



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 procedimento
proposto. ~~Servizio Acquisti e Contratti~~ Prestazioni Esterne

IL DIRETTORE

Dr. Fulvio Marchese

(timbro e firma)
Marchese Fulvio

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

N. 1133 del 20/9/2018

Oggetto : Decreto del Commissario ad Acta n. 41 del 29 /05/2018

**Tetti di Spesa Anni 2018 /2019
Attività Riabilitativa ex art 26 L. 833/78**

Proposta n. 28 SP/90381 del 17/09/2018

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:

1. del Decreto Commissariale n.41 del 29/05/2018 ritualmente notificato con nota n. 132725/ASL del 05/06/2018 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 allegata tabella(**Tab 01**) che definisce, in dettaglio per ogni Centro Ambulatoriale Accreditato di Riabilitazione, il limite di spesa per l'anno 2018 e 2019 ,
3. dell'allegato **schema di contratto All.4** di cui al decreto n.41/2018 per l'erogazione dei volumi e relativi tetti di spesa delle prestazioni riabilitative ex art 26 L. 833/78, l'anno 2018 e 2019 .
4. dell' impegno di quest'Azienda a poter utilizzare ,previa intesa regionale, come per gli anni pregressi, in fase di consuntivo dell'attività riabilitativa, nel rispetto del tetto di spesa complessivo riabilitativo assegnatole ex DCA n. 41/2018, eventuali economie del "setting" semiresidenziale/residenziale a favore della copertura del bisogno ambulatoriale/domiciliare.


Direttore *Acquisito e Controllo Prestazioni Esterne*
Dott. *Fulvio Marchese*
CASERTA
Fulvio Marchese

Il Direttore del Servizio Acquisto e Controllo Prestazioni in Accreditemento

PREMESSO

- che la Regione Campania con il Decreto n.41 del 29/05/2018 del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario, all'allegato 01, definisce, per gli anni 2018 e 2019, i limiti massimi entro i quali devono rientrare le prestazioni sanitarie afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art 26 L.833/78;
- che il citato Decreto Commissariale, veniva ritualmente notificato con nota n. 132725/ASL del 05/06/2018, 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 n. 01 del citato Decreto Commissariale assegna, all'ASL Caserta, relativamente all'attività riabilitativa ex art 26 L.833/78, l'importo complessivo di Euro 34.835.000,00 ;
- che il richiamato DCA, al punto n. 08, lettere a), c) indica i criteri di calcolo per la definizione dei tetti di spesa delle prestazioni riabilitative, rispettivamente di tipo Ambulatoriali/Domiciliari e Semiresidenziali/Residenziali;
- che, in particolare il punto n.8, lettera a) relativo alla definizione, per ogni ASL dei tetti di spesa delle prestazioni ambulatoriali/domiciliari, recita: *“tenendo conto di ulteriori elementi particolari, ritenuti significativi e da considerare con ragionevolezza ed equità quali: localizzazione delle strutture; carenza territoriale, accessibilità, bacino e tipologia di utenza, vocazione e tecnologie disponibili della struttura.....”*
- che quest'Azienda, in osservanza al richiamato punto n. 08, lettera a) del dettato di cui al DCA n. 41/2018, in particolare alla localizzazione delle strutture e alla carenza territoriale, teneva conto della distribuzione in termini di comprensorio delle strutture riabilitative accreditate della provincia di Caserta.
- che a seguito dell'applicazione di tali criteri, è stata elaborata l'allegata tabella (**Tab. 01**) che definisce, per gli anni 2018 e 2019, in dettaglio, per ogni Centro Ambulatoriale accreditato, il limite di spesa;
- che il DCA n. 41/2018, reca l'allegato schema contrattuale utile per la stipula del contratto di acquisto delle prestazioni riabilitative ex art 26 L.833/78, da erogarsi negli anni 2018/2019;

CONSIDERATO

Che le attività del tavolo tecnico riunitosi nei giorni 06, 11, 14 giugno 2018 e 10 luglio 2018 non hanno determinato una soluzione unica e condivisa ai fini della definizione dei tetti di spesa riabilitativi per il biennio 2018/2019.

VISTA

la necessità di definire i tetti di spesa riabilitativi del biennio 2018/2019 entro i limiti temporali fissati dal DCA n. 41/2018

TENUTO CONTO

Che il fabbisogno aziendale riabilitativo, allo stato, come per gli anni pregressi, è prevalentemente di tipo ambulatoriale/domiciliare, quest'Azienda, nel rispetto del tetto di spesa complessivo riabilitativo assegnatole ex DCA n. 41/2018, in fase di consuntivo, si adopererà, a poter utilizzare eventuali economie del “setting” semiresidenziale/residenziale a favore della copertura del bisogno ambulatoriale/domiciliare.

PRESO ATTO

1. del Decreto Commissariale n.41 del 29/05/2018 ritualmente notificato con nota n. 132725/ASL del 05/06/2018 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 allegata tabella (**Tab 01**) che definisce, in dettaglio per ogni Centro Ambulatoriale Accreditato di Riabilitazione, il limite di spesa per l'anno 2018 e 2019,
3. dell'allegato **schema di contratto All.4** di cui al decreto n.41/2018 per l'erogazione dei volumi e relativi tetti di spesa delle prestazioni riabilitative ex art 26 L. 833/78, l'anno 2018 e 2019 ;
4. che il fabbisogno aziendale riabilitativo, allo stato, come per gli anni pregressi, è prevalentemente di tipo ambulatoriale/domiciliare, quest'Azienda, nel rispetto del tetto di spesa complessivo riabilitativo assegnatole ex DCA n. 41/2018, in fase di consuntivo, si adopererà, a poter utilizzare eventuali economie del “setting” semiresidenziale/residenziale a favore della copertura del bisogno ambulatoriale/domiciliare.

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 Correra

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 Correra

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

1. del Decreto Commissariale n.41 del 29/05/2018 ritualmente notificato con nota n. 132725/ASL del 05/06/2018 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 allegata tabella(**Tab 01**) che definisce, in dettaglio per ogni Centro Ambulatoriale Accreditato di Riabilitazione, il limite di spesa per l'anno 2018 e 2019 ,
3. dell' allegato **schema di contratto All.4** di cui al decreto n.41/2018 per l'erogazione dei volumi e relativi tetti di spesa delle prestazioni riabilitative ex art 26 L. 833/78, l'anno 2018 e 2019 ;
4. dell' impegno di quest'Azienda a poter utilizzare , come per gli anni pregressi, previa intesa regionale, in fase di consuntivo dell'attività riabilitativa, nel rispetto del tetto di spesa complessivo riabilitativo assegnato ex DCA n. 41/2018, eventuali economie del "setting" semiresidenziale/residenziale a favore della copertura del bisogno ambulatoriale/domiciliare.

Dare immediata esecutività al presente atto;

Sarà cura del Servizio proponente notificare il presente atto deliberativo a:

- 1) Centri Ambulatoriali di Riabilitazione Accreditati esistenti nel territorio dell'Asl Caserta;
 - 2) 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).

~~20 SET. 2018~~

IL RESPONSABILE DELLA SEGRETERIA

IL RESPONSABILE DELLA SEGRETERIA

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.

La presente deliberazione viene resa immediatamente eseguibile per l'urgenza

Addi.....

~~20 SET. 2018~~

Il Funzionario

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. _____

Struttura	Importi Amb/Dom 2017	Importi aggiuntivi dca 41/2018	Importi finali Amb/Dom 2018/2019	N. posti letto accreditati DCA n 112/2014	Importi SEM/RES 2018 con T.O 85% Sem e 95% Resid.	Importi totali 2018/19
AGRO AVERSANO	1.511.979,86	8.650,91	1.520.630,77		0,00	1.520.630,77
AIRRI	4.494.805,75	43.254,57	4.538.060,32		0,00	4.538.060,32
ANTARES	3.844.143,35	30.278,20	3.874.421,55		0,00	3.874.421,55
CEFIM	1.733.853,24	2.000,00	1.735.853,24		0,00	1.735.853,24
C. CAMPANO	1.547.138,86	43.254,57	1.590.393,43	22	420.226,43	2.010.619,86
C.PRIF	1.655.341,05	86.509,14	1.741.850,19	18	343.821,63	2.085.671,82
C.SALUS	1.574.303,84	8.650,91	1.582.954,75		0,00	1.582.954,75
C.SAN PAOLO	648.951,08	86.509,14	735.460,22	18	343.821,63	1.079.281,85
CINETIC	1.118.092,28	26.952,74	1.144.045,02		0,00	1.144.045,02
FEMAS	1.076.958,45	4.650,91	1.081.609,36		0,00	1.081.609,36
GEROVIT	896.218,89	34.603,66	930.822,55		0,00	930.822,55
GINOLFI	512.303,15	2.000,00	514.303,15		0,00	514.303,15
INCONTRO	1.732.424,14	98.305,84	1.830.729,98	39	744.946,86	2.575.676,84
LA PINETINA	610.775,05	236.934,02	846.709,07		0,00	846.709,07
LA RINASCITA	937.869,92	161.221,58	1.099.091,50	35	668.542,06	1.767.633,55
OASI	440.381,98	113.051,72	553.433,70	44	1.561.426,97	2.114.860,67
SANTULLI	3.541.248,79	43.254,57	3.584.503,36		0,00	3.584.503,36
VILLA dei CEDRI	1.324.210,32	294.917,52	1.619.127,84	12	229.214,42	1.848.342,26
	29.201.000,00	1.323.000,00	30.524.000,00	188	4.312.000,00	34.835.999,99

Tetto Amb/Dom

Dca n.41/2018 30.524.000,00

Tetto sem/resid

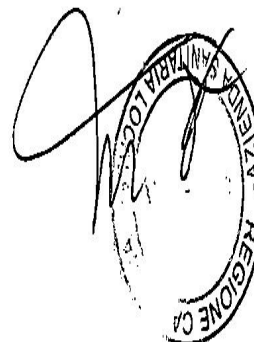
Dca n.41/2018 4.312.000,00

Incremento Amb/Dom

Dca n.41/2018 1.323.000,00

Tetto Complessivo

34.836.000,00



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 _____,

autorizzata all'esercizio ai sensi della DGRC n. 3958/2001 e smi con provvedimento n.

_____ del Comune di _____, 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, legalmente

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:

- di intervenire al presente atto in qualità di rappresentate legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- che non si trova in stato di fallimento e/o di liquidazione coatta, salvi i casi in cui sia in corso un procedimento giudiziario per il risanamento e la prosecuzione dell'attività d'impresa
- che nei confronti del titolare o imprenditore o della compagine sociale non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c), del D. Lgs. n. 231/2001 e s.m.i. o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione;
- di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;
- di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. n. del ___/___/201_.

E

L'Azienda Sanitaria Locale Caserta con sede rappresentata dal Direttore Generale _____ munito dei necessari poteri come da DPGRC di nomina n.

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 2018 (nonché nel 2019), contratto redatto in conformità al decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. 41 del 29 / 05 / 2018.

PREMESSO

- che con decreto n. 41 del 29 / 05 / 2018 il 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 2018-2019, che rappresenta pertanto la quantità di prestazioni che il SSR può erogare, ferma restando la compatibilità con la disponibilità di risorse finanziarie e con gli equilibri finanziari, e ha adottato anche i relativi schemi contrattuali, cui si uniforma il presente contratto;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(Oggetto e durata)

Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 (come definita nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"), comprensivi delle prestazioni che superino i 240 giorni di trattamento da remunerarsi con le tariffe sociosanitarie ai sensi del DCA n. 6/2010, che la ASL Caserta acquista dalla sottoscritta struttura erogatrice, da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2018 (nonché nel 2019), 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 2018 nonché nel 2019.

Art. 3

(Quantità delle prestazioni)

1. Il volume di prestazioni riabilitative ex art. 26 L. 833/78 che la ASL, entro il limite massimo attribuito alla stessa, prevede di dover acquistare annualmente nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2018 nonché nel 2019 dalla sottoscritta struttura privata accreditata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2018 nonché dal 1/1/2019 al 31/12/2019, è determinato in:

- a) N°prestazioni Ambulatoriali
- b) N°prestazioni Ambulatoriali P.G.;

Almeno il 40% delle prestazioni ambulatoriali/ambulatoriali Piccolo Gruppo deve essere dedicato a soggetti in età evolutiva;

Almeno il 80% delle prestazioni ambulatoriali/ambulatoriali Piccolo Gruppo deve essere dedicato a cittadini residenti o assistibili dalla ASL che sottoscrive il presente contratto;

c) N°prestazioni Domiciliari; le prestazioni domiciliari remunerate possono essere erogate esclusivamente a cittadini residenti o comunque assistibili dalla ASL che sottoscrive il contratto, e a cittadini residenti nelle ASL confinanti territorialmente;

d) N°prestazioni Semi Residenziali

e) N.prestazioni Residenziali;

2. il mix di prestazioni potrà essere diverso nel rispetto di quanto previsto dal successivo art. 4 cc. 3,4, e 5, purché siano rispettati i limiti di spesa fissati nel successivo art. 4 e purché l'erogazione delle prestazioni avvenga in corso d'anno nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2018, nonché nel 2019. In ogni caso non sarà riconosciuto liquidabile il numero di prestazioni di riabilitazione domiciliare eventualmente

eccedente il 30% del totale delle prestazioni di cui alle lettere a), b) e c) del precedente comma 1, fatte salve eventuali diverse attribuzioni che saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura

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

1. Le prestazioni di cui al precedente art. 3 sono valorizzate e vengono remunerate applicando le seguenti tariffe: per le prestazioni ambulatoriali, ambulatoriali piccolo gruppo, domiciliari, semiresidenziali e residenziali sono applicate le tariffe 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 DCA n. 110/2014, fatti salvi i casi previsti dalle linee guida regionali sulla riabilitazione approvate con DGR n. 482 del 2004 laddove sia verificato che le esigenze riabilitative non possono essere soddisfatte in RR.SS.AA.
2. Il limite di spesa e, quindi, il fatturato a carico della ASL, per il periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2018, ovvero per il periodo 1/1/2019 – 31/12/2019, corrispondente al volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato come segue:
 - a) per le prestazioni ambulatoriali : Euro.....;
 - b) per le prestazioni amb P.G. : Euro
 - c) per le prestazioni domiciliari di riabilitazione : Euro
 - d) per le prestazioni semi residenziali : Euro (al netto della quota di compartecipazione dell'utente/Comune, dovuta in caso di superamento dei 240 giorni di degenza e secondo quanto previsto dalla DGR n. 482/2004, stimata in € _____ di cui è unico debitore l'utente o il Comune di residenza);
 - e) per le prestazioni residenziali: Euro (al netto della quota di compartecipazione dell'utente/Comune, dovuta in caso di superamento dei 240 giorni di degenza, stimata in € _____ di cui è unico debitore l'utente o il Comune di residenza);
3. Nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti nel comma precedente, fermo restando il rispetto della C.O.M. della struttura, è consentito che un superamento dei limiti di spesa relativo alle prestazioni semiresidenziali e residenziali possa essere compensato da un risparmio sul limite di spesa stabilito per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari; mentre non è consentita la condizione opposta: un superamento del limite di spesa stabilito per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari non potrà essere compensato da un sotto utilizzo del limite di spesa stabilito per le prestazioni semiresidenziali e residenziali. Altresì è consentito che un superamento dei limiti di spesa relativo alle prestazioni ambulatoriali P.G. possa essere compensato da un risparmio sul limite di spesa stabilito per le prestazioni ambulatoriali; mentre non è consentita la condizione opposta.
4. La ASL e la sottoscritta struttura privata potranno rimodulare in corso d'anno i suddetti limiti di spesa, entro i limiti prestazionali aziendali in caso di disponibilità di prestazioni non erogate complessivamente dai centri erogatori ricadenti nella ASL medesima. Qualora risultino ancora disponibili ulteriori prestazioni e risorse non utilizzate, potranno altresì modificare in corso d'anno i suddetti limiti di spesa per incrementare prioritariamente in quantità e valore le prestazioni socio sanitarie riducendo dello stesso valore economico quelle di riabilitazione ex art. 26. Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate, il consumo massimo del tetto annuale è fissato al 95% al 30 novembre di ciascun anno solare: pertanto, nulla spetterà alla sottoscritta struttura, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto consumo massimo.
5. La sottoscritta struttura potrà recuperare nel mese successivo l'eventuale volume di prestazioni non richiesto dagli aventi diritto, rispetto alla percentuale massima fissata al

comma precedente: si precisa, comunque, che nulla spetterà né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per il caso in cui detto volume non sia stato recuperato entro il termine di durata del presente contratto.

Art. 5

(Criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle vigenti tariffe regionali fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati dalla Regione. Per le prestazioni cui si applica la tariffa per RSA o Centro Diurno socio sanitari, ai sensi della normativa vigente, la sottoscritta struttura privata ha l'obbligo di fatturare alla ASL esclusivamente la quota delle tariffe dovuta per la componente sanitaria, e all'utente/Comune la quota delle tariffe per la componente sociale, secondo le percentuali riportate al punto n. 1 del dispositivo del decreto commissariale n. 77 dell'11 novembre 2011. Per le strutture interessate dalle riconversioni parziali o totali in strutture socio sanitarie al momento della riconversione la residua quota di dodicesimi del tetto di spesa annuo sarà riservata alle prestazioni riconvertite.
2. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, salvo espresso e diverso provvedimento regionale, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile un superamento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale o del Commissario ad acta, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
3. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC n. 6757/96, 377/98, 1270 e 1272/2003, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate, nemmeno a titolo di indebito arricchimento.

Art. 6

(Modalità di accesso ed erogazione delle prestazioni)

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

4. Per procedere all'erogazione delle prestazioni la struttura erogatrice è tenuta a verificare preliminarmente la completezza e regolarità del progetto riabilitativo e dell'autorizzazione, segnalando tempestivamente alla ASL eventuali irregolarità o anomalie. La mancata segnalazione alla ASL comporta la non remunerazione della prestazione.

Art. 7

(Obblighi della struttura erogatrice)

1. La struttura erogatrice sottoscritta, accreditata con il SSR, concorre al raggiungimento e rispetto di obiettivi di sanità pubblica, favorendo le condizioni di maggiore appropriatezza erogativa.
2. Pertanto essa si impegna a svolgere le attività e a erogare le prestazioni nel rispetto delle indicazioni e degli obiettivi indicati nel PRI, relazionando o riferendo al competente servizio aziendale che ha in carico il paziente circa l'andamento del progetto riabilitativo, anche proponendo aggiornamenti o revisioni del PRI o, in caso di inefficacia del trattamento, le dimissioni del paziente. Essa riferisce anche circa il grado di adesione del paziente al PRI, in particolare comunicando alla ASL che ha in carico il paziente i casi in cui la percentuale di partecipazione al progetto riabilitativo non superi il 90% delle prestazioni previste nel periodo di trattamento previsto dal PRI e che comprometta la possibilità di raggiungere gli obiettivi del PRI, comunicando la dimissione del paziente. L'UVBR o altro organismo di valutazione multidimensionale specificamente individuato dalla ASL può esprimere parere contrario alla dimissione entro e non oltre 7 giorni dalla comunicazione della dimissione.
3. La struttura, con riferimento alle prestazioni di cui al precedente art. 3 lettere a) e b) mantiene registri cronologici con numeri d'ordine progressivi distinti per i soggetti in età evolutiva e per gli altri pazienti.
4. La struttura comunica bimestralmente al distretto sanitario di appartenenza le proprie liste d'attesa.
5. La 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 File H e del portale SANIARP secondo le indicazioni fornite dalla Regione e dalla ASL.
6. La struttura erogatrice si obbliga a collaborare con i programmi regionali e aziendali di verifica dell'appropriatezza, congruità e legittimità delle prestazioni, predisponendo e mantenendo condizioni organizzative necessarie e utili al corretto e regolare svolgimento dell'attività di controllo.

Art. 8

(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto esclusivamente da n. 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 congiunto dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti prestazionali di cui all'art. 3 e di spesa definiti dall'art 4;

- b. esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che motivatamente procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria, dandone comunicazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute.
5. Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura privata si impegna a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento delle fatture relative agli acconti di cui al successivo articolo 9

Art. 9

(Modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la sottoscritta struttura privata fatturerà alla Asl un acconto pari al 95% della produzione mensile, oltre Iva se dovuta.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti mensili acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono.
3. Il saldo mensile, pari al 5%, oltre Iva se dovuta, sarà fatturato nel modo seguente:
entro il 31 maggio per le fatture del primo trimestre (gennaio-febbraio-marzo)
entro il 31 agosto per le fatture relative al secondo trimestre (aprile-maggio-giugno)
entro il 30 novembre per le fatture relative al terzo trimestre (luglio-agosto-settembre)
entro il 28 febbraio dell'anno successivo per le fatture relative al quarto trimestre (ottobre-novembre-dicembre).
Il diritto al pagamento dei suddetti saldi maturerà entro sessanta giorni dalla data della fattura.
4. La ASL entro trenta giorni prima dei termini di cui al comma 3, al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, comunicherà alla struttura quanto liquidabile a saldo; ed eventualmente richiede alla sottoscritta struttura privata eventuali note credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4 con particolare attenzione ai comma 3-4-5, e art. 9;
5. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della sottoscritta struttura privata, fermo restando che tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il pagamento delle fatture emesse a saldo in corso d'anno non potrà essere effettuato alle scadenze periodiche stabilite nel comma precedente, per la parte corrispondente al superamento della C.O.M. in maturazione.
6. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
7. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;

d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.

8. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
9. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
10. Ai fini del rispetto della normativa sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria, sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del presente contratto:

codice IBAN: _____;

presso: _____;

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

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

Art. 10

(Efficacia del contratto)

1. Il presente contratto esplica efficacia con riferimento al periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2018 nonché al periodo 1/1/2019 – 31/12/2019.
2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 11

(Norme finali)

1. Per ogni controversia riguardo all'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.
2. Per qualsiasi controversia tra la sottoscritta struttura privata e la ASL e/o la Regione, anche non inerente al presente contratto, è espressamente escluso il ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. 41 del 29 / 05 / 2018, sopra citato.

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

..... , ___ / _____ 2018

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. E' da intendersi specificamente approvata, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. l'art. 12 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata
