Deliberazione N. ***613***

Assessore

Presidente Roberto FICO

SPL	SSL	STL
204	02	02

Regione Campania

GIUNTA REGIONALE

SEDUTA DEL ***04/11/2026***

PROCESSO VERBALE

Oggetto:

Definizione per gli esercizi 2026-2027 dei limiti prestazionali e di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni afferenti alla macroarea sociosanitaria: RSA e Centri Diurni, Salute mentale, Hospice, SUAP, Comunità residenziali e semiresidenziali per soggetti affetti da dipendenze patologiche.

1)	Presidente	Roberto	FICO	Presidente
2)	Vicepresidente	Mario	CASILLO	
3)	Assessore	Fulvio	BONAVITACOLA	
4)	Assessore	Vincenzo	CUOMO	
5)	Assessore	Onofrio Giustino Angelo	CUTAIA	
6)	Assessore	Vincenzo	MARAIO	
7)	Assessore	Andrea	MORNIROLI	
8)	Assessore	Claudia	PECORARO	
9)	Assessore	Angelica	SAGGESE	
10)	Assessore	Maria Carmela	SERLUCA	
11)	Assessore	Fiorella	ZABATTA	
	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. con Deliberazione di Giunta Regionale n. 460 del 20.03.2007, è stato approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004, n. 311;
b. con Delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009, è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente *pro tempore* della Giunta Regionale della Campania, ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla Legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
c. l'art. 2, comma 88, della Legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: "*Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale*";
d. con Delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente *pro tempore* della Giunta Regionale della 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. 191/2009;
e. in data 10 luglio 2017, il Consiglio dei Ministri ha deliberato la nomina del Presidente *pro tempore* della Giunta Regionale della Campania a Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario;
f. a seguito della Delibera del Consiglio dei Ministri del 5 dicembre 2019 e della verifica positiva degli adempimenti ivi previsti, intervenuta nella riunione congiunta del 24 gennaio 2020 del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, è cessato il mandato commissariale conferito con la menzionata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 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;
g. pur essendo la Regione Campania uscita dal Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR stipulato il 13 marzo 2007 ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311, come attestato dalla riunione congiunta del 27 marzo 2026 del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, la gestione del Servizio Sanitario Regionale rimane soggetta a tutti gli obblighi di cui all'Accordo Stato – Regioni del 23 marzo 2005 e s.m.i. ed al costante monitoraggio dei Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, nell'ambito delle verifiche periodiche svolte dal suddetto *Tavolo di verifica degli adempimenti e Comitato LEA*;

PREMESSO, altresì, che

a. l'art. 8 quinquies del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i. disciplina i rapporti per la fornitura di prestazioni con i soggetti accreditati stabilendo in particolare al comma 2 che la Regione e le Aziende Sanitarie Locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, in cui vengono indicati:
    a.1 il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima azienda sanitaria locale si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;
    a.2 i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
b. la Regione Campania, in base a quanto disposto dalla normativa di cui al punto precedente, definisce periodicamente la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa per la remunerazione delle prestazioni rese dalle strutture private accreditate, da assegnare a ciascuna ASL per la macroarea sociosanitaria, definendo altresì i criteri di calcolo, gli

schemi contrattuali che le strutture dovranno sottoscrivere con le Aziende Sanitarie Locali di competenza e la modalità di erogazione delle prestazioni;

c. con DGRC n. 666/2011 è stata fissata la tariffa per le prestazioni rese nelle Comunità/Case alloggio;
d. con DDCCAA n. 94/2012 e 76/2017 è stata fissata la tariffa per le prestazioni rese nelle strutture residenziali e semiresidenziali per cittadini con dipendenza patologica;
e. con DCA n. 45/2015 sono state approvate le tariffe relative alle prestazioni sanitarie a carattere residenziale e semiresidenziale per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza (SIRMIV/ SISEM);
f. con DCA n. 11/2018, a modifica ed integrazione del DCA n. 193/2016, si è stabilito 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;
g. con DCA n. 97 del 16/11/2018, è stata fissata la tariffa per le prestazioni rese nelle Unità di cure residenziali per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D);
h. con DCA n. 74 del 9/10/2019 è stata fissata la tariffa per le prestazioni rese nelle RSA Unità di cure residenziali estensive R2;
i. con la DGRC n. 544 del 24/10/2024 e successive modifiche ed integrazioni sono stati definiti per gli esercizi 2024 e 2025 i limiti prestazionali e di spesa ed i relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni afferenti la macroarea Sociosanitaria: Unità di Cure residenziali e Centri Diurni, Salute Mentale, Hospice, SUAP, Comunità residenziali e semiresidenziali per soggetti affetti da dipendenze patologiche;
j. con DGRC 526/2025 sono stati aggiornati i profili tariffari per le prestazioni rese dalle strutture denominate: Unità di Cura residenziali per adulti non autosufficienti (R3); Unità di Cura residenziali per disabili non autosufficienti (RD3); Centro diurno Disabili; Centro Diurno Anziani non autosufficienti; Centro Diurno Demenze; Hospice; Speciali Unità di Accoglienza permanente (SUAP/R1); Strutture Intermedie Residenziali psichiatriche terapeutico riabilitative (prestazioni SRP1, SRP2, SRP3);

PRESO ATTO, dall'istruttoria dei competenti uffici regionali, che:

a. la legge regionale n. 18 del 29/12/2022 recante "Disposizioni per il contrasto al dumping contrattuale nel Servizio Sanitario Regionale", all'art. 6 ha previsto disposizioni finalizzate a contrastare fenomeni di "dumping contrattuale" e garantire la stabilità dell'occupazione, introducendo un criterio premiale nell'assegnazione delle risorse economiche alle strutture sanitarie accreditate con il Servizio sanitario regionale nella macroarea della riabilitazione e socio-sanitaria che applicano il Contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) per le lavoratrici e i lavoratori del comparto della sanità privata, con i trattamenti giuridici ed economici più vantaggiosi a tutela dei lavoratori;
b. il Gruppo di Lavoro tecnico, costituito giusta nota del Direttore Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale prot. n. 0581785 del 30/11/2023, previa ricognizione dei contratti collettivi di lavoro vigenti ed applicabili in materia, ha individuato gli istituti contrattuali maggiormente rappresentativi al fine di procedere ad una comparazione della regolamentazione concernente il trattamento economico e giuridico di riferimento di ciascun contratto ed ha elaborato una griglia finale contenente, per ogni CCNL, l'attribuzione ai vari istituti contrattuali (con riferimento alle indicazioni dell'ANAC), della relativa pesatura e annesso criterio di valutazione, da cui risulta maggiormente favorevole per la tutela dei lavoratori l'applicazione del "CCNL AIOP" siglato l'8 ottobre 2020;
c. con nota PR n. 358254/2026, i competenti uffici regionali hanno effettuato una ricognizione delle strutture beneficiarie della premialità di cui alla LR n. 18/2022, art. 6, chiedendo in particolare alle AASSLL di comunicare:
    c.1 le strutture insistenti nei territori di competenza che, nelle annualità 2024 e 2025, hanno prodotto in sede di stipula dei contratti l'atto notorio di autocertificazione attestante l'applicazione del CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 per il personale dipendente globalmente destinato all'assistenza diretta, indicandone altresì la macroarea (riabilitativa o sociosanitaria) e il setting d'accreditamento;

c.2 l’entità delle risorse assegnate ad ogni struttura di cui al punto precedente quale premialità ai sensi dell’art. 6 della legge regionale n. 18 del 29/12/2022, con l’indicazione delle eventuali somme eccedenti rispetto a quelle assegnate;

c.3 gli esiti dei controlli Aziendali sulle autocertificazioni prodotte dalle strutture insistenti nei territori di competenza;

d. i riscontri delle Aziende Sanitarie alla ricognizione di cui al punto precedente, sono stati acquisiti agli atti dei competenti uffici della Direzione Tutela della salute e coordinamento del SSR;
e. all’esito dell’istruttoria di competenza, gli uffici regionali hanno elaborato in via definitiva la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, da assegnare a ciascuna ASL per la macroarea sociosanitaria per l’esercizio 2026 e, in via provvisoria, per l’esercizio 2027, sviluppando i criteri dettagliatamente esposti nell’Allegato A – Relazione Tecnica, i valori riportati nelle tabelle di cui agli Allegati B e C e lo schema contrattuale di cui all’Allegato D;
f. i limiti prestazionali e di spesa per le ex case di cura neuropsichiatriche sono 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 dalla DGRC 526/2025 ai posti letto accreditati come SIR, Hospice e SUAP e le tariffe stabilite dal DCA 11/2018 per i Centri Diurni Psichiatrici;
g. i limiti di prestazioni e di spesa per le Comunità/Case alloggio, di cui al Regolamento n. 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 rilevati dal flusso SISM nell’anno 2025 e della popolazione residente al 2025;
h. gli uffici regionali propongono, altresì, di destinare alle AA.SS.LL, per l’esercizio 2027, una ulteriore quota aggiuntiva di prestazioni, calcolata secondo i criteri riportati al punto 3 dell’allegato A, da utilizzare esclusivamente per l’acquisto di prestazioni da strutture che, in attesa della conclusione dell’iter amministrativo relativo alla verifica tecnica della UOS “Organismo Tecnicamente Accreditante – OTA” finalizzata all’accreditamento istituzionale, verranno accreditate successivamente alla data d’adozione del presente provvedimento;
i. in data 29/10/2026, si è tenuto incontro tra gli uffici regionali e le Associazioni di Categoria della macroarea sociosanitaria e riabilitazione maggiormente rappresentative, alla presenza del Capo di Gabinetto, nel quale sono stati informati i referenti delle Associazioni dei criteri e metodologie della definizione dei limiti prestazionali e di spesa per la programmazione 2026 e in via provvisoria, 2027;

RITENUTO di dover

a. stabilire per l’anno 2026, e in via provvisoria per l’anno 2027, i volumi massimi di prestazioni e i correlati valori di spesa per la macroarea Assistenza Sociosanitaria comprendente 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), 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), Unità di cure residenziali estensive (R2), Centri Diurni per anziani/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, salvo successivi aggiornamenti;
b. approvare, l’allegato A “Relazione tecnica”, contenente i criteri per la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa da assegnare alle AA.SS.LL. per la macroarea sociosanitaria per l’esercizio 2026, con validità anche per l’anno 2027 salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti;
c. approvare l'allegato B, in cui sono esplicitati i volumi massimi di prestazioni e i correlati limiti di spesa assegnati a ciascuna ASL per l’acquisto dalle strutture private accreditate (**escluse le ex Case di cura neuropsichiatriche**), per gli esercizi 2026 e 2027 ed i correlati volumi di spesa al netto della quota di compartecipazione a carico dei Comuni/Ambiti o degli utenti ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017 con la precisazione che essi non tengono conto della decorrenza effettiva degli accreditamenti di ciascuna struttura;
d. approvare lo schema di contratto allegato al presente provvedimento (allegato D), che le ASL dovranno utilizzare per l’acquisto di prestazioni con le strutture private accreditate insistenti nei territori di competenza;

e. stabilire che le AA.SS.LL. per le strutture sanitarie e sociosanitarie private (escluse le ex Case di cura neuropsichiatriche):
    e.1. devono fissare i volumi prestazionali massimi con correlati valori di spesa riconoscibili nell'esercizio 2026 e 2027, per singolo Centro erogatore accreditato entro i limiti prestazionali esposti nell'allegato B al presente provvedimento, con la specificazione che per il 2026 i limiti prestazionali e di spesa devono essere commisurati al periodo di effettivo accreditamento delle strutture accreditate nel corso del 2026;
    e.2. devono stipulare per l'effetto, entro 15 giorni dalla notifica del presente atto, i relativi contratti ex art. 8 quinquies secondo lo schema di cui all'allegato D, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
    e.3. devono 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), Unità di cure residenziali estensive (R2), 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 Centri Diurni per disabili non autosufficienti, in quantità e valore economico suddivisi per l'esercizio 2026 e 2027 e per singola tipologia di prestazione;
f. precisare che i limiti prestazionali e di spesa per le ex 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 dalla DGRC 526/2025 e dal DCA 11/2018 ai posti letto accreditati come SIR e Centri Diurni Psichiatrici, Hospice e SUAP;
g. approvare l'allegato C, che forma parte integrale e sostanziale del presente provvedimento, in cui sono esplicitati i volumi massimi di prestazioni e i correlati limiti di spesa assegnati a ciascuna ASL per l'acquisto dalle strutture ex Case di cura neuropsichiatriche, specificando che 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;
h. stabilire, altresì, che le AA.SS.LL. per le ex Case di cura neuropsichiatriche come da riconversione da DCA 94/2014:
    h.1. devono fissare i volumi prestazionali massimi con correlati valori di spesa riconoscibili nell'esercizio 2026 e 2027, per singolo Centro erogatore entro i limiti prestazionali esposti nell'allegato C al presente provvedimento;
    h.2. devono stipulare per l'effetto, entro 15 giorni dalla notifica del presente atto, i relativi contratti ex art. 8 quinquies secondo lo schema di cui all'allegato D, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
    h.3. devono 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 2026 e 2027 e per singola tipologia di prestazione;
i. stabilire che per le Comunità/Case alloggio, in considerazione del peculiare regime autorizzativo e nelle more del completamento del percorso di riordino dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale previsto dalla DGRC n. 471/2022, i valori di cui all'allegato B debbano costituire limiti alle prestazioni e alla spesa per collocamento dei pazienti presso le strutture risultanti autorizzate e attive dalla ricognizione condotta dagli uffici regionali;
j. confermare per le Comunità/Case alloggio quanto previsto dal DCA 53/2018 in merito al divieto di rilascio di nuove autorizzazioni;
k. precisare che i tetti prestazionali e i correlati volumi di spesa determinati con il presente atto debbano applicarsi per l'anno 2026, e per il successivo anno 2027, salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi provvedimenti;

l. precisare che, analogamente ai precedenti cicli di programmazione, al fine di assicurare la continuità assistenziale per tutto l'anno solare, il consumo del tetto annuale stabilito con il presente provvedimento è limitato massimo al 95% entro il 30 novembre per ciascun anno di riferimento, come anche indicato nello schema di contatto allegato al presente provvedimento (allegato D);
m. destinare alle AA.SS.LL, per l'esercizio 2027, una ulteriore quota aggiuntiva di prestazioni, calcolata secondo i criteri riportati al punto 3 dell'allegato A, da utilizzare esclusivamente per l'acquisto di prestazioni da strutture che, in attesa della conclusione dell'iter amministrativo relativo alla verifica tecnica della UOS "Organismo Tecnicamente Accreditante – OTA" finalizzata all'accreditamento istituzionale, verranno accreditate successivamente alla data d'adozione del presente provvedimento;
n. 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;
o. fare obbligo alle Aziende Sanitarie a adempiere agli obblighi informativi ai fini della corretta implementazione dei flussi NSIS finalizzata al monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale, anche alimentando i flussi sociosanitari ricompresi nell'ecosistema digitale SINFONIA, secondo le indicazioni fornite dalla Regione;
p. stabilire per le strutture accreditate e contrattualizzate l'obbligo di adempiere ai debiti informativi secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale (NSIS- FAR – SISM – STS - HOSPICE) dalla Regione o dall'Azienda, anche attraverso il puntuale, completo e corretto conferimento delle informazioni richieste attraverso i sistemi informativi individuati dalla Regione e dall'ASL, anche con riferimento alla alimentazione del File H e ai flussi sociosanitari ricompresi nell'ecosistema digitale SINFONIA secondo le indicazioni fornite dalla Regione e dalla ASL;
q. 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 e la necessità di garantire la continuità delle prestazioni assistenziali – sono da considerarsi prive di contratto, per cui decorsi inutilmente i termini di cui ai punti e.2 e h.2, fatte salve la remunerazione delle prestazioni relative ai percorsi riabilitativi già avviati, 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);
r. 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 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;
s. stabilire che la premialità di cui all'art. 6 della legge regionale n. 18/2022 è riconosciuta, per gli esercizi 2026 e 2027, alle sole strutture che applicano il CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020, secondo i criteri e le modalità di cui al punto 2 dell'Allegato A, e che le relative risorse sono riportate negli Allegati B e C;
t. demandare alla Direzione Generale Tutela della salute e Coordinamento del SSR l'istituzione di un tavolo tecnico regionale con separato atto dirigenziale, composto da rappresentanti della Regione e dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative delle macroaree riabilitazione e sociosanitaria, quale sede di confronto tecnico e valutativo dell'andamento della produzione con il compito di formulare proposte e considerazioni in ordine all'organizzazione dei servizi e al loro assetto più efficiente, anche ai fini del contenimento della mobilità passiva e dello sviluppo di quella attiva, al fine di migliorare l'erogazione delle prestazioni/paziente;
u. prendere atto che i limiti di spesa fissati con il presente provvedimento trovano copertura nell'ambito delle risorse del Fondo Sanitario Regionale assegnate alle Aziende Sanitarie Locali per gli esercizi 2026 e 2027 e che dal presente provvedimento non derivano oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale;

VISTI

1. il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.;
2. la DGRC n. 666/2011;
3. La DGRC 526/2025;
4. Il DCA 97/2018;
5. Il DCA 74/2019;
6. Il DCA 83/2019;
7. Il DCA 45/2015;
8. la DGRC n. 531/2021;
9. la DGRC n. 544 del 24/10/2024 e s.m.i.;
10. il DCA n. 94/2012 e il DCA n. 76/2017;
11. il DCA n. 94/2014;
12. il DCA n. 193/2016;
13. il DCA n. 11/2018;
14. il DCA n. 53/2018;
15. il DCA n. 96/2018;
16. il DPCM 12 gennaio 2017;
17. la legge regionale 29 dicembre 2022, n. 18, art. 6;

Propone e la Giunta, in conformità, a voto unanime

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in narrativa che qui si intendono integralmente riportate e confermate:

1. di stabilire per l'anno 2026, e in via provvisoria per l'anno 2027, i volumi massimi di prestazioni e i correlati valori di spesa per la macroarea Assistenza Sociosanitaria comprendente 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), 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), Unità di cure residenziali estensive (R2), Centri Diurni per anziani/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, salvo successivi aggiornamenti;
2. di approvare, per l'effetto, l'allegato A "Relazione tecnica", che forma parte integrale e sostanziale del presente provvedimento, contenente i criteri per la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa da assegnare alle AA.SS.LL. per la macroarea sociosanitaria per l'esercizio 2026, con validità anche per l'anno 2027 salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti;
3. di approvare l'allegato B, che forma parte integrale e sostanziale del presente provvedimento, in cui sono esplicitati i volumi massimi di prestazioni e i correlati limiti di spesa assegnati a ciascuna ASL per l'acquisto dalle strutture private accreditate (**escluse le ex Case di cura neuropsichiatriche**), per gli esercizi 2026 e 2027 ed i correlati volumi di spesa al netto della quota di compartecipazione a carico dei Comuni/Ambiti o degli utenti ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017 con la precisazione che essi non tengono conto della decorrenza effettiva degli accreditamenti di ciascuna struttura;
4. di approvare lo schema di contratto allegato al presente provvedimento (allegato D), a formarne parte integrale e sostanziale, che le ASL dovranno utilizzare per l'acquisto di prestazioni con le strutture private accreditate insistenti nei territori di competenza;
5. di stabilire che le AA.SS.LL. per le strutture sanitarie e sociosanitarie private (escluse le ex Case di cura neuropsichiatriche):
    5.1 devono fissare i volumi prestazionali massimi con correlati valori di spesa riconoscibili nell'esercizio 2026 e 2027, per singolo Centro erogatore accreditato entro i limiti prestazionali esposti nell'allegato B al presente provvedimento, con la specificazione che per il 2026 i limiti prestazionali e di spesa devono essere commisurati al periodo di effettivo accreditamento delle strutture accreditate nel corso del 2026;

5.2 devono stipulare per l'effetto, entro 15 giorni dalla notifica del presente atto, i relativi contratti ex art. 8 quinquies secondo lo schema di cui all'allegato D, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;

5.3 devono 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), Unità di cure residenziali estensive (R2), 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 Centri Diurni per disabili non autosufficienti, in quantità e valore economico suddivisi per l'esercizio 2026 e 2027 e per singola tipologia di prestazione;

6. di precisare che i limiti prestazionali e di spesa per le ex 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 dalla DGRC 526/2025 ai posti letto accreditati come SIR e Centri Diurni Psichiatrici, Hospice e SUAP;
7. di approvare l'allegato C, che forma parte integrale e sostanziale del presente provvedimento, in cui sono esplicitati i volumi massimi di prestazioni e i correlati limiti di spesa assegnati a ciascuna ASL per l'acquisto dalle strutture ex Case di cura neuropsichiatriche, specificando che 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;
8. di stabilire, altresì, che le AA.SS.LL. per le ex Case di cura neuropsichiatriche come da riconversione da DCA 94/2014:
   8.1 devono fissare i volumi prestazionali massimi con correlati valori di spesa riconoscibili nell'esercizio 2026 e 2027, per singolo Centro erogatore entro i limiti prestazionali esposti nell'allegato C al presente provvedimento;

   8.2 devono stipulare per l'effetto, entro 15 giorni dalla notifica del presente atto, i relativi contratti ex art. 8 quinquies secondo lo schema di cui all'allegato D, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;

   8.3 devono 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 2026 e 2027 e per singola tipologia di prestazione;

9. di stabilire che per le Comunità/Case alloggio, in considerazione del peculiare regime autorizzativo e nelle more del completamento del percorso di riordino dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale previsto dalla DGRC n. 471/2022, i valori di cui all'allegato B debbano costituire limiti alle prestazioni e alla spesa per collocamento dei pazienti presso le strutture risultanti autorizzate e attive dalla ricognizione condotta dagli uffici regionali;
10. di confermare per le Comunità/Case alloggio quanto previsto dal DCA 53/2018 in merito al divieto di rilascio di nuove autorizzazioni;

11. di precisare che i tetti prestazionali e i correlati volumi di spesa determinati con il presente atto debbano applicarsi per l'anno 2026, e per il successivo anno 2027, salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi provvedimenti;
12. di precisare che, analogamente ai precedenti cicli di programmazione, al fine di assicurare la continuità assistenziale per tutto l'anno solare, il consumo del tetto annuale stabilito con il presente provvedimento è limitato massimo al 95% entro il 30 novembre per ciascun anno di riferimento, come anche indicato nello schema di contatto allegato al presente provvedimento (allegato D);
13. di destinare alle AA.SS.LL, per l'esercizio 2027, una ulteriore quota aggiuntiva di prestazioni, calcolata secondo i criteri riportati al punto 3 dell'allegato A, da utilizzare esclusivamente per l'acquisto di prestazioni da strutture che, in attesa della conclusione dell'iter amministrativo relativo alla verifica tecnica della UOS "Organismo Tecnicamente Accreditante – OTA" finalizzata all'accreditamento istituzionale, verranno accreditate successivamente alla data d'adozione del presente provvedimento;
14. 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;
15. di fare obbligo alle Aziende Sanitarie a adempiere agli obblighi informativi ai fini della corretta implementazione dei flussi NSIS finalizzata al monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale, anche alimentando i flussi sociosanitari ricompresi nell'ecosistema digitale SINFONIA, secondo le indicazioni fornite dalla Regione;
16. di stabilire per le strutture accreditate e contrattualizzate l'obbligo di adempiere ai debiti informativi secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale (NSIS- FAR – SISM – STS - HOSPICE) dalla Regione o dall'Azienda, anche attraverso il puntuale, completo e corretto conferimento delle informazioni richieste attraverso i sistemi informativi individuati dalla Regione e dall'ASL, anche con riferimento alla alimentazione del File H e ai flussi sociosanitari ricompresi nell'ecosistema digitale SINFONIA secondo le indicazioni fornite dalla Regione e dalla ASL;
17. 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 e la necessità di garantire la continuità delle prestazioni assistenziali– sono da considerarsi prive di contratto, per cui decorsi inutilmente i termini di cui ai punti 5.2 e 8.2, fatte salve la remunerazione delle prestazioni relative ai percorsi riabilitativi già avviati, 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);
18. 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 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;
19. di stabilire che la premialità di cui all'art. 6 della legge regionale n. 18/2022 è riconosciuta, per gli esercizi 2026 e 2027, alle sole strutture che applicano il CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020, secondo i criteri e le modalità di cui al punto 2 dell'Allegato A, e che le relative risorse sono riportate negli Allegati B e C;
20. di prendere atto che i limiti di spesa fissati con il presente provvedimento trovano copertura nell'ambito delle risorse del Fondo Sanitario Regionale assegnate alle Aziende Sanitarie Locali per gli esercizi 2026 e 2027 e che dal presente provvedimento non derivano oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale;
21. di demandare alla Direzione Generale Tutela della salute e Coordinamento del SSR l'istituzione di un tavolo tecnico regionale con separato atto dirigenziale, composto da rappresentanti della Regione e dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative delle macroaree riabilitazione e sociosanitaria, quale sede di confronto tecnico e valutativo dell'andamento della produzione con il compito di formulare proposte e considerazioni in ordine all'organizzazione dei

servizi e al loro assetto più efficiente, anche ai fini del contenimento della mobilità passiva e dello sviluppo di quella attiva, al fine di migliorare l'erogazione delle prestazioni/paziente;

22. di trasmettere il presente provvedimento al Gabinetto del Presidente, alla Direzione Generale Tutela della Salute e coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, anche per la notifica a So.re.sa, alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste a tutti i centri privati accreditati che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie oggetto del presente provvedimento, nonché ai Comuni capofila degli Ambiti territoriali, alla Direzione Generale per le Politiche Sociali, Politiche Giovanili e Sport, e al BURC per la pubblicazione.