



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 gli esercizi 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 Sociosanitaria: RSA e CD, Salute Mentale, Hospice, SUAP, Comunita' residenziali e semiresidenziali per soggetti affetti da dipendenze patologiche.

1)	Presidente	Vincenzo	DE LUCA	PRESIDENTE
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) la Deliberazione della Giunta Regionale della Campania n. 460 del 20 marzo 2007 "Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004";
- 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. 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 e 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;

- d) la DGRC 93/DEL 9/3/2021 “definizione per gli esercizi 2020-2021 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, Centri Diurni, dipendenze patologiche, Salute Mentale, Hospice e SUAP;
- e) la DGRC 519 del 23/11/2021 ha aggiornato la disciplina di cui alla DGRC 2006 del 5/11/2004 ridefinendo i Centri diurni integrati per cittadini anziani non autosufficienti e persone affette da demenze come Centro diurno per adulti non autosufficiente e Centro diurno demenze
- f) la DGRC 531 del 30/11/2021 sono state aggiornate le tariffe delle prestazioni RSA/Centri diurni per adulti/anziani e disabili non autosufficienti di cui al DCA 110/2014;
- g) con DGRC 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 e adulti/anziani non autosufficienti di cui alla DGRC 93/2021 in applicazione dell’aggiornamento tariffario deliberato con la DGRC 531 del 30/11/2021;

VISTI

- a) la DGRC 666/2011 che ha fissato la tariffa per le prestazioni rese nelle Comunità/Case alloggio;
- b) il DCA 70/2012, che ha fissato la tariffa per le prestazioni rese in strutture denominate Speciali Unità di Accoglienza Permanente – SUAP;
- c) il DCA 128/2012 che ha determinato la tariffa per le prestazioni erogate in favore dei malati terminali in strutture denominate Hospice;
- d) il DCA 94/2014 “Riconversione case di cura neuropsichiatriche. Verbale di accordo del 2.7.2014. Determinazioni.
- e) il DCA 110/2014 che ha fissato le tariffe per le prestazioni sociosanitarie erogate dalle RSA/CD anziani non autosufficienti e disabili;
- f) il DCA 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);
- g) il DCA 193/2016 “Riconversione delle Case di Cura Neuropsichiatriche e definizione delle nuove Tariffe per le Strutture Residenziali Psichiatriche
- h) il DCA 79/2017 che ha modificato ed integrato il DCA 70/2012;
- i) il DCA 11/2018 che, a modifica ed integrazione del DCA 193/2016, ha aggiorna le tariffe per le strutture residenziali e semiresidenziali psichiatriche a far data dal1/1/2018, 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;
- j) il DCA 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”
- k) il DCA 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;
- l) il DCA 54 del 4/7/2019 di Approvazione dell’Accordo di riconversione posti letto in eccesso strutture residenziali per cittadini con dipendenza da sostanze;
- m) il DCA 83 del 31/10/2019 “Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019 – 2021”;

TENUTO CONTO che dall’istruttoria dei competenti uffici della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale risulta

- a) che 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) che detta istruttoria è stata svolta anche sulla base:
 - i. del numero di posti letto accreditati Hospice, 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 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;

- ii. di quanto disposto dal DCA 193/2016 - allegato A paragrafo *“livelli di intensità assistenziale”* lettera a) - che 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)”*.
- iii. della sentenza del TAR Campania Sez. I n. 3323/2019 che, in merito a quanto disposto dal DCA 193/2016 - allegato A paragrafo *“livelli di intensità assistenziale”* lettera a), 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);
- iv. 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;

RITENUTO di dover, in conformità alla menzionata istruttoria:

- a) aggiornare la programmazione e fissare per l’anno 2022, con validità anche per l’anno 2023, i volumi massimi di prestazioni e i correlati valori di spesa per la macroarea Assistenza Sociosanitaria (Salute Mentale, Hospice, Dipendenze patologiche, Speciali Unità di Accoglienza permanente-SUAP, 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 Centri Diurni per anziani/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, salvo successivi aggiornamenti;
- b) fissare per ciascuna Azienda Sanitaria Locale, per l’acquisto da privato, come esposto nell’allegato n. 1 al presente provvedimento, i volumi massimi di prestazioni, per la macroarea Assistenza Sociosanitaria (**escluse le ex Case di cura neuropsichiatriche**), comprendente Hospice, Dipendenze patologiche, Salute Mentale, Speciali Unità di Accoglienza permanente-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), 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 per l’esercizio 2022 ed i correlati volumi di spesa 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 con la precisazione che essi non tengono conto della decorrenza effettiva degli accreditamenti di ciascuna struttura;
- c) stabilire che le AA.SS.LL. per le strutture sanitarie e sociosanitarie private (escluse le ex Case di cura neuropsichiatriche):
 - debbano fissare i volumi prestazionali massimi con correlati valori di spesa riconoscibili nell’esercizio 2022 e 2023, per singolo Centro erogatore accreditato entro i limiti prestazionali esposti nell’allegato n. 1 al presente provvedimento, con la specificazione che per il 2022 i limiti prestazionali e di spesa devono essere commisurati al periodo di effettivo di accreditamento delle strutture accreditate nel corso del 2022;
 - debbano stipulare per l’effetto, entro 15 giorni dalla notifica del presente atto, i relativi contratti ex art. 8 quinquies secondo lo schema allegato 3, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;

- 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 residenziali e semiresidenziali in Hospice, Dipendenze patologiche, Salute Mentale, Speciali Unità di Accoglienza permanente-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), 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, in quantità e valore economico suddivisi per l'esercizio 2022 e 2023 e per singola tipologia di prestazione;
 - d) precisare che i limiti prestazionali e di spesa per le cd case di cura neuropsichiatriche vengono calcolati sulla base dei posti letto accreditati come SIR, Centri Diurni Psichiatrici, Hospice e SUAP, mantenendo lo stesso tasso di occupazione dei PL previsto dal DCA 96/2018, applicando le tariffe stabilite dal DCA 11/2018 ai posti letto accreditati come SIR e Centri Diurni Psichiatrici, dal DCA 128/2012 ai posti letto Hospice e dal DCA 79/2017 ai posti letto SUAP;
 - e) confermare per l'anno 2022, con validità anche per l'anno 2023, per le cd case di cura neuropsichiatriche i limiti di prestazioni e conseguenti limiti di spesa di cui all'allegato 2 della DGRC 93 del 9/03/2021 e riportati integralmente all'allegato 2 del presente provvedimento, utilizzando lo schema di contratto allegato al presente provvedimento (allegato 3); 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; 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;
 - f) stabilire, altresì, che le AA.SS.LL. per le ex Case di cura neuropsichiatriche come da riconversione da DCA 94/2014:
- debbano fissare i volumi prestazionali massimi con correlati valori di spesa riconoscibili nell'esercizio 2022 e 2023, per singolo Centro erogatore entro i limiti prestazionali esposti nell'allegato n. 2 al presente provvedimento;
- debbano stipulare per l'effetto, entro 15 giorni dalla notifica del presente atto, i relativi contratti ex art. 8 quinquies secondo lo schema allegato 3, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
- 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 2022 e 2023 e per singola tipologia di prestazione;

RITENUTO, altresì, sulla base dell'istruttoria dei competenti uffici regionali, di dover

- a) precisare che i limiti di prestazioni e di spesa per le Comunità/Case alloggio, di cui al Regolamento 4 del 7/4/2014, sono valorizzati al netto della quota di compartecipazione a carico dell'utente/comune/Ambito di residenza, e quantificate sulla base dei posti letto attivi e dei pazienti in carico ai servizi di salute mentale nell'anno 2019;
- b) precisare 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;
- c) confermare per le Comunità/Case alloggio quanto previsto dal DCA 53/2018 in merito al divieto di rilascio di nuove autorizzazioni;
- d) 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 c);
- 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 i tetti prestazionali e i correlati volumi di spesa determinati con il presente atto debbano applicarsi per l'anno 2022, e per il successivo anno 2023, salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi provvedimenti;

- g) di fare obbligo, altresì, ai Direttori Generali di assicurare la corretta e puntuale compilazione del File H, e garantire 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;
- h) di precisare che per le strutture sanitarie private accreditate che non sottoscrivono il contratto approvato dal presente atto, 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 2022 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);
- i) di precisare che i limiti di spesa assegnati ai sensi del presente atto 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 atto;

VISTI

- a) 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)
- b) La DGR n. 107/2014 – Approvazione Catalogo dei servizi sociali

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 aggiornare la programmazione e fissare per l'anno 2022, con validità anche per l'anno 2023, i volumi massimi di prestazioni e i correlati valori di spesa per la macroarea Assistenza Sociosanitaria (Salute Mentale, Hospice, Dipendenze patologiche, Speciali Unità di Accoglienza permanente-SUAP, 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 Centri Diurni per anziani/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, salvo successivi aggiornamenti;
- 2) di fissare per ciascuna Azienda Sanitaria Locale, per l'acquisto da privato, secondo quanto risulta nell'allegato n. 1 al presente provvedimento, i volumi massimi di prestazioni, per la macroarea Assistenza Sociosanitaria (**escluse le ex Case di cura neuropsichiatriche**), comprendente Hospice, Dipendenze patologiche, Salute Mentale, Speciali Unità di Accoglienza permanente-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), 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 per l'esercizio 2022 ed i correlati volumi di spesa 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 con la precisazione che essi non tengono conto della decorrenza effettiva degli accreditamenti di ciascuna struttura;
- 3) di stabilire che le AA.SS.LL. per le strutture sanitarie e sociosanitarie private (escluse le ex Case di cura neuropsichiatriche):
 - a) fissino i volumi prestazionali massimi con correlati valori di spesa riconoscibili nell'esercizio 2022 e 2023, per singolo Centro erogatore accreditato entro i limiti prestazionali esposti nell'allegato n. 1 al presente provvedimento, con la specificazione che per il 2022 i limiti prestazionali e di spesa devono essere commisurati al periodo di effettivo di accreditamento delle strutture accreditate nel corso del 2022;
 - b) stipolino per l'effetto, entro 15 giorni dalla notifica del presente atto, i relativi contratti ex art. 8 quinquies secondo lo schema allegato 3, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;

- c) adottino una delibera del Direttore Generale, nella quale daranno atto dei contratti stipulati ai sensi del presente provvedimento con i centri privati eroganti prestazioni residenziali e semiresidenziali in Hospice, Dipendenze patologiche, Salute Mentale, Speciali Unità di Accoglienza permanente-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), 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, in quantità e valore economico suddivisi per l'esercizio 2022 e 2023 e per singola tipologia di prestazione;
- 4) di precisare che i limiti prestazionali e di spesa per le cd case di cura neuropsichiatriche vengono calcolati sulla base dei posti letto accreditati come SIR, Centri Diurni Psichiatrici, Hospice e SUAP, mantenendo lo stesso tasso di occupazione dei PL previsto dal DCA 96/2018, applicando le tariffe stabilite dal DCA 11/2018 ai posti letto accreditati come SIR e Centri Diurni Psichiatrici, dal DCA 128/2012 ai posti letto Hospice e dal DCA 79/2017 ai posti letto SUAP;
- 5) di confermare per l'anno 2022, con validità anche per l'anno 2023, per le cd case di cura neuropsichiatriche i limiti di prestazioni e conseguenti limiti di spesa di cui all'allegato 2 della DGRC 93 del 9/03/2021 e riportati integralmente all'allegato 2 del presente provvedimento; 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; 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;
- 6) di stabilire, altresì, che le AA.SS.LL. per le ex Case di cura neuropsichiatriche come da riconversione da DCA 94/2014:
- fissino i volumi prestazionali massimi con correlati valori di spesa riconoscibili nell'esercizio 2022 e 2023, per singolo Centro erogatore entro i limiti prestazionali esposti nell'allegato n. 2 al presente provvedimento;
 - stipolino per l'effetto, entro 15 giorni dalla notifica del presente atto, i relativi contratti ex art. 8 quinquies secondo lo schema allegato 3, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
 - adottino 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 2022 e 2023 e per singola tipologia di prestazione;
- 7) di stabilire, altresì, che per le Comunità/Case Alloggio i valori di cui all'allegato 1 costituiscono per le ASL limiti alle prestazioni e alla spesa per collocamento dei pazienti presso le strutture risultanti 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;
- 8) di confermare per le Comunità/Case alloggio quanto previsto dal DCA 53/2018 in merito al divieto di rilascio di nuove autorizzazioni;
- 9) 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 7;
- 10) di precisare che i tetti prestazionali e i correlati volumi di spesa determinati con il presente atto si applicano per l'anno 2022, e per il successivo anno 2023, salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi provvedimenti;
- 11) di stabilire che il presente atto sarà immediatamente notificato alle Aziende Sanitarie Locali, e ai Comuni capofila degli Ambiti territoriali;
- 12) di fare obbligo, altresì, ai Direttori Generali di assicurare la corretta e puntuale compilazione del File H, 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;
- 13) di precisare che per le strutture sanitarie private accreditate che non sottoscrivono il contratto approvato dal presente atto, 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 2021, 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);

14) di trasmettere copia del presente atto 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.



GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

DELIBERAZIONE n°	350	del	07/07/2022	DIR.GEN./DIR. STAFF (*)	UOD/STAFF DIR.GEN.
				DG 04	12

OGGETTO :

Definizione per gli esercizi 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 Sociosanitaria: RSA e CD, Salute Mentale, Hospice, SUAP, Comunita' residenziali e semiresidenziali per soggetti affetti da dipendenze patologiche.

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 SANITARIE E SOCIOSANITARIE - LIMITI PRESTAZIONALI E DI SPESA ANNO 2022**

ASL	Volumi massimi annui di prestazioni acquistabili dai centri operanti in ciascuna ASL per i seguenti regimi assistenziali						Corrispondenti volumi annui di spesa al netto della compartecipazione RSA/CD anziani e disabili					
	RSA/CD anziani e disabili- R2D	Hospice/SU AP	Salute mentale	Dipend.Pa t.res/semi res	TOT	Comunità Alloggio	RSA/CD anziani e disabili	Hospice/S UAP	Salute mentale	Dipend.Pa t.res/semi res	TOT	Comunità Alloggio
AV	117.867	2.920	3.468	24.138	148.392	20.608	8.184	561	594	1.440	10.779	731
BN	83.610	0	6.935	9.709	100.254	12.493	5.246	0	1.188	560	6.994	443
CE	187.586	12.775	30.296	56.654	287.310	36.246	12.880	3.221	4.483	3.630	24.215	1.286
NA1	65.088	0	0	0	65.088	54.361	4.435	0	0	0	4.435	1.928
NA2	164.441	5.475	30.994	11.375	212.285	60.444	10.324	1.052	4.013	716	16.104	2.144
NA3	207.181	28.835	10.308	35.022	281.345	59.678	14.915	6.416	1.080	2.346	24.758	2.117
SA	366.259	0	3.468	42.304	412.030	64.595	24.323	0	602	2.654	27.579	2.291
	1.192.031	50.005	85.467	172.266	1.506.703	308.425	80.308	11.250	11.960	11.347	114.865	10.940

STRUTTURE SANITARIE E SOCIOSANITARIE - LIMITI PRESTAZIONALI E DI SPESA ANNO 2023

ASL	Volumi massimi annui di prestazioni acquistabili dai centri operanti in ciascuna ASL per i seguenti regimi assistenziali						Corrispondenti volumi annui di spesa al netto della compartecipazione RSA/CD anziani e disabili					
	RSA/CD anziani e disabili- R2D	Hospice/SU AP	Salute mentale	Dipend.Pa t.res/semi res	TOT	Comunità Alloggio	RSA/CD anziani e disabili	Hospice/S UAP	Salute mentale	Dipend.Pa t.res/semi res	TOT	Comunità Alloggio
AV	117.867	2.920	3.468	24.138	148.392	20.608	8.184	561	594	1.440	10.779	731
BN	83.610	0	6.935	9.709	100.254	12.493	5.246	0	1.188	560	6.994	443
CE	187.586	12.775	30.296	56.654	287.310	36.246	12.880	3.221	4.483	3.630	24.215	1.286
NA1	65.088	0	0	0	65.088	54.361	4.435	0	0	0	4.435	1.928
NA2	164.441	5.475	30.994	11.375	212.285	60.444	10.324	1.052	4.013	716	16.104	2.144
NA3	223.806	28.835	10.308	35.022	297.970	59.678	15.697	6.416	1.080	2.346	25.540	2.117
SA	366.259	0	3.468	42.304	412.030	64.595	24.323	0	602	2.654	27.579	2.291
	1.208.656	50.005	85.467	172.266	1.523.328	308.425	81.089	11.250	11.960	11.347	115.646	10.940



Giunta Regionale della Campania

Case di Cura ex neuropsichiatriche da riconversione DCA 94/2014

ALLEGATO 2

Limiti prestazionali								Corrispondenti volumi di spesa in migliaia di euro						
ASL	Denominazione struttura	N. prestazioni SRP1	N. prestazioni SRP2	N. prestazioni SRP3	N. prest. CD	N. prestazioni SUAP	N. prestazioni HOSPICE	Valorizz SRP1	Valorizz SRP2	Valorizz SRP3	Valorizz CD PSIC	Valorizz SUAP	Valorizz HOSPICE	Tot in mgl/euro
AV	Villa dei Pini	4.421	13.263	17.684	0	0	0	867	2.343	2.848	0	0	0	6.059
BN		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CE	Villa degli Ulivi	2.601	7.802	10.403	0	0	0	510	1.378	1.675	0	0	0	3.564
NA1	Alma Mater Villa Camaldoli	3.468	10.403	13.870	3.420	4.380	4.745	680	1.838	2.234	386	841	1.196	7.175
	Colucci Hermitage	1.907	5.721	7.629	0	0	0	374	1.011	1.229	0	0	0	2.614
NA2		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NA3	Villa Elisa	1.734	5.201	5.895	0	0	0	340	919	949	0	0	0	2.208
SA	La Quietè	2.254	6.762	9.016	0	0	0	442	1.195	1.452	0	0	0	3.089
SA	Villa Chiarugi	5.201	15.604	20.805	0	0	0	1.020	2.757	3.351	0	0	0	7.128
Totale		21.585	64.756	85.301	3.420	4.380	4.745	4.234	11.440	13.738	386	841	1.196	31.836

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), 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 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 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), 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;

Si conviene quanto segue:**Art. 1**

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

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), 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 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*)

- | | |
|--|----------|
| <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. _____ |

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

- in SISEM n. _____
- 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 2022 e quello 2023, se diversi)
 - 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 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.

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

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.

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; 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.

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

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

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;
 - 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 dichiara 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___;

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

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.
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__

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

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata
