionali fissati con il presente decreto; i limiti di spesa attribuiti sono espressi al netto della eventuale quota di compartecipazione a carico dei Comuni/Ambiti o degli utenti ai sensi del DPCM 29/11/2001 sui L.E.A;
13. di precisare che i tetti prestazionali e i correlati volumi di spesa determinati con il presente decreto si applicano per l'anno 2016, e per il successivo anno 2017 salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi provvedimenti;
14. che al fine quindi di assicurare la continuità assistenziale per tutto l'anno solare di prestazioni di riabilitazione di cui all'art. 26 Legge 833/78, il consumo del tetto annuale stabilito con il presente provvedimento è limitato al 95% al 30 novembre per l'anno 2016;
15. che, pertanto, le AASSLL nulla riconosceranno agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto limite del 95% al 30 novembre dell'anno di riferimento;
16. che, per la medesima finalità, per l'anno 2017 i limiti di prestazioni e di spesa sopra indicati dovranno essere applicati dalla struttura privata erogatrice ripartendoli in dodicesimi su base mensile. Il rispetto di questo vincolo sarà verificato dalle AA.SS.LL. sul progressivo delle prestazioni rese in corso d'anno, con una oscillazione mensile non superiore al 30% del tetto mensile, nei limiti della capacità produttiva massima della struttura, e con obbligo di recuperare il superamento entro i tre mesi successivi e, comunque, entro il 31 dicembre 2017. Le prestazioni rese in eccesso rispetto alla suddetta oscillazione massima mensile non saranno remunerate;
17. di stabilire che le singole ASL firseranno i volumi prestazionali massimi ed i limiti di spesa riconoscibili nell'esercizio 2016 e 2017, per singolo Centro erogatore accreditato o provvisoriamente accreditato di prestazioni ex art. 26 entro i limiti esposti nell'allegato n. 1 al presente decreto, e per le RSA e Centri diurni entro quanto stabilito dai DCA nn. 90/204 e 53/2015, con le seguenti principali specificazioni:
 - a. per il regime ambulatoriale e domiciliare riabilitazione ex art. 26, ciascuna ASL, entro la Capacità Operativa Massima, fissa tetti di volumi prestazionali per regime di erogazione entro il correlato volume di spesa stabilito nell'allegato n. 1 al presente decreto e tiene conto dei volumi prestazionali medi del triennio 2012-2014 di ciascuna struttura, nonché di ulteriori elementi particolari, ritenuti significativi e da considerare con ragionevolezza ed equità nell'ambito della propria autonomia, previa apposita e motivata delibera del Direttore Generale, fermi restando i volumi massimi delle diverse tipologie di prestazioni ed i correlati limiti di spesa attribuiti a ciascuna ASL nell'allegato n. 1 al presente decreto, nonché il rispetto del limite del 30% del numero complessivo di prestazioni ambulatoriali; ambulatoriali piccolo gruppo 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;
 - b. ciascuna ASL, nella fissazione dei tetti per struttura erogatrice per prestazioni ex art. 26, garantisce complessivamente per la ASL la destinazione vincolata di almeno il 40% sul totale delle prestazioni ambulatoriali 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 nel triennio 2012-2014 di ciascun centro; eventuali diverse attribuzioni saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura;
 - c. che per i setting semiresidenziale e residenziale ex art. 26, ciascuna ASL fissi tetti di volumi prestazionali sulla base dei posti letto accreditati, stimando un tasso di occupazione rispettivamente dell'85 e 95% delle giornate di degenza, e volumi di spesa, calcolati 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 del triennio 2012-2014, purché entro il limite dei volumi prestazionali fissati con il presente decreto; i limiti di spesa attribuiti sono espressi al netto della eventuale quota di compartecipazione a carico dei Comuni/Ambiti o degli utenti ai sensi del DPCM 29/11/2001 sui L.E.A;

- d. un superamento dei limiti prestazionali e di spesa dei regimi semiresidenziale e residenziale possa essere compensato da un risparmio sul limite di spesa stabilito per prestazioni ambulatoriali e domiciliari, mentre non è consentita la condizione opposta;
 - e. per le RSA e Centri Diurni ciascuna ASL fissi tetti di volumi prestazionali sulla base dei posti letto stimando un tasso di occupazione del 85% delle giornate di degenza, e volumi di spesa al netto della quota di compartecipazione a carico dei Comuni/Ambiti, con un margine di incremento dei limiti di spesa indicati con il DCA n. 53/2015 del 10% per tener conto di casi con tassi di occupazione dei posti letto e/o mix di prestazioni di livello assistenziale più elevato delle media;
18. di stabilire che le AA.SSLL entro 45 giorni dalla notifica del presente decreto assegnino alle strutture di riabilitazione che erogano prestazioni ex art. 26 legge 833/78 e/o socio sanitarie il limite di spesa per l'esercizio 2016, stipulando i relativi contratti secondo gli schemi allegati: A11 (per strutture eroganti prestazioni di riabilitazione ex art. 26); A12 (per strutture eroganti solo prestazioni di socio sanitarie per disabili e anziani/adulti non autosufficienti) da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
 19. di dare mandato ai Direttori Generali, al fine di garantire la continuità assistenziale per bisogni ritenuti indifferibili, con particolare riferimento a quelli dei disabili in età evolutiva, di dare indirizzi ai centri accreditati 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;
 20. di ribadire che eventuali incrementi dei volumi di prestazioni e/o dei limiti di spesa delle prestazioni di RSA/Hospice e altre prestazioni socio sanitarie, potranno essere coperti con la riduzione dei volumi di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78;
 21. di stabilire che il presente decreto sarà immediatamente notificato alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste, a tutte le Associazioni di categoria ed a tutti ai centri privati che erogano prestazioni di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78, e/o rientranti nella macroarea della salute mentale, socio sanitario, RSA e Hospice, accreditati o provvisoriamente/ temporaneamente accreditati;
 22. di fare obbligo, altresì, ai Direttori Generali di assicurare la corretta e puntuale compilazione del File H per le prestazioni di riabilitazione ex art. 26, di salute mentale, per le tossicodipendenze e sociosanitarie in RSA/CD, Hospice e SUAP, nonché la coerenza dello stesso con quanto riportato nel Conto Economico trimestrale ed annuale della ASL; gli stessi saranno ritenuti, pertanto, responsabili di ingiustificati scostamenti eventualmente rilevati;
 23. di precisare che per le strutture sanitarie private che non sottoscrivano il contratto approvato dal presente decreto, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente - fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria -, in quanto prive di contratto, dal 1 ottobre 2016 cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);
 24. Di dare atto che i limiti di spesa assegnati dal presente decreto 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 sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del

servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo prestazionale e di spesa prefissato dal presente decreto..

25. Di dare atto che il presente decreto viene trasmesso al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze e con successivi atti potranno essere recepite eventuali prescrizioni, che dovessero pervenire dai suddetti Ministeri.
26. Di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di competenza, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute, alla U.O.D. Interventi sociosanitari, alla U.O.D. economico-finanziario, alla Direzione Generale per le risorse finanziarie U.O.D. Unità Operativa Dirigenziale Bilancio annuale e pluriennale di previsione, alla Direzione Generali 12 Politiche Sociali, al Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale, alla SO.RE.SA. ed alla U.O.D. Bollettino Ufficiale per la pubblicazione, nonché per gli adempimenti di pubblicità e trasparenza previsti dagli artt. 26 e 27 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Il Responsabile P.O.
Dott.ssa M.R. Canzanella

Il Dirigente UOD Interventi Socio Sanitari
Dott.ssa M. Rinaldi

Il Dirigente UOD Economico Finanziario
Dr. G. Ghidelli

Il Direttore Generale della Tutela della Salute e C.S.S.
Avv. A. Postiglione

Il Sub Commissario ad Acta
Dr. Claudio D'Amario

Il Commissario ad Acta
Dr. Joseph Polimeni

ALLEGATO 1

TETTI PRESTAZIONALI e BUDGET 2016 e 2017

Prestazioni di riabilitazione art. 26 L. 833/78	Volumi massimi di prestazioni acquistabili dai centri operanti in ciascuna ASL per i seguenti regimi assistenziali:				Corrispondenti Volumi di spesa espressi in migliaia di euro			
	amb/amb PG	domiciliari	res+semires	Tale n. prestazioni	amb/amb PG	domiciliari	residen. e semiresiden.	Totale intraregionale
ASL Avellino	150.208	64.375	52.230	266.812	6.259	2.947	5.531	14.737
ASL Benevento	209.053	89.594	28.220	326.868	8.710	4.102	3.243	16.055
ASL Caserta	476.476	204.204	55.752	736.432	19.853	9.348	4.312	33.513
ASL Napoli 1 Centro	659.327	282.569	185.895	1.127.791	27.471	12.936	12.706	53.114
ASL Napoli 2 Nord	661.911	283.676	91.643	1.037.229	27.579	12.987	8.142	48.708
ASL Napoli 3 Sud	772.413	331.034	227.403	1.330.850	32.183	15.155	18.256	65.594
ASL Salerno	550.121	235.766	286.476	1.072.363	22.921	10.793	28.595	62.310
TOTALI	3.479.509	1.491.218	927.618	5.898.345	144.976	68.268	80.786	294.030

4 Jde

Contratto tra:

la Società/Associazione/Fondazione.....

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

con sede legale in (Prov: ____ ; CAP: _____) -

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

con sede operativa in alla Via

accreditata con il SSR con Decreto n. del per prestazioni residenziali, e/o

semiresidenziali e/o per prestazioni ambulatoriali e domiciliari rientranti nella riabilitazione

estensiva ex art. 26, rappresentato/a dal/la sottoscritto/a

....., CF come da fotocopia

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

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

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 ____/____/2016.

E

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

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

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

..... del ____/____/.....

PER

regolare i volumi di prestazioni e economici, e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 (come definita nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"), da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2016 (nonché nel 2017) redatto in conformità al decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. ____ del ____ / ____ / 2016.

PREMESSO

- che con decreto n. ____ del ____ / ____ / 2016 il Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario ha fissato il fabbisogno di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 per il biennio 2016-2017, 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 che con Decreto n. ____ del ____ 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)

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 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, che la ASL ____ acquista dalla sottoscritta struttura erogatrice, da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2016 (nonché nel 2017), 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 2016 nonché nel 2017.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il volume di prestazioni che la ASL, entro il limite massimo attribuito alla ASL, prevede di dover acquistare annualmente nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2016 nonché nel 2017 dalla sottoscritta struttura privata accreditata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2016 nonché dal 1/1/2017 al 31/12/2017, è determinato in:
 - a) N° prestazioni ex art. 26 L. 833/78 Ambulatoriali/Ambulatoriali P.G.; Almeno il ____ % delle prestazioni deve essere dedicato a soggetti in età evolutiva;
 - b) N° prestazioni ex art. 26 L. 833/78 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;
 - c) N° prestazioni ex art. 26 L. 833/78 Semi Residenziali
 - d) N° prestazioni ex art. 26 L. 833/78 Residenziali.

2. Resta inteso che il mix di prestazioni potrà essere diverso, 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 2016, nonché nel 2017. In ogni caso non sarà riconosciuto liquidabile il numero di prestazioni di riabilitazione domiciliare ex art. 26 L. 833/78 eventualmente eccedente il 30% del totale delle prestazioni di cui alle lettere a) e b) del precedente comma 1, fatte salve eventuali diverse attribuzioni che saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Le prestazioni di cui al precedente art. 3 sono valorizzate e vengono remunerate applicando le seguenti tariffe: per le prestazioni ambulatoriali, ambulatoriali piccolo gruppo, domiciliari, semiresidenziali e residenziali sono applicate le tariffe approvate con DCA n. 153/2014; per le prestazioni residenziali e semiresidenziali che superano i 240 giorni di degenza per il medesimo paziente, sono applicate le tariffe approvate con DCA n. 110/2014, fatti salvi i casi previsti dalle linee guida regionali sulla riabilitazione approvate con DGR n. 482 del 2004 laddove le esigenze riabilitative non possono essere soddisfatte in RR.SS.AA.
2. Il limite di spesa e, quindi, il fatturato a carico della ASL, per il periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2016, ovvero, per il periodo 1/1/2017 - 31/12/2017 corrispondente al volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato come segue:
 - a) per le prestazioni ambulatoriali/amb. P.G. di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78: Euro
 - b) per le prestazioni domiciliari di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78: Euro
 - c) 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, stimata in € di cui è unico debitore l'utente o il Comune di residenza);
 - d) 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, stimata in € di cui è unico debitore l'utente o il Comune di residenza);
3. Nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti nel comma precedente 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 rimodulare in corso d'anno i suddetti limiti di spesa, entro i limiti prestazionali aziendali in caso di disponibilità di prestazioni non erogate complessivamente dai centri erogatori ricadenti nella ASL medesima. Qualora risultino ancora disponibili ulteriori prestazioni e risorse non utilizzate, potranno altresì modificare in corso d'anno i suddetti limiti di spesa per incrementare prioritariamente in quantità e valore le prestazioni socio sanitarie riducendo dello stesso valore economico quelle di riabilitazione art. 26. Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate, il consumo massimo del tetto annuale è fissato al 95% al 30 novembre 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.

4. 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.
5. Al fine di garantire la continuità assistenziale per tutti i dodici mesi dell'anno, per l'esercizio 2017 i limiti di prestazioni e di spesa sopra indicati dovranno essere applicati dalla sottoscritta struttura privata ripartendoli in dodicesimi su base mensile. Il rispetto di questo vincolo sarà verificato sul progressivo delle prestazioni rese in corso d'anno, con una oscillazione mensile non superiore al 30% del tetto mensile, nei limiti della capacità produttiva massima della struttura, e con obbligo di recuperare il superamento entro i tre mesi successivi e, comunque, entro il 31 dicembre 2017. Le prestazioni rese in eccesso rispetto alla suddetta oscillazione massima mensile non saranno remunerate;

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 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

(Modalità di accesso ed erogazione delle prestazioni)

1. L'erogazione delle prestazioni è subordinata alla redazione del progetto riabilitativo e autorizzazione da parte dei competenti servizi aziendali.
2. Predispone e monitora il progetto riabilitativo individuale la UVBR (Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo) di cui alla Delibera n. 482 del 2004, o, nei casi previsti da specifici atti regionali, altro organismo di valutazione multidimensionale aventi le funzioni di valutazione del bisogno riabilitativo e redazione e monitoraggio di progetto riabilitativo. 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, il paziente dovrà essere rivalutato dall'U.V.I.
4. Per procedere all'erogazione delle prestazioni la struttura erogatrice è tenuta a verificare preliminarmente la completezza e regolarità del progetto riabilitativo e dell'autorizzazione, segnalando tempestivamente alla ASL eventuali irregolarità o anomalie. La mancata segnalazione alla ASL comporta la non remunerazione della prestazione.

Art. 7

(Obblighi della struttura erogatrice)

1. La struttura erogatrice sottoscritta, accreditata con il SSR, concorre al raggiungimento e rispetto di obiettivi di sanità pubblica, favorendo le condizioni di maggiore appropriatezza erogativa.
2. Pertanto essa si impegna a svolgere le attività e a erogare le prestazioni nel rispetto delle indicazioni e degli obiettivi indicati nel PRI, relazionando o riferendo al competente servizio aziendale che ha in carico il paziente circa l'andamento del progetto riabilitativo, anche proponendo aggiornamenti o revisioni del PRI o in caso di inefficacia del trattamento, le dimissioni del paziente. Essa riferisce anche circa il grado di adesione del paziente al PRI, in particolare comunicando alla ASL che ha in carico il paziente i casi in cui la percentuale di partecipazione al progetto riabilitativo non superi il 85% delle prestazioni previste nel periodo di trattamento previsto dal PRI e che comprometta la possibilità di raggiungere gli obiettivi del PRI, proponendo la dimissione del paziente. La mancata segnalazione alla ASL comporta la non remunerazione della prestazione.
3. 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.
4. La struttura, con riferimento alle prestazioni di cui al precedente art. 3 lettera a) mantiene registri cronologici con numeri d'ordine progressivi distinti per i soggetti in età evolutiva e per gli altri pazienti.
5. La struttura comunica bimestralmente alla ASL le proprie liste d'attesa.
6. La struttura erogatrice si obbliga a soddisfare i debiti informativi stabiliti dalle normative ministeriali (NSIS - FAR - RIA - 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 portale SANIARP secondo le indicazioni fornite dalla Regione e dalla ASL.
7. La struttura erogatrice si obbliga a collaborare con i programmi regionali e aziendali di verifica dell'appropriatezza, congruità e legittimità delle prestazioni, predisponendo e mantenendo condizioni organizzative necessarie e utili al corretto e regolare svolgimento dell'attività di controllo.

Art. 8

(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto 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 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 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.

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 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.

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. 9

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari al 90% del fatturato mensile.

2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 30 giugno per le fatture del primo trimestre; entro il 30 settembre per le fatture relative ai mesi da aprile a luglio; entro il 31 dicembre per le fatture relative ai mesi di agosto, settembre ed ottobre; entro il 31 marzo dell'anno successivo per le fatture di novembre e dicembre. Il pagamento di ciascun saldo 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. 10

(efficacia del contratto)

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2016 nonché per il periodo 1/1/2017 - 31/12/2017.
2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 11

(norme finali)

1. Per ogni controversia riguardo 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 ____ / ____ / 2016.

Art. 12

(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la sottoscritta struttura privata accetta completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto per il periodo di efficacia dello stesso.
2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati sub comma 1 (ossia i 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

Allegato A\1

rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili.

....., ____ / ____ 2016

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. E' da intendersi specificamente approvata, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. l'art. 11 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Contratto tra la:

Società/Associazione/Fondazione.....

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

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

Via n°, gestore della struttura/erogatore

denominata con sede operativa in

..... alla via, per prestazioni

residenziali RSA e/o semiresidenziali Centro Diurno Integrato (specificare se per disabili o per

adulti/anziani non autosufficienti), 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:

- 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;
- 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
- 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;
- 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 __/__/2016 o 2017.

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 socio-sanitaria, (come definite nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza), da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2016 (nonché nel 2017) redatto in conformità al decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. ____ del ____/____/2016.

PREMESSO

che con decreto n. 90 del 11 agosto 2014 integrato dai decreti commissariali nn. 155 del 29 dicembre 2014 e 53 del 29/5/2015, sono stati fissati i limiti di spesa per l'esercizio 2014 con validità per i successivi due esercizi salvo diversi provvedimenti ed i relativi schemi di contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti tra l'altro alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 e alla macroarea Sociosanitaria;

che con Decreto n. _____ del _____ il Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario ha confermato, per la Macroarea Sociosanitaria, per il biennio 2016 e 2017 quanto stabilito con i Decreti del Commissario ad Acta nn. 90/2014, 155/2014 e 53/2015, con le seguenti specificazioni: consentire un margine di incremento dei limiti di spesa indicati con il DCA n. 53/2015 del 10% per tener conto di casi con tassi di occupazione dei posti letto e/o mix di prestazioni di livello assistenziale più elevato delle media, in considerazione della natura delle prestazioni di cui trattasi e della piena operatività delle strutture di più recente attivazione; Indicare entro le previsioni dei DCA sopra richiamati, le quantificazioni relativamente alle prestazioni residenziali e semiresidenziali per la Salute Mentale, determinando in tal modo per il biennio 2016-2017, il fabbisogno delle prestazioni sanitarie di assistenza salute mentale e socio-sanitaria 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;

che con Decreto n. _____ del _____ ha adottato tra l'altro 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 afferenti alla macroarea socio-sanitaria (come definite nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza) da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2016 (nonché nel 2017), 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 2016 nonché nel 2017.

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, nonché nel 2017 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2016 nonché dal 1/1/2017 al 31/12/2017, è determinato in n. prestazioni di RSA e/o Centro Diurno integrato (ex L.R. n. 8/2003 e DGRC n. 2006/2004) (specificare se per disabili o per adulti/anziani non autosufficienti).
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 31 dicembre 2016, nonché nel 2017.

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 tariffe vigenti: in particolare per le prestazioni residenziali (RSA) e semiresidenziali (Centro Diurno) sono applicate le tariffe approvate con DCA n. 110/2014;
2. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa e, quindi, il fatturato, per il periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2016 nonché 2017 per il volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato in Euro..... (al netto della quota di compartecipazione dell'utente / Comune/ Ambito, stimata in € _____, di cui è unico debitore l'utente o il Comune di residenza);

3. La ASL e la sottoscritta struttura privata, nel rispetto della COM della struttura, potranno rimodulare in corso d'anno i suddetti limiti di spesa, entro i limiti prestazionali aziendali in caso di disponibilità di prestazioni non erogate complessivamente dai centri erogatori ricadenti nella ASL medesima. Potranno altresì modificare in incremento in corso d'anno i suddetti limiti di spesa in caso di non utilizzo di prestazioni di riabilitazione ex art. 26.
4. Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare 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.
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 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.
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 uno 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.

Art. 6

(Modalità di accesso ed erogazione delle prestazioni)

1. L'accesso alle prestazioni e la permanenza nella struttura è subordinato alla redazione e aggiornamento periodico del progetto assistenziale individualizzato (PAI), nel caso di prestazioni sociosanitarie compartecipate, da parte delle UVI, che valuta e rivaluta periodicamente il caso, ai sensi della DGRC n. 41/2011.

2. Per procedere all'erogazione delle prestazioni la struttura erogatrice è tenuta a verificare preliminarmente la completezza e regolarità del progetto personalizzato, segnalando tempestivamente alla ASL eventuali irregolarità o anomalie. La mancata segnalazione alla ASL comporta la non remunerazione della prestazione.

art. 7

(obblighi della struttura erogatrice)

1. La struttura erogatrice sottoscritta concorre al raggiungimento e rispetto di obiettivi di sanità pubblica, favorendo le condizioni di maggiore appropriatezza erogativa.
2. 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.
3. La struttura comunica bimestralmente alla ASL le proprie liste d'attesa.
4. La struttura erogatrice si obbliga a soddisfare i debiti informativi stabiliti dalle normative ministeriali (NSIS - FAR - 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 portale SANIAP secondo le indicazioni fornite dalla Regione e dalla ASL.
5. La struttura erogatrice si obbliga a collaborare con i programmi regionali e aziendali di verifica dell'appropriatezza, congruità e legittimità delle prestazioni, predisponendo e mantenendo condizioni organizzative necessarie e utili al corretto e regolare svolgimento dell'attività di controllo.

Art. 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. 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 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;
 - 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 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.

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, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari al 90% del fatturato mensile.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro novanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 30 giugno per le fatture del primo trimestre; entro il 30 settembre per le fatture relative ai mesi da aprile a luglio; entro il 31 dicembre per le fatture relative ai mesi di agosto, settembre ed ottobre; entro il 31 marzo dell'anno successivo per le fatture di novembre e dicembre. Il pagamento di ciascun saldo 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 dichiari 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: _____