



DIR.GEN./ DIR. STAFF (*)	U.O.D. / Staff
DG 04	12

# Regione Campania

GIUNTA REGIONALE

SEDUTA DEL **07/07/2022**

## PROCESSO VERBALE

Oggetto :

**Definizione per l'esercizio 2022 e 2023 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 della riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78.**

1)	Presidente	Vincenzo	DE LUCA	<b>PRESIDENTE</b>
2)	Vice Presidente	Fulvio	BONAVITACOLA	
3)	Assessore	Nicola	CAPUTO	
4)	”	Felice	CASUCCI	
5)	”	Ettore	CINQUE	
6)	”	Bruno	DISCEPOLO	
7)	”	Valeria	FASCIONE	
8)	”	Armida	FILIPPELLI	
9)	”	Lucia	FORTINI	
10)	”	Antonio	MARCHIELLO	
11)	”	Mario	MORCONE	
	Segretario	Mauro	FERRARA	

**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) 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, 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) l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle regioni l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;
- c) che 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;
- d) con la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 28 luglio 2009 veniva nominato il Presidente pro tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi nel Servizio Sanitario Regionale Campano.
- e) la predetta deliberazione, tra l'altro, prevedeva al punto 4) la "Definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l'attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto all'articolo 8-quinquies, comma 2-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- f) che 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";
- g) che 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;
- h) che 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;
- i) che 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.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:
  - 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;
  - i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
- b) il DCA 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. 41/2018 ha definito i limiti prestazionali e di spesa per gli esercizi 2018 e 2019 ed il relativo schema di contratto con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 e, all'allegato 2, ha individuato, criteri ulteriori rispetto a

quello della spesa storica per ASL per la determinazione dei tetti di spesa, al fine di renderli maggiormente aderenti ai fabbisogni di prestazioni sanitarie delle popolazioni residenti in ciascuna AASSL, anche limitando la necessità dei pazienti di spostarsi verso territori non di residenza per effetto della disomogenea localizzazione dei centri erogatori e della capacità di spesa di ciascuna ASL;

- d) il DCA 14/2017 di approvazione dei "Programmi Operativi 2016-2018" prevede l'intervento 6.1 "Rapporti con gli erogatori privati" in cui ribadisce la finalità, per il triennio di riferimento, del miglioramento dell'appropriatezza delle attività erogate dai privati accreditati, riepilogando le misure già previste dai decreti già adottati di definizione dei limiti di spesa;
- e) il DCA 92/2021 e s.m.i. ha definito i limiti prestazionali e di spesa per gli esercizi 2020/2021 ed il relativo schema di contratto con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26;
- f) la DGRC 531 del 30/11/2021 sono state aggiornate le tariffe delle prestazioni di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78 di cui al DCA 153/2014;
- g) con DGRC 532 del 30/11/2021 si è proceduto all'adeguamento dei limiti di spesa per l'anno 2021 di cui alla DGRC 92/2021 e s.m.i. per la macroarea della riabilitazione territoriale ex art. 26 Legge 833/78 in applicazione dell'aggiornamento tariffario deliberato con la DGRC 531 del 30/11/2021;

#### VISTI:

- a) i DD.CC.AA. 23/2015 e 23/2016, 24/2016, 69/2017, 70/2017 con i quali sono stati approvati i percorsi riabilitativi rispettivamente per pazienti con ictus, Disturbi specifici dell'apprendimento, frattura di femore e BPCO;

#### PRESO ATTO

- a) del 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 che evidenzia per l'assistenza ai disabili nel 2011, che la Regione Campania, offre una assistenza in regime domiciliare superiore rispetto al valore medio delle Regioni in Piano di Rientro;
- b) dei dati di produzione registrati che evidenziano fenomeni di mobilità intraregionale per prestazioni riabilitative, sia ambulatoriali che domiciliari, non coerenti con la contiguità delle AASSL di residenza e di erogazione;
- c) del 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", che evidenzia squilibri territoriali nella distribuzione dei tetti di spesa per la macro area Riabilitazione rispetto alla distribuzione territoriale della popolazione residente, tenuto conto del consumo medio di prestazioni sanitarie;
- d) del flusso informativo regionale file H che registra, tra l'altro, il fatturato e il numero di prestazioni 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;
- e) degli squilibri territoriali emersi anche dall'analisi della mobilità infraregionale risultante dai dati disponibili da file H, in funzione della residenza degli utenti che usufruiscono delle prestazioni di riabilitazione;
- f) dello squilibrio territoriale relativo ai regimi residenziale e semiresidenziale, attribuibile alla ubicazione fisica delle strutture, il cui riequilibrio sarà possibile nel medio periodo attraverso l'avanzamento delle riconversioni previste nei Programmi Operativi 2016-2018;
- g) dei dati di produzione disponibili che ancora confermano una notevole quantità di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 ambulatoriali erogate in favore di pazienti in età evolutiva;
- h) del monitoraggio dei dati di produzione file H fino al 2021 che evidenziano e confermano diversi elementi di criticità che limitano l'accesso ai trattamenti riabilitativi da parte di nuovi pazienti:
  - 1) numero elevato di pazienti che permangono in riabilitazione ambulatoriale/domiciliare per più anni;
  - 2) scarso ricorso allo strumento di prestazioni ambulatoriali piccolo gruppo, che rappresenta soltanto 1% rispetto al totale delle prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali piccolo gruppo, nonostante sia considerato setting appropriato, specie in età preadolescenziale e adolescenziale, in diverse condizioni patologiche;
- i) dei dati di produzione file H anni 2015/2017 che evidenziano, così come riportato nel DCA 41/2018 e confermati anche dai dati File H fino al 2021, relativamente alla indicazione delle diagnosi, numerosi casi di incompletezza o incoerenza tra patologia e valutazione funzionale/età del paziente e trattamento riabilitativo prescritto;
- j) della distribuzione territoriale, anche intra-aziendale, dei centri accreditati per prestazioni ambulatoriali di riabilitazione ex art. 26, che risulta disomogenea come da allegato 2 al DCA 41/2018;

- k) delle indicazioni, suggerimenti e criticità segnalate in varie modalità dalle AASSLL e dalle Associazioni di categoria, relativamente all'appropriatezza prescrittiva ed erogativa ed alla riduzione dei tempi di attesa per l'accesso ai trattamenti da parte dei cittadini con bisogno riabilitativo;
- l) dell'adeguamento dei sistemi informativi attualmente in uso per integrare la rilevazione delle patologie attraverso la codifica ICD10 e ICF e consentire la gestione informatica del percorso riabilitativo, dal progetto riabilitativo fino alla sua conclusione, e la gestione dell'accesso dei pazienti alle prestazioni riabilitative;

TENUTO CONTO, altresì, che è in via di attuazione il Sistema Informativo per la riabilitazione (SIR) che rappresenterà un valido strumento ai fini del monitoraggio, della definizione e dell'aggiornamento del fabbisogno dell'assistenza riabilitativa;

RITENUTO, sulla scorta dell'istruttoria della competente Direzione Generale Tutela della Salute e il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, di dover:

- a) aggiornare la programmazione e fissare per l'anno 2022, con validità anche per l'anno 2023 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) fissare per ciascuna azienda Sanitaria Locale, come esposto nell'allegato 1 alla presente deliberazione, i volumi di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 necessari per gli esercizi 2022 e 2023 ed i correlati volumi di spesa determinati utilizzando le tariffe vigenti approvate con la DGRC 531/2021 secondo i seguenti criteri:
  - 1. in continuità e ad integrazione di quanto già previsto con il DCA n. 90/2014 e confermato con il DCA n. 85/2016, 41/2018 e DGRC 394 del 22/9/2021, prevedere una integrazione al criterio della spesa storica per ASL per la determinazione dei tetti di spesa, diversificando la riduzione delle prestazioni ambulatoriali e domiciliari in funzione della posizione di ciascuna ASL rispetto alla media regionale pro capite con i seguenti criteri: - per le ASL di Avellino e Caserta, che risultano al di sotto della media regionale, i volumi massimi 2022/2023 delle prestazioni ambulatoriali e domiciliari sono stati incrementati rispetto ai limiti di spesa fissati per gli anni 2020/2021 in modo tale da ridurre la distanza del numero di prestazioni pro capite di ciascuna di esse dalla media regionale al fine di un progressivo riequilibrio territoriale tra le AA.SS.LL.;
  - 2. l'integrazione dei limiti prestazionali e conseguenti volumi di spesa di prestazioni ambulatoriali/ambulatoriali piccolo gruppo/domiciliare per l'ASL di Avellino e Caserta, di cui al presente provvedimento, tiene conto anche di eventuali maggiori esigenze derivanti da contenziosi definiti o in via di definizione;
  - 3. promozione del maggior ricorso al setting ambulatoriale piccolo gruppo;
  - 4. per il setting ambulatoriale piccolo gruppo, i valori esposti all'allegato 1 sono da intendersi come valore minimo, atteso che le AASSLL possono incrementarli diminuendo i volumi prestazionali ambulatoriale e domiciliare
  - 5. per le prestazioni domiciliari si conferma il limite massimo del 30% del volume complessivo di prestazioni ambulatoriali e domiciliari;
  - 6. per le prestazioni semiresidenziali e residenziali sulla base dei posti letto accreditati, confermando la stima di un tasso di occupazione rispettivamente dell'85% e del 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 alla richiamata 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) stabilire che i tetti prestazionali e i correlati volumi di spesa determinati con il presente provvedimento si applicano per l'anno 2022, e per il successivo anno 2023, salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti;
- d) precisare:
  - d1) che è interesse dell'amministrazione garantire i Livelli Essenziali di Assistenza promuovendo appropriate risposte ai bisogni riabilitativi che sono in rapida evoluzione, attraverso il rispetto dei principi di precocità, tempestività e modificabilità;
  - d2) che al fine 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 massimo al 95% entro il 30 novembre per ciascun anno di riferimento;
  - d3) 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 limite stabilito al precedente punto 2;
- e) precisare che:
  - e1) in linea con le disposizioni di cui alle Linee Guida per la riabilitazione emanate con la delibera della Giunta Regionale n. 482 del 25 marzo 2004 (BURC n. 22/2004) - che al punto 5.2 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;
- e2) 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 Azienda debba provvedere a riservare non meno dell'80% del volume prestazionale ambulatoriale e ambulatoriale piccolo gruppo programmato come da Allegato 1, a cittadini residenti nel territorio della ASL medesima e comunque da essa assistibili. Il Direttore Generale dell'ASL debba garantire il rispetto di tale disposizione, provvedendo a specificare nel contratto di struttura la quota da erogarsi rispettivamente ai pazienti residenti e non residenti, adottando idonee misure organizzative;
- e3) che ciascuna ASL debba riservare non meno del 40% del volume complessivo programmato come indicato nell'Allegato 1 di prestazioni ambulatoriali/ambulatoriali piccolo gruppo di riabilitazione ex art. 26 a soggetti in età evolutiva;
- f) di stabilire che le singole ASL fisseranno i volumi prestazionali massimi ed i limiti di spesa riconoscibili nell'esercizio 2022 e 2023 per singolo Centro erogatore accreditato di prestazioni ex art. 26 entro i limiti esposti nell'allegato n. 1 alla presente deliberazione con le seguenti principali specificazioni:
- f1) per il regime ambulatoriale e domiciliare di riabilitazione ex art. 26, ciascuna ASL, entro la Capacità Operativa Massima, fissa tetti di volumi prestazionali per setting assistenziali entro il volume stabilito nell'allegato n. 1 al presente provvedimento tenendo conto: sia dei volumi prestazionali medi riconosciuti negli anni dal 2017-2021 di ciascuna struttura, che di ulteriori elementi specifici, ritenuti significativi e da considerare con ragionevolezza ed equità, quali: localizzazione delle strutture, carenza territoriale, accessibilità, bacino e tipologia di utenza, vocazione e tecnologie disponibili della struttura, nell'ambito della propria autonomia, previa apposita e motivata delibera del Direttore Generale, 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 provvedimento; garantirà il rispetto del limite massimo del 30% del numero complessivo di prestazioni ambulatoriali e domiciliari, per le prestazioni domiciliari, fatte salve eventuali diverse attribuzioni che saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura; garantirà inoltre il rispetto del limite minimo delle prestazioni ambulatoriali piccolo gruppo, che potranno essere aumentate con corrispondente riduzione di quelle ambulatoriali e/o domiciliari;
- f2) 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 e ambulatoriali piccolo gruppo a soggetti in età evolutiva, individuando i centri erogatori ai quali riservare quota di tali prestazioni sulla base del volume medio di prestazioni per tale fascia d'età dal 2017-2021 di ciascun centro; eventuali diverse attribuzioni saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura;
- f3) per i setting semiresidenziale e residenziale ex art. 26, ciascuna ASL fissa tetti di volumi prestazionali sulla base dei posti letto accreditati, stimando un tasso di occupazione rispettivamente dell'85% e del 95% delle giornate di degenza, e volumi di spesa, calcolati eventualmente in base a tassi di occupazione più elevati e all'effettivo mix assistenziale tra prestazioni ex art. 26 e oltre i 240 giorni, anche tenendo conto dei dati di produzione degli anni dal 2017-21, purché entro il limite dei volumi prestazionali fissati con il presente provvedimento. 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.;

#### RITENUTO, altresì

- a. di dover precisare che, anche in considerazione dell'adeguamento dei volumi prestazionali ambulatoriali e domiciliari di cui al presente provvedimento, nonché della opportunità di incrementare il ricorso appropriato ai setting residenziale e semiresidenziale per effetto della reale e corretta applicazione dei percorsi riabilitativi approvati con i DD.CC.AA. 23/2015 e 23/2016, 24/2016 69/2017 e 70/2017 richiamati in premessa, 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;
- b. di dover precisare che i volumi prestazionali complessivi di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 non possono essere incrementati nemmeno in caso di risparmio dei volumi di prestazioni di RSA/Hospice e altre prestazioni socio sanitarie, mentre è consentito il contrario;

- c. di dover stabilire che le AA.SS.LL., entro 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento individuino le quantità di prestazioni da acquistare da ciascuna struttura accreditata per prestazioni di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78 per l'anno 2022, stipulando i relativi contratti secondo lo schema allegato 3, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
- d. in considerazione del fatto che i trattamenti riabilitativi si sviluppano in cicli e non per singole prestazioni, di non riproporre la ripartizione in dodicesimi del volume prestazionale e di spesa assegnato ai singoli centri, misura che non incide significativamente sulla capacità dei centri erogatori di prendere in trattamento i pazienti diminuendo i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni;
- e. di dover stabilire che la presente deliberazione sarà immediatamente notificata alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste a tutti ai centri privati accreditati che erogano prestazioni di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78;
- f. di dover 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;
- g. di dover dare disposizione a SoReSa, in collaborazione con la Direzione Generale Tutela della Salute, che i sistemi informativi attualmente in uso vengano adeguati per integrare la rilevazione delle patologie attraverso la codifica ICD10 e ICF, la completa gestione dei percorsi riabilitativi e l'accesso ai trattamenti presso i centri accreditati;
- h. di dover dare mandato alla Direzione Generale Tutela della Salute in collaborazione con SO.RE.SA. S.p.A. di avviare tutte le procedure ai fini della determinazione del fabbisogno della macroarea della riabilitazione territoriale anche in considerazione dell'adeguamento in corso (attraverso la piattaforma SIR) dei sistemi informativi attualmente in uso;
- i. di dover confermare il mandato ai Direttori Generali, al fine di garantire continuità e tempestività assistenziale per bisogni ritenuti indifferibili, di adottare misure organizzative interne e dare indirizzi ai centri erogatori per la presa in carico prioritaria dei soggetti con bisogni riabilitativi indifferibili, in particolare per l'età evolutiva, anche tenendo conto della minore età e della complessità del bisogno, rispettando il limite del 95% del tetto prestazionale e di correlata spesa al 30 novembre, garantendo l'attività anche per il mese di dicembre;
- j. di dover precisare che per le strutture sanitarie private accreditate che non sottoscrivano il contratto approvato dal presente provvedimento, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente - fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria - in quanto prive di contratto, dal 31 luglio 2022 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);
- k. di dover precisare che i limiti di spesa assegnati dal presente provvedimento hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé, il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la Capacità Operativa Massima, e la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo prestazionale e di spesa prefissato dalla presente deliberazione;

Propone e la Giunta, in conformità, a voto unanime

## DELIBERA

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

- 1) di programmare per gli anni 2022/2023 i volumi di prestazioni e i correlati volumi di spesa per la macroarea della riabilitazione territoriale ex art. 26 Legge 833/78;
- 2) di stabilire per ciascuna Azienda Sanitaria Locale, secondo quanto risulta nel documento Allegato n. 1 al presente provvedimento, i volumi massimi di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 ed i correlati volumi di spesa secondo i seguenti criteri:
  - a. per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari, in continuità e ad integrazione di quanto già previsto con il DCA n. 90/2014 e confermato con il DCA n. 85/2016, 41/2018 e DGRC 394 del 22/9/2021, prevedere una integrazione al criterio della spesa storica per ASL per la determinazione dei tetti di spesa, diversificando la riduzione delle prestazioni ambulatoriali e domiciliari in funzione della posizione di ciascuna ASL rispetto alla media regionale pro capite con i seguenti criteri: - per le ASL di Avellino e Caserta, che risultano al di sotto della media regionale, i volumi massimi 2022/2023 delle prestazioni ambulatoriali e domiciliari sono

- stati incrementati rispetto ai limiti di spesa fissati per gli anni 2020/2021 in modo tale da ridurre la distanza del numero di prestazioni pro capite di ciascuna di esse dalla media regionale al fine di un progressivo riequilibrio territoriale tra le AA.SS.LL.;
- b. che l'integrazione dei limiti prestazionali e conseguenti volumi di spesa di prestazioni ambulatoriali/ambulatoriali piccolo gruppo/domiciliare per l'ASL di Avellino e Caserta, di cui al presente provvedimento, tiene conto anche di eventuali maggiori esigenze derivanti da contenziosi definiti o in via di definizione;
  - c. promozione del maggior ricorso al setting ambulatoriale piccolo gruppo;
  - d. per il setting ambulatoriale piccolo gruppo, i valori esposti all'allegato 1 sono da intendersi come valore minimo, atteso che le AASSLL possono incrementarli diminuendo i volumi prestazionali ambulatoriale e domiciliare
  - e. per le prestazioni domiciliari si conferma il limite massimo del 30% del volume complessivo di prestazioni ambulatoriali e domiciliari;
  - f. per le prestazioni semiresidenziali e residenziali sulla base dei posti letto accreditati, confermando la stima di un tasso di occupazione rispettivamente dell'85% e del 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 alla richiamata 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;
- 3) di individuare criteri ulteriori rispetto a quello della spesa storica per ASL per la determinazione dei tetti di spesa, al fine di renderli maggiormente aderenti ai fabbisogni di prestazioni sanitarie delle popolazioni residenti in ciascuna ASL, anche limitando la necessità dei pazienti di spostarsi verso territori non di residenza per effetto della disomogenea localizzazione dei centri erogatori e della capacità di spesa di ciascuna ASL, come risulta anche dall'Allegato 2 al DCA 41/2018;
  - 4) di precisare che i tetti prestazionali e i correlati volumi di spesa determinati con il presente provvedimento si applicano per l'anno 2022, e per il successivo anno 2023, salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti;
  - 5) di confermare gli indicatori di cui all'Allegato 3 al DCA 41/2018 ai fini del monitoraggio dell'offerta riabilitativa;
  - 6) 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;
  - 7) di stabilire che:
    - a. al fine di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni e il grado di soddisfacimento dei bisogni dei cittadini da parte della ASL di residenza, ciascuna Azienda debba provvedere a riservare non meno dell'80% del volume prestazionale ambulatoriale e ambulatoriale piccolo gruppo programmato come da Allegato 1, a cittadini residenti nel territorio della ASL medesima e comunque da essa assistibili. Il Direttore Generale dell'ASL debba garantire il rispetto di tale disposizione, provvedendo a specificare nel contratto di struttura la quota da erogarsi rispettivamente ai pazienti residenti e non residenti, adottando idonee misure organizzative;
    - b. ciascuna ASL riservi non meno del 40% del volume complessivo programmato come indicato nell'Allegato 1 di prestazioni ambulatoriali/ambulatoriali piccolo gruppo di riabilitazione ex art. 26 a soggetti in età evolutiva;
  - 8) di stabilire, altresì, che le singole ASL fisseranno i volumi prestazionali massimi ed i limiti di spesa riconoscibili nell'esercizio 2022 e 2023, per singolo Centro erogatore accreditato di prestazioni ex art. 26, entro i limiti esposti nell'allegato n. 1 al presente provvedimento, con le seguenti principali specificazioni:
    - a. per il regime ambulatoriale e domiciliare di riabilitazione ex art. 26, ciascuna ASL, entro la Capacità Operativa Massima, fissa tetti di volumi prestazionali per setting assistenziali entro il volume stabilito nell'allegato n. 1 al presente provvedimento tenendo conto: sia dei volumi prestazionali medi riconosciuti negli anni dal 2017-2021 di ciascuna struttura, che di ulteriori elementi specifici, ritenuti significativi e da considerare con ragionevolezza ed equità, quali: localizzazione delle strutture, carenza territoriale, accessibilità, bacino e tipologia di utenza, vocazione e tecnologie disponibili della struttura, nell'ambito della propria autonomia, previa apposita e motivata delibera del Direttore Generale, 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 provvedimento; garantirà il rispetto del limite massimo del 30% del numero complessivo di prestazioni ambulatoriali e domiciliari, per le prestazioni domiciliari, fatte salve eventuali diverse attribuzioni che saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura; garantirà inoltre il rispetto del limite minimo delle prestazioni ambulatoriali piccolo gruppo, che potranno essere aumentate con corrispondente riduzione di quelle ambulatoriali e/o domiciliari;

- 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 e ambulatoriali piccolo gruppo a soggetti in età evolutiva, individuando i centri erogatori ai quali riservare quota di tali prestazioni sulla base del volume medio di prestazioni per tale fascia d'età dal 2017-2021 di ciascun centro; eventuali diverse attribuzioni saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura;
- c. per i setting semiresidenziale e residenziale ex art. 26, ciascuna ASL fissa 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 eventualmente in base a tassi di occupazione più elevati e all'effettivo mix assistenziale tra prestazioni ex art. 26 e oltre i 240 giorni, anche tenendo conto dei dati di produzione degli anni dal 2017-21, purché entro il limite dei volumi prestazionali fissati con il presente provvedimento. 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.;
- 9) di precisare che i volumi prestazionali di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 non possono essere in alcun modo incrementati neanche in caso di risparmio dei volumi di prestazioni di RSA/Hospice e altre prestazioni socio sanitarie, mentre è consentito il contrario;
- 10) di stabilire che le AA.SS.LL entro 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento individuino le quantità di prestazioni da acquistare da ciascuna struttura accreditata per prestazioni di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78 per l'anno 2022, stipulando i relativi contratti secondo lo schema allegato 2, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
- 11) di confermare il mandato ai Direttori Generali, al fine di garantire continuità e tempestività assistenziale per bisogni ritenuti indifferibili, di adottare misure organizzative interne e dare indirizzi ai centri erogatori per la presa in carico prioritaria dei soggetti con bisogni riabilitativi indifferibili, in particolare per l'età evolutiva, anche tenendo conto della minore età e della complessità del bisogno, rispettando il limite del 95% del tetto prestazionale e di correlata spesa al 30 novembre, garantendo l'attività anche per il mese di dicembre;
- 12) di non riproporre la ripartizione in dodicesimi del volume prestazionale e di spesa assegnato ai singoli centri, misura che non incide significativamente sulla capacità dei centri erogatori di prendere in trattamento i pazienti diminuendo i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni, in considerazione del fatto che i trattamenti riabilitativi si sviluppano in cicli e non per singole prestazioni;
- 13) di fare obbligo, altresì, ai Direttori Generali di assicurare la corretta e puntuale compilazione del File H per le prestazioni di riabilitazione ex art. 26, 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;
- 14) di precisare che i limiti prestazionali e di spesa di cui all'Allegato 1 tengono conto della decorrenza effettiva degli accreditamenti di ciascuna struttura; eventuali risparmi derivanti dalla conclusione dei processi di riconversione da prestazioni di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 a prestazioni sociosanitarie, possono essere utilizzati per prestazioni sociosanitarie;
- 15) di stabilire che il presente provvedimento sarà immediatamente notificato alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste a tutti ai centri privati accreditati che erogano prestazioni di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78;
- 16) di dare disposizione a SoReSa, in collaborazione con la Direzione Generale Tutela della Salute, che i sistemi informativi attualmente in uso vengano adeguati per integrare la rilevazione delle patologie attraverso la codifica ICD10 e ICF, la completa gestione dei percorsi riabilitativi e l'accesso ai trattamenti presso i centri accreditati;
- 17) di dare mandato alla Direzione Generale Tutela della Salute in collaborazione con SO.RE.SA. S.p.A. di avviare tutte le procedure ai fini della determinazione del fabbisogno della macroarea della riabilitazione territoriale anche in considerazione dell'adeguamento in corso (attraverso la piattaforma SIR) dei sistemi informativi attualmente in uso
- 18) di precisare che per le strutture sanitarie private accreditate che non sottoscrivano il contratto approvato dal presente provvedimento, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente - fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria - in quanto prive di contratto, dal 31 luglio 2022 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);
- 19) di precisare che i limiti di spesa assegnati dal presente provvedimento hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la Capacità Operativa Massima, e la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo prestazionale e di spesa prefissato dal presente provvedimento;

- 20) di trasmettere copia del presente provvedimento alla Direzione Generale Tutela della Salute e il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, alla Direzione Generale per le Politiche Sociali e socio-sanitarie, al BURC per tutti gli adempimenti in materia di pubblicità e trasparenza.



## GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

DELIBERAZIONE n°	349	del	07/07/2022	DIR.GEN./DIR. STAFF (*)	UOD/STAFF DIR.GEN.
				DG 04	12

**OGGETTO :**

***Definizione per l'esercizio 2022 e 2023 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 della riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78.***

QUADRO A	CODICE	COGNOME	MATRICOLA	FIRMA
PRESIDENTE <input type="checkbox"/> ASSESSORE <input type="checkbox"/>		<i>Presidente De Luca Vincenzo</i>		<i>14/07/2022</i>
DIRETTORE GENERALE / DIRIGENTE STAFF		<i>Avv. Postiglione Antonio</i>	<i>15437</i>	<i>14/07/2022</i>

VISTO DIRETTORE GENERALE ATTIVITA' ASSISTENZA GIUNTA	COGNOME	FIRMA	
DATA ADOZIONE	<i>07/07/2022</i>	INVIATO PER L'ESECUZIONE IN DATA	<i>14/07/2022</i>

**AI SEGUENTI UFFICI:**

- 40 . 1 : Gabinetto del Presidente**
- 50 . 4 : DG per la tutela della salute e il coordin. del sist. sanitario regionale**
- 50 . 5 : Direzione Generale per le politiche sociali e socio-sanitarie**

***Dichiarazione di conformità della copia cartacea:***

Il presente documento, ai sensi del T.U. dpr 445/2000 e successive modificazioni è copia conforme cartacea dei dati custoditi in banca dati della Regione Campania.

Firma

-----

(\*)

DG= Direzione Generale

US= Ufficio Speciale

SM= Struttura di Missione

UDCP= Uffici di Diretta Collaborazione con il Presidente

**STRUTTURE DI RIABILITAZIONE EX ART. 26 LEGGE 833/78 - Limiti preestazioni e di spesa anno 2022**

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				
ASL	TOT PREST RIABILITAZI					Riabilitazione				
	AMB	AMB PG	DOM	res+semires	ONE	AMB	AMB PG	DOM	resid. E semires	TOT valorizz. Riabilitazione
AV	186.169	5.641	80.593	52.230	324.633	8.236	83	3.880	5.809	18.008
BN	206.962	6.272	89.594	28.220	331.048	9.156	92	4.313	3.406	16.968
CE	504.787	15.297	218.523	55.752	794.358	22.332	225	10.520	4.528	37.605
NA1	652.734	19.780	282.569	188.445	1.143.528	28.877	292	13.603	13.526	56.297
NA2	655.292	19.857	283.676	116.112	1.074.937	28.990	293	13.656	10.548	53.487
NA3	764.689	23.172	331.034	167.729	1.286.624	33.830	342	15.936	16.532	66.640
SA	592.642	17.959	256.555	292.596	1.159.752	26.218	265	12.351	30.471	69.304
	<b>3.563.275</b>	<b>107.978</b>	<b>1.542.544</b>	<b>901.083</b>	<b>6.114.880</b>	<b>157.639</b>	<b>1.592</b>	<b>74.258</b>	<b>84.821</b>	<b>318.310</b>

**STRUTTURE DI RIABILITAZIONE EX ART. 26 LEGGE 833/78 - Limiti preestazioni e di spesa anno 2023**

Volumi massimi di prestazioni acquistabili dai centri operanti in						Corrispondenti volumi di spesa espressi in migliaia di euro				
ASL	TOT PREST RIABILITAZI					Riabilitazione				
	AMB	AMB PG	DOM	res+semires	ONE	AMB	AMB PG	DOM	resid. E semires	TOT valorizz. Riabilitazione
AV	186.169	5.641	80.593	52.230	324.633	8.236	83	3.880	5.809	18.008
BN	206.962	6.272	89.594	28.220	331.048	9.156	92	4.313	3.406	16.968
CE	504.787	15.297	218.523	55.752	794.358	22.332	225	10.520	4.528	37.605
NA1	652.734	19.780	282.569	188.445	1.143.528	28.877	292	13.603	13.526	56.297
NA2	655.292	19.857	283.676	116.112	1.074.937	28.990	293	13.656	10.548	53.487
NA3	764.689	23.172	331.034	158.039	1.276.934	33.830	342	15.936	15.837	65.944
SA	592.642	17.959	256.555	292.596	1.159.752	26.218	265	12.351	30.471	69.304
	<b>3.563.275</b>	<b>107.978</b>	<b>1.542.544</b>	<b>891.393</b>	<b>6.105.190</b>	<b>157.639</b>	<b>1.592</b>	<b>74.258</b>	<b>84.125</b>	<b>317.614</b>

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

Contratto tra la struttura:

Partita IVA: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA): \_\_\_\_\_  
 con sede legale in \_\_\_\_\_ (Prov: \_\_\_\_\_ ; CAP: \_\_\_\_\_)  
 Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ per la sede operativa sita in \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
 autorizzata all'esercizio ai sensi della DGRC n. 3958/2001 e smi con provvedimento n. \_\_\_\_\_  
 del \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_, accreditata con il SSR con decreto n. \_\_\_\_\_ del  
 \_\_\_\_\_ per erogare prestazioni di riabilitazione estensiva territoriale cd ex art. 26 Legge 833/78 in  
 regime \_\_\_\_\_ (*residenziali, e/o semiresidenziali e/o*  
*ambulatoriali e domiciliari*) legalmente rappresentato/a \_\_\_\_\_ dal/la  
 sottoscritto/a \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_ come da fotocopia  
 della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL che redige il presente atto;  
 il / la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 T.U.  
 445/2000, dichiara:

- di intervenire al presente atto in qualità di rappresentate legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- che non si trova in stato di fallimento e/o di liquidazione coatta, salvi i casi in cui sia in corso un procedimento giudiziario per il risanamento e la prosecuzione dell'attività d'impresa;
- che non è pendente nei suoi confronti o della compagine sociale procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27/12/1956 n. 1423 e che non sussistono le cause ostative previste all'art. 10 della legge 31/5/1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b) art. 38, comma 1, D.Lgs 163/2006;
- non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c), del D. Lgs. n. 231/2001 e s.m.i. o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione;
- di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;
- di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. n. del \_\_\_/\_\_\_/201\_\_.

**E**

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

**PER**

regolare i volumi di prestazioni e economici, e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78, da erogarsi nel periodo 1° gennaio 202\_\_ - 31 dicembre 202\_\_, contratto redatto in conformità alla delibera di Giunta Regionale n. \_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

**PREMESSO**

- che con delibera di Giunta Regionale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ la Regione Campania ha fissato il fabbisogno di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 per l'anno 202\_\_, che rappresenta pertanto la quantità di prestazioni che il SSR può erogare, ferma restando la compatibilità con la disponibilità di risorse finanziarie e con gli equilibri finanziari, e ha adottato anche i relativi schemi contrattuali, cui si uniforma il presente contratto;

**Si conviene quanto segue:**

**Art. 1**

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

**Art. 2****(Oggetto e durata)**

Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 (come definita nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"), comprensivi delle prestazioni che superino i 240 giorni di trattamento da remunerarsi con le tariffe sociosanitarie ai sensi del DCA n. 6/2010, che la ASL \_\_\_\_\_ acquista dalla sottoscritta struttura erogatrice, da erogarsi nel periodo 1° gennaio 202\_\_ - 31 dicembre 202\_\_, da parte della sottoscritta struttura privata, ed i correlati limiti di spesa. Pertanto, la

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

disciplina recata dal presente contratto fissa limiti massimi entro i quali possono rientrare dette prestazioni da erogarsi nel corso dell'anno 202\_\_.

**Art. 3****(Quantità delle prestazioni)**

1. Il volume di prestazioni riabilitative ex art. 26 L. 833/78 che la ASL, entro il limite massimo attribuito alla stessa, prevede di dover acquistare annualmente nel periodo 1° gennaio 202\_\_ - 31 dicembre 202\_\_, dalla sottoscritta struttura privata accreditata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre di ciascun anno solare è determinato in: *(specificare l'importo 2022 e quello 2023, se diversi)*
  - a) N° .....prestazioni Ambulatoriali
  - b) N° .....prestazioni Ambulatoriali P.G.;
  - c) Almeno il \_\_\_\_ % delle prestazioni ambulatoriali/ambulatoriali Piccolo Gruppo deve essere dedicato a soggetti in età evolutiva;
  - d) Almeno il \_\_\_\_% delle prestazioni ambulatoriali/ambulatoriali Piccolo Gruppo deve essere dedicato a cittadini residenti o assistibili dalla ASL che sottoscrive il presente contratto;
  - e) N° .....prestazioni Domiciliari; le prestazioni domiciliari remunerate possono essere erogate esclusivamente a cittadini residenti o comunque assistibili dalla ASL che sottoscrive il contratto, e a cittadini residenti nelle ASL confinanti territorialmente;
  - f) N° .....prestazioni Semi Residenziali
  - g) N. ....prestazioni Residenziali;
2. il mix di prestazioni potrà essere diverso nel rispetto di quanto previsto dal successivo art. 4 commi 3,4, e 5, purché siano rispettati i limiti di spesa fissati nel successivo art. 4 e purché l'erogazione delle prestazioni avvenga in corso d'anno nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre di ciascun anno solare. In ogni caso non sarà riconosciuto liquidabile il numero di prestazioni di riabilitazione domiciliare eventualmente eccedente il 30% del totale delle prestazioni di cui alle lettere a), b) e c) del precedente comma 1, fatte salve eventuali diverse attribuzioni che saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura.

**Art. 4****(Rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)**

1. Le prestazioni di cui al precedente art. 3 sono valorizzate e vengono remunerate applicando le seguenti tariffe: per le prestazioni ambulatoriali, ambulatoriali piccolo gruppo, domiciliari, semiresidenziali e residenziali sono applicate le tariffe per la macroarea riabilitazione approvate con DGRC n. 531/2021; per le prestazioni residenziali e semiresidenziali che superano i 240 giorni di degenza per il medesimo paziente, sono applicate le tariffe sociosanitarie approvate con la citata DGRC n. 531/2021, fatti salvi i casi previsti dalle linee guida regionali sulla riabilitazione approvate con DGR n. 482 del 2004 laddove sia verificato che le esigenze riabilitative non possono essere soddisfatte in RR.SS.AA. e nelle more dell'aggiornamento della disciplina delle attività di riabilitazione extraospedaliera erogate in regime residenziale;
2. Il limite di spesa e, quindi, il fatturato a carico della ASL, per il periodo 1° gennaio 202\_\_– 31 dicembre 202\_\_, corrispondente al volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato come segue: *(specificare l'importo 2022 e quello 2023, se diversi)*
  - a) per le prestazioni ambulatoriali : Euro.....;
  - b) per le prestazioni amb P.G. : Euro .....
  - c) per le prestazioni domiciliari di riabilitazione : Euro .....
  - d) per le prestazioni semi residenziali: Euro ..... (al netto della quota di compartecipazione dell'utente/Comune, dovuta in caso di superamento dei 240 giorni di degenza e secondo quanto previsto dalla DGR n. 482/2004, stimata in € \_\_\_\_\_ di cui è unico debitore l'utente o il Comune di residenza);
  - e) per le prestazioni residenziali: Euro ..... (al netto della quota di compartecipazione dell'utente/Comune, dovuta in caso di superamento dei 240 giorni di degenza, stimata in € \_\_\_\_\_ di cui è unico debitore l'utente o il Comune di residenza);
3. Nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti nel comma precedente, 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. Altresì è consentito che un superamento dei limiti di spesa relativo alle prestazioni ambulatoriali P.G. possa essere compensato da un risparmio sul limite di spesa stabilito per le prestazioni ambulatoriali; mentre non è consentita la condizione opposta.
4. 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

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

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 ex 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 di ciascun anno solare: pertanto, nulla spetterà alla sottoscritta struttura, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto consumo massimo.

5. La sottoscritta struttura potrà recuperare nel mese successivo l'eventuale volume di prestazioni non richiesto dagli aventi diritto, rispetto alla percentuale massima fissata al comma precedente: si precisa, comunque, che nulla spetterà né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per il caso in cui detto volume non sia stato recuperato entro il termine di durata del presente contratto.

**Art. 5****(Criteri di remunerazione delle prestazioni)**

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle vigenti tariffe regionali fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati dalla Regione. Per le prestazioni cui si applica la tariffa per RSA o Centro Diurno socio sanitari, ai sensi della normativa vigente, la sottoscritta struttura privata ha l'obbligo di fatturare alla ASL esclusivamente la quota delle tariffe dovuta per la componente sanitaria, e all'utente/Comune la quota delle tariffe per la componente sociale, secondo le percentuali riportate al punto n. 1 del dispositivo del decreto commissariale n. 77 dell'11 novembre 2011. Per le strutture interessate dalle riconversioni parziali o totali in strutture socio sanitarie al momento della riconversione la residua quota di dodicesimi del tetto di spesa annuo sarà riservata alle prestazioni riconvertite.
2. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, salvo espresso e diverso provvedimento regionale, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile un superamento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale o del Commissario ad acta, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
3. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, 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, nemmeno a titolo di indebito arricchimento.

**Art. 6****(Modalità di accesso ed erogazione delle prestazioni)**

1. L'erogazione delle prestazioni è subordinata alla redazione del progetto riabilitativo individuale (PRI) e autorizzazione da parte dei competenti servizi aziendali.
2. Predisporre e monitora il progetto riabilitativo individuale la UVBR (Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo) di cui alla Delibera n. 482 del 2004, o, nei casi previsti da specifici atti regionali quali il DCA n. 99/2016, altro organismo di valutazione multidimensionale aventi le funzioni di valutazione del bisogno riabilitativo e redazione e monitoraggio di progetto riabilitativo, in particolare per l'età evolutiva i Nuclei territoriali per la neuropsichiatria infantile. I competenti servizi aziendali della ASL sottoscritta autorizzano la erogazione delle prestazioni previste dal PRI, anche per cittadini provenienti da altre ASL, anche in considerazione dell'andamento dell'attività e del consumo di prestazioni nel corso dell'anno, ai fini del rispetto dei tetti prestazionali e di spesa.
3. Nel caso di permanenza del paziente nella sottoscritta struttura erogatrice oltre i 240 giorni come riportato al precedente art. 4 comma 1, è necessaria valutazione multidimensionale e integrata.
4. Per procedere all'erogazione delle prestazioni la struttura erogatrice è tenuta a verificare preliminarmente la completezza e regolarità del progetto riabilitativo e dell'autorizzazione, segnalando tempestivamente alla ASL eventuali irregolarità o anomalie. La mancata segnalazione alla ASL comporta la non remunerazione della prestazione.

**Art. 7****(Obblighi della struttura erogatrice)**

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

1. La struttura erogatrice sottoscritta, accreditata con il SSR, concorre al raggiungimento e rispetto di obiettivi di sanità pubblica, favorendo le condizioni di maggiore appropriatezza erogativa.
2. Pertanto essa si impegna a svolgere le attività e a erogare le prestazioni nel rispetto delle indicazioni e degli obiettivi indicati nel PRI, relazionando o riferendo al competente servizio aziendale che ha in carico il paziente circa l'andamento del progetto riabilitativo, anche proponendo aggiornamenti o revisioni del PRI o, in caso di inefficacia del trattamento, le dimissioni del paziente. Essa riferisce anche circa il grado di adesione del paziente al PRI, in particolare comunicando alla ASL che ha in carico il paziente i casi in cui la percentuale di partecipazione al progetto riabilitativo non superi il 90% delle prestazioni previste nel periodo di trattamento previsto dal PRI e che comprometta la possibilità di raggiungere gli obiettivi del PRI, comunicando la dimissione del paziente. L'UVBR o altro organismo di valutazione multidimensionale specificamente individuato dalla ASL può esprimere parere contrario alla dimissione entro e non oltre 7 giorni dalla comunicazione della dimissione.
3. La struttura, con riferimento alle prestazioni di cui al precedente art. 3 lettere a) e b) mantiene registri cronologici con numeri d'ordine progressivi distinti per i soggetti in età evolutiva e per gli altri pazienti.
4. La struttura comunica bimestralmente al distretto sanitario di appartenenza le proprie liste d'attesa.
5. La sottoscritta struttura è impegnata ad entrare nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (Sistema INFOrmativo saNità CampanIA di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.) e adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale ( NSIS- FAR – SISM – STS) dalla Regione o dall'Azienda, anche attraverso il puntuale, completo e corretto conferimento delle informazioni richieste attraverso i sistemi informatici individuati dalla Regione e dall'ASL, anche con riferimento alla alimentazione del File H secondo le indicazioni fornite dalla Regione e dalla ASL.
6. La struttura erogatrice si obbliga a collaborare con i programmi regionali e aziendali di verifica dell'appropriatezza, congruità e legittimità delle prestazioni, predisponendo e mantenendo condizioni organizzative necessarie e utili al corretto e regolare svolgimento dell'attività di controllo.

**Art. 8****(Tavolo Tecnico)**

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto esclusivamente da n. .... membri di cui n. .... designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. .... membri nominati dalla ASL. Il Tavolo viene convocato ogni due mesi.
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari (legali rappresentanti) di strutture erogatrici accreditate ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
  - a) monitoraggio congiunto dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti prestazionali di cui all'art. 3 e di spesa definiti dall'art 4;
  - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
  - c) In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che motivatamente procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria, dandone comunicazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute.
  - d) Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura privata si impegna a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento delle fatture relative agli acconti di cui al successivo articolo 9

**Art. 9****(Modalità di pagamento delle prestazioni)**

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la sottoscritta struttura privata fatturerà alla Asl un acconto pari al 95% della produzione mensile, oltre Iva se dovuta.
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).

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

Il diritto al pagamento dei suddetti saldi maturerà entro sessanta giorni dalla data della fattura (*continuando, solo per le strutture private alle quali si applica il comma 4 del precedente art. 5*) e comprenderà la remunerazione della "funzione di costo per rinnovo CCNL" di cui al comma 4 del precedente art. 5, previa separata fatturazione della stessa; per l'esercizio 2020 la fatturazione sarà effettuata in unica soluzione, entro il 31 marzo 2021 e dovrà essere pagata insieme alla liquidazione del saldo del primo trimestre 2021.

4. La ASL entro trenta giorni prima dei termini di cui al comma 3, al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, comunica alla struttura quanto liquidabile a saldo; ed eventualmente richiede alla sottoscritta struttura privata eventuali note credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4 con particolare attenzione ai comma 3-4-5, e art. 9;
5. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della sottoscritta struttura privata, fermo restando che tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il pagamento delle fatture emesse a saldo in corso d'anno non potrà essere effettuato alle scadenze periodiche stabilite nel comma precedente, per la parte corrispondente al superamento della C.O.M. in maturazione.
6. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
7. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
  - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
  - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
  - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
  - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
8. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
9. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiara espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
10. Ai fini del rispetto della normativa sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria, sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del presente contratto:

codice IBAN: \_\_\_\_\_;

presso: \_\_\_\_\_,

generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto:

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

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

1. Il presente contratto esplica efficacia con riferimento al periodo 1° gennaio 202\_\_ - 31 dicembre 202\_\_, nonché al periodo 1° gennaio 202\_\_ - 31 dicembre 202\_\_.
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 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.

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

## art. 12

**(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. 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.
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. 12 (*Clausola di salvaguardia*) del presente contratto.

..... , \_\_\_ / \_\_\_\_\_ 202\_\_

Timbro e firma della ASL \_\_\_\_\_  
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della struttura privata

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_