



(Coordinamento Associazioni di Categoria)



**Al Dr. Joseph Polimeni**  
**Commissario ad Acta**

**Al Dr. Claudio D'Amario**  
**Sub Commissario ad Acta**

per l'attuazione del piano di rientro dai  
disavanzi del settore sanitario

**p.c. Al Dr. Antonio Postiglione**  
Direzione Generale  
per la Tutela della Salute  
ed il Coordinamento del  
Sistema Sanitario Regionale

**p.c. All' On. Vincenzo De Luca**  
Presidente Giunta Regione Campania

### **REGIONE CAMPANIA**

Napoli, 18 Luglio 2016

**Oggetto: Controdeduzioni e richieste di modifiche a Verbale Tavolo Tecnico Regionale del 12 Luglio 2016.**

*Egregi Commissari ad acta,*

in relazione alla nostra contestazione circa il contenuto ed il tenore del resoconto esitato dal Tavolo Tecnico Regionale del 12 u.s., **descriviamo in sintesi e nell'ordine i punti oggetto di una necessaria revisione del testo**, utilizzando la formula:

- a) *le motivazioni addotte alle richieste modifiche per ciascun periodo;*
- b) *la proposta di nuovo testo completo.*

1. **Per la Branca di FKT**, oltre alla richiesta di integrare il precedente resoconto mancante del tutto di quanto discusso nell'incontro del 6.7.2016, va adeguatamente descritta la motivazione della esclusione dalla Macroarea Riabilitazione e Sociosanitario riportando quanto riferito dal Sub Commissario in uno alla richiesta di Polizzi di fissare urgentemente la data di convocazione dello specifico Tavolo.
2. **Per la parte relativa agli Allegati**, presentati rispettivamente da Pizza/Polizzi e da Cerracchio/Pagano, si ritiene fortemente stridente la parzialità di rappresentazione e quindi

la disparità di trattamento dei due contributi. Infatti, secondo la più infantile logica dei “due pesi e due misure”:

→ il primo (quello dello scrivente Coordinamento), nonostante i quarantatré minuti di lettura e discussione tra tutti i componenti di Parte Pubblica e Privata del Tavolo, viene liquidato frettolosamente ed indicato unicamente per la tematica dei tetti di spesa ed allegato al resoconto per le sole pagine dispari, mancando di inviare quelle con numerazione pari (ci si chiede cosa abbiamo potuto fare per meritare tutto questo?!);

→ il secondo, seppure allegato nella sua formulazione integrale, viene descritto analiticamente ed accuratamente con ben cinque specifiche in barba alla cosiddetta par condicio.

Pertanto, siamo dell’avviso che entrambi i documenti vengano a far parte della sintesi dell’incontro unicamente quali allegati o, diversamente, il contributo del Coordinamento AdC AIOP, AGIDAE, ANISAP, A.N.P.R.I.C., ASPAT, CONFAPI Sanità e FRAS in uno a Confindustria Campania, deve essere necessariamente riassunto, alla stregua di quello presentato da Cerracchio e Pagano, in modo ampiamente descrittivo (vedi proposta di nuovo testo completo).

3. Per quanto concerne **l’avvio dei lavori** da parte del Sub Commissario D’Amario sono state inoltre omesse completamente le dichiarazioni di Pizza e Polizzi circa :

– la contrarietà che la definizione di tetti di spesa per singola struttura, come oramai da oltre un lustro in Campania per la Macroarea Riabilitazione e Sociosanitario, possa configurarsi in un unico tetto aziendale (ASL) da attribuire successivamente ai singoli erogatori territoriali;

– la necessità di conoscere preventivamente da parte delle Associazioni di Categoria la proposta di schema-tipo contratto della Struttura Commissariale al fine di poter fattivamente ed organicamente contribuire alla stesura del nuovo testo che dovrà recepire una serie di innovazioni rispetto al previgente modello, con rinvio di tali contributi Associativi all’incontro di martedì 19 c.m., ed impegno, a tal fine, dell’Amministrazione regionale ad inviare la suddetta proposta entro venerdì 15/07/16.

Va precisato, dunque, che la discussione svoltasi sulla questione dello schema-tipo contratto è stata condotta dal Dr. D’Amario attraverso il supporto di normativa riferita alla Regione Lazio e che il Coordinamento delle Associazioni AIOP, AGIDAE, ANISAP, A.N.P.R.I.C., ASPAT, CONFAPI Sanità e FRAS in uno a Confindustria Campania non ha accluso alcun documento rinviandosi, come detto, alla prossima settimana. Il Sub Commissario a questo punto ha lasciato la riunione per i previsti impegni di Ufficio.

4. Si ritiene che, **la seconda parte** del “resoconto” debba descrivere analiticamente le problematiche in discussione precisando chi ha sollevato il tema e quali posizioni sono emerse (cfr. rapporto percentuale ambulatoriali/domiciliari, presa in carico e regolamentazione dei tempi di accesso, soglia minima di partecipazione, prenotazione dei trattamenti, adeguamenti dei budget del DCA 53/2015, etc.)

Tutto ciò chiarito, **si propone a seguire il testo della sintesi/resoconto/verbale CONDIVISIBILE** in quanto fedelmente attinente al susseguirsi dei lavori della predetta riunione del Tavolo Tecnico Regionale - Macroaree Riabilitazione e Socio-Sanitario / Programmazione per gli esercizi 2016 e 2017, con la precisazione che, di tale parte, si provvede ad invio anche in formato word.

## **TESTO INTEGRALE DEL RESOCONTO INCONTRO 12/7/2016**

Il Dr. Polizzi rappresentante delle Associazioni di Categoria, preliminarmente, per la Branca di Riabilitazione semplice e/o minimale (cd. FKT ex art. 44 L. 833/78) richiede di integrare il precedente resoconto in quanto mancante della problematica sollevata nell'incontro del 6/7/16, segnatamente alle motivazioni addotte dai Commissari ad Acta circa la esclusione della predetta Branca dalle Macroaree Riabilitazione e Socio-Sanitario ai fini della programmazione dei tetti di spesa.

Il Sub Commissario D'Amario conferma anche in questa circostanza la decisione di accludere la FKT alla Macroarea della Specialistica Ambulatoriale, in tal modo escludendola dal Tavolo in corso di svolgimento.

Polizzi, a tal riguardo, richiede di fissare urgentemente la data di convocazione dello specifico Tavolo, evocando le gravi criticità che affliggono da anni le strutture erogatrici di FKT.

Il Dr. D'Amario si impegna a comunicare entro breve termine la data di tale convocazione.

A seguire il Dr. Polizzi a nome del Coordinamento delle Associazioni AIOP, AGIDAE, ANISAP, ANPRIC, ASPAT, CONFAPI e FRAS in uno a Confindustria Campania consegna un documento contenente alcune proposte per la quantificazione dei tetti di spesa per il biennio 2016/2017 che si allega alla presente e che in sintesi propone:

### **MACROAREA RIABILITAZIONE ex art. 26 L. 833/78**

- di incardinare l'intera proposta alla evidenza che, come stabilito nel DCA n. 8/2016, la programmazione dei volumi prestazionali, quale unica espressione del fabbisogno, afferisce al DCA 90/2014 concernente i tetti di spesa per il biennio 14-15;
- di riferirsi, a tal uopo, al recente DCA n. 55/2016 relativo alla ripartizione del finanziamento statale della spesa sanitaria regionale corrente sulla base del combinato disposto, previsto dall'art. 28 L.R. n. 32/1994, di quota capitaria e consuntivato anno precedente (LEA);
- di rispettare il programma operativo 2013/2015 (cfr. tabella 29 DCA 18/2014, confermata dal DCA 108/2014) con conseguente:
  - a) rimodulazione dei tetti di spesa per le ASL penalizzate dal succitato DCA 90, avendo come riferimento la restituito ad integrum dei volumi prestazionali del 2012;
  - b) il completamento dell'adeguamento del budget di macroarea per quelle ASL che hanno ottenuto, a partire dal DCA 90, una prima valutazione integrativa al criterio di spesa storica (n.b. Allegate n. 2 tabelle sinottiche di ripartizione del fondo per ASL);
- di introdurre nella nuova regolamentazione un correttivo che consenta la rimodulazione degli addendi contrattuali attraverso il sottoutilizzo dei diversi setting assistenziali, purché nel tetto complessivo assegnato alla singola struttura;
- di ripristinare l'equivalenza (50%) del rapporto di prestazioni tra ambulatoriali/domiciliari;
- di prevedere addendum contrattuali aziendali concernenti le cure prestazionali domiciliari ai sensi del DCA n. 1/2013.

### **MACROAREA SOCIO-SANITARIO (RSA/CDI)**

- di reintrodurre nel contratto il budget di struttura al lordo ed al netto della quota di compartecipazione ai sensi della DGRC 50/2012;
- di prevedere in modo tassativo quanto previsto dall'art. 1 comma 146 L.R. 16/2014 circa la copertura economica, con risorse FUA, da parte del Comune/Ambito per quanto di propria competenza;

- di accelerare attraverso il corredo dei relativi provvedimenti commissariali la messa a regime delle statuizioni della DGRC n. 282/2016 concernente il ripristino presso le ASL del pagamento in compensazione della quota sociale di compartecipazione;
- di rimodulare i budget assegnati in forza dello start-up previsto dal DCA 53/2015 con l'utilizzo pieno del modulo accreditato.

Apri i lavori il Sub commissario ad acta, Dr. D'Amario che ribadisce il concetto di fissare i limiti di spesa a livello aziendale e non di struttura e chiede ai presenti i contributi richiesti nel precedente incontro in merito ad elementi innovativi e/o integrativi rispetto allo schema di contratto già in uso.

Sul punto seguono le dichiarazioni dei componenti di Parte Privata Dr. Pizza e Dr. Polizzi che manifestano nell'ordine:

- la contrarietà alla definizione di tetti di spesa per struttura configurati in un unico tetto aziendale (ASL) e successivamente attribuiti da quest'ultime ai singoli erogatori territoriali;
- la necessità di conoscere preventivamente da parte delle Associazioni di Categoria la proposta di schema-tipo contratto della Struttura Commissariale al fine di poter fattivamente ed organicamente contribuire alla stesura del nuovo testo che dovrà recepire una serie di innovazioni rispetto al previgente modello, con rinvio di tali contributi associativi all'incontro di martedì 19 c.m. ed impegno, a tal fine, dell'Amministrazione regionale ad inviare la suddetta bozza di proposta entro venerdì 15/07/16.

In prosieguo, la discussione sulla questione in esame viene condotta dal Dr. D'Amario attraverso il supporto di normativa riferita alla Regione Lazio segnatamente per la necessaria accurata disamina dei predetti elementi contrattuali innovativi.

I Componenti del Coordinamento AdC AIOP, AGIDAE, ANISAP, A.N.P.R.I.C., ASPAT, CONFAPI Sanità e FRAS in uno a Confindustria Campania non hanno accluso alcun documento sul tema contrattuale rinviandosi, come detto, alla prossima riunione.

Prende la parola il Dr. Pagano che, a nome dell'Associazione Nova Campania e Coordinamento Regionale ANFFAS, presenta un documento, allegato alla presente, che in sintesi propone:

- di indicare separatamente, per le prestazioni sociosanitarie, l'importo al netto della quota sociale e l'importo al lordo (comprensivo quindi della quota sociale a carico dell'utente/Comune);
- di chiarire quanto declinato al punto "2.2 Tipologia degli interventi di riabilitazione" delle Linee Guida per le attività di riabilitazione in Regione Campania DGRC 482/2004 in merito alla deroga della permanenza in riabilitazione oltre i 240 giorni prevista dal progetto riabilitativo per alcune categorie di pazienti;
- di adeguare i tempi di pagamento delle prestazioni ai contratti stipulati da altre Regioni (vedi Abruzzo) passando dai 90 giorni previsti dal contratto vigente a 60;
- le asl devono fornire ai tavoli tecnici aziendali su base trimestrale le informazioni relative delle attività erogate dalle strutture accreditate per consentire e rendere più efficace il monitoraggio;
- di tenere conto ai sensi della recente normativa vigente che non è più possibile per le cooperative sociali, in quanto ONLUS "di diritto" di avvalersi dell'esenzione IVA per le prestazioni socio-sanitarie;

Il Dr. Pizza, aderendo alla richiesta di accorciamento dei tempi di pagamento, sottolinea la necessità di adeguare il contratto in discussione con quello attualmente vigente in Regione Campania per la Macroarea Specialistica Ambulatoriale che prevede la corresponsione degli acconti entro 60 giorni dalla fine del mese cui si riferiscono.

Il Sub Commissario D'Amario a questo punto, in relazione ai programmati impegni di Ufficio, lascia la riunione che viene presieduta dalla Dr.ssa Marina Rinaldi.

L'Avv. Saetta chiede che il tetto per le prestazioni erogate oltre i 240 giorni a cui si applica la tariffa sociosanitaria dai centri di riabilitazione non rientri nel tetto complessivo della macroarea della riabilitazione ma in quella sociosanitaria. Sul punto il dr. Pagano invece propone di non rappresentare in maniera distinta nella predisposizione del tetto di spesa della macroarea riabilitazione le prestazioni infra e sopra 240 giorni.

La Dr.ssa Conte a tale proposito sottolinea che se si procederà in tal senso, la parte di tetto afferente a prestazioni >240gg dovrà essere sottratta dal tetto generale della macroarea riabilitazione.

Il prosieguo della discussione si incentra su alcuni aspetti sollevati dagli intervenuti.

La Dr.ssa Rinaldi in ordine alla problematica del superamento del **rapporto percentuale** (max 30% domiciliari rispetto alle prestazioni ambulatoriali) significa che un rapporto accettabile **tra i due setting assistenziali** possa passare dal 30% al 40%, inserendo però il principio di territorialità. Le prestazioni pertanto potranno essere rese a cittadini della propria ASL ed a cittadini residenti nelle sole ASL confinanti della Regione Campania.

Si discute ampiamente sulle regole da adottare per una più corretta erogazione delle prestazioni e si conviene che il settore vada migliorato al fine di rendere le prestazioni più appropriate, facilitare e migliorare la presa in carico e regolamentare i tempi di accesso per evitare lunghe e incerti tempi di accesso alle prestazioni.

Si affrontano le problematiche da vari punti di vista e vengono proposte diverse soluzioni.

I rappresentanti delle Associazioni di Categoria impegnano i Centri Erogatori accreditati 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 o, in caso di inefficacia del trattamento, le dimissioni del paziente.

Viene proposto dal Dr. Cerracchio di fissare una **soglia minima di partecipazione** al progetto riabilitativo del 60% delle prestazioni previste nel periodo di trattamento stabilito dal PRI, proponendo la dimissione del paziente nel caso in cui c'è una partecipazione inferiore.

Su questo punto i Dottori Pizza e Polizzi dissentono totalmente dalla richiesta impostazione percentuale in quanto la annosa problematica delle assenze degli assistiti non è contemplata nella definizione delle tariffe ed è unicamente riconducibile alla valutazione della impossibilità a raggiungere gli obiettivi definiti dal PRI da parte del team multidisciplinare della struttura erogatrice che, ai sensi delle disposizioni vigenti, propone al distretto sanitario di appartenenza le dimissioni del paziente incostante e/o non collaborante.

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, distinti per i soggetti in età evolutiva e per gli altri pazienti, con l'indicazione dei tempi stimati per l'avvio dei trattamenti.

Per le problematiche relative alla fissazione dei limiti di spesa prestazionali in regime residenziale e semiresidenziale si ritiene logico proseguire, così come già fatto con il Decreto Commissariale 53/2015 per le RSA, attraverso la **valorizzazione del numero di posti letto accreditati istituzionalmente.**

Viene evidenziato, per quanto proposto da Polizzi, l'opportunità di **incrementare l'ipotetico tasso di occupazione dei pl RSA e CD**, in considerazione della natura delle prestazioni di lungo assistenza che non consentono una rotazione frequente dei pazienti.

I rappresentanti delle Associazioni sollecitano l'incontro del Tavolo Tecnico sulle criticità relative ai periodi pregressi (2014-2015).

La riunione si conclude con l'impegno di rivedersi nel corso della settimana prossima, e di convocare il tavolo 2014-2015 nel corso della stessa settimana, previa convocazione.

Contratto \_\_\_\_\_ tra \_\_\_\_\_ la  
 Società/Associazione/Fondazione.....  
 .....

Partita IVA: ..... Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA): .....  
 con sede legale in ..... (Prov: \_\_\_ ; CAP: \_\_\_\_\_) – Via ..... n°  
 ....., con sede operativa in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_, accreditata definitivamente con il SSR con  
 Decreto \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_ posti letto residenziali/semiresidenziali, e per n. \_\_\_ posti letto in  
 eccesso, 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 o  
 della Regione 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 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 .....

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;

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 \_\_\_/\_\_\_/2016.

## E

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

## PER

regolare i volumi, le tipologie e le risorse finanziarie delle prestazioni di assistenza sanitaria  
 afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 (come definita nell'allegato n.  
 4 alla DGRC n. 1269 del 16.7.09 e nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli  
 Essenziali di Assistenza"), da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2016 redatto in  
 conformità al decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. \_\_\_ del  
 \_\_\_ / \_\_\_ / 2016.

## PREMESSO

che con Decreto n. \_\_\_ del \_\_\_ / \_\_\_ / 2016 il Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano  
 di Rientro del settore sanitario - Regione Campania ha fissato e concordato, attraverso Protocollo

d'Intesa (PdI) con le Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative, 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, e che con Decreto n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_ ha emanato 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)

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 nell'allegato n. 4 alla DGRC n. 1269 del 16.7.09 e nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza") che la ASL \_\_\_\_ acquista dalla sottoscritta struttura erogatrice, da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2016 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.

### Art. 3 (quantità delle prestazioni)

1. Il volume di prestazioni che la ASL, entro il limite massimo ad essa attribuito, prevede di acquistare nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2016 dalla sottoscritta struttura privata accreditata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2016 è determinato in :
  - a. N. ....prestazioni ex art. 26 L. 833/78 Ambulatoriali/Domiciliari di cui:  
N. .... prestazioni ex art. 26 L. 833/78 Domiciliari (non oltre il 40% del totale delle prestazioni ambulatoriali/domiciliari);
  - b. N. ....prestazioni ex art. 26 L. 833/78 Semi Residenziali
  - c. N. ....prestazioni ex art. 26 L. 833/78 Residenziali.
2. Nell'ambito dei volumi prestazionali sopra determinati, a partire dalla data di sottoscrizione del presente contratto, 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;
3. 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. In ogni caso non sarà riconosciuto liquidabile il numero di prestazioni di riabilitazione domiciliare ex art. 26 L. 833/78 eventualmente eccedente il 40% del totale delle prestazioni di cui alla lettera a) del precedente comma 1, salvo deroga espressamente concessa dalla Regione con DCA 74/2010, 86/2011, 68/2012 e 85/2012, e confermata per l'esercizio corrente in conformità al punto 8 del dispositivo del decreto del Commissario ad acta n. 85 del 3 agosto 2012, pubblicato sul BURC n. 52/2012.

**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, ambulatori 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.
2. Il limite di spesa e, quindi, il fatturato a carico della ASL, per il periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2016 corrispondente al volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato come segue:
  - a. per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78: Euro .....
  - b. 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, ai sensi dell'art. 1 comma 146 L.R. 16/2014);
  - c. 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, ai sensi dell'art. 1 comma 146 L.R. 16/2014);

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; e viceversa: un superamento del limite di spesa stabilito per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari potrà essere compensato da un sotto utilizzo del limite di spesa stabilito per le prestazioni semiresidenziali e residenziali.

Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare almeno in parte la continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate, il consumo massimo del tetto annuale è fissato al 95% al 30 novembre 2016: 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.

**Art. 5**

**(criteri di remunerazione delle prestazioni)**

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle vigenti tariffe regionali come richiamate al precedente art. 4 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 socio sanitarie, ai sensi della normativa vigente e fatto salvo quanto previsto dalla DGRC n. 282/16, 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, 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, intervenuti nel primo semestre dovranno essere assorbiti nell'ambito del tetto di spesa assegnato con conseguente riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie; in caso di aumenti tariffari intervenuti nel secondo semestre dell'anno, gli stessi andranno in vigore dall'anno successivo con conseguente adeguamento dei volumi prestazionali rispettosi del fabbisogno correlato ai livelli essenziali di assistenza (LEA).
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. Alle prestazioni oggetto del presente contratto si accede unicamente mediante impegnativa dell'U.O.A.R. di residenza dell'assistito che, a tutti gli effetti, costituisce impegno di spesa da parte dell'ASL per tutto il periodo di trattamento.  
La struttura s'impegna all'erogazione delle prestazioni:
  - nel rispetto del principio dell'appropriatezza, qualità, efficacia ed efficienza;
  - secondo i principi della medicina basata sulle evidenze clinico-scientifiche;
  - nel rispetto dei tempi minimi di trattamento e delle quantità stabilite dalla U.O.A.R. di riferimento del paziente e necessarie al soddisfacimento del bisogno terapeutico del paziente.
2. L'erogazione delle prestazioni è subordinata alla redazione del progetto riabilitativo e autorizzazione da parte dei competenti servizi aziendali. Questi ultimi autorizzano la erogazione delle prestazioni previste dal PRI, anche per cittadini provenienti da altre ASL, 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.

### Art. 7

#### (Svolgimento delle attività)

1. La struttura s'impegna ad erogare le prestazioni precedentemente indicate in conformità delle norme vigenti ed a rispettare il tetto assegnatogli in termini di volume e valorizzazione economica.  
Nel periodo di vigenza del presente contratto la struttura si impegna ad erogare le prestazioni con continuità e regolarità per l'intero periodo dell'anno, nel rispetto dei requisiti prescritti dalla vigente legislazione, sotto i diversi aspetti organizzativo, igienico-sanitario e di sicurezza, strutturale, ambientale e tecnologica.

2. La struttura garantisce la regolare registrazione delle liste d'attesa per ciascuna tipologia di prestazione e le comunica mensilmente all'ASL.  
L'Asl nel rispetto della normativa nazionale sulle liste d'attesa, provvederà, con proprio provvedimento aziendale, a trasmettere mensilmente all'Assessorato, la lista d'attesa aziendale e la richiesta di eventuale modifica dei volumi di prestazioni e la correlata valorizzazione economica.

#### Art. 8

##### (Obblighi della struttura erogatrice)

1. La sottoscritta struttura erogatrice, accreditata con il SSR, al fine di migliorare la spesa sostenibile finanziariamente, nonché di eliminare le sacche di inappropriatazza si obbliga a concorrere al raggiungimento e rispetto di obiettivi di sanità pubblica, favorendo le condizioni di maggiore appropriatezza erogativa, di maggiore efficienza, di maggiore efficacia e maggiore qualità.

Pertanto, a tal fine essa si impegna:

1. a svolgere le attività e a erogare le prestazioni nel rispetto delle indicazioni e degli obiettivi indicati nel PRI;
2. a relazionare o riferire al competente servizio aziendale che ha in carico il paziente circa l'andamento del progetto riabilitativo;
3. a segnalare tempestivamente:
  - a) l'incostanza nei trattamenti con presenze saltuarie;
  - b) le assenze ripetute;
  - c) i prolungati e ripetuti motivi di salute;
  - d) qualsiasi altra situazione che infici il perseguimento degli obiettivi e tempi prefissati stabiliti dall'UVBR, anche proponendo aggiornamenti e revisioni del PRI o in caso di inefficacia del trattamento, le dimissioni del paziente.

La tariffa, in caso di temporanea assenza viene così disciplinata :

- assenze inferiori a 3 giorni complessivi in un mese : 90%;
- assenze superiori a 3 giorni complessivi in un mese : 75 - 80%.

2. La struttura erogatrice, nel concedere la disponibilità al trattamento si obbliga ad indicare il termine entro il quale la disponibilità ha valenza e detto termine non può essere inferiore ai 15 gg. per consentire l'espletamento dell'iter autorizzativo.
3. La struttura erogatrice si obbliga a soddisfare i debiti informativi stabiliti dalle normative ministeriali (NSIS – FAR – STS 24), 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, con specifico riferimento alla alimentazione del portale SANIARP ai sensi ed in attuazione del DPGRC n. 144 del 30 giugno 2016, pubblicato sul BURC n. 44 del 4 luglio 2016.
4. La struttura erogatrice si obbliga a collaborare con i programmi regionali e aziendali di verifica dell'appropriatezza, congruità e legittimità delle prestazioni, predisponendo e mantenendo condizioni organizzative necessarie e utili al corretto e regolare svolgimento dell'attività di controllo.

**Art. 9  
(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. ... membri di cui n. .... designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. .... membri nominati dalla ASL, che deve essere convocato inderogabilmente con cadenza bimestrale.
2. Non possono fare parte del Tavolo Tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria **legali rappresentanti** di strutture erogatrici 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, **da inviarsi alle Associazioni di Categoria con modalità preventiva**, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti 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, **anche in relazione ad eventuali modifiche a consuntivo dei limiti di spesa derivanti da prestazioni non effettuate complessivamente da centri erogatori ricadenti nella stessa ASL.**
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 procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle Associazioni di Categoria, **dandone comunicazione debitamente motivata alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Regione Campania ed alle stesse AdC partecipanti al Tavolo Tecnico.**
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 dal successivo art. 10.

**Art. 10  
(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 **con pagamento a 60 giorni a scadenza di ciascun trimestre**. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte della sottoscritta struttura privata delle note credito richieste dalla ASL, con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese.
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 dichiarerà 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. 11 (efficacia del contratto)**

1. Il presente contratto si riferisce al periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2016 nonché tacitamente al periodo 1/1/2017 – 31/12/2017 fatto salvo eventuali modifiche contrattuali concordate tra le parti.
2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

### **Art. 12 (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. \_\_\_ del \_\_\_ / \_\_\_ / 2016.

**Art. 13  
(Clausola di salvaguardia)**

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la struttura, operante nel territorio della sottoscritta ASL, accetta espressamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto e/o provvedimento agli stessi collegati e/o presupposti, in quanto costituenti parte integrante necessaria del sottoscrivendo contratto, **fatto salvo i diritti costituzionalmente garantiti.**

..... , \_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2016

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. 11 ( Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

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

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della struttura privata

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_