



SSR
REGIONE CAMPANIA
ASL CASERTA
VIA UNITÀ ITALIANA, N. 28
81100 CASERTA

I Responsabili della U.O.C
proponenti, a seguito di istruttoria,
dichiara la regolarità giuridico-
amministrativa del provvedimento
proposto.

IL DIRETTORE
Dr. Eraldo Marchese
(timbro e firme)

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Dott. Mario De Biasio
Ai sensi della D.G.R.C. n° 393 del 20/07/2016

N. 490 del 12-05-2017

Oggetto : Decreto del Commissario ad Acta n. 85 del 08/08/2016 e s.m.i

Circolare Regionale n.551 del 02/02/2017
Tetti di Spesa Anno 2017
Attività Riabilitativa ex art 26 L. 833/78

Proposta n. 04/903801/del 22/03/2017

Il Direttore del Servizio Acquisto e Controllo Prestazioni in Accreditamento

PREMESSO

- che la Regione Campania con il Decreto n.85 del 08/08/2016 del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario, all'allegato 01, definiva, per gli anni 2016 e 2017, i limiti massimi entro i quali dovevano rientrare le prestazioni sanitarie afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art 26 L.833/78;
- che il citato Decreto Commissariale, veniva ritualmente notificato a mezzo p.e.c. ai Centri Ambulatoriali di Riabilitazione istituzionalmente accreditati, esistenti nel territorio di quest'Azienda, nonché alle Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative;
- che l'allegato 01 del citato Decreto Commissariale assegnava, all'ASL Caserta, relativamente all'attività riabilitativa ex art 26 L.833/78, l'importo complessivo di Euro 33.513.000,00 ;
- che il richiamato DCA n. 85/2016, al punto 17, lettere (a) ; (c) indicava i criteri di calcolo per la definizione dei tetti di spesa delle prestazioni riabilitative, rispettivamente di tipo Ambulatoriali/Domiciliari e Semiresidenziali/Residenziali;
- che quest'Azienda, con deliberazione n. 190/2016, in osservanza al dettato regionale di cui al DCA n. 85/2016 definiva i tetti di spesa di struttura delle prestazioni riabilitative ex art 26 L.833/78 da erogarsi per il biennio 2016/2017;
- che la Struttura Commissariale Regionale, successivamente con nota n. 551 del 02/02/2017(All.01) forniva chiarimenti in merito al punto 17, lettera (a) di cui al DCA n. 85/2016, , specificando che " i volumi prestazionali medi del triennio 2012/2014 si riferiscono unicamente a quelli erogati entro i tetti contrattualizzati con esclusione della produzione over-budget"
- che la Regione Campania con ulteriore nota n. 1024 del 28/02/2017 (All.02) confermava per l'anno 2017, i tetti di spesa riabilitativi ex art 26 L.833/78 di cui al DCA n. 85/2016;
- quest'Azienda, in osservanza alla circolare Regionale n. 551/2017 (All.01) e al punto 17, lettera c del DCA n. 85/2016, ha elaborato l'allegata nota metodologica che esplicita le modalità di calcolo utili alla ridefinizione per l'anno 2017 dei tetti di spesa delle strutture riabilitative dell'Asl Caserta;
- che a seguito della metodologia utilizzata, è stata elaborata l'allegata tabella (Tab. 01) che ridefinisce, per l'anno 2017, in dettaglio per ogni Centro Ambulatoriale accreditato, il limite di spesa;
- che il DCA n. 85/2016, reca l'allegato schema contrattuale (All.A/1) utile per la stipula del contratto di acquisto delle prestazioni riabilitative ex art 26 L.833/78, da erogarsi nell'anno 2017;
- che in data 14/03/2017, in occasione dei lavori del Tavolo Tecnico, l'allegata tabella(Tab.01) contenente i tetti di spesa riabilitativi di struttura dell'anno 2017, è stata visionata dai Rappresentanti delle Associazioni presenti, i quali si riservavano, come da verbale allegato (All.03) di produrre, sentiti i rispettivi associati, ulteriori osservazioni e proposte a quanto formulato da quest'Azienda;
- che quest'Azienda, in assenza di proposte ed osservazioni formulate dalle Associazioni di Categoria, ritiene condivisa dalle stesse i tetti di spesa riabilitativi dell'anno 2017, di cui alla tabella allegata (Tab.01)

TENUTO CONTO,salvo diversi provvedimenti a cura degli Organi sovraordinati,

- che la Circolare Regionale n. 5647 del 29/09/2016(All.04), allo stato, consente " una ragionevole flessibilità tra setting della macroarea riabilitazione" e la correlata deroga a quanto stabilito dal DCA n. 85/2016 al punto n.17, Lettera d);
- che il decreto n. 85/2016 al punto 17, lettera a) prevede che le AA.SS.LL. , nell'ambito della loro autonomia, possono agire con ragionevolezza ed equità, fermo restando il limite invalicabile del tetto di spesa ad esse assegnate nelle varie macro-aree

RITENUTO, pertanto,allo stato, in osservanza agli atti documentali sopra richiamati, fatto salvo il sopraggiungere di diversi provvedimenti a cura degli Organi sovraordinati,

- che, per l'anno 2017, come da verbale del Tavolo Tecnico (All.03), le strutture riabilitative eroganti prestazioni Ambulatoriali/Domiciliari e Semiresidenziali/Residenziali, in presenza di minore utilizzo del setting Semiresidenziale/Residenziale potranno utilizzare a favore delle prestazioni Ambulatoriali/Domiciliari, l'eventuale economia prodotta dal setting Semiresidenziale/Residenziale, come da deroga al punto 17 lettera d. (V.circolare 5647/2016)
- che, come da verbale del Tavolo Tecnico (All.03), l'eventuale restante economia generatasi all'interno della macroarea, a consuntivo dell'anno 2017, potrà essere distribuita, in maniera proporzionale a tutte le strutture territoriali, nel rigoroso rispetto del tetto di spesa complessivo assegnato a quest'Azienda ex D.C.A. n. 85/2016,;

PRESO ATTO

1. del Decreto Commissariale n.85 del 08/08/2016 ritualmente notificato a mezzo p.e.c. ai Centri Ambulatoriali di Riabilitazione istituzionalmente accreditati, esistenti nel territorio di quest'Azienda, nonché alle Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative
2. della Circolare Regionale n. 551/2017(All.01)
3. della Circolare Regionale n. 1024/2017(All.02)
4. del verbale del tavolo tecnico del g. 14/03/2017(All.03)
5. della Circolare Regionale n. 5467/2016(All.04)
6. dell'allegata nota metodologica che esplicita, per l'anno 2017,le modalità di calcolo utili per la ridefinizione dei volumi e relativi tetti di spesa delle singole strutture riabilitative dell'ASL Caserta;
7. della allegata tabella(Tab 01) che definisce, in dettaglio per ogni Centro Ambulatoriale Accreditato di Riabilitazione, il limite di spesa per l'anno 2017,
8. dello schema di contratto (All.A/1) di cui al decreto n.85/2016 per l'erogazione dei volumi e relativi tetti di spesa delle prestazioni riabilitative ex art 26 L. 833/78, l'anno 2017;

TANTO PREMESSO

Per i motivi di cui alla narrativa, che qui si intendono integralmente riportati, e attestato che il presente provvedimento, alla stregua dell'istruttoria compiuta e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nella premessa, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, è regolare e legittimo, nella forma e nella sostanza, ai sensi della vigente normativa e utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art.1 della L.20/94 e successive modifiche.

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

Per tutti i motivi di cui in premessa che si intendono integralmente riportati di adottare il presente provvedimento e di prendere atto:

- del Decreto Commissariale n.85 del 08/08/2016 ritualmente notificato a mezzo p.e.c. ai Centri Ambulatoriali di Riabilitazione istituzionalmente accreditati, esistenti nel territorio di quest'Azienda, nonché alle Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative
- della Circolare Regionale n. 551/2017(All.01)
- della Circolare Regionale n. 1024/2017(All.02)
- del verbale del tavolo tecnico del g. 14/03/2017(All.03)
- della Circolare Regionale n. 5467/2016(All.04)
- dell'allegata **nota metodologica** che esplicita, per l'anno 2017, le modalità di calcolo utili per la definizione dei volumi e relativi tetti di spesa delle singole strutture riabilitative dell'ASL Caserta;
- della allegata tabella(**Tab 01**) che definisce, per l'anno 2017, in dettaglio per ogni Centro Ambulatoriale Accreditato di Riabilitazione, il limite di spesa;
- dello **schema di contratto (All.A/I)** di cui al decreto n.85/2016 per l'erogazione dei volumi e relativi tetti di spesa delle prestazioni riabilitative ex art 26 l.833/78, per l'anno 2017;
- che il presente atto, annulla e sostituisce integralmente, per l'anno 2017, i tetti di spesi riabilitativi di cui alla deliberazione aziendale n. 190/2016 ;
- che, per l'anno 2017, allo stato, fatto salvo il sopraggiungere di eventuali provvedimenti emanati da Organi sovraordinati, come da verbale del Tavolo Tecnico (All.03), le strutture accreditate eroganti prestazioni riabilitative Ambulatoriali/Domiciliari e Semiresidenziali/Residenziali, in presenza di minore utilizzo del setting Sem/Residenziale potranno utilizzare a favore delle prestazioni Ambulatoriali/Domiciliari, l'eventuale economia prodotta dal setting Semiresidenziale/Residenziale, come da deroga al punto 17, lettera d (circolare 5647/2016)
- che l'eventuale restante economia, generatasi all'interno della macroarea, a consuntivo dell'anno 2017, allo stato, fatto salvo il sopraggiungere di eventuali provvedimenti emanati da Organi sovraordinati, potrà essere distribuita, in maniera proporzionale a tutte le strutture territoriali, nel rispetto del tetto di spesa complessivo assegnato a quest'Azienda ex DCA n. 85/2016, come da verbale del Tavolo Tecnico (All.03),

Il Funzionario Estensore
Dirigente Responsabile Ufficio
Liquidazione / C. di Riabilitazione

Dr. Giuseppina Zefere

Direttore S. Acquisto e Controllo Prestazioni Esterne

Dott. Fulvio Marchese



[Handwritten signature of Dott. Fulvio Marchese]

Attestazione Regolarità Contabile.

Il Dirigente S. Economico Finanziario

[Handwritten signature]

REGIONE CAMPANIA
ASL CASERTA
Direzione Generale
Ufficio Liquidazione Centri di Riabilitazione

Nota Metodologica per la definizione dei tetti di spesa di struttura relativi alle prestazioni riabilitative ex art 26 L.833/78 erogabili nell'anno 2017

Riferimenti normativi: D.C.A. n.85 del 08/08/2016- Circolare Regionale n.551/C del 02/02/2017

Premessa

Il D.C.A n. 85/2016, nell'allegato n. 01 definisce, per il biennio 2016 e 2017, per l'ASL Caserta, quale tetto di spesa complessivo delle prestazioni riabilitative ex art 26 L.833/78, l'importo di Euro **33.513.000,00**.

Di tale importo, la cifra di Euro **29.201.000,00** è riferita alle prestazioni ambulatoriali e domiciliari, mentre la cifra di Euro **4.312.000,00** è riferita alle prestazioni semiresidenziali e residenziali ex art 26 L.833/78, incluse le prestazioni tariffate, al netto della quota sociale, come RSA ai sensi del D.C.A. n.06/2010.

Il citato Decreto, stabilisce altresì quanto segue:

- che il numero di prestazioni domiciliari erogabili non deve superare il 30% del totale delle prestazioni ambulatoriali/ambulatoriali di piccolo gruppo e domiciliari (punto n.09);
- che per il calcolo dei volumi e relativi tetti delle prestazioni ambulatoriali/domiciliari da assegnare alle strutture, bisogna tener conto della media delle prestazioni erogate nel triennio 2012/2014(punto n. 17, lettera a);
- che per il calcolo dei volumi e relativi tetti delle prestazioni semiresidenziali e residenziali ex art 26 L.833/78, incluse le prestazioni tariffate, al netto della quota sociale come RSA diurno ai sensi del D.C.A. n.06/2010 da assegnare alle strutture, bisogna tener conto del numero di posti letto accreditati (punto n. 17, lettera c)

Successivamente, la Struttura Commissariale, in data 02/02/2017, emanava la circolare n. 551 con la quale indicava la metodologia di calcolo da utilizzare per la definizione dei tetti di spesa ex D.C.A. n. 85/2016.

In particolare, esplicitava che "i volumi prestazionali medi del triennio 2012/2014 si riferiscono unicamente a quelli erogati entro i tetti contrattualizzati con esclusione della produzione over-budget"

In applicazione del dettato regionale di cui al DCA n. 85/2016 e alla Circolare n.551/2017, l'importo di Euro **33.513.000,00**, di cui all'allegato n.01 del richiamato D.C.A., è stato distribuito alle strutture riabilitative esistenti nel territorio aziendale. L'allegata tabella (**TAB 01**), contiene in dettaglio gli importi riabilitativi per ogni singolo centro ambulatoriale di riabilitazione esistente nel territorio di quest'azienda.

Tale tabella è derivata dalla seguente metodologia di calcolo:

Prestazioni Ambulatoriali e Domiciliari

Introduzione alla metodologia

Per la definizione dei tetti ambulatoriali e domiciliari dell'anno 2017, sono stati considerati, quale punto di partenza i fatturati erogati negli anni 2012/2014, per tale tipologia di prestazioni e per le suddette annualità. Si precisa, a riguardo che:

- per le strutture che negli anni di riferimento avevano superato il tetto assegnato, sono stati considerati, come indicato dalla circolare n. 551/2017, i tetti di spesa contrattualizzati;
- per le strutture che negli anni di riferimento avevano erogato prestazioni inferiori al tetto assegnato, sono stati considerati gli importi effettivamente erogati;
- per gli anni 2012 e 2013, avendo tutte le strutture superato i tetti di spesa assegnati, sono stati considerati, gli importi contrattualizzati, con esclusione dell'over budget;
- per l'anno 2014, per le strutture che avevano superato il tetto assegnato, sono stati considerati gli importi da contratto; per alcuni Centri, quali OASI e VILLA dei CEDRI avendo erogato prestazioni ambulatoriali e domiciliari per importi inferiori a quelli assegnati, sono stati considerati i fatturati erogati.

Ciò posto si esplicita il contenuto della Tabella "01"

REGIONE CAMPANIA
ASL CASERTA
Direzione Generale
Ufficio Liquidazione Centri di Riabilitazione

1. Importi medi, calcolati come descritto nell'introduzione, per ogni singolo Centro delle prestazioni ambulatoriali/domiciliari degli anni 2012, 2013 e 2014. L'importo totale medio delle prestazioni amb/dom di tali annualità è di Euro **24.710.173,01 (colonna n. 01 della tabella)**. Tra tale importo medio e la cifra di Euro **29.201.000,00** assegnata dal D.C.A. n. 85/2016 risulta una differenza di Euro **4.490.826,99**
2. Si è calcolata in proporzione l'incidenza del tetto di spesa medio amb/dom di ogni singolo centro sul tetto complessivo medio degli anni 2012, 2013, 2014 (**colonna n. 02 della tabella**). Tale operazione ha consentito di distribuire in maniera proporzionale ai valori medi (anni 2012/2014) dei tetti di spesa dei centri, l'importo di euro **4.490.826,99** di cui sopra (**colonna n. 03 della tabella**)
3. A seguito di tali calcoli, è derivato, per ogni singolo centro l'importo, per l'anno 2017 delle prestazioni riabilitative ambulatoriali e domiciliari (**colonna n. 04 della tabella**), per l'importo complessivo come da DCA n. 85/2016 di Euro **29.201.000,00**
4. Dell'importo complessivo (Amb/Dom) di ogni singolo centro, come da dettato regionale, il 30% è stato attribuito alle prestazioni domiciliari (**colonna n. 05 della tabella**), ed il 70 % alle prestazioni ambulatoriali (**colonna n. 07 della tabella**).
5. Per ogni singolo centro, tenuto conto del costo di Euro 45,78 (ex DCA n. 153/14) delle prestazioni domiciliari di cui al D.C.A. n. 153/2014 e del costo di Euro 41,67 (costo medio da DCA n. 85/16- All.01), per le ambulatoriali, è stato calcolato il numero delle prestazioni domiciliari e ambulatoriali (**colonne n. 06 e n. 08 della tabella**) di ogni singolo centro.

Prestazioni Semiresidenziali e Residenziali ex art 26 nonché prestazioni tariffate come RSA Disabili

6. Per la definizione dei tetti di spesa delle prestazioni riabilitative ex art 26 l.833/78 semiresidenziali/residenziali, comprensive anche delle prestazioni tariffate (al netto della quota sociale) come RSA, **si è tenuto conto** (per ogni singolo centro erogante tale tipo di prestazioni) **del numero dei posti letto accreditati** ai sensi del DCA n. 112/2014. (**colonna n. 09 della tabella**).
7. Tenuto conto del numero di posti letto e del tasso di occupazione pari all'85% per le prestazioni semiresidenziali e al 95% delle prestazioni residenziali, sono derivati, per ogni singolo centro, gli importi per l'anno 2017, delle prestazioni Semiresidenziali/Residenziali incluse quelle tariffate come RSA, per l'importo complessivo di Euro **4.312.000,00 (colonna n. 10 della tabella)**.
8. Per ogni singolo centro, tenuto conto del costo medio di Euro 77,34 (come da DCA n. 85/16- All.01), è stato calcolato il numero delle prestazioni semiresidenziali e residenziali ex art 26 e tariffate come RSA (**colonna n. 11 della tabella**)

A seguito dei calcoli sopra dettagliati, sono derivati, per l'anno 2017 i tetti di spesa riabilitativi ex art 26 l.833/78, dei singoli centri di riabilitazione esistenti nel territori di questa Azienda (colonna n. 12 della tabella), per l'importo complessivo di Euro 33.513.000,00 come stabilito dall'allegato n. 01 del DCA n. 85/2016

Il Dirigente Ufficio Liquidazione
Centri di Riabilitazione
Dott.ssa *Giuseppina Cacere*



Il Direttore S. Acquisto e Controllo
Prestazioni Esterne
Dott. Fulvio Marchese

Fulvio Marchese

Codice	Struttura	Importi Medi erogati entro tetti da contratti Amb/Dom 2012/2014	%	Importi aggregativi	Importi 2017 Amb/Dom	Importi Dom	N. pres. Dom	Imp AMB	N. Pr.Amb costo medio dca 85/16	N. posti letto accreditati DCA n.112/2014	Importi SEM/RES 2017 con T.O. 85% Sem e 95% Resid.	N. Prestazioni 2017 SEM/RES	Importi TOTALI anno 2016 DCA 85/2016
150212	AGRO AVERSANO	1.279.452,21	0,032	232.527,65	1.511.979,86	483.833,56	10.559	1.028.145,30	24.674				1.511.979,86
150123	ANTARES	3.252.551,85	0,132	591.191,49	3.844.143,35	1.233.125,87	26.870	2.614.017,48	62.731				3.844.143,35
030974	CEFIN	1.457.203,84	0,059	266.649,60	1.733.853,24	554.833,04	12.120	1.179.020,21	28.294				1.733.853,24
150210	AIRRI	3.803.548,77	0,154	691.256,69	4.494.805,75	1.438.337,84	31.418	3.056.467,91	73.349				4.494.805,75
150216	C. CAMPANO	1.309.204,10	0,053	237.934,76	1.547.138,86	495.034,43	10.814	1.052.054,42	25.247	22	420.228,43		1.547.138,86
150242	C.PRIF	1.400.765,85	0,057	254.575,19	1.655.341,05	529.709,14	11.571	1.125.631,91	27.013	18	343.821,63	5.433	1.967.565,29
150213	C.SALUS	1.332.191,39	0,054	242.112,47	1.574.303,84	503.777,23	11.004	1.070.526,61	25.691				1.574.303,84
150241	C.SAN PAOLO	549.149,78	0,022	99.892,30	649.051,09	207.664,35	4.536	441.286,73	10.590				649.051,09
150211	SANTULLI	2.956.639,51	0,121	544.609,28	3.501.248,79	1.133.199,61	24.763	2.368.049,18	57.769				3.501.248,79
150124	CINETIC	916.140,67	0,038	171.951,61	1.118.052,28	357.789,53	7.815	760.302,75	18.245				1.118.052,28
150121	FEHAS	911.332,82	0,037	165.625,63	1.076.958,45	344.626,70	7.528	732.331,75	17.575				1.076.958,45
150427	GEROVIT	758.389,23	0,031	137.829,65	896.218,89	266.790,05	6.255	609.428,85	14.625				896.218,89
000070	SINGOLI	433.515,95	0,018	78.787,19	512.303,15	163.937,01	3.581	348.366,14	8.350				512.303,15
150120	INCONTRO	1.465.694,32	0,059	266.429,62	1.732.124,14	554.375,72	12.110	1.177.748,41	28.271	39	744.945,66	9.632	2.477.371,00
150426	LA PINETINA	516.843,84	0,021	93.931,20	610.775,05	195.449,01	4.269	415.327,03	9.967				610.775,05
150214	LA RIVASCITA	793.634,74	0,032	144.235,18	937.869,93	300.118,38	6.556	637.751,55	15.305				937.869,93
150125	OASI	372.655,55	0,015	67.726,42	440.381,99	140.922,23	3.079	299.459,74	7.186	44	1.561.426,97	20.169	2.001.808,95
150215	VILLA dei CEDRI	1.120.559,78	0,045	203.620,54	1.324.210,32	423.747,30	9.255	900.463,02	21.608	12	229.214,42	2.964	1.553.424,74
		24.710.173,01	1,000	4.490.826,99	29.201.000,00	9.344.320,00	204.114	19.656.680,00	476.522	189	4.312.000,00	55.754	33.513.000,00

Importo Amb/Dom DCA n.85/2016

29.201.000,00

Importo riconosciuto da media 2012/2014

24.710.173,01

diff.aggiuntiva
Dca n.85/2016

Importo Sem/Res/Dca n.85/2016

calcolato in base ai posti letto accreditati
4.312.000,00 con T.O. di 85 e 95%

x Preside idione

ASPAT

Associazione Sanità Privata
Accreditata Territoriale
di Napoli

Confederazione

Confederazione

Confederazione

x ASIRP

Aias

Aias

Aias



Regione Campania

Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11.12.2015
per l'attuazione del piano di rientro dei disavanz
del settore sanitario della Regione Campania
Il Commissario ad Acta
Dott. Joseph Pollmeni
Il Sub Commissario
Dott. Claudio D'Amario

Asl CE Prot. n. 30722/ASL del 02-02-2017

ALL. 01



RICHIESTA ULTERIORI CHIARIMENTI CONCERNENTI P...
C90021 - DIRETTORE GENERALE

Prot. n° 558 del 2/2/2016

Al Direttori Generali
AA.SS.LL.

E.p.c.

Al Direttore Generale
Tutela della Salute
Avv. A. Postiglione

Alla Dirigente UOD
Assistenza Socio Sanitaria
Dra. M.A. Rinaldi

Al Dirigente UOD GEF
Dott. G. Ghidella

LORO SEDE

Oggetto: Richiesta di ulteriori chiarimenti concernenti la problematica dei tetti di spesa della
Macroarea Riabilitazione complessi ex art. 26 L. 833/78 per il biennio 2016/17 al
censì del DCA n. 85/2016

In riferimento all'oggetto si torna a specificare che, come già chiarito nella nota della
Struttura Commissariale n. 5847/C del 29/09/2016 e successiva nota n. 6991/C del 22/11/2016
indirizzata alle Associazioni di categoria, i volumi prestazionali medi del triennio 2012/2014 si
riferiscono unicamente a quelli erogati entro i tetti contrattualizzati con esclusione della
produzione over-budget.

Cordiali saluti

Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Claudio D'Amario

Il Commissario ad Acta
Dott. Joseph Pollmeni

Centro Direzionale Isola C3 - 80141 Napoli tel. 0817969473 - 9736 fax. 0817969377
Seg.commissariato@regione.campania.it
commissariato_sanita@pec.regione.campania.it



Campania

Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11.12.2015
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Campania
Il Commissario ad Acta
Dott. Joseph Polimeni
Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Claudio D'Amario



SOTTOSCRIZIONE DEI CONTRATTI EX ART 8 QUINQUIL...
C90021 - DIRETTORE GENERALE

All 02

28/2/2017

Per. 1024/E

Al Direttori Generali delle AA.SS.LL.

Al Direttore Generale per la
Tutela della Salute e del Coordinamento SSR

Oggetto: Sottoscrizione dei contratti ex art. 8 quinquies del D.Lgs. 502/92 e s.m.i tra le ASL e le Strutture private accreditate ai sensi del DCA 85 e 89 e s.m.i

Come è noto alle SS.LL., alcuni erogatori privati accreditati non hanno ancora stipulato i contratti de quo; in particolare, alcune case di cura e la stessa ALOP condizionano la stipula del contratto anche per il solo 2016 alla definizione di una modifica integrativa (cd. *addendum*) dei tetti di spesa 2016 stabiliti dal DCA 89/2016. La definizione di tale eventuale addendum, però, come già evidenziato nella ns. n. 7335 del 14/12/2016 riguarda l'esercizio 2017 e necessita di ulteriori confronti e approfondimenti, anche con riguardo ai dati preconsuntivi di attività del 2016 ed è, pertanto, infondata la pretesa di qualsiasi struttura privata di anteporre l'approvazione di una integrazione dei tetti di spesa 2016 alla stipula del contratto come definito dal DCA 85 e 89/2016 e s.m.i. Si rinnova, quindi, l'invito ai Direttori Generali a sollecitare tali erogatori privati alla firma dei contratti di cui trattasi.

Si ricorda, inoltre, che, essendo trascorsa l'ultima proroga concessa per la stipula dei contratti, le ASL e la Regione, quanto prima, devono avviare per gli erogatori privati omissivi le procedure di sospensione dell'accreditamento fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992. Tanto si precisa anche al fine di rispondere ai quesiti posti a tale riguardo dal Direttore Generale della ASL di Caserta con note del 10/01/2017, n. 6689, e del 31/01/2017, n. 28344. A tal riguardo, la Direzione Generale della Tutela della Salute dovrà immediatamente definire e comunicare alle ASL le specifiche procedure operative a cui si dovranno attenere.

Si fa presente, anche, che, fino a quando non interverrà la suddetta formale sospensione dell'accreditamento, si ritiene legittimo che l'ASL corrisponda alla struttura privata omissiva l'acconto sulle prestazioni sanitarie già rese; con le modalità, i tempi e i limiti stabiliti dai vigenti decreti commissariali. Tale precisazione viene resa, sentiti gli Uffici regionali competenti, anche al fine di rispondere a espressi quesiti posti in materia dalla ASL Napoli 1 con lettera del 5/1/2017, n. 1013, e dalla ASL NA2 con lettera del 16/02/2017 n.827. Va chiarito, invece, che dalla data di sospensione dell'accreditamento in poi, fino all'eventuale ripristino del rapporto di accreditamento, la struttura privata non può più rendere prestazioni sanitarie con oneri a carico delle ASL. E' evidente, quindi, che i Direttori Generali delle ASL, nelle more del procedimento di sospensione sopra descritto, dovranno programmare (se del caso anche in concorso tra di loro e con le Aziende Ospedaliere) tutte le iniziative necessarie ad assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza, con particolare riferimento alla rete dell'emergenza-urgenza e alle prestazioni cd. salvavita, e dovranno quantificare e proporre alla Regione l'adozione tempestiva di provvedimenti che, nel periodo di sospensione dell'accreditamento delle strutture private che non hanno stipulato il contratto, distribuiscano congruamente, su base mensile, il relativo budget delle strutture private sospese alle altre strutture private adempienti.

Si ritiene opportuno ribadire, infine, che i decreti commissariali n. 85 e n. 89/2016 e s.m.i. hanno fissato i limiti di spesa per il biennio 2016 - 2017, definendo l'applicazione da gennaio 2017 della cd. "*mensilizzazione*" dei tetti di spesa (art. 5 bis nei contratti relativi alla specialistica ambulatoriale; comma 4 dell'art. 4 nei contratti per



Campania

Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11.12.2015
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Campania

Il Commissario ad Acta

Dott. Joseph Polimeni

Il Sub Commissario ad Acta

Dott. Claudio D'Amario

l'FKT; comma 4 dell'art. 3 nei contratti per le case di cura; comma 5 dell'art. 4 nei contratti per la riabilitazione ex art. 26). Si conferma che i limiti e la regolamentazione dei tetti di spesa, fissati per il 2017 dai DCA sopra richiamati, si applicano indistintamente a tutte le strutture private dal 1° gennaio 2017, anche se non abbiano ancora sottoscritto il contratto per il 2017.

Inoltre, a fini di regolarità amministrativa, è indispensabile che i Direttori Generali delle ASL convochino le strutture private che non hanno ancora sottoscritto il contratto per l'esercizio 2017, invitandole a stipularlo entro il termine ultimo del 15 Marzo p.v. Per i casi di eventuale mancata stipula del contratto per l'esercizio 2017, la Regione e le ASL dovranno attivare il procedimento già sopra descritto per i casi di mancata stipula del contratto per l'esercizio 2016. Ovviamente, nulla osta che in corso d'anno, qualora siano definite ed approvate proposte migliorative della programmazione 2017, si possa procedere alle conseguenti modifiche dei contratti stipulati per l'esercizio corrente.

Si invitano, quindi, i Direttori Generali delle ASL e la Direzione Generale della Tutela della Salute ad applicare con rigore e immediatezza le suddette disposizioni.

Napoli, 20/02/2017

Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Claudio D'Amario

Il Commissario ad Acta
Dott. Joseph Polimeni



All 03

VERBALE

Il giorno 14 /03/2016 alle ore 09,30 presso la sede della Asl Caserta Via Unità d'Italia 28, si sono riunite le A.A. di Categoria della Macroarea Riabilitativa giuste convocazioni Prot. n. 61370 e . 62823/CRIAB/2017 ad oggetto: "Consuntivo anno 2016 : attività riabilitativa (ex art 26 ed ex art 44 L.833/78) e Socio- Sanitaria(Rsa Disabili ed Anziani). Tetti di Spesa Riabilitativi Anno 2017.

Sono Presenti

Dott. Pier Paolo Polizzi
Dott. Giovanni Severino
Dott. Bruno Pizza
Dott. Giovanni Severino
Dott. Pier Paolo Polizzi

ASPAT
Confindustria Sanità
ANPRIC
su delega AIAS
su delega ANISAP

Dott. Fulvio Marchese
Dott.ssa Giuseppina Cecere

ASL CASERTA
ASL CASERTA

Il Presidente del Tavolo tecnico, dott. Fulvio Marchese, a prosieguo dei lavori avviati in data 01/03/2017, dichiara aperta la discussione sull'ordine del giorno: "Consuntivo anno 2016 .Tetti di spesa, per l'anno 2017 delle prestazioni riabilitative ex art 26 l.833/78"

Consuntivo 2016.

Il dott. Marchese, relativamente al consuntivo anno 2016, dell'attività riabilitativa ex art 26 , ex art 44 L.833/78 e socio-sanitaria(RSA Disabili ed Anziani) , ripropone ai convenuti, come già avvenuto in data 01/03/2017, le relative tabelle: Tab.01 per l'attività di RBL ; Tab 02 per l'attività di FKT; Tab.A, per l'attività RSA Disabili ed Anziani.

Precisa, per quanto riguarda la tabella n. 01 (RBL) che la stessa è stata modificata rispetto alla precedente esibita in data 01/03/2017, nella parte riguardante i tagli operati ad alcuni Centri per il superamento del rapporto percentuale del 30% del numero di prestazioni domiciliari sul numero totale delle prestazioni ambulatoriali/domiciliari. Infatti, considerate le eccezioni avanzate dalle Associazioni, in data 01/03/2017, circa tale criterio di calcolo, (operato per singolo Centro e non sul rapporto percentuale complessivo aziendale Ambulatoriali/Domiciliari erogate nell'anno intero), visto il punto 17, lettera a del DCA n. 85/2016 , il rapporto percentuale del numero di prestazioni domiciliari erogabili è stato "ricalcolato" tenendo conto del rapporto percentuale complessivo (Valore Aziendale) tra le prestazioni domiciliari ed il numero totale Ambulatoriali/Domiciliari erogate nell'anno intero e non sulla produzione del singolo centro.

Pertanto, esaminati i dati di produzione aziendale delle prestazioni ambulatoriali /domiciliari erogate nell'anno 2016, verificato che il rapporto percentuale aziendale delle prestazioni domiciliari sul totale complessivo ambulatoriale/domiciliare è risultato essere pari a circa il 26,32%, inferiore al limite fissato (30%) dal DCA n. 85/2016, è stato possibile "evitare" i tagli operati precedentemente " singolarmente " ai Centri interessati.

Il dottore Marchese espone all'attenzione dei convenuti l'Atto di Diffida acquisito a mezzo p.e.c. in data 10/03/2017 , inoltrato dal Centro Ambulatoriale Villa dei Cedri per l'annullamento della richiesta di nota credito dell'importo di Euro 161.814,03 di cui alla nota aziendale n. 59196/ASL del 03/03/2017. In merito a tale richiesta, il dottore Marchese dichiara che la stessa è derivata dall'aver verificato che il numero di prestazioni riabilitative erogate dal Centro interessato risultava superiore a quello consentito dal numero di posti letto accreditati (dodici) ex DCA n. 112/2014 e definito dalla C.O.M. di cui alla deliberazione aziendale n. 1608/2015. Il Centro eccede tale criterio , dichiarando che l'Azienda deve considerare " l'effettivo mix assistenziale tra prestazioni

ASPAT
Associazione Sanitaria Privata
Accreditata Territoriale
Il Presidente

ASPAT
Confindustria Sanità
ANPRIC
su delega AIAS
su delega ANISAP

ASPAT
Confindustria Sanità
ANPRIC
su delega AIAS
su delega ANISAP

ASPAT
Confindustria Sanità
ANPRIC
su delega AIAS
su delega ANISAP

ASPAT
Confindustria Sanità
ANPRIC
su delega AIAS
su delega ANISAP

ex art 26 e oltre i 240gg", avendo utilizzato per le prestazioni riabilitative semiresidenziali parte del numero (56) di posti letto accreditati ex D.C.A. n. 36/2015 e deliberazione C.O.M. n. 1608/2015.

Le Associazioni precisano che la problematica del taglio per superamento COM operato al Centro VILLA dei CEDRI non è di competenza del Tavolo Tecnico e preso atto dell'atto di diffida dello Studio Legale patrocinante del centro, propongono di trasferire tale criticità all'Amministrazione dell'Azienda, confermando contestualmente, la piena disponibilità ad offrire il loro contributo a riguardo.

La parte pubblica conferma le motivazioni che hanno determinato il taglio per superamento COM e la conseguente richiesta di nota credito prot. n. 59196/ASL del 03/03/2017.

Le Associazioni preso atto delle allegate tabelle (Tab. 01, Tab.02; Tab A) dell'anno 2016, condividendo le modalità di calcolo del consuntivo operato in ossequio alle direttive regionali, quali la nota n. 5647 del 29/09/2016 che consente "una ragionevole flessibilità tra setting della macroarea riabilitativa", firmano le stesse per adesione. Il dott. Marchese dichiara, vista l'adesione delle Associazioni, che proporrà alla Direzione Aziendale gli atti deliberativi del consuntivo (RBL ed FKT) e Socio-sanitario (RSA Disabili ed Anziani) dell'anno 2016 e successivamente saranno inviate le richieste di emissione di nota credito per l'attività di FKT e adottati gli atti di liquidazione.

Tetti di spesa riabilitativi Anno 2017

Preso atto della circolare regionale n. 551 del 02/02/2017 che recita "i volumi prestazionali medi del triennio 2012/2014 si riferiscono unicamente a quelli erogati entro i tetti contrattualizzati con esclusione dalla produzione over-budget", il dottore Marchese dichiara, di aver redatto la nota metodologica utile per la ridefinizione dei tetti di spesa riabilitativi anno 2017 e consegna ai convenuti la tabella n.01 derivata dalla metodologia utilizzata, contenente in dettaglio per ogni singolo centro di Riabilitazione, la proposta dei tetti di spesa riabilitativi dell'anno 2017.

Vista la nota metodologica e l'allegata tabella, le Associazioni di Categoria preso atto del consuntivo riconosciuto dell'anno 2016, chiedono che per l'anno corrente, la deliberazione aziendale relativa ai tetti di spesa riabilitativi ex art 26 L.833/78 tenga conto del combinato disposto di cui alla circolare commissariale n. 5647 del 29/09/2016 che consente "una ragionevole flessibilità tra setting della macroarea riabilitativa" e della correlata deroga a quanto stabilito dal DCA n. 85/2016 al punto n.17, Lettera d.

Tutto quanto al fine di soddisfare il fabbisogno riabilitativo aziendale, con particolare riguardo alle patologie dell'età evolutiva, come già richiesto all'Ente Regionale, sin dall'autunno 2016 dalla Direzione Generale e dalle Associazioni di Categoria.

La Parte Pubblica, avvalendosi della prevista autonomia aziendale dichiara che:

- I tetti riabilitativi proposti in data odierna (Tab. 01), sono stati calcolati in applicazione del dettato regionale di cui alla circolare regionale n. 551/2017, nel rispetto del tetto di spesa assegnato a quest'Azienda ex DCA n. 85/2016, Allegato n°01.
- Le strutture eroganti prestazioni riabilitative Ambulatoriali/Domiciliari e Semiresidenziali/Residenziali, in presenza di minore utilizzo del setting Sem/Residenziale potranno utilizzare a favore delle prestazioni ambulatoriali/domiciliari, come da deroga al punto 17 lettera d., l'eventuale economia prodotta dal setting Sem/Residenziali.
- L'eventuale economia generatasi all'interno della macroarea, a consuntivo dell'anno 2017, sarà distribuita in maniera proporzionale a tutte le strutture territoriali, nel rispetto del tetto di spesa complessivo assegnato a quest'Azienda ex DCA n. 85/2016, Allegato n°01.

Le Associazioni di Categoria in merito alla definizione dei tetti riabilitativi 2017, si riservano di produrre ulteriori osservazioni e proposte ad esito del confronto con i rispettivi associati, entro il 20/03/2017.

La seduta è conclusa alle ore 12.
Del che è verbale.

ANPDC
il presidente

AIAS
il presidente

ASPAT
Associazione Spinti Privata
Accreditata Regione Campania
il Presidente



il presidente



Regione Campania

Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11.12.2015
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi
del settore sanitario della Regione Campania
Il Commissario ad Acta
Dott. Joseph Polimeni
Il Sub Commissario
Dott. Claudio D'Amario

Asl CE Prot. n. 237094/ASL del 30-09-2016



DCA N.85/2016 - CHIARIMENTI PROT. 5647/29/9/20...
C90021 - DIRETTORE GENERALE

M 04

Prot. 5647 del 29/9/2016

Ai Direttori Generali delle ASL

LORO SEDI

Oggetto: DCA n. 85/2016 - chiarimenti

Con riferimento al Decreto in oggetto, si chiarisce quanto segue:

1. Il punto 17, lettera a) del decretato va inteso come volumi prestazionali medi entro la capacità operativa massima certificata, e ad esclusione di volumi di prestazioni che nel triennio di riferimento siano da considerarsi a qualunque titolo non remunerabili;
2. con riguardo al punto 17, lettera d), per l'anno in corso e in considerazione dei trattamenti riabilitativi già iniziati e carichi di lavoro già pianificati, è consentita una ragionevole flessibilità tra setting della macroarea riabilitazione.

Si richiede di inviare entro il 15 dicembre corrente anno, per le opportune valutazioni, ai fini del monitoraggio delle programmazioni aziendali 2016, una relazione che evidenzi la programmazione suddivisa per volumi e setting assistenziali, ferma restando la durata biennale della programmazione e dei contratti, nonché le misure organizzative programmate o adottate per garantire il miglior soddisfacimento dei bisogni dei propri assistiti in particolar modo in età evolutiva.

Si raccomanda, altresì, per l'anno 2017 di predisporre in tempo utile tutte le misure organizzative finalizzate al rispetto dei volumi programmati nei diversi setting assistenziali.

Il Sub Commissario
Dott. D'Amario

Il Commissario Straordinario
Dott. J. Polimeni

Centro Direzionale - Isola C/3 - 80143 Napoli tel. 0817969473 - 9736 fax 0817969377
giovanna.morvillo@regione.campania.it; maria.durzo@regione.campania.it
commissario.sanita@pec.regione.campania.it

Contratto tra la
Società/Associazione/Fondazione.....
Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
.....
con sede legale in (Prov: __ ; CAP: _____) –
Via n°, gestore della struttura/erogatore denominata

con sede operativa in _____ alla Via _____,
accreditata con il SSR con Decreto n. _____ del _____ per prestazioni residenziali, e/o
semiresidenziali e/o per prestazioni ambulatoriali e domiciliari rientranti nella riabilitazione
estensiva ex art. 26, rappresentato/a dal/la sottoscritto/a
_____, CF _____ come da
fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL che redige
il presente atto;

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

- a) di intervenire al presente atto in qualità di 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, adata recente –
oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento
dei poteri agli Amministratori;
- b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di
concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni / si
trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di
- c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure
di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27.12.1956, n. 1423, e che non sussistono le
cause ostative previste all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i
soggetti indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006;
- d) di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela
dell'igiene e della salute sul lavoro;
- e) di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come
attestato dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. n. del __/__/

E

L'Azienda Sanitaria Locale Caserta con sede in Caserta Partita IVA: **03519500619** rappresentata
dal Direttore Generale dott. Mario De Biasio, nato a Casagiove il 18/02/1954, munito dei necessari
poteri come da DPGRC di nomina n. 393 del 20/07/2016,

PER

regolare i volumi di prestazioni e economici, e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria
afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 (come definita nel DPCM 29
novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"), da erogarsi nel periodo
1° gennaio - 31 dicembre 2017 redatto in conformità al decreto del Commissario ad Acta per la
Prosecuzione del Piano di Rientro n. 85 del 08 / 08 / 2016.

PREMESSO

- che con decreto n. 85 del 08/08 / 2016 il Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del
Piano di Rientro del settore sanitario ha fissato il fabbisogno di prestazioni di riabilitazione ex art.
26 della L. 833/78 per il biennio 2016-2017, che rappresenta pertanto la quantità di prestazioni che
il SSR può erogare, ferma restando la compatibilità con la disponibilità di risorse finanziarie e con
gli equilibri finanziari, e che con Decreto n.85 del 08/08/2016 ha adottato anche i relativi schemi
contrattuali, cui si uniforma il presente contratto;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(oggetto)

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 (come definita nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"), comprensivi delle prestazioni che superino i 240 giorni di trattamento da remunerarsi con le tariffe sociosanitarie, che la ASL Caserta acquista dalla sottoscritta struttura erogatrice, da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2017 da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa. Pertanto, la disciplina recata dal presente contratto fissa limiti massimi entro i quali possono rientrare dette prestazioni da erogarsi nel corso dell'anno 2016 nonché nel 2017.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il volume di prestazioni che la ASL, entro il limite massimo attribuito alla ASL, prevede di dover acquistare annualmente nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2017 dalla sottoscritta struttura privata accreditata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2017, è determinato in:

a) N°prestazioni ex art. 26 L. 833/78 Ambulatoriali/Ambulatoriali P.G.; Almeno il 40 % delle prestazioni deve essere dedicato a soggetti in età evolutiva;

b) N°prestazioni ex art. 26 L. 833/78 Domiciliari; le prestazioni domiciliari remunerate possono essere erogate esclusivamente a cittadini residenti o comunque assistibili dalla ASL che sottoscrive il contratto, e a cittadini residenti nelle ASL confinanti territorialmente;

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

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

2. Resta inteso che il mix di prestazioni potrà essere diverso, purché siano rispettati i limiti di spesa fissati nel successivo art. 4 e purché l'erogazione delle prestazioni avvenga in corso d'anno nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2016, nonché nel 2017. In ogni caso non sarà riconosciuto liquidabile il numero di prestazioni di riabilitazione domiciliare ex art. 26 L. 833/78 eventualmente eccedente il 30% del totale delle prestazioni di cui alle lettere a) e b) del precedente comma 1, fatte salve eventuali diverse attribuzioni che saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Le prestazioni di cui al precedente art. 3 sono valorizzate e vengono remunerate applicando le seguenti tariffe: per le prestazioni ambulatoriali, ambulatoriali piccolo gruppo, domiciliari, semiresidenziali e residenziali sono applicate le tariffe approvate con DCA n. 153/2014; per le prestazioni residenziali e semiresidenziali che superano i 240 giorni di degenza per il medesimo paziente, sono applicate le tariffe approvate con D.C.A n. 110/2014, fatti salvi i casi previsti dalle linee guida regionali sulla riabilitazione approvate con DGR n. 482 del 2004 laddove le esigenze riabilitative non possono essere soddisfatte in RR.SS.AA.

2. Il limite di spesa e, quindi, il fatturato a carico della ASL, per il periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2017, corrispondente al volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato come segue:

a. per le prestazioni ambulatoriali/amb. P.G. di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78: Euro.....

b. per le prestazioni domiciliari di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78: Euro

c. per le prestazioni semi residenziali di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78: Euro..... (al netto della quota di compartecipazione dell'utente/Comune, dovuta in caso di superamento dei 240 giorni di degenza, stimata in € _____ di cui è unico debitore l'utente o il Comune di residenza);

d. per le prestazioni residenziali di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78: Euro..... (al netto della quota di compartecipazione dell'utente/Comune, dovuta in caso di superamento dei 240 giorni di degenza, stimata in € _____ di cui è unico debitore l'utente o il Comune di residenza);

3. Nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti nel comma precedente e relativi alle prestazioni ex art. 26, fermo restando il rispetto della C.O.M. della struttura, è consentito che un superamento dei limiti di spesa relativo alle prestazioni semiresidenziali e residenziali possa essere compensato da un risparmio sul limite di spesa stabilito per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari; mentre non è consentita la condizione opposta: un superamento del limite di spesa stabilito per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari non potrà essere compensato da un sotto utilizzo del limite di spesa stabilito per le prestazioni semiresidenziali e residenziali. La ASL e la sottoscritta struttura privata potranno rimodulare in corso d'anno i suddetti limiti di spesa, entro i limiti prestazionali aziendali in caso di disponibilità di prestazioni non erogate complessivamente dai centri erogatori ricadenti nella ASL medesima. Qualora risultino ancora disponibili ulteriori prestazioni e risorse non utilizzate, potranno altresì modificare in corso d'anno i suddetti limiti di spesa per incrementare prioritariamente in quantità e valore le prestazioni socio sanitarie riducendo dello stesso valore economico quelle di riabilitazione art. 26. Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate, il consumo massimo del tetto annuale è fissato al 95% al 30 novembre 2017: pertanto, nulla spetterà alla sottoscritta struttura, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto consumo massimo.

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

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

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle vigenti tariffe regionali fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati dalla Regione. Per le prestazioni cui si applica la tariffa per RSA o Centro Diurno socio sanitari, ai sensi della normativa vigente, la sottoscritta struttura privata ha l'obbligo di fatturare alla ASL esclusivamente la quota delle tariffe dovuta per la componente sanitaria, e all'utente/Comune la quota delle tariffe per la componente sociale, secondo le percentuali riportate al punto n. 1 del dispositivo del decreto commissariale n. 77 dell'11 novembre 2011. Per le strutture interessate dalle riconversioni parziali o totali in strutture socio sanitarie al momento della riconversione la residua quota di dodicesimi del tetto di spesa annuo sarà riservata alle prestazioni riconvertite.

2. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, salvo espresso e diverso provvedimento regionale, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale o del Commissario ad acta, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
3. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC n. 6757/96, 377/98, 1270 e 1272/2003, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6

(Modalità di accesso ed erogazione delle prestazioni)

1. L'erogazione delle prestazioni è subordinata alla redazione del progetto riabilitativo e autorizzazione da parte dei competenti servizi aziendali.
2. 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, altro organismo di valutazione multidimensionale aventi le funzioni di valutazione del bisogno riabilitativo e redazione e monitoraggio di progetto riabilitativo. I competenti servizi aziendali della ASL sottoscritta autorizzano la erogazione delle prestazioni previste dal PRI, anche per cittadini provenienti da altre ASL, anche in considerazione dell'andamento dell'attività e del consumo di prestazioni nel corso dell'anno, ai fini del rispetto dei tetti prestazionali e di spesa.
3. Nel caso di permanenza del paziente nella sottoscritta struttura erogatrice oltre i 240 giorni come riportato al precedente art. 4 comma 1, il paziente dovrà essere rivalutato dall'U.V.I.
4. Per procedere all'erogazione delle prestazioni la struttura erogatrice è tenuta a verificare preliminarmente la completezza e regolarità del progetto riabilitativo e dell'autorizzazione, segnalando tempestivamente alla ASL eventuali irregolarità o anomalie. La mancata segnalazione alla ASL comporta la non remunerazione della prestazione.

Art. 7

(Obblighi della struttura erogatrice)

1. La struttura erogatrice sottoscritta, accreditata con il SSR, concorre al raggiungimento e rispetto di obiettivi di sanità pubblica, favorendo le condizioni di maggiore appropriatezza erogativa.
2. Pertanto essa si impegna a svolgere le attività e a erogare le prestazioni nel rispetto delle indicazioni e degli obiettivi indicati nel PRI, relazionando o riferendo al competente servizio aziendale che ha in carico il paziente circa l'andamento del progetto riabilitativo, anche proponendo aggiornamenti o revisioni del PRI o in caso di inefficacia del trattamento, le dimissioni del paziente. Essa riferisce anche circa il grado di adesione del paziente al PRI, in particolare comunicando alla ASL che ha in carico il paziente i casi in cui la percentuale di partecipazione al progetto riabilitativo non superi il 85% delle prestazioni previste nel periodo di trattamento previsto dal PRI e che comprometta la possibilità di raggiungere gli obiettivi del PRI, proponendo la dimissione del paziente. La mancata segnalazione alla ASL comporta la non remunerazione della prestazione.
3. La struttura erogatrice, al fine di garantire trasparenza al paziente, si obbliga a rilasciare al paziente al momento della prenotazione dei trattamenti, attestazione del n. d'ordine progressivo e data della prenotazione.

4. La struttura, con riferimento alle prestazioni di cui al precedente art. 3 lettera a) mantiene registri cronologici con numeri d'ordine progressivi distinti per i soggetti in età evolutiva e per gli altri pazienti.
5. La struttura comunica bimestralmente alla ASL le proprie liste d'attesa.
6. La struttura erogatrice si obbliga a soddisfare i debiti informativi stabiliti dalle normative ministeriali (NSIS – FAR – RIA – STS), dalla Regione o dall'Azienda, anche attraverso il puntuale, completo e corretto conferimento delle informazioni richieste attraverso i sistemi informatici individuati dalla Regione e dall'ASL, anche con riferimento alla alimentazione del portale SANIARP secondo le indicazioni fornite dalla Regione e dalla ASL.
7. La struttura erogatrice si obbliga a collaborare con i programmi regionali e aziendali di verifica dell'appropriatezza, congruità e legittimità delle prestazioni, predisponendo e mantenendo condizioni organizzative necessarie e utili al corretto e regolare svolgimento dell'attività d'controllo.

Art. 8

(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto da n. 11 membri di cui n. 06 designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. 05 membri nominati dalla ASL. Il Tavolo viene convocato ogni due mesi.
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari (legali rappresentanti) di strutture erogatrici accreditate ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a. monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti prestazionali di cui all'art. 3 e di spesa definiti dall'art. 4;
 - b. esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che motivatamente procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria, dandone comunicazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute.
5. Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura privata si impegna a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 15 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

Art. 9

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari al 90% del fatturato mensile.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 30 giugno per le fatture del primo trimestre; entro il 30 settembre per le fatture relative ai mesi da aprile a luglio; entro il 31 dicembre per le fatture relative ai mesi di agosto, settembre ed ottobre; entro il 31 marzo dell'anno successivo per le fatture di novembre e dicembre. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte della sottoscritta struttura privata delle note credito richieste dalla ASL, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria eventualmente necessaria per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4.

3. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della sottoscritta struttura privata, fermo restando che tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese in corso d'anno non potrà essere liquidato alle scadenze periodiche stabilite nel comma precedente, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione.

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

5. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:

- a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
- b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
- c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
- d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.

6. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.

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

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

indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del presente contratto:

codice IBAN: _____;

presso: _____;

generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: _____;

_____;

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

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

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

Art. 11 **(norme finali)**

- 1. Per ogni controversia riguardo l'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.
- 2. Per qualsiasi controversia tra la sottoscritta struttura privata e la ASL e/o la Regione, anche non inerente al presente contratto, è espressamente escluso il ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
- 3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il citato decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. 85 del 08/ 08/ 2016.

Art. 12
(Clausola di salvaguardia)

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

2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati sub comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata 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 alla/alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente accordo/contratto

....., ____ / _____ 2017

Timbro e firma della ASL Caserta
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. E' da intendersi specificamente approvata, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. l'art. 11 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL Caserta
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Mario De Biasio, nominato con DGRC n°393 del 20/7/2016, alla stregua dell'istruttoria compiuta e riassunta in narrativa, letta la proposta del Direttore della UOC proponente

VISTI

Parere del Direttore Amministrativo

Dott. Amedeo Blasotti

☒ Favorevole all'adozione del presente provvedimento ai sensi dell'art.3 del D.L.gs. n° 502/92 e ss.mm.ii.

☐ Non Favorevole
(vedi motivazioni allegate)

Il Direttore Amministrativo Dott. Amedeo Blasotti

Firma

F.to

Parere del Direttore Sanitario

Dott. Arcangelo Correrà

☒ Favorevole all'adozione del presente provvedimento ai sensi dell'art.3 del D.L.gs. n° 502/92 e ss.mm.ii.

☐ Non Favorevole
(vedi motivazioni allegate)

Il Direttore Sanitario Dott. Arcangelo Correrà

Firma

F.to

DELIBERA

Per tutti i motivi di cui in premessa, che si intendono integralmente riportati, di adottare il presente provvedimento, sulla scorta ed in conformità della proposta:

Di prendere atto

- del Decreto Commissariale n.85 del 08/08/2016 ritualmente notificato a mezzo p.e.c. ai Centri Ambulatoriali di Riabilitazione istituzionalmente accreditati, esistenti nel territorio di quest'Azienda, nonché alle Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative
- della Circolare Regionale n. 551/2017(All.01)
- della Circolare Regionale n. 1024/2017(All.02)
- del verbale del tavolo tecnico del g. 14/03/2017(All.03)
- della Circolare Regionale n. 5467/2016(All.04)
- dell'allegata nota metodologica che esplicita, per l'anno 2017, le modalità di calcolo utili per la definizione dei volumi e relativi tetti di spesa delle singole strutture riabilitative dell'ASL Caserta;
- della allegata tabella(Tab 01) che definisce, per l'anno 2017, in dettaglio per ogni Centro Ambulatoriale Accreditato di Riabilitazione, il limite di spesa;
- dello schema di contratto (All.A/1) di cui al decreto n.85/2016 per l'erogazione dei volumi e relativi tetti di spesa delle prestazioni riabilitative ex art 26 l. 833/78, per l'anno 2017;
- che il presente atto, annulla e sostituisce integralmente, per l'anno 2017, i tetti di spesi riabilitativi di cui alla deliberazione aziendale n. 190/2016 ;
- che, per l'anno 2017, allo stato, fatto salvo il sopraggiungere di eventuali provvedimenti emanati da Organi sovraordinati, come da verbale del Tavolo Tecnico (All.03), le strutture accreditate eroganti prestazioni riabilitative Ambulatoriali/Domiciliari e Semiresidenziali/Residenziali, in presenza di minore utilizzo del setting Sem/Residenziale potranno utilizzare a favore delle prestazioni Ambulatoriali/Domiciliari, l'eventuale economia prodotta dal setting Semiresidenziale/Residenziale, come deroga al punto 17, lettera d (circolare 5647/2016),
- che l'eventuale restante economia, generatasi all'interno della macroarea, a consuntivo dell'anno 2017, allo stato, fatto salvo il sopraggiungere di eventuali provvedimenti emanati da Organi sovraordinati, potrà essere distribuita, in maniera proporzionale a tutte le strutture territoriali, nel rispetto del tetto di spesa complessivo assegnato a quest'Azienda ex DCA n. 85/2016, come da verbale del Tavolo Tecnico (All.03),

Dare immediata esecutività al presente atto;

- Di notificare il presente atto deliberativo ai Centri Ambulatoriali di Riabilitazione Accreditati esistenti nel territorio dell'Asl Caserta;
- Di notificare il presente atto alle Associazioni di Categoria della Macroarea Riabilitativa;
- Di disporre che il presente atto venga pubblicato nell'Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi del comma 1, art. 32, legge n°69/2009;

Dott. Mario De Biasio

F.to

ATTESTATO DI PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio di questa A.S.L. dal giorno _____ e vi resterà per giorni 15 (quindici).

IL RESPONSABILE DELLA SEGRETERIA

12 APR. 2017

La presente deliberazione è divenuta esecutiva per il decorso termine di giorni 10 (dieci) dalla data di pubblicazione, ai sensi dell'art. 35, co. 6 della Legge Regionale n. 32 del 03/11/1994.

IL RESPONSABILE DELLA SEGRETERIA

La presente deliberazione viene resa immediatamente eseguibile per l'urgenza
Addì..... Il Funzionario

12 APR. 2017

Trasmessa copia della presente deliberazione al Collegio Sindacale, ai sensi dell'art.3 ter del D.Lgs. 19 giugno 1999 n. 229 es.m.i. in data _____ con nota n. _____

Il Funzionario

TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art. 35 L.R. n. 32 del 03/11/94 con nota n° _____ del.....

Il Funzionario

PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione della G.R.C. n° _____ del _____
Decisione _____

Il Funzionario

Trasmissione ai Servizi copia della presente deliberazione per quanto di competenza :

SERVIZIO _____ in data _____ per ricev. _____

SERVIZIO _____ in data _____ per ricev. _____

SERVIZIO _____ in data _____ per ricev. _____

