



Delibera della Giunta Regionale n. 342 del 11/07/2024

Dipartimento 50 - GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

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

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

Oggetto dell'Atto:

DEFINIZIONE PER GLI ESERCIZI 2024-2025 DEI LIMITI PRESTAZIONALI E DI SPESA E DEI RELATIVI CONTRATTI CON GLI EROGATORI PRIVATI PER REGOLARE I VOLUMI E LE TIPOLOGIE DELLE PRESTAZIONI AFFERENTI LA MACROAREA SOCIO-SANITARIA: RSA E CD, SALUTE MENTALE, HOSPICE, SUAP, COMUNITA' RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER SOGGETTI AFFETTI DA DIPENDENZE PATOLOGICHE.

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione Generale e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Direttore a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO che

- a) con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- b) con la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 28 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto-legge 1° ottobre 2007 n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222 e successive modifiche;
- c) l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che *"Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale"*;
- d) con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della legge n. 191/09;
- e) in data 10 luglio 2017 il Consiglio dei Ministri ha deliberato la nomina del Presidente della Giunta Regionale a Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario;
- f) a seguito della delibera del Consiglio dei Ministri del 5 dicembre 2019 e della verifica positiva degli adempimenti ivi previsti, intervenuta nella riunione congiunta del 24 gennaio 2020 del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, è cessato il mandato commissariale conferito con la sopra citata deliberazione del Consiglio dei Ministri il 10 luglio 2017, e la Regione Campania è rientrata nell'esercizio delle funzioni precedentemente ricomprese nel mandato commissariale, nel rispetto della cornice normativa vigente in materia sanitaria e in materia di Piani di rientro dai deficit sanitari;

PREMESSO, altresì, che

- a) l'art. 8 quinquies del D. Lgs. 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:
 - a.1) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima azienda sanitaria locale si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;
 - a.2) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
- b) il DCA n. 103/2016 "Definizione per gli esercizi 2016/2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati: integrazioni e modifiche urgenti dei decreti commissariali n. 85 e n. 89 dell'8/8/2016" ha modificato il testo della clausola di salvaguardia, previsto negli schemi di contratto ex art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e smi dai DCA 85 e 89 del 2016;
- c) il DCA n. 53/2018 "Definizione per gli esercizi 2018 e 2019 dei limiti prestazionali e di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni afferenti la macroarea Sociosanitaria: RSA e CD, Salute Mentale, Hospice e SUAP" ha specificamente quantificato limiti prestazionali e di spesa per la macroarea salute mentale, includendo in essa anche le prestazioni erogate in Comunità/Case Alloggio per pazienti psichiatrici;
- d) la DGRC n. 93 del 9 marzo 2021 ha definito per gli esercizi 2020-2021, all'allegato 1, i limiti prestazionali e di spesa ed i relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea sociosanitaria, tra cui le Residenze Sanitarie Assistenziali e Centri Diurni per disabili e anziani non autosufficienti (ora Unità di Cura per disabili non autosufficienti RD3 e Unità di Cura per adulti non autosufficienti R3);

- e) la DGRC n. 531 del 30/11/2021 ha aggiornato le tariffe delle prestazioni sociosanitarie di cui al DCA 110/2014;
- f) con la DGRC n. 533 del 30/11/2021 si è proceduto all'adeguamento dei limiti di spesa per l'anno 2021 per le prestazioni sociosanitarie in Centri Diurni ed RSA per disabili ed anziani non autosufficienti di cui alla DGRC 93/2021 in applicazione dell'aggiornamento tariffario deliberato con la DGRC 531 del 30/11/2021;
- g) con la DGRC n. 350 del 7/7/2022 e successive modifiche ed integrazioni (DGRC n. 34 del 31/01/2023 e n. 352 del 19/6/2023) sono stati definiti per gli esercizi 2022 e 2023 i limiti prestazionali e di spesa ed i relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni afferenti la macroarea Sociosanitaria: RSA e CD, Salute Mentale, Hospice, SUAP, Comunità residenziali e semiresidenziali per soggetti affetti da dipendenze patologiche;
- h) con la DGRC n. 282 del 14.06.2016, era stato dato mandato alla Direzione Generale per la Tutela della Salute di definire un procedimento di pagamento delle prestazioni sanitarie di rilevanza sociale erogate dalle strutture che forniscono prestazioni socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali per disabili e adulti/anziani non autosufficienti, atto a consentire che la quota di compartecipazione sociale di tali prestazioni, erogata a seguito di ammissione ai servizi regolarmente determinata dalle UVI – Unità di Valutazione Integrata, venga trasferita dalla Regione alle AA.SS.LL e da queste corrisposta alle strutture, in nome e per conto dei Comuni / Ambiti territoriali per i Piani di Zona Sociali, che restano tuttavia gli unici debitori;
- i) per l'effetto del meccanismo definito si è registrato nel tempo una difficoltà nell'erogazione delle risorse necessarie a soddisfare la richiesta sempre crescente per tali prestazioni socio sanitarie;
- j) pertanto, anche in ragione dei processi di digitalizzazione in corso, risulta necessario rivedere il procedimento di pagamento di cui alla precedente lettera h) mediante il coinvolgimento, oltre che della Direzione Generale per la Tutela della Salute, anche, della Direzione Generale per le Politiche Socio-sanitarie nonché della Direzione generale per le Risorse Finanziarie al fine di individuare misure di riordino e di adeguamento sia per quanto attiene al profilo organizzativo che per quanto concerne la fonte di finanziamento nonché le modalità di liquidazione;

VISTI

- a) la DGRC n. 666/2011 che ha fissato la tariffa per le prestazioni rese nelle Comunità/Case alloggio;
- b) il DCA 128/2012 che ha determinato la tariffa per le prestazioni erogate in favore dei malati terminali in strutture denominate Hospice;
- c) il DCA n. 94/2014 "Riconversione case di cura neuropsichiatriche. Verbale di accordo del 2.7.2014. Determinazioni;
- d) il Regolamento Regionale n. 4 del 7 aprile 2014 "Regolamento di attuazione della legge regionale 23 ottobre 2007, n.11 (Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328);
- e) la DGR n. 107/2014 – Approvazione Catalogo dei servizi sociali;
- f) il DCA n. 110/2014 che ha fissato le tariffe per le prestazioni sociosanitarie erogate dalle RSA/CD anziani non autosufficienti e disabili;
- g) il DCA n. 45/2015 ha approvato le tariffe relative alle prestazioni sanitarie a carattere residenziale e semiresidenziale per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza (SIRMIV/ SISEM);
- h) il DCA n. 193/2016 "Riconversione delle Case di Cura Neuropsichiatriche e definizione delle nuove Tariffe per le Strutture Residenziali Psichiatriche;
- i) il DCA n. 79/2017 che ha modificato ed integrato il DCA n. 70/2012 di determinazione della tariffa per le prestazioni rese in strutture denominate R1 – SUAP (Speciali Unità di Accoglienza Permanente);
- j) il DCA n. 11/2018 che, a modifica ed integrazione del DCA n. 193/2016, ha aggiorna le tariffe per le strutture residenziali e semiresidenziali psichiatriche a far data dal 1/1/2018, e stabilisce che le cliniche neuropsichiatriche completino il percorso di riconversione entro il 31/12/2018, e anche nelle more del completamento della riconversione rendicontino le attività alimentando il file H, e non emettano SDO;
- k) il DCA n. 97 del 16/1/2018 "Assistenza sociosanitaria territoriale: Requisiti, criteri e procedure di accesso per le RSA: Unità di cure residenziali per persone adulte non autosufficienti R3, per le persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D) e per persone adulte non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate (RD3). Attuazione programma Operativo 2016-2018 Intervento 19.1 DCA 14/2017";
- l) il DCA n. 74 del 9/10/2019 "Assistenza sociosanitaria territoriale: Integrazioni e modifiche al DCA 97/2018: "Requisiti, criteri e procedure di accesso per le R.S.A.: Unità di cure residenziali per

persone adulte non autosufficienti (R3), per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D), e per persone adulte non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate (RD3)” e approvazione “Requisiti, criteri, procedure di accesso e tariffe per le R.S.A.: Unità di cura residenziale R2 - Requisiti dei Centri Diurni - Attuazione Programma Operativo 2016-2018 Intervento 19.1 DCA 14/2017;

- m) il DCA n. 54 del 4/7/2019 di Approvazione dell’Accordo di riconversione posti letto in eccesso strutture residenziali per cittadini con dipendenza da sostanze;
- n) il DCA n. 83 del 31/10/2019 “Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019 – 2021”;
- o) la DGRC n. 531 del 30/11/2021 ha aggiornato le tariffe delle prestazioni sociosanitarie di cui al DCA 110/2014;

VISTI altresì

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

CONSIDERATO che

il DCA 53/2018 ha confermato il divieto di rilascio di ulteriori autorizzazioni a strutture Comunità/Case Alloggio per la salute mentale a far data dal 1/8/2017, come già stabilito con nota n. 0508520 del 24/07/2017 della Direzione Generale Tutela della Salute;

PRESO ATTO, dall’istruttoria dei competenti uffici della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il coordinamento del Sistema Sanitario, che

- a) il complesso processo di riconversione in atto delle Case di Cura ad indirizzo neuropsichiatrico in altre tipologie assistenziali prevede, tra l’altro, la riconversione di posti letto dalla specialità ospedaliera neuropsichiatrica in posti letto territoriali come SIR e Centro Diurno psichiatrico per un totale di 507 posti letto e in SUAP e Hospice per 25 posti letto;
- b) si è tenuto conto del numero di posti letto accreditati Hospice, R1 - SUAP, SIR/Centro Diurno Psichiatrico/SIRMIV e SISEM, residenziali e semiresidenziali delle dipendenze patologiche nonché accreditati e accreditabili ai sensi della L.R 4/2011 art. 1 c. 237 quinquies e seguenti per le prestazioni erogate in RSA per anziani non autosufficienti (ora Unità di Cura per adulti non autosufficienti R3); in RSA modulo demenze (fino al completamento del processo di adeguamento di cui ai DCA 97/2018 e 74/2019); in Unità di cure residenziali per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D); in RSA Unità di cure residenziali estensive R2; in Centri Diurni per adulti non autosufficienti e Centri Diurni per demenze; in RSA per disabili non autosufficienti (ora Unità di Cura per disabili non autosufficienti RD3) e in Centri Diurni per disabili non autosufficienti;
- c) si è tenuto conto anche delle risultanze dalla ricognizione condotta dagli uffici regionale relativamente alle strutture regolarmente autorizzate come Comunità/Case Alloggio per la salute mentale e sulla base del Piano territoriale DCA 83/2019;

PRESO ATTO, altresì, che

- a) nelle riunioni congiunte di verifica del Piano di Rientro, tenutesi 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”;

- b) il DCA n. 103/2016 “Definizione per gli esercizi 2016/2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati: integrazioni e modifiche urgenti dei decreti commissariali n. 85 e n. 89 dell’8/8/2016” ha modificato il testo del secondo comma della clausola di salvaguardia, previsto negli schemi di contratto ex art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e smi dai citati DCA 85 e 89 del 2016;
- c) i competenti Uffici della Direzione Generale Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR, all’esito dell’istruttoria di competenza, hanno elaborato in via definitiva la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, da assegnare a ciascuna ASL per la macroarea sociosanitaria per l’esercizio 2024 e, in via provvisoria, per l’esercizio 2025, sviluppando i criteri dettagliatamente esposti nell’ Allegato A – Relazione Tecnica, i conteggi riportati nelle tabelle di cui all’Allegato B e C oltre allo schema contrattuale di cui all’Allegato D;
- d) inoltre, i competenti Uffici propongono di:
- d.1) stabilire che per le Comunità/Case alloggio i valori di cui all’allegato 1 debbano costituire limiti alle prestazioni e alla spesa per collocamento dei pazienti presso le strutture risultanti autorizzate e attive dalla ricognizione condotta dagli uffici regionale;
- d.2) confermare per le Comunità/Case alloggio quanto previsto dal DCA 53/2018 in merito al divieto di rilascio di nuove autorizzazioni;
- d.3) fare obbligo ai Comuni Capofila degli Ambiti territoriali di trasmettere alle Direzioni Generali Tutela della Salute e Politiche Sociali gli atti di autorizzazione rilasciati ai sensi del precedente punto;
- d.4) fare obbligo, altresì, ai Direttori Generali di assicurare la corretta e puntuale compilazione del File H, nonché di assicurare la coerenza dello stesso con quanto riportato nel Conto Economico trimestrale ed annuale della ASL. gli stessi Direttori saranno ritenuti responsabili di ingiustificati scostamenti eventualmente rilevati;
- d.5) rimandare a specifico atto la programmazione e la disciplina di ulteriori accreditamenti di strutture sociosanitarie risultanti autorizzate all’esercizio o in corso di autorizzazione, coerentemente con la programmazione economico-finanziaria dei programmi operativi;
- d.6) precisare che per le strutture sanitarie e sociosanitarie private accreditate che non sottoscrivono il contratto approvato dal presente provvedimento, ovvero appongono riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente – fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l’autorità giudiziaria – sono da considerarsi prive di contratto, per cui dal 31 luglio 2024 cesserà la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applicherà 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);
- d.7) precisare che i limiti di spesa assegnati ai sensi del presente provvedimento hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la 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 provvedimento;
- d.8) notificare immediatamente il presente provvedimento alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste a tutti ai centri privati accreditati che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie oggetto del presente provvedimento, nonché ai Comuni capofila degli Ambiti territoriali;
- e) anche in ragione dei processi di digitalizzazione in corso, risulta necessario rivedere il procedimento di pagamento di cui alla precedente lettera h) del Premesso, altresì al fine di individuare misure di riordino e di adeguamento sia per quanto attiene al profilo organizzativo, che per quanto concerne la fonte di finanziamento nonché le modalità di liquidazione;
- f) le modalità operative previste per il rimborso delle prestazioni sociali per conto dei Comuni afferenti agli ambiti sociali necessitano di misure di riordino e di adeguamento per quanto attiene al profilo organizzativo e al flusso finanziario di riferimento, anche in ragione dei processi di digitalizzazione in corso;

RITENUTO di dover:

- a) approvare l’Allegato A – Relazione Tecnica contenente le condizioni ai fini della distribuzione della premialità di cui alla L.R. 18/2022 art. 6 alle AA.SS.LL. per le strutture che applicano il CCNL AIOP siglato l’8 ottobre 2020 nonché i criteri per la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa da assegnare alle AA.SS.LL. per la macroarea sociosanitaria per l’esercizio 2024, con validità anche per l’anno 2025 macroarea Assistenza Sociosanitaria (Salute Mentale, Hospice, Dipendenze patologiche, Speciali Unità di Accoglienza permanente-SUAP, RSA e in Centri Diurni) salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti;

- b) approvare l'Allegato B in cui sono esplicitati i volumi massimi di prestazioni e i correlati limiti di spesa assegnati a ciascuna ASL per la macroarea sociosanitaria (escluse le ex Case di cura neuropsichiatriche), per l'esercizio 2024 e per il successivo anno 2025 (con la precisazione che essi non tengono conto della decorrenza effettiva degli accreditamenti di ciascuna struttura), nonché la valorizzazione in termini di prestazioni e di spesa per l'attribuzione a ciascuna ASL della premialità di cui alla L.R. 18/2022 art. 6, determinati utilizzando i criteri riportati nell'allegata Relazione (allegato A);
- c) approvare l'Allegato C in cui sono esplicitati i volumi massimi di prestazioni e i correlati limiti di spesa assegnati a ciascuna ASL per la macroarea sociosanitaria relativa alle ex Case di cura neuropsichiatriche per l'esercizio 2024 e per il successivo anno 2025, determinati utilizzando le tariffe e i criteri riportati nell'allegata Relazione (allegato A);
- d) stabilire che le eventuali economie, derivanti da un eccesso di risorse assegnate per la premialità con il presente provvedimento, restano a disposizione delle AA.SS.LL. come fondo di riserva per esigenze particolari o per nuovi accreditamenti; nel caso in cui le risorse assegnate per la premialità dovessero risultare insufficienti rispetto alla platea premiabile, le AA.SS.LL. segnalano tempestivamente alla Direzione Generale Tutela della Salute, nel dettaglio, tutte le strutture aventi diritto al beneficio al fine di predisporre il successivo provvedimento di modifica ed integrazione;
- e) precisare che ai setting assistenziali dell'area sociosanitaria e della salute mentale, per i quali non sono intervenuti gli aggiornamenti tariffari e gli incrementi dei tetti di spesa, stabiliti dalle D.G.R.C. n. 531, 532 e 533 del 30.11.2021, limitatamente alle strutture private accreditate che applicano il nuovo CCNL AIOP - ARIS del 08.10.2020 (e che già applicavano il previgente CCNL 2002 – 2005 AIOP – ARIS – Don Gnocchi del personale sanitario non medico dipendente), spetta anche per gli esercizi 2024 e successivi (fino all'assorbimento negli eventuali aggiornamenti delle tariffe vigenti), in aggiunta ai corrispettivi delle prestazioni erogate nei limiti di spesa pro tempore vigenti, la remunerazione della "Funzione Rinnovo CCNL", già prevista dalla DGRC n. 93/2021 per gli esercizi 2020 e 2021 e confermata per gli esercizi 2022 e 2023 dalla DGRC n. 34/2023, in attuazione dell'impegno assunto in Conferenza al fine di ristorarle nella misura del 50% dei maggiori costi, conseguenti all'applicazione del rinnovo contrattuale;
- f) approvare lo schema contrattuale Allegato D, che le ASL competenti per territorio, entro 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento, dovranno predisporre per la stipula, inserendo le quantità di prestazioni da acquistare da ciascuna struttura accreditata per prestazioni sociosanitarie per l'anno 2024, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
- g) stabilire che le AA.SS.LL. per le strutture sanitarie e sociosanitarie private (escluse le ex Case di cura neuropsichiatriche):
- g1. debbano fissare i volumi prestazionali massimi con correlati valori di spesa riconoscibili nell'esercizio 2024 e 2025, per singolo Centro erogatore accreditato entro i limiti prestazionali esposti nell'allegato B al presente provvedimento, con la specificazione che per il 2024 i limiti prestazionali e di spesa devono essere commisurati al periodo di effettivo accreditamento delle strutture accreditate nel corso del 2024;
 - g2. debbano stipulare per l'effetto, entro 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento, i relativi contratti ex art. 8 quinquies secondo lo schema allegato D, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
 - g3. debbano adottare una delibera del Direttore Generale, nella quale daranno atto dei contratti stipulati ai sensi del presente provvedimento con i centri privati eroganti prestazioni sociosanitarie residenziali e semiresidenziali, in quantità e valore economico suddivisi per l'esercizio 2024 e 2025 e per singola tipologia di prestazione;
- h) stabilire, altresì, che le AA.SS.LL. per le ex Case di cura neuropsichiatriche come da riconversione da DCA 94/2014:
- h1. debbano fissare i volumi prestazionali massimi con correlati valori di spesa riconoscibili nell'esercizio 2024 e 2025, per singolo Centro erogatore entro i limiti prestazionali esposti nell'allegato n. C al presente provvedimento;
 - h2. debbano stipulare per l'effetto, entro 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento, i relativi contratti ex art. 8 quinquies secondo lo schema allegato D, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
 - h3. debbano adottare una delibera del Direttore Generale, nella quale daranno atto dei contratti stipulati ai sensi del presente provvedimento con le cd ex Case di cura neuropsichiatriche eroganti prestazioni residenziali e semiresidenziali in Hospice, Speciali Unità di Accoglienza

permanente-SUAP, SIR e Centro Diurno Psichiatrico in quantità e valore economico suddivisi per l'esercizio 2024 e 2025 e per singola tipologia di prestazione;

h4. in sede di liquidazione dei corrispettivi, le ASL competenti dovranno verificare il rispetto della percentuale del 25% dei posti disponibili, così come disposto dal DCA 193/2016 – allegato A – paragrafo “livelli di intensità assistenziale” lettera a) nonché del criterio di un unico accesso per le prestazioni erogate dai centri diurni psichiatrici, sulla base dei requisiti organizzativi previsti alla tabella 5 allegata al DCA 5/2011; nei limiti della Capacità Massima Operativa, è consentito, a consuntivo d'anno e ad invariabilità del volume massimo di prestazioni e del relativo limite di spesa, il ricorso ai limiti prestazionali del setting SRP2 per erogare prestazioni di cui al setting SRP1 per trattamenti disposti con provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria. Per quanto riguarda, poi, la possibilità di compensazione fra il budget dell'assistenza ospedaliera e quello dell'assistenza territoriale prevista per il biennio 2018-2019 dal DCA n. 96/2018 e, limitatamente all'esercizio 2020, dalle DGRC n. 621/2020 e n. 93/2021, si conferma che dall'esercizio 2021 in poi tale possibilità non è più consentita;

RITENUTO, altresì, di dover

- a) stabilire che per le Comunità/Case alloggio i valori di cui all'allegato 1 debbano costituire limiti alle prestazioni e alla spesa per collocamento dei pazienti presso le strutture risultanti autorizzate e attive dalla ricognizione condotta dagli uffici regionale;
- b) confermare per le Comunità/Case alloggio quanto previsto dal DCA 53/2018 in merito al divieto di rilascio di nuove autorizzazioni;
- c) are obbligo ai Comuni Capofila degli Ambiti territoriali di trasmettere alle Direzioni Generali Tutela della Salute e Politiche Sociali gli atti di autorizzazione rilasciati ai sensi del precedente punto;
- d) fare obbligo, altresì, ai Direttori Generali di assicurare la corretta e puntuale compilazione del File H, nonché di assicurare la coerenza dello stesso con quanto riportato nel Conto Economico trimestrale ed annuale della ASL. Gli stessi Direttori saranno ritenuti responsabili di ingiustificati scostamenti eventualmente rilevati;
- e) rimandare a specifico atto la programmazione e la disciplina di ulteriori accreditamenti di strutture sociosanitarie risultanti autorizzate all'esercizio o in corso di autorizzazione, coerentemente con la programmazione economico-finanziaria dei programmi operativi;
- f) precisare che per le strutture sanitarie e sociosanitarie private accreditate che non sottoscrivono il contratto approvato dal presente provvedimento, ovvero appongono riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente – fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria – sono da considerarsi prive di contratto, per cui dal 31 luglio 2024 cesserà la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applicherà 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);
- g) precisare che i limiti di spesa assegnati ai sensi del presente provvedimento hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la 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 provvedimento;
- h) notificare immediatamente il presente provvedimento alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste a tutti ai centri privati accreditati che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie oggetto del presente provvedimento, nonché ai Comuni capofila degli Ambiti territoriali;
- i) dare mandato alla Direzione Generale per la Tutela della Salute, in raccordo con la Direzione Generale per le Politiche socio sanitarie e la Direzione Generale per le Risorse finanziarie, di definire un procedimento di pagamento delle prestazioni sanitarie di rilevanza sociale erogate dalle strutture che forniscono prestazioni socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali per disabili e adulti/anziani non autosufficienti, atto a consentire che la quota di compartecipazione sociale di tali prestazioni, erogata a seguito di ammissione ai servizi regolarmente determinata dalle UVI – Unità di Valutazione Integrata, venga trasferita dalla Regione alle AA.SS.LL e da queste corrisposta alle strutture, in nome e per conto dei Comuni / Ambiti territoriali per i Piani di Zona Sociali, che restano tuttavia gli unici debitori, al fine di individuare misure di riordino e di adeguamento sia per quanto attiene al profilo organizzativo che per quanto concerne la fonte di finanziamento nonché le modalità di liquidazione;

Propone e la Giunta, in conformità, a voto unanime

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in narrativa e che qui di seguito si intendono integralmente riportate e trascritte:

- 1) di approvare l'Allegato A – Relazione Tecnica contenente le condizioni ai fini della distribuzione della premialità di cui alla L.R. 18/2022 art. 6 alle AA.SS.LL. per le strutture che applicano il CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 nonché i criteri per la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa da assegnare alle AA.SS.LL. per la macroarea sociosanitaria per l'esercizio 2024, con validità anche per l'anno 2025 macroarea Assistenza Sociosanitaria (Salute Mentale, Hospice, Dipendenze patologiche, Speciali Unità di Accoglienza permanente-SUAP, RSA e in Centri Diurni) salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti;
- 2) di approvare l'Allegato B in cui sono esplicitati i volumi massimi di prestazioni e i correlati limiti di spesa assegnati a ciascuna ASL per la macroarea sociosanitaria (escluse le ex Case di cura neuropsichiatriche), per l'esercizio 2024 e per il successivo anno 2025 (con la precisazione che essi non tengono conto della decorrenza effettiva degli accreditamenti di ciascuna struttura), nonché la valorizzazione in termini di prestazioni e di spesa per l'attribuzione a ciascuna ASL della premialità di cui alla L.R. 18/2022 art. 6, determinati utilizzando i criteri riportati nell'allegata Relazione (allegato A);
- 3) di approvare l'Allegato C in cui sono esplicitati i volumi massimi di prestazioni e i correlati limiti di spesa assegnati a ciascuna ASL per la macroarea sociosanitaria relativa alle ex Case di cura neuropsichiatriche per l'esercizio 2024 e per il successivo anno 2025, determinati utilizzando le tariffe e i criteri riportati nell'allegata Relazione (allegato A);
- 4) di stabilire che le eventuali economie, derivanti da un eccesso di risorse assegnate per la premialità con il presente provvedimento, restano a disposizione delle AA.SS.LL. come fondo di riserva per esigenze particolari o per nuovi accreditamenti; nel caso in cui le risorse assegnate per la premialità dovessero risultare insufficienti rispetto alla platea premiabile, le AA.SS.LL. segnalano tempestivamente alla Direzione Generale Tutela della Salute, nel dettaglio, tutte le strutture aventi diritto al beneficio al fine di predisporre il successivo provvedimento di modifica ed integrazione;
- 5) di precisare che ai setting assistenziali dell'area sociosanitaria e della salute mentale, per i quali non sono intervenuti gli aggiornamenti tariffari e gli incrementi dei tetti di spesa, stabiliti dalle D.G.R.C. n. 531, 532 e 533 del 30.11.2021, limitatamente alle strutture private accreditate che applicano il nuovo CCNL AIOP - ARIS del 08.10.2020 (e che già applicavano il previgente CCNL 2002 – 2005 AIOP – ARIS – Don Gnocchi del personale sanitario non medico dipendente), spetta anche per gli esercizi 2024 e successivi (fino all'assorbimento negli eventuali aggiornamenti delle tariffe vigenti), in aggiunta ai corrispettivi delle prestazioni erogate nei limiti di spesa pro tempore vigenti, la remunerazione della "*Funzione Rinnovo CCNL*", già prevista dalla DGRC n. 93/2021 per gli esercizi 2020 e 2021 e confermata per gli esercizi 2022 e 2023 dalla DGRC n. 34/2023, in attuazione dell'impegno assunto in Conferenza al fine di ristorarle nella misura del 50% dei maggiori costi, conseguenti all'applicazione del rinnovo contrattuale.
- 6) di approvare lo schema contrattuale Allegato D, che le ASL competenti per territorio, entro 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento, dovranno predisporre per la stipula, inserendo le quantità di prestazioni da acquistare da ciascuna struttura accreditata per prestazioni sociosanitarie per l'anno 2024, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
- 7) di stabilire che le AA.SS.LL. per le strutture sanitarie e sociosanitarie private (escluse le ex Case di cura neuropsichiatriche:
 - 7a. debbano fissare i volumi prestazionali massimi con correlati valori di spesa riconoscibili nell'esercizio 2024 e 2025, per singolo Centro erogatore accreditato entro i limiti prestazionali esposti nell'allegato n. B al presente provvedimento, con la specificazione che per il 2024 i limiti prestazionali e di spesa devono essere commisurati al periodo di effettivo accreditamento delle strutture accreditate nel corso del 2024;
 - 7b. debbano stipulare per l'effetto, entro 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento, i relativi contratti ex art. 8 quinquies secondo lo schema allegato D, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
 - 7c. debbano adottare una delibera del Direttore Generale, nella quale daranno atto dei contratti stipulati ai sensi del presente provvedimento con i centri privati eroganti prestazioni

- sociosanitarie residenziali e semiresidenziali, in quantità e valore economico suddivisi per l'esercizio 2024 e 2025 e per singola tipologia di prestazione;
- 8) di stabilire, altresì, che le AA.SS.LL. per le ex Case di cura neuropsichiatriche come da riconversione da DCA 94/2014:
 - 8a. debbano fissare i volumi prestazionali massimi con correlati valori di spesa riconoscibili nell'esercizio 2024 e 2025, per singolo Centro erogatore entro i limiti prestazionali esposti nell'allegato n. C al presente provvedimento;
 - 8b. debbano stipulare per l'effetto, entro 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento, i relativi contratti ex art. 8 quinquies secondo lo schema allegato D, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
 - 8c. debbano adottare una delibera del Direttore Generale, nella quale daranno atto dei contratti stipulati ai sensi del presente provvedimento con le cd ex Case di cura neuropsichiatriche eroganti prestazioni residenziali e semiresidenziali in Hospice, Speciali Unità di Accoglienza permanente-SUAP, SIR e Centro Diurno Psichiatrico in quantità e valore economico suddivisi per l'esercizio 2024 e 2025 e per singola tipologia di prestazione;
 - 8d. in sede di liquidazione dei corrispettivi, le ASL competenti dovranno verificare il rispetto della percentuale del 25% dei posti disponibili, così come disposto dal DCA 193/2016 – allegato A – paragrafo "livelli di intensità assistenziale" lettera a) nonché del criterio di un unico accesso per le prestazioni erogate dai centri diurni psichiatrici, sulla base dei requisiti organizzativi previsti alla tabella 5 allegata al DCA 5/2011; nei limiti della Capacità Massima Operativa, è consentito, a consuntivo d'anno e ad invariabilità del volume massimo di prestazioni e del relativo limite di spesa, il ricorso ai limiti prestazionali del setting SRP2 per erogare prestazioni di cui al setting SRP1 per trattamenti disposti con provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria. Per quanto riguarda, poi, la possibilità di compensazione fra il budget dell'assistenza ospedaliera e quello dell'assistenza territoriale prevista per il biennio 2018-2019 dal DCA n. 96/2018 e, limitatamente all'esercizio 2020, dalle DGRC n. 621/2020 e n. 93/2021, si conferma che dall'esercizio 2021 in poi tale possibilità non è più consentita;
 - 9) di stabilire che per le Comunità/Case alloggio i valori di cui all'allegato 1 debbano costituire limiti alle prestazioni e alla spesa per collocamento dei pazienti presso le strutture risultanti autorizzate e attive dalla ricognizione condotta dagli uffici regionale;
 - 10) di confermare per le Comunità/Case alloggio quanto previsto dal DCA 53/2018 in merito al divieto di rilascio di nuove autorizzazioni;
 - 11) di fare obbligo ai Comuni Capofila degli Ambiti territoriali di trasmettere alle Direzioni Generali Tutela della Salute e Politiche Sociali gli atti di autorizzazione rilasciati ai sensi del precedente punto;
 - 12) di fare obbligo, altresì, ai Direttori Generali di assicurare la corretta e puntuale compilazione del File H, nonché di assicurare la coerenza dello stesso con quanto riportato nel Conto Economico trimestrale ed annuale della ASL. Gli stessi Direttori saranno ritenuti responsabili di ingiustificati scostamenti eventualmente rilevati;
 - 13) di rimandare a specifico atto la programmazione e la disciplina di ulteriori accreditamenti di strutture sociosanitarie risultanti autorizzate all'esercizio o in corso di autorizzazione, coerentemente con la programmazione economico-finanziaria dei programmi operativi;
 - 14) di precisare che per le strutture sanitarie e sociosanitarie private accreditate che non sottoscrivono il contratto approvato dal presente provvedimento, ovvero appongono riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente – fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria – sono da considerarsi prive di contratto, per cui dal 31 luglio 2024 cesserà la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applicherà 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);
 - 15) di precisare che i limiti di spesa assegnati ai sensi del presente provvedimento hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la 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 provvedimento;
 - 16) di dare mandato alla Direzione Generale per la Tutela della Salute, in raccordo con la Direzione Generale per le Politiche socio sanitarie e la Direzione Generale per le Risorse finanziarie, di definire un nuovo procedimento di pagamento delle prestazioni sanitarie di rilevanza sociale erogate dalle strutture che forniscono prestazioni socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali per disabili e

adulti/anziani non autosufficienti, atto a consentire che la quota di compartecipazione sociale di tali prestazioni, erogata a seguito di ammissione ai servizi regolarmente determinata dalle UVI – Unità di Valutazione Integrata, venga trasferita dalla Regione alle AA.SS.LL e da queste corrisposta alle strutture, in nome e per conto dei Comuni / Ambiti territoriali per i Piani di Zona Sociali, che restano tuttavia gli unici debitori, al fine di individuare misure di riordino e di adeguamento sia per quanto attiene al profilo organizzativo che per quanto concerne la fonte di finanziamento nonché le modalità di liquidazione;

- 17) di notificare immediatamente il presente provvedimento alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste a tutti ai centri privati accreditati che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie oggetto del presente provvedimento, nonché ai Comuni capofila degli Ambiti territoriali;
- 18) di trasmettere copia del presente provvedimento al Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, alla Direzione Generale per le Politiche Sociali e sociosanitarie, al BURC per tutti gli adempimenti in materia di pubblicità e trasparenza.

Con il presente documento si esplicitano i criteri per la determinazione dei limiti prestazionali e volumi di spesa delle prestazioni sociosanitarie erogate sia in regime residenziale che semiresidenziale.

1. CRITERE PER LA DEFINIZIONE DEI LIMITI PRESTAZIONALI E DI SPESA MACROAREA SOCIOSANITARIA

a) Criteri per determinare i volumi prestazionali e conseguenti i limiti di spesa per prestazioni erogate in favore di malati terminali in strutture denominate **Hospice** e per le prestazioni rese in strutture denominate **R1** - Speciali Unità di Accoglienza Permanente-SUAP:

I limiti prestazionali sono calcolati sui posti letto accreditati tenendo conto di un tasso di occupazione del 100% su 365 giorni. Per le prestazioni erogate nelle strutture denominate Hospice la valorizzazione delle prestazioni è effettuata in base alle tariffe determinate con DCA 128/2012. Per le prestazioni erogate nelle strutture denominate R1 - Speciali Unità di Accoglienza Permanente-SUAP sulla base della tariffa di cui al DCA 79/2017.

b) Criteri per determinare i volumi prestazionali e conseguenti i limiti di spesa per prestazioni sociosanitarie in **RSA/CD**: RSA per anziani non autosufficienti (ora Unità di Cura per adulti non autosufficienti R3), RSA modulo demenze (fino al completamento del processo di adeguamento di cui ai DCA 97/2018 e 74/2019), Centri Diurni per adulti/anziani non autosufficienti e Centri Diurni per demenze, RSA per disabili non autosufficienti (ora Unità di Cura per disabili non autosufficienti RD3) e in Centri Diurni per disabili non autosufficienti.

I limiti prestazionali sono calcolati sulla base dei posti letto accreditati in regime semiresidenziale e residenziale stimando un tasso di occupazione rispettivamente dell'85 e 95% dei posti letto, e volumi di spesa, calcolati rispettivamente su 365 e 300 giorni annui. I volumi di spesa sono calcolati sulla base della tariffa di cui alla DGRC 531/2021 al netto della quota di compartecipazione a carico dei Comuni/Ambiti o degli utenti ai sensi del DPCM 29/11/2001 sui L.E.A., confermata dal DPCM 17 gennaio 2017.

c) Criteri per determinare i volumi prestazionali e conseguenti i limiti di spesa delle Unità di cure residenziali per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze R2D ed RSA Unità di cure residenziali estensive R2.

I limiti prestazionali sono calcolati sulla base dei posti letto accreditati tenendo conto di un tasso di occupazione del 95% su 365 giorni annui ed i correlati volumi di spesa sulla base della tariffa di cui al DCA 74/2019 per le RSA Unità di cure residenziali estensive R2 e sulla base della tariffa determinata con DCA 97/2018 per le Unità di cure residenziali per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze R2D

In ogni caso si ribadisce che, come disposto dai DDCA 97/2018 e 74/2019:

- ✓ per le Unità di cure residenziali estensive R2 i costi del ricovero sono a totale carico del SSN per una durata non superiore a 60 giorni. Il ricorso alla lungodegenza in tale setting costituisce inappropriata clinica, pertanto è consentito il ricovero protratto solo per i giorni necessari al collocamento obbligatorio in altro setting, per un periodo non superiore ad ulteriori 15 giorni oltre i 60 giorni definiti quale limite. In caso di permanenza del paziente in Unità di Cura R2 oltre il limite di 60giorni+15 **viene riconosciuta una tariffa pari a quella per R3 medio carico assistenziale**. In ogni caso il ricovero in R2 non può protrarsi oltre i 90 giorni complessivi, al fine di rendere disponibili i posti letto per altri pazienti, al termine dei quali l'utente è collocato in altra unità di cura-RSA o in cure domiciliari (DCA 74/2019);
- ✓ Per le Unità di cure residenziali R2D secondo quanto riportato al punto 4 DURATA/PERMANENZA DEL RICOVERO IN RSA i costi del ricovero trattamenti sono interamente a carico del sistema sanitario nazionale, per un periodo di norma non superiore ai 60 giorni, salvo diverse e motivate determinazioni scaturite in sede di rivalutazione multidimensionale e comunque secondo i tempi previsti dal pdta/percorso integrato per

soggetti affetti da disturbi cognitivi e demenze. Tuttavia, a causa del perdurare delle condizioni sanitarie e socioambientali della necessità di assistenza, verificata in sede di valutazione multidimensionale, è prevista l'ospitalità fino ad un massimo di ulteriori 12 mesi, oltre i 60 giorni individuati quale durata di norma, solo se supportata e basata da evidenze cliniche, da condizioni cliniche misurate con gli strumenti di valutazione multidimensionale e le scale cliniche specifiche e se definita in sede di valutazione multidimensionale effettuata in raccordo con il CDCD. In questo caso il trattamento è remunerato con una tariffa ridotta del 20% rispetto alla tariffa piena. Entro i 12 mesi, si procede Valutazione multidimensionale in U.V.I. e sempre in raccordo con il CDCD per la dimissione ad altro setting assistenziale (RSA -R3; cure domiciliari, ambulatorio, Centro diurno Alzheimer, altro). In caso di impossibilità alla dimissione dall'Unità di cure R2D, in sede di U.V.I. si procederà alla determinazione degli oneri a carico a carico del Comune/Utente, che, trattandosi di lungodegenza, sono pari al 50% della tariffa prevista. Pertanto sarà cura del Direttore della Struttura concordare informare i familiari delle necessità di produrre all'atto della dimissione i documenti necessari alla definizione degli oneri (ISEE) utili in sede di U.V.I. Il ricorso alla lungodegenza in tale setting costituisce inappropriata clinica. E pertanto il ricovero protratto è ammesso esclusivamente se vi è l'impossibilità oggettiva all'invio ad altri setting. In ogni caso, è ammesso solo per il 10% dei 20 posti letto del modulo Unità di cure R2D, nell'impossibilità accertata ad inviare in altri setting assistenziali quali R3, Cure domiciliari.

d) Criteri per determinare i volumi prestazionali e conseguenti limiti di spesa Salute Mentale

Le prestazioni di salute mentale sono erogate in regime residenziale e in regime semiresidenziale.

Le strutture psichiatriche sono classificate:

1. SIR 1 - Strutture Intermedie Residenziali psichiatriche terapeutico riabilitative a carattere intensivo in cui possono essere erogati programmi denominati SRP1/SRP2 rispettivamente valorizzati in € 196,14 e 176,67.

Il DCA 193/2016 - allegato A paragrafo "livelli di intensità assistenziale" lettera a) - prevede per i "Programmi ad elevata attività assistenziale e intensità riabilitativa: Solo nelle strutture SRP1 che derivano dalla riconversione delle case di cura neuropsichiatriche, è possibile realizzare nella misura massima del 25% dei posti letto disponibili di tipo intensivo dei PTRP per gestire eventuali fasi che richiedono: 1. un ulteriore periodo di stabilizzazione del quadro clinico alla dimissione da un ricovero ordinario presso un SPDC entro un periodo non superiore a 60 giorni dalla data di dimissione; 2. la necessità di valutazione della terapia farmacologica e la stabilizzazione della stessa (necessità di wash-out, modifica terapia, switch farmacologici che richiedono un'osservazione clinica diretta, etc.); 3. approfondimento diagnostico-terapeutico; 4. pianificazione/avvio/revisione del progetto terapeutico territoriale; 5. recupero di compenso psichico per riadattamento alle abituali condizioni di vita personali, sociali e lavorative (per quanto consentito dalla patologia psichiatrica di base)".

Successivamente la sentenza del TAR Campania Sez. I n. 3323/2019, in merito a quanto soprariportato, ha accolto il ricorso n. 1980/2017 che ha esteso la possibilità di realizzare dei PTRP per gestire eventuali fasi come sopra meglio declinate, nella misura massima del 25% dei posti letto disponibili di tipo intensivo a tutte le strutture accreditate come SIR (struttura intermedia residenziale) e non esclusivamente alle strutture SRP1 che derivano dalla riconversione delle case di cura neuropsichiatriche;

2. SIR 2 - Strutture Intermedie Residenziali psichiatriche terapeutico riabilitative a carattere estensivo - in cui possono essere erogati programmi denominati SRP3 valorizzati in € 161,06
3. Le Strutture Terapeutiche Intermedie ad intensità variabile per l'accoglienza di minori con disturbo psichiatrico: Strutture Intermedie Residenziali per Minori ad Intensità Variabile (S.I.R.M.I.V.) - Strutture Intermedie Semiresidenziali per Minori (S.I.Se.M.);

I volumi prestazionali per i regimi semiresidenziale e residenziale delle prestazioni di salute mentale vengono calcolati sulla base dei posti letto accreditati, stimando un tasso di occupazione del 95% delle giornate di degenza, e volumi di spesa secondo le tariffe di cui DCA 11/2018 e 45/2015 su 365 annui per il regime residenziale (tenendo conto di quanto stabilito dal DCA 193/2016 in merito ai programmi SRP1 e SRP2), e 300 giorni annui per il regime semiresidenziale;

4. Comunità/Case Alloggio per la salute mentale i volumi prestazionali sono calcolati sulla base dei posti letto attivi tenendo conto di un tasso di occupazione del 100% su 365 giorni. Le prestazioni così ottenute vengono distribuite alle AA.SS.LL. tenendo conto dei dati SISM anno 2023 nella misura del 50% e della popolazione residente al 2023 per l'altro 50%. I limiti di spesa, di cui al Regolamento 4 del 7/4/2014, sono valorizzati con la tariffa di cui DGRC 666/2011 al netto della quota di compartecipazione a carico dell'utente/comune/Ambito di residenza.

e) Criteri per determinare i volumi prestazionali e conseguenti limiti di spesa - DIPENDENZE PATOLOGICHE

Per le prestazioni in regime semiresidenziale e residenziale per cittadini con dipendenza patologica i limiti prestazionali sono calcolati sulla base dei posti letto accreditati, stimando un tasso di occupazione medio annuo rispettivamente dell'85 e 95%, e volumi di spesa, calcolati rispettivamente su 365 e 250 giorni annui. Le Tariffe per il calcolo dei conseguenti limiti di spesa per le prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale per cittadini con dipendenza patologica sono indicate nei DDCA n. 76/2017 e n. 94/2012;

f) Conferma delle disposizioni inerenti alla “Funzione Rinnovo CCNL”

Si conferma che ai setting assistenziali dell'area sociosanitaria e della salute mentale, per i quali non sono intervenuti gli aggiornamenti tariffari e gli incrementi dei tetti di spesa, stabiliti dalle D.G.R.C. n. 531, 532 e 533 del 30.11.2021, limitatamente alle strutture private accreditate che applicano il nuovo CCNL AIOP - ARIS del 08.10.2020 (e che già applicavano il previgente CCNL 2002 – 2005 AIOP – ARIS – Don Gnocchi del personale sanitario non medico dipendente), spetta anche per gli esercizi 2024 e successivi (fino all'assorbimento negli eventuali aggiornamenti delle tariffe vigenti), in aggiunta ai corrispettivi delle prestazioni erogate nei limiti di spesa pro tempore vigenti, la remunerazione della “Funzione Rinnovo CCNL”, già prevista dalla DGRC n. 93/2021 per gli esercizi 2020 e 2021 e confermata per gli esercizi 2022 e 2023 dalla DGRC n. 34/2023, in attuazione dell'impegno assunto in Conferenza al fine di ristorarle nella misura del 50% dei maggiori costi, conseguenti all'applicazione del rinnovo contrattuale.

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

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

valutazione, da cui risulta maggiormente favorevole per la tutela dei lavoratori l'applicazione del **"CCNL AIOP" siglato l'8 ottobre 2020**.

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

La premialità è concessa annualmente alle sole strutture che applicano il CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 per almeno il 72% del personale dipendente globalmente destinato all'assistenza diretta valorizzata secondo le seguenti disposizioni:

- a) Maggiorazione del +2% del tasso di occupazione dei posti letto accreditati per prestazioni residenziali e semiresidenziali rispetto al 95% e 85% previsto rispettivamente per il residenziale e semiresidenziale di cui al paragrafo "Criteri di definizione dei limiti prestazionali e di Spesa della Macroarea Sociosanitaria";
- b) le strutture hanno la facoltà di utilizzare le risorse assegnate per la premialità per erogare prestazioni all'interno della macroarea sociosanitaria (residenziale e/o semiresidenziale);
- c) le risorse assegnate per la premialità di cui al presente paragrafo sono riportate nell'Allegato B e nell'Allegato C nella colonna "Premialità L.R. 18/2022 art. 6";
- d) In sede di stipula dei contratti le strutture che hanno diritto alla premialità, secondo le disposizioni di cui al presente documento, dovranno produrre un atto notorio di autocertificazione attestante l'applicazione per almeno il 72% del personale dipendente globalmente destinato all'assistenza diretta del CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 che sarà allegato al contratto stipulato;
- e) Le strutture si impegnano, altresì, ad applicare il CCNL AIOP per la percentuale di personale come sopra identificato al punto precedente sia per l'anno 2024 che per l'anno 2025 pena la decadenza del beneficio;
- f) Restano a disposizione delle AA.SS.LL., come fondo di riserva per far fronte a casi urgenti ed indifferibili o per eventuali nuovi accreditamenti, le risorse assegnate per la premialità che dovessero risultare **eccedenti** rispetto alle strutture che oggi applicano il contratto AIOP Sanità siglato l'8 ottobre 2020;
- g) Nel caso in cui le risorse assegnate per la premialità, così come riportate nell'allegato B e allegato C, dovessero risultare **insufficienti** rispetto alla platea premiabile, le AA.SS.LL. dovranno comunicare tempestivamente e comunque non oltre il 31 luglio 2024 via pec alla Direzione Generale Tutela della Salute la Ragione Sociale di tutte le strutture riabilitative che al 31/12/2023 applicano il CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 (sedi operative e setting specifico per il quale hanno diritto alla premialità) al fine di predisporre il successivo provvedimento di modifica ed integrazione della premialità;
- h) L'atto notorio di autocertificazione del CCNL adottato, dovrà essere prodotto all'inizio di ogni annualità e allegato al contratto annualmente stipulato;
- i) L'ASL verificherà ogni anno - a consuntivo - la veridicità dell'autocertificazione prodotta dalla struttura attraverso i cedolini INPS di almeno il 5% del personale con un minimo di 5 unità.

ALLEGATO B

STRUTTURE SANITARIE E SOCIOSANITARIE - LIMITI PRESTAZIONALI E DI SPESA ANNO 2024 - 2025

Premialità ex art 6 Legge Regionale n. 18
del 29/12/2022

ASL	Volumi massimi annui di prestazioni acquistabili dai centri operanti in ciascuna ASL per i seguenti regimi assistenziali							Corrispondenti volumi annui di spesa espressi in mgl/euro al netto della compartecipazione RSA/CD anziani e disabili							Valorizzazione in mgl/euro			
	RSA/CD adulti/disabili		Hospice/S Salute mentale	Dipend.Pat.r es/semires/ HIV_AIDS		Comunità Alloggio		RSA/CD adulti/disabili		Hospice/S Salute mentale	Dipend.Pa t.res/semi res/HIV_AIDS		Comunità Alloggio		RSA/CD adulti/disabili	Salute Mentale	RSA/CD adulti/disabili	Salute Mentale
AV	140.192	3.650	3.468	24.362	171.671	23.282	10.129	701	594	1.486	12.909	826	285	0	17	0		
BN	83.610	0	6.935	9.709	100.254	14.440	5.246	0	1.188	560	6.994	512	0	0	0	0		
CE	193.961	12.775	30.296	56.654	293.685	49.085	13.243	3.221	4.483	4.049	24.996	1.741	1.076	0	60	0		
NA1	65.088	0	0	3.468	68.555	52.930	4.435	0	0	312	4.747	1.877	0	0	0	0		
NA2	170.816	5.475	49.870	11.375	237.537	75.725	10.686	1.052	6.913	716	19.366	2.686	1.320	266	75	39		
NA3	294.741	28.835	10.308	24.619	358.502	64.637	19.775	6.416	1.080	1.943	29.215	2.293	1.402	0	75	0		
SA	414.703	0	3.468	45.771	463.941	76.506	27.821	0	602	3.042	31.465	2.714	1.321	0	99	0		
	1.363.110	50.735	104.343	175.957	1.694.145	356.605	91.335	11.391	14.860	12.107	129.693	12.649	5.404	266	325	39		

ALLEGATO C

Case di Cura ex neuropsichiatriche da riconversione DCA 94/2014 - LIMITI PRESTAZIONALI E DI SPESA ANNO 2024 - 2025

Premialità ex art 6 Legge Regionale n. 18 del 29/12/2022 ex Neuropsichiatriche

Limiti prestazionali

Corrispondenti volumi di spesa in migliaia di euro

N. Valorizza
prestazio
zione in
ni mgl/euro

ASL	CD mpsihiatric						Corrispondenti volumi di spesa in migliaia di euro								ASL	SIR/CD PSCHIAT RICO	SIR/CD PSCHIAT RICO
	SRP1	SRP2	SRP3	o	R1/SUAP	HOSPICE	SRP1	SRP2	SRP3	CD PSIC	SUAP	HOSPICE	Tot in mgl/euro				
AV	4.421	13.263	17.684	0	0	0	867	2.343	2.848	0	0	0	6.059	AV	745	129	
BN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	BN	0	0	
CE	2.601	7.802	10.403	0	0	0	510	1.378	1.675	0	0	0	3.564	CE	438	76	
NA1	5.375	16.124	21.499	3.420	4.380	5.110	1.054	2.849	3.463	386	841	1.288	9.881	NA1	977	165	
NA2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	NA2	0	0	
NA3	1.604	4.811	6.415	0	0	0	315	850	1.033	0	0	0	2.198	NA3	270	47	
SA	7.455	22.365	29.821	0	0	0	1.462	3.951	4.803	0	0	0	10.216	SA	1.256	218	
Tot.	21.455	64.365	85.821	3.420	4.380	5.110	4.208	11.371	13.822	386	841	1.288	31.917	Totale	3.686	636	

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

Contratto tra la struttura:

Partita IVA: _____ Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA): _____
 con sede legale in _____ (Prov: _____ ; CAP: _____)
 Via _____ n° _____ per la sede operativa sita in _____
 _____ alla Via _____ n. _____,
 autorizzata all'esercizio ai sensi della DGRC n. 3958/2001 e smi con provvedimento n. _____
 del _____ del Comune di _____, accreditata con il SSR con decreto n. _____ del
 _____ per erogare prestazioni afferenti la macroarea sociosanitaria quali Hospice, SUAP, Salute
 Mentale (SIR/Centro Diurno Psichiatrico/SIRMIV e SISEM), Dipendenze patologiche, RSA per anziani non
 autosufficienti (ora Unità di Cura per adulti non autosufficienti R3), RSA modulo demenze (fino al
 completamento del processo di adeguamento di cui ai DCA 97/2018 e 74/2019), Unità di cure residenziali per
 persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D), RSA Unità di cure residenziali estensive R2,
 Centri Diurni per adulti non autosufficienti e Centri Diurni per demenze, RSA per disabili non autosufficienti
 (ora Unità di Cura per disabili non autosufficienti RD3) e Centri Diurni per disabili non autosufficienti,
 legalmente rappresentato/a _____ dal/la _____ sottoscritto/a _____, C.F.
 _____ come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal
 funzionario della ASL che redige il presente atto;
 il / la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 T.U.
 445/2000, dichiara:

- di intervenire al presente atto in qualità di rappresentate legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- che non si trova in stato di fallimento e/o di liquidazione coatta, salvi i casi in cui sia in corso un procedimento giudiziario per il risanamento e la prosecuzione dell'attività d'impresa;
- che non è stata applicata una sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c), del D. Lgs. n. 231/2001 e s.m.i. o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione e di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;
- di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. n. del ___/___/201__.
- che non sussistono le cause ostative previste dal D.lgs. 159/2011 e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006 e ss.mm.ii (N.B. la ASL per il tramite degli uffici competenti dovrà procedere nei termini di legge alle verifiche mediante procedura B.D.N.A. di cui all'art.67 del D.lgs 159/2011 (Comunicazione antimafia) e di cui agli artt. 91 e ss del D.lgs. del 159/2011 (Informazione antimafia);

E

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

PER

regolare i volumi di prestazioni e economici, e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale per la Salute Mentale, le Dipendenze patologiche, Hospice, SUAP, RSA per anziani non autosufficienti (ora Unità di Cura per adulti non autosufficienti R3), RSA modulo demenze (fino al completamento del processo di adeguamento di cui ai DCA 97/2018 e 74/2019), Unità di cure residenziali per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D), RSA Unità di cure residenziali estensive R2, Centri Diurni per adulti non autosufficienti e Centri Diurni per demenze, RSA per disabili non autosufficienti (ora Unità di Cura per disabili non autosufficienti RD3) e Centri Diurni per disabili non autosufficienti, da erogarsi nel periodo 1° gennaio 202__ - 31 dicembre 202__, contratto redatto in conformità alla delibera di Giunta Regionale n. ___ del ___/___/_____.

PREMESSO

- che con delibera di Giunta Regionale n. _____ del ___/___/_____ la Regione Campania ha fissato il fabbisogno di prestazioni della macroarea sociosanitaria per l'anno 202__, che rappresenta pertanto la quantità di prestazioni che il SSR può erogare, ferma restando la compatibilità con la disponibilità di risorse finanziarie e con gli equilibri finanziari, e ha adottato anche i relativi schemi contrattuali, cui si uniforma il presente contratto;

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

Si conviene quanto segue:

Art. 1

La premessa è patto e forma parte integrante del presente contratto.

Art. 2

(Oggetto e durata)

Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale per la Salute Mentale, le Dipendenze patologiche, Hospice, SUAP, RSA per anziani non autosufficienti (ora Unità di Cura per adulti non autosufficienti R3), RSA modulo demenze (fino al completamento del processo di adeguamento di cui ai DCA 97/2018 e 74/2019), Unità di cure residenziali per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D), RSA Unità di cure residenziali estensive R2, Centri Diurni per adulti non autosufficienti e Centri Diurni per demenze, RSA per disabili non autosufficienti (ora Unità di Cura per disabili non autosufficienti RD3) e Centri Diurni per disabili non autosufficienti, che la ASL _____ acquista dalla sottoscritta struttura erogatrice, da erogarsi nel periodo 1° gennaio 202__ - 31 dicembre 202__, da parte della sottoscritta struttura privata, ed i correlati limiti di spesa. Pertanto, la disciplina recata dal presente contratto fissa limiti massimi entro i quali possono rientrare dette prestazioni da erogarsi nel corso dell'anno 202__.

Art. 3

(Quantità delle prestazioni)

1. Il volume massimo di prestazioni che l'ASL, entro il limite massimo ad essa attribuito, prevede di dover acquistare nel periodo 1 gennaio 202__ – 31 dicembre 202__ dalla sottoscritta struttura erogatrice, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 202__, è determinato in:

In regime residenziale (contratti separati per RSA, SUAP, Hospice, Salute Mentale e Comunità per cittadini con dipendenze patologiche)

Prestazioni sociosanitarie per adulti e disabili non autosufficienti:

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> in RSA disabili non autosufficienti (RD3) | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> in RSA anziani non autosufficienti (R3) | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> in RSA anziani non autosufficienti modulo demenze | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> in RSA Unità di cure residenziale R2D | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> in RSA Unità di cure residenziale R2 | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> in Hospice | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> in SUAP | n. _____ |

Prestazioni di Salute Mentale:

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> SIR 1 come SRP1 | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> SIR 1 come SRP2 | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> SIR 2 (SRP3) | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> SIRMIV | n. _____ |

Prestazioni di soggetti affetti da dipendenze patologiche:

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Pedagogico riabilitative residenziali | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> Terapeutico riabilitative residenziali | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> in Servizio Specialistico per Soggetti adulti in Doppia Diagnosi | n. _____ |

Prestazioni in regime semiresidenziale (contratti separati per Centri Diurni RSA, Salute Mentale e Comunità per cittadini in stato di tossicodipendenza)

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

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> in Centro Diurno per disabili non autosufficienti | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> in Centro diurno per adulti/anziani non autosufficienti | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> In Centro diurno per demenze | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> in Centro Diurno psichiatrico | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> in SISEM | n. _____ |
| <input type="checkbox"/> in Centro Diurno terapeutico riabilitativo per soggetti tossicodipendenti | n. _____ |

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:
 - a) Per le prestazioni sociosanitarie in RSA/CD le tariffe approvate con DGRC 531/2021;
 - b) Per le prestazioni sanitarie e sociosanitarie di salute mentale le tariffe approvate con DCA 11/2018 e 45/2015;
 - c) Per le prestazioni erogate in favore di malati terminali in strutture denominate Hospice le tariffe approvate con il DCA 128/2012;
 - d) Per le prestazioni rese in strutture denominate Speciali Unità di Accoglienza Permanente-SUAP le tariffe approvate con il DCA 70/2012 o il DCA 79/2017 laddove le strutture si siano adeguate ai requisiti aggiornati;
2. Per le prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale per cittadini con dipendenza patologica le tariffe approvate con DCA 76/2017 e 94/2012;
3. Il limite di spesa e, quindi, il fatturato a carico della ASL, per il periodo 1° gennaio 202__– 31 dicembre 202__, corrispondente al volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato come segue: (specificare l'importo per ciascun anno, se diverso):
 - a) Per le prestazioni in _____ (riportare la tipologia esatta) in regime residenziale Euro _____ (al netto della quota di compartecipazione a carico dell'Utente/Comune/Ambito territoriale di cui è unico debitore l'utente o il Comune di residenza)
 - b) Per le prestazioni in _____ (riportare la tipologia esatta) in regime semiresidenziale Euro _____ (al netto della quota di compartecipazione a carico dell'Utente/Comune/Ambito territoriale di cui è unico debitore l'utente o il Comune di residenza)
4. Nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti nel comma precedente l'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 nell'ASL medesima. 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 202__; pertanto, nulla spetterà alla sottoscritta struttura, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le prestazioni sanitarie e sociosanitarie rese oltre il suddetto consumo massimo.
5. La sottoscritta struttura potrà recuperare nel mese successivo l'eventuale volume di prestazioni non richiesto dagli aventi diritto, rispetto alla percentuale massima fissata al comma precedente: si precisa, comunque, che nulla spetterà né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per il caso in cui detto volume non sia stato recuperato entro il termine di durata del presente contratto.

Art. 5

(Criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle vigenti tariffe regionali fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati dalla Regione. Per le prestazioni cui si applica la tariffa per RSA o Centro Diurno socio sanitari, ai sensi della normativa vigente, la sottoscritta struttura privata ha l'obbligo di fatturare alla ASL esclusivamente la quota delle tariffe dovuta per la componente sanitaria, e all'utente/Comune la quota delle tariffe per la componente sociale, secondo le percentuali riportate al punto n. 1 del dispositivo del decreto commissariale n. 77 dell'11 novembre 2011. Per le strutture interessate dalle riconversioni parziali o totali in strutture socio sanitarie al momento della riconversione la residua quota di dodicesimi del tetto di spesa annuo sarà riservata alle prestazioni riconvertite.
2. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, salvo espresso e diverso provvedimento regionale, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente

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

art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile un superamento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale, 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 se eccedenti anche a seguito della compensazione di cui al precedente punto 3 del presente articolo.
4. In sede di saldo del corrispettivo annuale e, quindi, entro il 28 febbraio dell'anno successivo, previa rendicontazione accompagnata da apposito atto notorio, la sottoscritta struttura fatturerà separatamente alla ASL a titolo di *"funzione di costo per rinnovo CCNL"* il 50% dei maggiori oneri effettivamente sostenuti nell'esercizio cui si riferisce il presente contratto ed effettivamente corrisposti al proprio personale dipendente non medico, scaturiti e determinati dalla applicazione del rinnovo del CCNL AIOP - ARIS del 08.10.2020; (*comma ulteriore, da applicarsi solo alle strutture private sanitarie e sociosanitarie che alla data del 10 giugno 2020 di sottoscrizione della pre-intesa per il rinnovo, applicavano il previgente contratto nazionale AIOP – ARIS del personale sanitario non medico dipendente, poi rinnovato in data 08.10.2020*).
5. In sede di liquidazione dei corrispettivi relativi alle prestazioni di Salute Mentale – S.I.R., le ASL competenti dovranno verificare il rispetto della percentuale del 25% dei posti disponibili, così come disposto dal DCA 193/2016 – allegato A – paragrafo "livelli di intensità assistenziale" lettera a) nonché del criterio di un unico accesso per le prestazioni erogate dai centri diurni psichiatrici, sulla base dei requisiti organizzativi previsti alla tabella 5 allegata al DCA 5/2011; nei limiti della Capacità Massima Operativa, è consentito, a consuntivo d'anno e ad invariabilità del volume massimo di prestazioni e del relativo limite di spesa, il ricorso ai limiti prestazionali del setting SRP2 per erogare prestazioni di cui al setting SRP1 per trattamenti disposti con provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria. Per quanto riguarda, poi, la possibilità di compensazione fra il budget dell'assistenza ospedaliera e quello dell'assistenza territoriale prevista per il biennio 2018-2019 dal DCA n. 96/2018 e, limitatamente all'esercizio 2020, dalle DGRC n. 621/2020 e n. 93/2021, si conferma che dall'esercizio 2021 in poi tale possibilità non è più consentita;

Art. 6

(Modalità di accesso ed erogazione delle prestazioni)

1. L'erogazione delle prestazioni è subordinata alla redazione e aggiornamento periodico del progetto assistenziale individualizzato (PAI) redatto dall'UVI, nel caso di prestazioni sociosanitarie partecipate, o da altro organismo di valutazione multidimensionale specificamente individuato dalla ASL per le altre tipologie di prestazioni oggetto del presente contratto.
2. Per procedere all'erogazione delle prestazioni la struttura erogatrice è tenuta a verificare preliminarmente la completezza e regolarità del progetto assistenziale 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 PAI, relazionando o riferendo al competente servizio aziendale che ha in carico il paziente circa l'andamento del progetto, anche proponendo aggiornamenti o revisioni. La struttura, con riferimento alle prestazioni di cui al precedente art. 3 lettere a) e b) mantiene registri cronologici con numeri d'ordine progressivi distinti per i soggetti in età evolutiva e per gli altri pazienti.
3. La sottoscritta struttura è impegnata ad entrare nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (Sistema INFORMATivo saNità CampanIA di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.) e adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale (NSIS- FAR – SISM – STS) dalla Regione o dall'Azienda, anche attraverso il puntuale, completo e corretto conferimento delle informazioni richieste attraverso i sistemi informatici individuati dalla Regione e dall'ASL, anche con riferimento all'alimentazione del File H secondo le indicazioni fornite dalla Regione e dalla ASL.
4. 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.

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

5. La struttura erogatrice è responsabile della completezza e qualità dei dati trasmessi. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'erogatore, qualora non tempestivamente rimosso, costituisce giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento. In tal caso la sottoscritta ASL proporrà alla Regione con delibera motivata la sospensione dell'accreditamento sino al permanere dell'inadempimento, fatta salva la possibilità che si giunga alla revoca dell'accreditamento da parte degli organi competenti per grave inadempimento;

Art. 8

(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto esclusivamente da n. membri di cui n. designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. membri nominati dalla ASL. Il Tavolo viene convocato ogni due mesi.
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari (legali rappresentanti) di strutture erogatrici accreditate ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio congiunto dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti prestazionali di cui all'art. 3 e di spesa definiti dall'art 4;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
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 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento delle fatture relative agli acconti di cui al successivo articolo 9;

Art. 9

(Modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la sottoscritta struttura privata fatturerà alla Asl un acconto pari al 95% della produzione mensile, oltre Iva se dovuta.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti mensili acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono.
3. Il saldo mensile, pari al 5%, oltre Iva se dovuta, sarà fatturato nel modo seguente:
 - entro il 31 maggio per le fatture del primo trimestre (gennaio-febbraio-marzo)
 - entro il 31 agosto per le fatture relative al secondo trimestre (aprile-maggio-giugno)
 - entro il 30 novembre per le fatture relative al terzo trimestre (luglio-agosto-settembre)
 - entro il 28 febbraio dell'anno successivo per le fatture relative al quarto trimestre (ottobre-novembre-dicembre).

Il diritto al pagamento dei suddetti saldi maturerà entro sessanta giorni dalla data della fattura L'ASL, entro trenta giorni prima dei termini di cui al comma 3, al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, comunica alla struttura quanto liquidabile a saldo; ed eventualmente richiede alla sottoscritta struttura privata eventuali note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4 e art. 9.

4. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della sottoscritta struttura privata, fermo restando che tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il pagamento delle fatture emesse a saldo in corso d'anno non potrà essere effettuato alle scadenze periodiche stabilite nel comma precedente, per la parte corrispondente al superamento della C.O.M. in maturazione.
5. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
6. 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;

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

- 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.
7. 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.
8. 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.
9. Ai fini del rispetto della normativa sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria, sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del presente contratto:
 codice IBAN: _____;
 presso: _____,
 generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto:

 impegnandosi a comunicare tempestivamente, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante, eventuali modifiche.

**Art. 10
(Efficacia del contratto)**

1. Il presente contratto esplica efficacia con riferimento al periodo 1° gennaio 202___ - 31 dicembre 202__;
2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

art. 11

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

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

**Art. 12
(Norme finali)**

1. Per ogni controversia riguardo all'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.
2. Per qualsiasi controversia tra la sottoscritta struttura privata e la ASL e/o la Regione, anche non inerente al presente contratto, è espressamente escluso il ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere la delibera di Giunta Regionale n. ___ del ___ / ___ / ____, sopra citata.

**Art. 13
(Clausola di salvaguardia)**

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la sottoscritta struttura privata accetta completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto per il periodo di efficacia dello stesso.

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

2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati al comma 1 (provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente contratto.

..... , ___ / _____

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 9, comma 6: (*"A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito"*); art. 11, comma 1: (*"Per ogni controversia riguardo all'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL"*); e l'intero art. 13 (*Clausola di salvaguardia*) del presente contratto.

..... , ___ / _____ 202__

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata
