



ASL NA 3 SUD  
Direzione Generale  
05 DIC 2013  
PROVENIENZA

Oggetto : Presa d'atto del Decreto del Commissario ad acta n. 86 del 24.07.2013 e in conformità ai Decreti del Commissario ad acta n. 92 del 02.09.2013 e n. 102 del 11.10.2013; individuazione limiti di spesa per l'anno 2013 per le RR.SS.AA. Sociosanitarie del territorio della ASL-Na 3 sud.

## Il Direttore della UOC – Coordinamento Sociosanitario

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal dirigente della U.O.C. Coordinamento Sociosanitario e delle risultanze degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa dal medesimo Dirigente proponente a mezzo di sottoscrizione della presente ;

dichiarata altresì espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di responsabile del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto i principi di cui al D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, con consequenziale esclusiva assunzione di responsabilità ;

dichiarata , infine , la conformità del presente atto ai principi di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190

### visto:

- il decreto Commissario ad Acta n. 86 del 24.07.2013 avente ad oggetto: "Definizione per l'esercizio 2013 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26, ex art 44 e/o alla macroarea della salute mentale e socio sanitario" che si allega alla presente delibera.

- il decreto Commissario ad Acta n. 92 del 02.09.2013 avente ad oggetto: "Rideterminazione tariffe per prestazioni sociosanitarie erogate dalle Residenze Sanitarie assistenziali a ciclo continuativo e diurno. Esecuzione sentenza del Consiglio di Stato n. 741/2013" che si allega alla presente delibera.

- il decreto Commissario ad Acta n. 102 del 11.10.2013 avente ad oggetto: "Definizione per l'esercizio 2013 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26, ex art 44 e/o alla macroarea della salute mentale e socio sanitario – Modifiche ed integrazioni al decreto del Commissario ad acta n. 86 del 24 luglio 2013" che si allega alla presente delibera.

### considerato :

- che il decreto commissariale n. 25 del 5 aprile 2011, tra l'altro, stabilì che nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti nell' allegato 2 del D.C.A. n. 25 del 5 aprile 2011, per ciascuna struttura che eroga prestazioni ex art. 26, ex art. 44 e salute mentale e socio-sanitarie RSA, consentiva una osmosi tra le tre branche autorizzate alla esecuzione di prestazioni ex art. 26, ex art. 44 e salute mentale e socio-sanitarie RSA.

- che un superamento del limite di spesa stabilito per le prestazioni ex art. 26 poteva essere compensato da un sotto utilizzo del limite di spesa stabilito per le prestazioni ex art. 44 e viceversa; analogamente un superamento del limite di spesa stabilito per le prestazioni di RSA poteva essere compensato da un sotto utilizzo del limite di spesa stabilito per le prestazioni ex art. 26 e viceversa;

- che con decreto Commissario ad Acta n. 86 del 24 LUG 2013 **non è più consentita** la cd. "osmosi" tra le tre branche (prestazioni ex art. 26, ex art. 44 e salute mentale e socio-sanitarie RSA) determinando una netta separazione dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti spesa programmati a livello di ASL e di singola struttura tra la branca afferente la medicina fisica e riabilitativa, la branca della riabilitazione territoriale ex art. 26 e la branca afferente il socio sanitario comprensiva di RSA, Hospice, salute mentale e dipendenze patologiche, fatti salvi i procedimenti

di riconversione dei centri privati verso l'erogazione delle prestazioni socio sanitarie di RSA, Hospice, salute mentale e dipendenze patologiche, alle condizioni e secondo le procedure che li regolano;

- che i limiti di spesa assegnati alle strutture R.S.A. sociosanitarie insistenti sul territorio della ASL-Na 3 sud hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R.

- che non è ammesso uno sfioramento dei limiti di spesa netta a carico delle ASL, così come riportati nell'allegato n. 1 al Commissario ad Acta n. 102 del 11.10.2013, a meno che non intervenga un apposito ulteriore decreto del Commissario ad acta, che ne individui le coperture finanziarie;

- che per le strutture sanitarie private che non sottoscrivono il contratto, ovvero appongono riserve in ordine alla proposta contrattuale formulata dalla ASL competente, fatto salvo il diritto di adire l'autorità giudiziaria, cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico dal 1° ottobre 2013, in quanto prive di contratto, e si applica 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).

- che in caso di contenzioso, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza somme pari al fatturato, al netto dei controlli, riconosciuto al centro nell'esercizio precedente, fino alla definizione del contenzioso stesso.

- che le RR.SS.AA. insistenti sul territorio della ASL-Na 3 sud applicano, per i loro Operatori del comparto, il CCNL AIOP ARIS ANFFAS AIAS e che quindi le tariffe da esse applicate risultano essere ad oggi le tariffe di fascia B, così come previsto dal Decreto Commissario ad Acta n. 92 del 02.09.2013, fatto salve eventuali successive modifiche che il sub commissario ad Acta Regione Campania riterrà apportare;

- che il decreto del Commissario ad Acta n. 102 del 11.10.2013, nel modificare il decreto n. 86 del 24.07.2013 ha previsto la rimodulazione dei limiti di spesa per l'esercizio 2013 ed ha ribadito che per le strutture sanitarie private che non sottoscrivano il contratto, ovvero appongono riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente (fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria), in quanto prive di contratto, dal 1° ottobre 2013 cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico; per queste strutture, prive di contratto, si applica 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).

- che in caso di contenzioso, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza somme pari al fatturato, al netto dei controlli, riconosciuto al centro nell'esercizio precedente, fino alla definizione dell'eventuale contenzioso.

#### **Dato atto :**

- che questa UOC – Coordinamento Sociosanitario, in ottemperanza e in conformità ai Decreti Commissario ad Acta n. 86 del 24.07.2013, n. 92 del 02.09.2013 e n. 102 del 11.10.2013 ha preso atto della procedura per l'individuazione del limite di spesa totale per l'anno 2013 per ogni R.S.A. sociosanitarie (L.R. 8/2003/ e s.m.i.).

- che tale individuazione ha il suo fondamento giuridico nel dettato del DCA 102/2013 ove è decretato che ciascuna ASL, tenuto conto dei dati di consuntivo 2012, nonché di ulteriori elementi particolari, ritenuti significativi e da considerare con ragionevolezza ed equità, nell'ambito della propria autonomia, previa apposita e motivata delibera del Direttore Generale, acquisito il parere espresso del dirigente responsabile, attribuisce ai singoli centri privati i volumi di prestazioni ed i correlati limiti massimi di spesa per l'esercizio 2013 della riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 e della macroarea della salute mentale e delle prestazioni socio sanitarie.

- che il tetto per la sola macroarea sociosanitarie per la formulazione dei limiti di spesa delle RSA disabili (< 65 anni) e RSA anziani (>65 anni), risulta essere individuato in euro 13.257.750,17.

## Propone al direttore generale

di prendere atto :

- Dei decreti del Commissario ad Acta n. 86 del 24 LUG 2013, n. 92 del 02.09.2013 e n. 102 del 11.10.2013 e di fissare i limiti di spesa e delle consequenziali prestazioni attribuiti ad ogni singola RSA del territorio della ASL-Na 3 sud , così come riportato nella seguente tabella A) e nella tabella B, fatto salve eventuali modifiche e/o integrazioni successivamente richieste dal Tavolo Tecnico Aziendale per la Riabilitazione :

tabella A)

RSA DISABILI	1° semestre fatturato x ASL	fatturato previsto anno 2013	lordo (ASL+30%)	proiezione lordo 2013	11,03161% da da sottrarre	Limite spesa 2013
ANFFAS S.M. delle Grazie	1.199.533,93	2.399.067,86	719.720,36	3.118.788,22	344.052,55	2.774.735,67
ANFFAS PIMONTE	512.879,86	1.025.759,72	307.727,92	1.333.487,64	147.105,16	1.186.382,48
ANFFAS "LE GINESTRE"	363.031,62	726.063,24	217.818,97	943.882,21	104.125,40	839.756,81
ANFFAS "KENNEDY"	278.762,85	557.525,70	167.257,71	724.783,41	79.955,28	644.828,13
ANFFAS N. Martini	1.116.381,72	2.232.763,44	669.829,03	2.902.592,47	320.202,68	2.582.389,79
Villa Smpliciano	512.879,86	1.025.759,72	307.727,92	1.333.487,64	147.105,16	1.186.382,48
AIAS Nola Cicciano						0
<b>RSA ANZIANI</b>	1° semestre fatturato x ASL	fatturato previsto anno 2013	lordo (ASL+30%)	proiezione lordo 2013	11,03161% da da sottrarre	Limite spesa 2013
OASI S. FRANCESCO	1.046.552,30	2.093.104,60	1.046.552,30	3.139.656,90	346.354,70	2.793.302,20

Tabella B)

RSA DISABILI	Limite spesa 2013	prestazioni
ANFFAS S.M. delle Grazie	2.774.735,67	20.550,55
ANFFAS PIMONTE	1.186.382,48	8.786,72
ANFFAS "LE GINESTRE"	839.756,81	6.219,50
ANFFAS "KENNEDY"	644.828,13	4.775,80
ANFFAS N. Martini	2.582.389,79	19.125,98
Villa Smpliciano	1.186.382,48	8.786,72
AIAS Nola Cicciano	0	0

RSA ANZIANI	Limite spesa 2013	prestazioni
OASI S. FRANCESCO	2.793.302,20	22.342,84

- Di accantonare a titolo cautelativo la somma di euro 1.249.972,67 in attesa della risoluzione del contenzioso con il Centro AIAS sez. di Nola ;
- di attribuire ai singoli Centri privati i volumi di prestazioni ed i correlati limiti massimi di spesa per l'esercizio 2013 della riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 e della macroarea della salute mentale e delle prestazioni socio sanitarie, fermo restando il tetto complessivo



attribuito alla ASL Na 3 sud nell'allegato n. 1 al Decreto Commissario ad Acta n. 102-2013, dando priorità alla copertura del fabbisogno di prestazioni residenziali e semiresidenziali;"

di stabilire che :

- come riportato nel Decreto Commissario ad Acta n. 102-2013, per le strutture sanitarie private che non sottoscrivano il contratto, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente (fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria), in quanto prive di contratto, dal 1° ottobre 2013 cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica 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)."
  - come previsto dal decreto Commissario ad Acta n. 86 del 24.07.2013, i limiti di spesa assegnati dal presente decreto hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo di spesa prefissato dal presente decreto;
  - come previsto dal decreto Commissario ad Acta n. 86 del 24.07.2013 non è ammesso uno sfornamento dei limiti di spesa netta a carico delle ASL al presente decreto, a meno che non intervenga un apposito ulteriore decreto del Commissario ad acta, che ne individui le coperture finanziarie
  - per la sottoscrizione dei contratti deve essere utilizzato l'allegato 3 del decreto Commissario ad Acta n. 86 del 24.07.2013 adottato per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della salute mentale e socio-sanitaria, da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2013 redatto in conformità al decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. 102 del 11.10.2013.
- i direttori di distretto sanitario sede di C.T.A. sociosanitari quali le RR.SS.AA. per Disabili ovvero RR.SS.AA. per Anziani , così come definite dalla L.R. n. 8/2003 e DGRC 2006 del 2004, sono delegati alla sottoscrizione degli accordi contrattuali stipulati in osservanza dei dettami rilevabili dall'allegato 3 del decreto Commissario ad Acta n. 86 del 24.07.2013

il direttore della UOC - Coordinamento Sociosanitario  
dr. Salvatore D'Ambrosio

IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto della dichiarazione resa dal Dirigente proponente con la sottoscrizione , in ordine alla regolarità tecnica ed amministrativa del presente atto, nonché relativa alla conformità dello stesso atto alle disposizioni vigenti in materia di tutela della Privacy, sentito il parere favorevole espresso dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo

DELIBERA  
di prendere atto

- Dei decreti del Commissario ad Acta n. 86 del 24 LUG 2013, n. 92 del 02.09.2013 e n. 102 del 11.10.2013 e di fissare i limiti di spesa e delle consequenziali prestazioni attribuiti ad ogni singola RSA del territorio della ASL-Na 3 sud , così come riportato nella seguente tabella A) e nella tabella B, fatto salve eventuali modifiche e/o integrazioni successivamente richieste dal Tavolo Tecnico Aziendale per la Riabilitazione :

tabella A)

<b>RSA DISABILI</b>	1° semestre fatturato x ASL	fatturato previsto anno 2013	lordo (ASL+30%)	proiezione lordo 2013	11,03161% da da sottrarre	Limite spesa 2013
ANFFAS S.M. delle Grazie	1.199.533,93	2.399.067,86	719.720,36	3.118.788,22	344.052,55	2.774.735,67
ANFFAS PIMONTE	512.879,86	1.025.759,72	307.727,92	1.333.487,64	147.105,16	1.186.382,48
ANFFAS "LE GINESTRE"	363.031,62	726.063,24	217.818,97	943.882,21	104.125,40	839.756,81
ANFFAS "KENNEDY"	278.762,85	557.525,70	167.257,71	724.783,41	79.955,28	644.828,13
ANFFAS N. Martini	1.116.381,72	2.232.763,44	669.829,03	2.902.592,47	320.202,68	2.582.389,79
Villa Smpliciano	512.879,86	1.025.759,72	307.727,92	1.333.487,64	147.105,16	1.186.382,48
AIAS Nola Cicciano						0
<b>RSA ANZIANI</b>	1° semestre fatturato x ASL	fatturato previsto anno 2013	lordo (ASL+30%)	proiezione lordo 2013	11,03161% da da sottrarre	Limite spesa 2013
OASI S. FRANCESCO	1.046.552,30	2.093.104,60	1.046.552,30	3.139.656,90	346.354,70	2.793.302,20

Tabella B)

<b>RSA DISABILI</b>	Limite spesa 2013	prestazioni
ANFFAS S.M. delle Grazie	2.774.735,67	20.550,55
ANFFAS PIMONTE	1.186.382,48	8.786,72
ANFFAS "LE GINESTRE"	839.756,81	6.219,50
ANFFAS "KENNEDY"	644.828,13	4.775,80
ANFFAS N. Martini	2.582.389,79	19.125,98
Villa Smpliciano	1.186.382,48	8.786,72
AIAS Nola Cicciano	0	0

<b>RSA ANZIANI</b>	Limite spesa 2013	prestazioni
OASI S. FRANCESCO	2.793.302,20	22.342,84

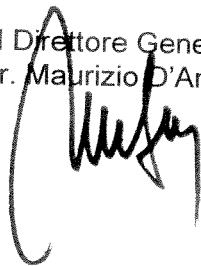
- Di accantonare a titolo cautelativo la somma di euro 1.249.972,67 in attesa della risoluzione del contenzioso con il Centro AIAS sez. di Nola ;
  - di attribuire ai singoli Centri privati i volumi di prestazioni ed i correlati limiti massimi di spesa per l'esercizio 2013 della riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 e della macroarea della salute mentale e delle prestazioni socio sanitarie, fermo restando il tetto complessivo attribuito alla ASL Na 3 sud nell'allegato n. 1 al Decreto Commissario ad Acta n. 102-2013, dando priorità alla copertura del fabbisogno di prestazioni residenziali e semiresidenziali;"
- di stabilire che :
- come riportato nel Decreto Commissario ad Acta n. 102-2013, per le strutture sanitarie private che non sottoscrivano il contratto, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente (fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria), in quanto prive di contratto, dal 1° ottobre 2013 cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica 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)."

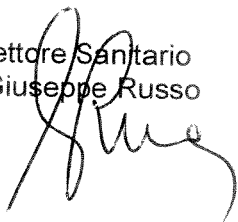
- come previsto dal decreto Commissario ad Acta n. 86 del 24.07.2013, i limiti di spesa assegnati dal presente decreto hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo di spesa prefissato dal presente decreto;
- come previsto dal decreto Commissario ad Acta n. 86 del 24.07.2013 non è ammesso uno sfioramento dei limiti di spesa netta a carico delle ASL al presente decreto, a meno che non intervenga un apposito ulteriore decreto del Commissario ad acta, che ne individui le coperture finanziarie
- per la sottoscrizione dei contratti deve essere utilizzato l'allegato 3 del decreto Commissario ad Acta n. 86 del 24.07.2013 adottato per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della salute mentale e socio-sanitaria, da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2013 redatto in conformità al decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. 102 del 11.10.2013.
- i direttori di distretto sanitario sede di C.T.A. sociosanitari quali le RR.SS.AA. per Disabili ovvero RR.SS.AA. per Anziani, così come definite dalla L.R. n. 8/2003 e DGRC 2006 del 2004, sono delegati alla sottoscrizione degli accordi contrattuali stipulati in osservanza dei dettami rilevabili dall'allegato 3 del decreto Commissario ad Acta n. 86 del 24.07.2013

Il Dirigente proponente sarà responsabile in via esclusiva della esecuzione della presente deliberazione, che viene resa data l'urgenza, immediatamente esecutiva, curandone tutti i consequenziali adempimenti.

Il Direttore Generale  
dr. Maurizio D'Amora



Il direttore Sanitario  
Dr. Giuseppe Russo



Il direttore Amministrativo  
dr. Salvatore Panaro



## Allegato 1

### Procedura adottata per la proposta accordi contrattuali per l'anno 2013;

procedura e individuazione limite di spesa per la stipula degli accordi contrattuali con le RR.SS.AA. sociosanitarie (L.R. 8/2003/ e s.m.i.) in ottemperanza al Decreto del Commissario ad acta n. 86 del 24.07.2013 e in conformità al Decreto del Commissario ad acta n. 102 del 11.10.2013 e al Decreto del Commissario ad acta n. 92 del 02.09.2013

### Premessa :

Il DCA 102 del 11.1.2013 ha modificato l'all. 1 del DCA n. 86/2013 per la parte inerente i Limiti di spesa 2013.

Per la prestazioni di salute Mentale e socio Sanitario – RSA e Hospice ha individuato i seguenti limiti di spesa (anno 2012, anno 2013 da DCA 86/2013 e anno 2013 da DCA 102/2013) che si riportano nella tabella 1):

Tabella 1)

ASL- Na 3 sud	Limiti spesa 2012			DCA 102/2013 limiti di spesa 2013		
	Centri operanti nella ASL	Addebiti da altre Regioni	totale	Centri operanti nella ASL	Addebiti da altre Regioni	totale
	16.817.000	n.d.	16.817.000	17.318.000	888.000	18.206.000

Questa UOC - Sociosanitario ha preceduto alla individuazione dell'incremento prodotto dal DCA 102/2013 rispetto ai tetti di spesa anno 2012.

Il fondo anno 2012 dei Centri Operanti nella ASL-Na 3sud , riferito alle attività della Salute Mentale e del Sociosanitario era di euro 16.817.000,00.

Il fondo anno 2013 dei Centri Operanti nella ASL-Na 3sud riferito alle attività della Salute Mentale e del Sociosanitario è di euro 17.318.000,00.

Quindi si è avuto un incremento in valore assoluto di euro 501.000,00 e in valore percentuale del 2,8929 %.

Il totale contratti delle sole RR.SS.AA. del Sociosanitario (L.R. 8/2003 e s.m.i.) nell'anno 2012 è di euro 12.885.000,00.

Se si pone come punto di partenza il valore della somma dei contratti anno 2012 (euro 12.885.000,00), il limite di spesa anno 2013 può essere aumentato del 2,8929 % e quindi calcolato in **euro 13.257.750,17**.

La procedura è sintetizzata nella tabella 2):

Tabella 2

centri operanti nella ASL Na 3 sud	LIMITI DI SPESA
fondo 2012 RSA = totale DSM + Sociosanitario	16.817.000,00
fondo 2013 (DCA 102/2013) RSA = totale DSM + Sociosanitario	17.318.000,00
% aumento totale DSM + SOCIOSANITARIO =	2,8929 %
valore assoluto di aumento totale DSM + SOCIOSANITARIO =	501.000,00
contratto 2012 =	12.885.000,00
aumento tra 2012 e 2013 (solo Sociosanitario) in valore assoluto	372.750,17
aumento tra 2012 e 2013 (solo Sociosanitario) in valore assoluto	2,8929



contratti 2013 DCA 2012 = solo Sociosanitario FONDO ESCLUSIVO x le RSA

13.257.750,17

La variazione delle tariffe, rivalutate in seguito all'adozione del Decreto Commissario ad Acta n. 92/2013, è riportata in tabella 3)

Tabella 3)

TARIFFE DCA 92/2013			Ex DCA n. 43 del 02.05.2013
Tipologia di prestazione	Tariffa fascia A	Tariffa fascia B	Tariffa Unica
RSA Disabili Modulo Alto	122,74	135,02	115,06
RSA Disabili Modulo Medio	99,45	109,4	92,01
RSA Anziani Modulo Alto	113,65	125,02	104,07
RSA Anziani Modulo Medio	99,7	109,67	90,9
RSA Anziani Modulo Demenze	111,56	122,71	105,09

Tutte Le RR.SS.AA. del territorio della ASL-Na 3 sud applicano i contratti di Fascia B.

Il calcolo dell' aumento tariffario (tariffa/die), per fascia contrattuale e per profilo di assistenza, prodotto dal DCA n. 92/2013 rispetto al precedente DCA 43 del 02.05.2012 è riportato nella tabella 4)

Tabella 4)

aumento da 2012 a 2013 in %	aumento da 2012 a 2013 in %	aumento euro da 2012 a 2013 v. assoluto	aumento euro da 2012 a 2013 v. assoluto	TARIFFE DCA 90/2013
se fascia A	se fascia B	se fascia A	se fascia B	Tipologia di prestazione
6,26	<b>14,78</b>	7,68	19,96	RSA Disabili Modulo Alto
7,48	<b>15,90</b>	7,44	17,39	RSA Disabili Modulo Medio
8,43	<b>16,76</b>	9,58	20,95	RSA Anziani Modulo Alto
8,83	<b>17,11</b>	8,8	18,77	RSA Anziani Modulo Medio
5,80	<b>14,36</b>	6,47	17,62	RSA Anziani Modulo Demenze
<b>media RSA se fascia A in %</b>	<b>media RSA se fascia B in %</b>	aumento euro <b>media RSA se fascia A</b>	aumento euro <b>media RSA se fascia B</b>	
7,36	<b>15,78</b>	7,99	<b>18,94</b>	

Visto che tutti Centri RSA disabili e il Centro RSA Anziani applicano i contratti di Fascia B, appare del tutto evidente il fatto che si è prodotta una forte discrepanza tra quanto proposto per i "limiti di spesa" dal DCA n. 102/2013, con il quale l'aumento percentuale del limite di spesa tra anno 2012 e anno 2013 è stato del 2,8929 % mentre l'aumento tariffario è calcolato in media al 15,78%.

Considerato che il DCA n. 86 risulta adottato il 24-07-2013, il DCA n. 92 (tariffe) il 02.09.2013 e che il DCA 102 è del 11.10.2013, risulta evidente che un'equa distribuzione del fondo attribuito alla ASL-Na 3 sud per le attività sociosanitarie debba tener conto sia del fatturato da ogni singola RSA nell'anno 2013 e sia di quanto effettivamente fatturato nel primo semestre anno 2013 da ogni singola R.S.A.

Si ricorda che negli ultimi mesi si è assistito ad una diversa distribuzione dell'assistenza nelle sette RSA per disabili e nell'unica RSA per anziani del territorio della ASL-Na 3 sud e questa cosa è

nettamente rilevabile dal fatturato di ogni singola RSA nel primo semestre anno 2013 rispetto al fatturato totale anno 2012

Questa procedura è applicabile dato che ha il suo fondamento giuridico nel dettato del DCA 102/2013 ove recita : " ... ciascuna ASL, pertanto, tenuto conto dei dati di consuntivo 2012, nonché di ulteriori elementi particolari, ritenuti significativi e da considerare con ragionevolezza ed equità, nell'ambito della propria autonomia, previa apposita e motivata delibera del Direttore Generale, acquisito il parere espresso del dirigente responsabile, attribuirà ai singoli centri privati i volumi di prestazioni ed i correlati limiti massimi di spesa per l'esercizio 2013 della riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 e della macroarea della salute mentale e delle prestazioni socio sanitarie, fermo restando il tetto complessivo attribuito alla ASL nell'allegato n. 1 al presente decreto, dando priorità alla copertura del fabbisogno di prestazioni residenziali e semiresidenziali;"

In definitiva, in applicazione al dettato del DCA n. 102 del 11.10.2013, così come sopra riportato, si è proceduto ad aumentare del 2,8929% il fondo fatturato (al lordo) nel primo semestre dell'anno 2013 a tutte le R.S.A. , e si è effettuata una proiezione sull'intero anno 2013 . Infine, si è ricondotto il limite di spesa così individuato al limite di spesa precedentemente individuato limite massimo erogabile per le strutture RSA sociosanitarie anno 2013 (come da allegato 1 al DCA 102-2013)

Si è posta particolare attenzione affinché non sia valicato il tetto complessivo assegnato alla macroarea salute mentale e sociosanitario , riportato nell'allegato n. 1 del DCA n. 102/2013, in adozione e in implementazione della procedura di cui sopra

Come rilevato in tabella 2) , il tetto per la sola macroarea sociosanitarie ed esclusivo per la formulazione dei limiti di spesa delle RSA (disabili e anziani) , risulta essere di **euro 13.257.750,17**

Nella Tabella 5 sono riportati i dati scaturiti da quanto sopra :

Tabella 5)

<b>RSA DISABILI</b>	1° semestre fatturato x ASL	fatturato previsto anno 2013	lordo (ASL+30%)	proiezione lordo 2013	11,032% da da sottrarre	Limite spesa 2013
ANFFAS S.M. delle Grazie	1.199.533,93	2.399.067,86	719.720,36	3.118.788,22	344.052,55	2.774.735,67
ANFFAS PIMONTE	512.879,86	1.025.759,72	307.727,92	1.333.487,64	147.105,16	1.186.382,48
ANFFAS "LE GINESTRE"	363.031,62	726.063,24	217.818,97	943.882,21	104.125,40	839.756,81
ANFFAS "KENNEDY"	278.762,85	557.525,70	167.257,71	724.783,41	79.955,28	644.828,13
ANFFAS N. Martini	1.116.381,72	2.232.763,44	669.829,03	2.902.592,47	320.202,68	2.582.389,79
Villa Sempliciano	512.879,86	1.025.759,72	307.727,92	1.333.487,64	147.105,16	1.186.382,48
AIAS Nola cicciano						0
<b>totale RSA Disabili</b>	<b>4.523.840,10</b>	<b>9.047.680,20</b>	<b>2.714.304,06</b>	<b>11.761.984,26</b>	<b>1.297.536,23</b>	<b>10.464.448,03</b>
<b>RSA ANZIANI</b>	1° semestre fatturato x ASL	fatturato previsto anno 2013	lordo (ASL+30%)	proiezione lordo 2013	11,032% da da sottrarre	Limite spesa 2013
OASI S. FRANCESCO	1.046.552,30	2.093.104,60	1.046.552,30	3.139.656,90	346.354,70	2.793.302,20

La discrepanza tra aumento del limite di spesa e la diminuzione del numero di prestazioni è attribuita alla discrepanza tra la percentuale di aumento del limite di spesa rispetto a quella riferita alle tariffe.

Tab. 6 – sintesi finale con limite di spesa e numero prestazioni calcolati sul fatturato anno 2013 (primo semestre) con proiezione sull'intero anno 2013.

<b>RSA DISABILI</b>	Limite spesa 2013	prestazioni
ANFFAS S.M. delle Grazie	2.774.735,67	20.550,55
ANFFAS PIMONTE	1.186.382,48	8.786,72
ANFFAS "LE GINESTRE"	839.756,81	6.219,50
ANFFAS "KENNEDY"	644.828,13	4.775,80
ANFFAS N. Martini	2.582.389,79	19.125,98
Villa Sempliciano	1.186.382,48	8.786,72
AIAS Nola Cicciano	0	0
<b>RSA ANZIANI</b>	Limite spesa 2013	prestazioni
OASI S. FRANCESCO	2.793.302,20	22.342,84





*Regione Campania*

*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO n. 86 del 24 LUG 2013

**Rif. punti d) della delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010**

**OGGETTO: Definizione per l'esercizio 2013 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26, ex art 44 e/o alla macroarea della salute mentale e socio sanitario**

**PREMESSO**

che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha 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;

che l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: *Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale*;

- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale 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;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario *ad acta* per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso attraverso i programmi operativi di cui al citato art. 2, comma 88, della legge n. 191/09;
- che con decreto commissariale n. 25/2010 sono stati adottati i Programmi Operativi di cui al summenzionato art. 2, comma 88, della legge n. 191/2009, successivamente aggiornati con decreti commissariali n. 41/2010, n. 45/2011, n. 53/2012, n. 153/2012 e n. 24/2013;
- che con delibere del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 e del 23 marzo 2012 il Governo ha nominato il dr. Mario Morlacco sub commissario ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di Rientro;
- che fra gli acta della delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, alla lettera d) è richiamata la "definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l'attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";



*Regione Campania*

*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- che, nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale "organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali", emanando provvedimenti qualificabili come "ordinanze emergenziali statali in deroga", ossia "misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro" (Consiglio di Stato: sentenza n. 2470/2013);

#### DATO ATTO

- che con delibere n. 1268 del 24 luglio 2008 e n. 1269 del 16 luglio 2009, modificata dal decreto del Presidente Commissario ad Acta n. 3 del 30 settembre 2009, la Giunta Regionale ha aggiornato la programmazione recata dalla DGRC n. 517/07 ed i correlati limiti di spesa, stabilendo diverse modifiche, integrazioni e miglioramenti alla normativa precedente, anche per adeguarla al nuovo assetto territoriale delle ASL campane conseguente alla L.R. 16/08;
- che con decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario n. 65 del 22 ottobre 2010 sono stati aggiornati i limiti di spesa stabiliti dalla DGRC n. 1269/09 per l'assistenza specialistica da erogarsi nell'esercizio 2010 da parte delle strutture private;
- che con decreto del Commissario ad acta n. 25 del 5 aprile 2011, modificato ed integrato dal decreto commissariale n. 86/2011 e n. 8/2012, sono stati fissati i limiti di spesa per l'esercizio 2011 ed i relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26, ex art 44 e/o alla macroarea della salute mentale e socio sanitario;
- che con decreto del Commissario ad acta n. 68 del 22 giugno 2012, parzialmente modificato ed integrato dai decreti commissariali n. 85 del 3 agosto 2012 e n. 123 del 10 ottobre 2012, sono stati fissati i limiti di spesa per l'esercizio 2012 ed i relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26, ex art 44 e/o alla macroarea della salute mentale e socio sanitario;
- che con decreti commissariali n. 98 del 10 agosto 2012 e n. 100 del 17 settembre 2012 è stato disposto il trasferimento del Comune di Portici dall'ambito territoriale della ASL Napoli 1 Centro all'ambito territoriale della ASL Napoli 3 Sud, a decorrere a tutti gli effetti legali, amministrativi, operativi, contabili ed economico finanziari dal 1° gennaio 2013;
- che per l'esercizio 2013 occorre, pertanto, modificare la distribuzione delle risorse finanziarie e l'assegnazione dei limiti di spesa per le diverse strutture private e tipologie di assistenza sanitaria che dal 1° gennaio 2013 sono trasferite dalla ASL Napoli 1 Centro alla ASL Napoli 3 Sud;

#### CONSIDERATO

- che il decreto commissariale n. 25 del 5 aprile 2011, tra l'altro, stabilì che: "nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti nell'allegato 2 [del medesimo decreto] per ciascuna struttura (che eroga prestazioni ex art. 26, ex art. 44 e salute mentale e socio-sanitarie RSA) è consentita una osmosi tra le tre branche (prestazioni ex art. 26, ex art. 44 e salute mentale e socio-sanitarie RSA): un superamento del limite di spesa stabilito per le prestazioni ex art. 26 potrà essere compensato da un sotto utilizzo



*Regione Campania*

*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del*

*Piano di rientro del settore sanitario*

*(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

*del limite di spesa stabilito per le prestazioni ex art. 44 e viceversa; analogamente un superamento del limite di spesa stabilito per le prestazioni di RSA potrà essere compensato da un sotto utilizzo del limite di spesa stabilito per le prestazioni ex art. 26 e viceversa";*

- che i Programmi Operativi per gli esercizi 2013 - 2015, approvati dal decreto commissariale n. 153 del 28 dicembre 2012 e modificati con decreto commissariale n. 24 del 15 marzo 2013, prevedono l'incremento dei volumi di prestazioni e dei limiti di spesa per la macroarea delle prestazioni socio sanitarie e di RSA, anche attraverso l'accreditamento di nuove strutture private di RSA ed Hospice, e la riduzione dei volumi di prestazioni e dei limiti di spesa della macroarea della riabilitazione territoriale ex art. 26 L. 833/1978 e delle prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, afferenti alla macroarea della specialistica ambulatoriale;
- che a tal fine, nonché per recepire una specifica osservazione pervenuta dai Ministeri affiancanti, per l'esercizio 2013 non è più consentita la cd. "osmosi" sopra richiamata, determinando una netta separazione dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti spesa programmati a livello di ASL e di singola struttura tra la branca afferente la medicina fisica e riabilitativa, la branca della riabilitazione territoriale ex art. 26 e la branca afferente il socio sanitario comprensiva di RSA, Hospice, salute mentale e dipendenze patologiche, fatti salvi i procedimenti di riconversione dei centri privati verso l'erogazione delle prestazioni socio sanitarie di RSA, Hospice, salute mentale e dipendenze patologiche, alle condizioni e secondo le procedure che li regolano;

## CONSIDERATO

- che le strutture riabilitative operanti sul territorio campano sono soggette ad un processo di ristrutturazione e di riconversione della propria *mission*, volto a rendere l'offerta assistenziale maggiormente coerente con la domanda di assistenza socio sanitaria della popolazione, in uno con il rispetto dell'equilibrio di bilancio nell'erogazione dei LEA;
- che le Aziende Sanitarie Locali nell'ambito delle scelte programmatiche effettuate dalla Regione, sono i soggetti istituzionali deputati ad intercettare le istanze del territorio ed a tradurle in un'offerta sanitaria adeguata;
- che con decreto commissariale n. 81 del 5 luglio 2013 sono state approvate le nuove tariffe per le prestazioni di riabilitazione ex art. 26, mentre sono in corso di revisione le tariffe per le prestazioni socio sanitarie fissate dal decreto commissariale n. 6 del 4 febbraio 2010, prorogate in via transitoria dal decreto commissariale n. 43 del 2 maggio 2013;
- che, in ogni caso, i limiti di spesa ed i volumi massimi riconoscibili nell'esercizio 2013 per singola ASL sono fissati nei termini esposti nell'allegato n. 1 al presente decreto, con le seguenti principali specificazioni:
  - a) i limiti di spesa 2013 della riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 e della macroarea della salute mentale e delle prestazioni socio sanitarie (al lordo della quota di compartecipazione dell'utente / Comune) sono stati definiti nella stessa misura dell'anno precedente, tenendo conto del trasferimento del Comune di Portici dalla ASL Napoli 1 Centro alla ASL Napoli 3 Sud e dell'attivazione degli Hospice nella ASL di Caserta, approvata dal decreto commissariale n. 158 del 31 dicembre 2012; ciascuna ASL, pertanto, tenuto conto dei dati di consuntivo 2012, nonché di ulteriori elementi particolari, ritenuti significativi e da considerare con ragionevolezza ed equità, nell'ambito della propria autonomia, previa apposita e motivata delibera del Direttore Generale, acquisito il parere espresso del dirigente responsabile, attribuirà ai singoli centri privati i volumi di



*Regione Campania*

*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

prestazioni ed i correlati limiti massimi di spesa per l'esercizio 2013 della riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 e della macroarea della salute mentale e delle prestazioni socio sanitarie, fermo restando il tetto complessivo attribuito alla ASL nell'allegato n. 1 al presente decreto, dando priorità alla copertura del fabbisogno di prestazioni residenziali e semiresidenziali;

- b) i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa 2013 della riabilitazione ex art. 44 della L. 833/78 (assistenza specialistica ambulatoriale per la branca di medicina fisica e riabilitativa) sono stati fissati in base al consuntivo 2012, tenuto conto del trasferimento di Portici dalla ASL Napoli 1 Centro alla ASL Napoli 3 Sud; pertanto, ciascuna ASL attribuirà ai singoli centri privati i volumi di prestazioni ed i limiti di spesa 2013 assumendo l'importo inferiore fra il tetto di spesa 2012 ed il consuntivo di spesa 2012, fatta salva la facoltà della ASL di considerare ulteriori elementi particolari, ritenuti significativi e da valutare con ragionevolezza ed equità, nell'ambito della propria autonomia, previa apposita e motivata delibera del Direttore Generale, acquisito il parere espresso del dirigente responsabile, al fine di attribuire ai singoli centri privati l'ammontare totale dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti massimi di spesa per l'esercizio 2013 della riabilitazione ex art. 44 L. 833/78 fissati nell'allegato n. 1 al presente decreto;

eventuali incrementi dei volumi di prestazioni e/o dei limiti di spesa (al lordo della quota di compartecipazione dell'utente / Comune) per l'esercizio 2013 delle prestazioni di RSA / Hospice e altre prestazioni socio sanitarie, potranno essere coperti con la riduzione dei volumi di prestazioni di riabilitazione ex art. 26; qualora gli incrementi comportino per una singola ASL il superamento dei limiti di spesa complessivamente attribuiti alla medesima ASL per la somma della macroarea della riabilitazione ex art. 26 e della macroarea della salute mentale e socio sanitario, come stabilita nell'allegato n. 1 al presente decreto, essi dovranno essere autorizzati da successivi ed appositi decreti commissariali;

## CONSIDERATO

- che con decreto commissariale n. 32 del 27 marzo 2013, pubblicato sul BURC n. 18 del 2 aprile 2013 sono state recepite le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale, stabilite negli allegati 1, 2 e 3 del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 18 ottobre 2012, pubblicato sulla G.U. n. 23 del 28 gennaio 2013 – Supplemento Ordinario n. 8;
- che il medesimo decreto commissariale n. 32/2013 ha, poi, stabilito che le suddette tariffe massime nazionali, nella misura in cui rappresentano un limite massimo invalicabile per le Regioni sottoposte a piani di rientro e successivi programmi operativi, hanno effetto dal 12 febbraio 2013, quindicesimo giorno dalla pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale del predetto DM 18.10.2012;
- che, pertanto, le nuove tariffe massime di cui al DM 18.10.2012 si applicano:
  - dal 12 febbraio 2013, se inferiori rispetto alle previgenti tariffe regionali;
  - dalla data di pubblicazione del decreto commissariale n. 32/2013, se maggiori rispetto alle previgenti tariffe regionali;
- che il medesimo decreto commissariale n. 32/2013 ha espressamente confermato le procedure di prescrizione, erogazione e remunerazione delle prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitativa per le patologie semplici previste dal decreto commissariale n. 64 del 26 settembre 2011,



*Regione Campania*

*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

come modificato ed integrato dal decreto commissariale n. 88 del 23 dicembre 2011, nonché l'eliminazione dal nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale delle prestazioni elencate al punto 3.8 del citato decreto commissariale n. 64/2011;

## CONSIDERATO

- che ai sensi del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, alle transazioni commerciali concluse a decorrere dal 1° gennaio 2013 si applicano le seguenti principali norme:

### "Art. 4

*(Decorrenza degli interessi moratori)*

1. *Gli interessi moratori decorrono, senza che sia necessaria la costituzione in mora, dal giorno successivo alla scadenza del termine per il pagamento.*

2. *Salvo quanto previsto dai commi 3, 4 e 5, ai fini della decorrenza degli interessi moratori si applicano i seguenti termini:*

a) *trenta giorni dalla data di ricevimento da parte del debitore della fattura o di una richiesta di pagamento di contenuto equivalente. Non hanno effetto sulla decorrenza del termine le richieste di integrazione o modifica formali della fattura o di altra richiesta equivalente di pagamento;*

b) *trenta giorni dalla data di ricevimento delle merci o dalla data di prestazione dei servizi, quando non è certa la data di ricevimento della fattura o della richiesta equivalente di pagamento;*

c) *trenta giorni dalla data di ricevimento delle merci o dalla prestazione dei servizi, quando la data in cui il debitore riceve la fattura o la richiesta equivalente di pagamento è anteriore a quella del ricevimento delle merci o della prestazione dei servizi;*

d) *trenta giorni dalla data dell'accettazione o della verifica eventualmente previste dalla legge o dal contratto ai fini dell'accertamento della conformità della merce o dei servizi alle previsioni contrattuali, qualora il debitore riceva la fattura o la richiesta equivalente di pagamento in epoca non successiva a tale data.*

3. *Nelle transazioni commerciali tra imprese le parti possono pattuire un termine per il pagamento superiore rispetto a quello previsto dal comma 2. Termini superiori a sessanta giorni, purché non siano gravemente iniqui per il creditore ai sensi dell'articolo 7, devono essere pattuiti espressamente. La clausola relativa al termine deve essere provata per iscritto.*

4. *Nelle transazioni commerciali in cui il debitore è una pubblica amministrazione le parti possono pattuire, purché in modo espresso, un termine per il pagamento superiore a quello previsto dal comma 2, quando ciò sia giustificato dalla natura o dall'oggetto del contratto o dalle circostanze esistenti al momento della sua conclusione. In ogni caso i termini di cui al comma 2 non possono essere superiori a sessanta giorni. La clausola relativa al termine deve essere provata per iscritto.*

5. *I termini di cui al comma 2 sono raddoppiati:*

a) *per le imprese pubbliche ...;*

b) *per gli enti pubblici che forniscono assistenza sanitaria e che siano stati debitamente riconosciuti a tale fine.*

6. *Quando è prevista una procedura diretta ad accertare la conformità della merce o dei servizi al contratto essa non può avere una durata superiore a trenta giorni dalla data della consegna della merce o della prestazione del servizio, salvo che sia diversamente ed espressamente concordato dalle parti e previsto nella documentazione di gara e purché ciò non sia gravemente iniquo per il creditore ai sensi dell'articolo 7. L'accordo deve essere provato per iscritto.*







*Regione Campania*

*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del*

*Piano di rientro del settore sanitario*

*(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

7. *Resta ferma la facoltà delle parti di concordare termini di pagamento a rate. In tali casi, qualora una delle rate non sia pagata alla data concordata, gli interessi e il risarcimento previsti dal presente decreto sono calcolati esclusivamente sulla base degli importi scaduti.*

**Art. 6**

*(Risarcimento delle spese di recupero)*

1. *... il creditore ha diritto anche al rimborso dei costi sostenuti per il recupero delle somme non tempestivamente corrisposte.*
2. *Al creditore spetta, senza che sia necessaria la costituzione in mora, un importo forfettario di 40 euro a titolo di risarcimento del danno. E' fatta salva la prova del maggior danno, che può comprendere i costi di assistenza per il recupero del credito.*

**Art. 7**

*(Nullità)*

1. *Le clausole relative al termine di pagamento, al saggio degli interessi moratori o al risarcimento per i costi di recupero, a qualunque titolo previste o introdotte nel contratto, sono nulle quando risultano gravemente inique in danno del creditore ...*
2. *Il giudice dichiara, anche d'ufficio, la nullità della clausola avuto riguardo a tutte le circostanze del caso, tra cui il grave scostamento dalla prassi commerciale in contrasto con il principio di buona fede e correttezza, la natura della merce o del servizio oggetto del contratto, l'esistenza di motivi oggettivi per derogare al saggio degli interessi legali di mora, ai termini di pagamento o all'importo forfettario dovuto a titolo di risarcimento per i costi di recupero.*
3. *Si considera gravemente iniqua la clausola che esclude l'applicazione di interessi di mora. Non e' ammessa prova contraria.*
4. *Si presume che sia gravemente iniqua la clausola che esclude il risarcimento per i costi di recupero di cui all'articolo 6.*
5. *Nelle transazioni commerciali in cui il debitore e' una pubblica amministrazione e' nulla la clausola avente ad oggetto la predeterminazione o la modifica della data di ricevimento della fattura. La nullità e' dichiarata d'ufficio dal giudice";*

- *che, pertanto, negli schemi contrattuali allegati al presente decreto le clausole che regolano le liquidazioni ed i pagamenti delle fatture sono conformate alla disciplina recata dal suddetto decreto legislativo;*
- *che ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile, con il consenso del creditore, il debitore può imputare il pagamento al capitale, prima che agli interessi e alle spese, fermo restando che, qualora il debitore dichiara di pagare sia in conto capitale che in conto interessi, il pagamento dovrà essere imputato prima agli interessi;*
- *che ai sensi dell'art. 1199 del Codice Civile, il "creditore che riceve il pagamento deve, a richiesta e a spese del debitore, rilasciare quietanza e farne annotazione sul titolo, se questo non è restituito al debitore. Il rilascio di una quietanza per il capitale fa presumere il pagamento degli interessi";*
- *che, pertanto, per effetto dell'automatismo della decorrenza degli interessi di mora, introdotta dal comma 1 dell'art. 4 del Dlgs 231/2002 e s.m.i. sopra citato, nei suddetti schemi negoziali A1, A2 e A3 allegati al presente decreto è necessario prevedere l'imputazione dei pagamenti effettuati dalle ASL - di regola - al capitale, anziché agli interessi ed alle spese; e che il pagamento da parte della ASL di interessi e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà solo 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), e di specifica*





*Regione Campania*

*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

disposizione di pagamento della ASL, che dichiari espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo;

- che le previsioni di cui alla linea precedente, oltre ad essere legittime e non inique, sono necessarie per tutelare l'interesse pubblico, riducendo il rischio che – a distanza di mesi o di anni – siano avviate dal creditore (o da soggetti terzi, specializzati nell'acquisto pro soluto di tali crediti) azioni di "recupero crediti" volte a percepire elevate somme per interessi e spese;

#### DATO ATTO

- che i limiti di spesa assegnati dal presente decreto hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo di spesa prefissato dal presente decreto;

che non è ammesso uno sfornamento dei limiti di spesa netta a carico delle ASL, fissati nell'allegato n. 1 al presente decreto, a meno che non intervenga un apposito ulteriore decreto del Commissario ad acta, che ne individui le coperture finanziarie;

che il presente decreto viene trasmesso al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze e con successivi atti potranno essere recepite eventuali prescrizioni, che dovessero pervenire dai suddetti Ministeri;



Per tutto quanto esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato:

#### DECRETA

1. Le premesse e gli allegati formano parte integrante e sostanziale del presente decreto.
2. Di stabilire che le AA.SSLL entro 15 giorni dalla notifica del presente decreto devono assegnare alle strutture di riabilitazione che erogano prestazioni ex art. 26 e/o art. 44 legge 833/78 e/o socio sanitarie il limite di spesa per l'esercizio 2013, stipulando i relativi contratti secondo gli schemi allegati: A\1 (per strutture eroganti prestazioni di riabilitazione ex art. 26); A\2 (per strutture eroganti solo prestazioni di riabilitazione ex art. 44); A\3 (per strutture eroganti solo prestazioni di salute mentale e socio sanitario).
3. Di stabilire i limiti di spesa ed i volumi massimi riconoscibili nell'esercizio 2013 per singola ASL sono fissati con i dettagli esposti nell'allegato n. 1 al presente decreto, con le seguenti principali specificazioni:
  - a) i limiti di spesa 2013 della riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 e della macroarea della salute mentale e delle prestazioni socio sanitarie (al lordo della quota di compartecipazione dell'utente / Comune) sono stati definiti nella stessa misura dell'anno precedente, tenendo conto del trasferimento del Comune di Portici dalla ASL Napoli 1 Centro alla ASL Napoli 3 Sud e dell'attivazione degli Hospice nella ASL di Caserta, approvata dal decreto commissariale n. 158 del 31 dicembre 2012; ciascuna ASL, pertanto, tenuto conto dei dati di consuntivo 2012, nonché di ulteriori elementi particolari, ritenuti significativi e da considerare con ragionevolezza ed equità,



*Regione Campania*

*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

nell'ambito della propria autonomia, previa apposita e motivata delibera del Direttore Generale, acquisito il parere espresso del dirigente responsabile, attribuirà ai singoli centri privati i volumi di prestazioni ed i correlati limiti massimi di spesa per l'esercizio 2013 della riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 e della macroarea della salute mentale e delle prestazioni socio sanitarie, fermo restando il tetto complessivo attribuito alla ASL nell'allegato n. 1 al presente decreto, dando priorità alla copertura del fabbisogno di prestazioni residenziali e semiresidenziali;

- b) i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa 2013 della riabilitazione ex art. 44 della L. 833/78 (assistenza specialistica ambulatoriale per la branca di medicina fisica e riabilitativa) sono stati fissati in base al consuntivo 2012, tenuto conto del trasferimento di Portici dalla ASL Napoli 1 Centro alla ASL Napoli 3 Sud; pertanto, ciascuna ASL attribuirà ai singoli centri privati i volumi di prestazioni ed i limiti di spesa 2013 assumendo l'importo inferiore fra il tetto di spesa 2012 ed il consuntivo di spesa 2012, fatta salva la facoltà della ASL di considerare ulteriori elementi particolari, ritenuti significativi e da valutare con ragionevolezza ed equità, nell'ambito della propria autonomia, previa apposita e motivata delibera del Direttore Generale, acquisito il parere espresso del dirigente responsabile, al fine di attribuire ai singoli centri privati l'ammontare totale dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti massimi di spesa per l'esercizio 2013 della riabilitazione ex art. 44 L. 833/78 fissati nell'allegato n. 1 al presente decreto;

c) eventuali incrementi dei volumi di prestazioni e/o dei limiti di spesa (al lordo della quota di compartecipazione dell'utente / Comune) per l'esercizio 2013 delle prestazioni di RSA / Hospice e altre prestazioni socio sanitarie, potranno essere coperti con la riduzione dei volumi di prestazioni di riabilitazione ex art. 26; qualora gli incrementi comportino per una singola ASL il superamento dei limiti di spesa complessivamente attribuiti alla medesima ASL per la somma della macroarea della riabilitazione ex art. 26 e della macroarea della salute mentale e socio sanitario, come stabilita nell'allegato n. 1 al presente decreto, essi dovranno essere autorizzati da successivi ed appositi decreti commissariali;

4. Di precisare che con riferimento alle prestazioni soggette a compartecipazione ai sensi del DPCM del 29.11.2001 ed all'allegato C del decreto commissariale n. 6/2010, si applica quanto disposto con i decreti commissariali n. 77 /2011, n. 81/2011 e con delibera di Giunta regionale della Campania n. 50 del 28 febbraio 2012 e che, pertanto, le prestazioni soggette a compartecipazione dovranno essere fatturate separatamente alla ASL, per la quota dovuta per la componente sanitaria, ed all'utente / Comune per quella dovuta per la componente sociale.
5. Di dare atto che l'erogazione per il tramite delle aziende sanitarie locali delle risorse stanziare dalla Regione per garantire l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie gravanti sul fondo sociale regionale per la non autosufficienza, relativamente alla quota sociale a carico dei comuni, fatti salvi i costi a carico degli utenti, prevista dall'art. 1, comma 61, della legge regionale 6 maggio 2013, n. 5, sarà regolata da appositi e successivi provvedimenti regionali, con i quali saranno anche definiti i tempi e le modalità di attuazione della citata previsione legislativa.
6. Di stabilire che il presente decreto sarà immediatamente notificato alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste, a tutte le Associazioni di categoria ed a tutti ai centri privati che erogano prestazioni di riabilitazione ex art. 26 e/o art. 44 legge 833/78 e/o socio sanitarie, accreditati o provvisoriamente / temporaneamente accreditati.
7. Di precisare che le strutture sanitarie private che non sottoscrivano il contratto di cui al comma precedente, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale così formulata dalla ASL competente - fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria - saranno prive di



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

contratto e, pertanto, per tali strutture dal 1° luglio 2013 cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica 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).

8. Di stabilire che in caso di contenzioso, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza somme pari al fatturato, al netto dei controlli, riconosciuto al centro nell'esercizio precedente, fino alla definizione del contenzioso stesso.
9. Di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di competenza, alle AA.GG.CC. "Piano sanitario regionale", "Assistenza Sanitaria", "Bilancio, Ragioneria e Tributi", "Gabinetto Presidente della Giunta Regionale", ed al Settore "Stampa e Documentazione" per la immediata pubblicazione sul BURC, nonché per gli adempimenti di pubblicità e trasparenza previsti dagli art. 26 e 27 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

AA  
REC  
Il Capo Dipartimento della Salute  
Prof. Ferdinando Romano

UDI  
REC  
Il Coordinatore A.G.C. 19 e 20  
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente del Settore  
Fasce Deboli  
Dr.ssa Rosanna Romano

Il Dirigente del S.E.F.  
Dott. G. F. Ghidelli

Il Commissario ad Acta  
Stefano Caldoro

*Si esprime parere favorevole*  
Il Sub Commissario ad acta  
Dott. Mario Morlacco

Limiti di spesa 2013

Allegato n. 1

Importi in migliaia di euro	Riabilitazione art. 26					
	Limiti di spesa 2012			Limiti di spesa 2013		
	centri operanti nella ASL	adebiti da altre regioni	totale	centri operanti nella ASL	adebiti da altre regioni (1)	totale
ASL di Avellino	13.942	534	14.476	13.942	534	14.476
ASL di Benevento	13.802	148	13.950	13.802	148	13.950
ASL di Caserta	30.055	99	30.154	30.055	99	30.154
ASL Napoli 1 Centro	52.691	1.485	54.176	50.157	1.405	51.562
ASL Napoli 2 Nord	41.617	208	41.825	41.617	208	41.825
ASL Napoli 3 Sud	58.963	267	59.230	61.497	348	61.845
ASL di Salerno	58.441	693	59.134	58.441	693	59.134
<b>Totale</b>	<b>269.511</b>	<b>3.434</b>	<b>272.945</b>	<b>269.511</b>	<b>3.434</b>	<b>272.945</b>

Importi in migliaia di euro	Salute mentale e Socio Sanitario - RSA e Hospice					
	Limiti di spesa 2012			Limiti di spesa 2013		
	centri operanti nella ASL	adebiti da altre regioni	totale	centri operanti nella ASL	adebiti da altre regioni (2)	totale
ASL di Avellino	10.120	n.d.	10.120	9.393	727	10.120
ASL di Benevento	4.950	n.d.	4.950	4.703	248	4.950
ASL di Caserta	19.028	904	19.932	21.828	904	22.732
ASL Napoli 1 Centro	12.192	n.d.	12.192	10.955	577	11.532
ASL Napoli 2 Nord	22.605	n.d.	22.605	22.158	447	22.605
ASL Napoli 3 Sud	16.817	n.d.	16.817	16.604	888	17.491
ASL di Salerno	18.915	1.485	20.400	18.943	1.457	20.400
<b>Totale</b>	<b>104.627</b>	<b>2.389</b>	<b>107.016</b>	<b>104.583</b>	<b>5.247</b>	<b>109.830</b>

Importi in migliaia di euro	Medicina Fisica e riabilitativa ex art. 44 L. 833/78					
	Anno 2012			Limiti di spesa 2013		
	Limiti di spesa 2012 (3)	consuntivo 2012 (mgl di euro) (3)	consuntivo 2012 (n° prestazioni)	mgl di euro a tariffa piena	stima spesa netta (mgl di euro) (5)	per n° prestazioni 2013
ASL di Avellino	2.048	1.715	89.890	1.830	1.658	89.951
ASL di Benevento	3.018	1.506	79.822	1.614	1.452	79.888
ASL di Caserta	7.946	4.824	256.322	5.191	4.749	256.357
ASL Napoli 1 Centro	14.584	7.326	366.551	7.146	6.618	337.977
ASL Napoli 2 Nord	11.702	8.713	416.130	9.150	8.545	416.198
ASL Napoli 3 Sud	11.924	8.074	417.889	9.110	8.394	446.528
ASL di Salerno	9.179	4.942	271.988	5.362	4.721	272.029
<b>Totale</b>	<b>60.400</b>	<b>37.101</b>	<b>1.898.592</b>	<b>39.403</b>	<b>36.137</b>	<b>1.898.928</b>

- (1) Si conferma la previsione di spesa 2012, tenendo conto dello spostamento di Portici da NA1 a NA3
- (2) Stima 2013 in base al consuntivo 2012 e tenendo conto dello spostamento di Portici da NA1 a NA3
- (3) Netto ticket e sconto ma lordo quota ricetta nazionale e regionale
- (4) Tenuto conto dello spostamento di Portici da NA1 a NA3
- (5) Stima netto ticket, quota ricetta nazionale e regionale e sconto finché applicato

Contratto tra .....  
Partita IVA: ..... Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA): .....  
con sede in ..... (Prov: \_\_\_ ; CAP: \_\_\_\_\_) – Via ..... n° .....  
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:

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

**E**

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 e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della salute mentale e socio-sanitaria, come definite, rispettivamente, nell'allegato n. 5 alla DGRC n. 1269 del 16.7.09), da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2013 redatto in conformità al decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. \_\_\_ del \_\_\_ / \_\_\_ / 2013.

**PREMESSO**

- che con decreto n. \_\_\_ del \_\_\_ / \_\_\_ / 2013 il Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie di assistenza salute mentale e socio-sanitaria, erogate nel corso del 2013, ed 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)**

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni afferenti alla macroarea della salute mentale e socio-sanitaria, come definite, rispettivamente, nell'allegato, n 5 alla DGRC n. 1269 del 16.7.09) da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2013, 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 2013.

### Art. 3

#### (quantità delle prestazioni)

1. Il volume massimo di prestazioni che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2013 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2013, è determinato in n. .... prestazioni di RSA ..... / Comunità Terapeutica / Hospice.
2. Resta inteso che il mix di prestazioni potrà essere diverso, purché siano rispettati i limiti di spesa fissati nel successivo art. 5 e purché l'erogazione delle prestazioni avvenga in corso d'anno nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2013.

### Art. 4

#### (rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa e, quindi, il fatturato, per il periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2013 per il volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato in Euro..... (al lordo della quota di compartecipazione dell'utente / Comune);
2. 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 2013; 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 limite.

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.

4. L'importo di cui al comma 1, diviso per il corrispondente volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, definisce il valore medio della prestazione per la macroarea / tipologia di prestazioni..

### 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 socio sanitarie, ai sensi della normativa vigente, la sottoscritta struttura priva 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 dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.

3. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC n. 6757/96, 377/98, 1270 e 1272/2003, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

#### Art. 6

##### (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.
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
  - a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti 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 procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria, dandone comunicazione al Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità.
5. Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura privata si impegna a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 15 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

#### Art. 7

##### (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 novanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a luglio; entro il 31 gennaio per le fatture relative ai mesi di agosto, settembre ed ottobre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture di novembre e dicembre. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte della sottoscritta struttura privata delle note credito





richieste dalla ASL, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria eventualmente necessaria per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4.

3. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della sottoscritta struttura privata, fermo restando che tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese in corso d'anno non potrà essere liquidato alle scadenze periodiche stabilite nel comma precedente, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione.
4. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
5. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
  - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
  - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
  - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
  - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
6. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
7. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo. Fino a quando non sarà emessa la suddetta apposita e regolare fattura, la ASL potrà presumere la rinuncia della struttura privata agli interessi moratori, alle spese ed all'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002.
8. Le parti si danno atto che l'erogazione per il tramite delle aziende sanitarie locali delle risorse stanziata dalla Regione per garantire l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie gravanti sul fondo sociale regionale per la non autosufficienza, relativamente alla quota sociale a carico dei comuni, fatti salvi i costi a carico degli utenti, prevista dall'art. 1, comma 61, della legge regionale 6 maggio 2013, n. 5, sarà regolata da appositi e successivi provvedimenti regionali, con i quali saranno anche definiti i tempi e le modalità di attuazione della citata previsione legislativa.

#### Art. 8

##### (efficacia del contratto)

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2013 in esecuzione del decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. \_\_\_ del \_\_\_ / \_\_\_ / 2013.
2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

#### Art. 9

**(norme finali)**

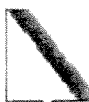
1. Per ogni controversia riguardo l'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.
2. Per qualsiasi controversia tra la sottoscritta struttura privata e la ASL e/o la Regione, anche non inerente 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 \_\_\_ / \_\_\_ / 2013.

.....li, \_\_\_ / \_\_\_ / 2013

Timbro e firma della ASL  
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della struttura privata





*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

**DECRETO N. 92 del 02.09.2013**

**Oggetto:** Rideterminazione tariffe per prestazioni sociosanitarie erogate dalle Residenze Sanitarie assistenziali a ciclo continuativo e diurno. Esecuzione sentenza del Consiglio di Stato n. 741/2013

**PREMESSO:**

- CAMPANIA
- a) che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha 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) che l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: *"Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale. E' fatta salva la possibilità per la regione di presentare un nuovo piano di rientro ai sensi della disciplina recata dal presente articolo. A seguito dell'approvazione del nuovo piano cessano i commissariamenti, secondo i tempi e le procedure definiti nel medesimo piano per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale"*;
  - c) che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale 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;
  - d) che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 1, comma 88, della legge n. 191/09;
  - e) che con deliberazione del 3 marzo 2011 il Consiglio dei Ministri ha nominato il dr. Mario Morlacco ed il dr. Achille Coppola sub commissari ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di Rientro;
  - f) che con deliberazione del 23 marzo 2012, nel prendere atto delle dimissioni presentate dal dr. Achille Coppola, il Consiglio dei Ministri ha confermato il dr. Morlacco in tutti i compiti di affiancamento del Commissario ad acta;
  - g) che tra gli acta commissariali al punto 16 è prevista l'"Adozione delle tariffe per prestazioni sanitarie"



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

**PREMESSO, altresì:**

- h) che le prestazioni per cui si procede alla rideterminazione delle tariffe con il presente provvedimento sono prestazioni sociosanitarie per soggetti non autosufficienti disabili e anziani previste dal DPCM 29/11/2001- Allegato 1C Integrazione sociosanitaria - come quella tipologia di prestazioni *sanitarie a rilevanza sociale ovvero quelle prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio Sanitario Nazionale;*
- i) che la DGRC 7301/2001 ha fissato "...i requisiti minimi strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione alla realizzazione e dell'esercizio delle attività sanitarie e/o sociosanitarie delle strutture pubbliche e private..." e nello specifico alla Sezione C ha definito i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi specifici per le Residenze Sanitarie Assistite;
- j) che la legge regionale della Campania 22 aprile 2003, n. 8, ha disciplinato la realizzazione, l'organizzazione e il funzionamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.) pubbliche e private e delle strutture semiresidenziali nell'ambito dei principi e degli specifici atti di indirizzo e coordinamento di riordino sanitario dello Stato in merito alle attività residenziali e semiresidenziali e rinviato a successivi provvedimenti *l'adozione di un modello di regolamento di gestione, la definizione degli standard organizzativi e di personale distinto per qualifica, la individuazione di tariffe di riferimento e la definizione delle modalità di liquidazione delle tariffe, sentite le organizzazioni sindacali - OO.SS. - e le organizzazioni di categoria del pubblico e del privato;*
- k) che con D.G.R. n. 2006 del 5 novembre 2004 la Regione Campania ha definito le "*Linee di indirizzo sull'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza ai sensi della L.R. 22 aprile 2003 n. 8*", ha definito gli standard organizzativi e di personale distinto per qualifica e ha rinviato a successivi provvedimenti l'individuazione delle tariffe per le prestazioni erogate nelle R.S.A. e nei Centri Diurni;
- l) che con la deliberazione n. 1267 del 16/7/2009 la Giunta Regionale della Campania ha approvato le tariffe per prestazioni erogate da R.S.A. e Centri Diurni ai sensi della L.R. 8/2003, con l'allegato Regolamento di compartecipazione al costo delle prestazioni erogate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura socio-sanitaria per soggetti non autosufficienti disabili, anziani ultrasessantacinquenni e cittadini affetti da demenze;
- m) che con decreto n. 6 del 4/2/2010, avente ad oggetto "*Determinazione delle tariffe per prestazioni erogate da residenze Sanitarie Assistite (RSA) e Centri Diurni ai sensi della legge regionale n. 8/2003. Rif. Punto 16 deliberazione Consiglio dei Ministri del 24/7/2009*", il Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro del settore sanitario ha recepito con modifiche ed integrazioni la predetta D.G.R.C. n. 1267/2009;
- n) che alcune strutture sanitarie hanno proposto dinanzi al TAR per la Campania il ricorso n. 6764/2009 per l'annullamento della precitata deliberazione della Giunta regionale n. 1267/2009 e, con successivi motivi aggiunti, il sopravvenuto Decreto commissariale n. 6/2010;
- o) che il TAR adito - sezione prima di Napoli - con la sentenza n. 27563/2010 ha dichiarato improcedibile il ricorso introduttivo, per sopravvenienza del decreto commissariale n. 6/2010, ed ha respinto i motivi aggiunti;



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

p) che avverso la preindicata sentenza sono stati proposti ricorsi in appello al Consiglio di Stato che, con la sentenza della Sezione Terza n. 741/2013, li ha accolti e per l'effetto, in riforma della sentenza appellata, ha accolto i ricorsi di primo grado;

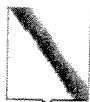
**PRESO ATTO** che il giudice di secondo grado, relativamente ai citati provvedimenti impugnati, ha rilevato un vizio procedimentale, riguardante la mancanza del confronto con le parti sociali prescritta dalla DGRC n. 2006/2004, ed un vizio di ordine sostanziale relativo al quantum della nuova determinazione tariffaria, ribadendo in conclusione che la determinazione dei costi presi a base delle tariffe è stata effettuata con una notevole approssimazione;

**TENUTO CONTO**, altresì, che la Regione Campania con Decreto Commissario ad Acta per il piano di rientro della sanità n. 43 del 2.5.2013 pubblicato sul BURC n. 29 del 3 giugno 2013, al fine di colmare il vuoto tariffario prodotto dall'annullamento della DGRC 1267/2009 e Decreto Commissariale 6/2010, nelle more della nuova determinazione delle tariffe di cui in premessa giusta sentenza del Consiglio di Stato n. 741 dell' 11/02/2013, ha decretato di applicare in via transitoria gli importi stabiliti dal decreto commissariale 6/2010, nelle more della ridefinizione delle tariffe per le prestazioni sociosanitarie che dovranno essere approvate entro e non oltre i 90 giorni dalla pubblicazione dello stesso ai fini della concertazione con le Associazioni di categoria;

**SUDATO ATTO** che, al fine di provvedere alla rideterminazione delle tariffe per le prestazioni sociosanitarie erogate dalle Residenze Sanitarie Assistite e dai Centri Diurni per non autosufficienti disabili, anziani e soggetti affetti da demenze di cui alla L.R. n. 8/2003, è stato realizzato il confronto con le parti sociali e sulla base della determinazione dei costi del personale derivanti dalla corretta classificazione dello stesso, del relativo trattamento economico e di tutti gli elementi che concorrono al calcolo della retribuzione, tenendo conto delle prescrizioni contenute nella sentenza del Consiglio di Stato n. 741/2013;

**CONSIDERATO** che:

- a. al fine di condividere la metodologia di calcolo delle tariffe di cui sopra, si sono tenuti diversi incontri con le Associazioni di categoria e con i ricorrenti di cui al contenzioso sopra riportato e nel corso della riunione del 24 aprile sono state formulate dalla Regione Campania tre diverse ipotesi di accordo con l'impegno di trasmettere, in via alternativa entro tre giorni lavorativi, una proposta elaborata su base analitica dei costi;
- b. che con nota prot. 2362/C del 24/4/2013 è stata inviata alle Associazioni di categoria la proposta di cui al punto precedente;
- c. nel corso dell'incontro del 20 giugno 2013 le Associazioni di categoria e la Regione Campania hanno concordato di istituire un tavolo tecnico ristretto costituito da rappresentanti regionali e rappresentanti designati dalle Associazioni di categoria presenti;
- d. nel corso del primo incontro con il tavolo tecnico tenutosi il 3 luglio 2013 i rappresentanti designati dalle Associazioni hanno avanzato una serie di richieste che i componenti regionali si sono riservati di valutare accordandosi di inviare una nuova proposta metodologica;
- e. che in data 19 luglio 2013 gli uffici regionali hanno inviato ai componenti del tavolo tecnico gli elaborati e la proposta metodologica che, discussa nel corso della riunione del 23 luglio, è stata oggetto di osservazioni da parte dei rappresentanti le Associazioni di categoria;
- f. in data 29 luglio è stata inviata una ulteriore proposta tariffaria, integrata in data 30 luglio 2013, che in sede di discussione nel corso della riunione plenaria con tutte le rappresentanze delle



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

Associazioni di categoria il 31 luglio 2013, non ha trovato approvazione da parte delle stesse che hanno consegnato una proposta alternativa, allegata al verbale e depositata agli atti degli uffici;

**ATTESO** che:

- a. al fine di determinare le tariffe viene prioritariamente valorizzato il costo del personale che rappresenta, rispetto agli altri costi, la voce che maggiormente incide sulla determinazione delle tariffe oggetto del presente provvedimento;
  - b. la normativa specifica relativa alle prestazioni sociosanitarie erogate in regime di RSA e CD non prevede alcun vincolo di utilizzare uno specifico CCNL per disciplinare i rapporti con il personale.
  - c. nel settore dell'assistenza sociosanitaria le strutture che erogano tali prestazioni sostengono, a parità di requisiti organizzativi e di personale, costi differenti a seconda del CCNL utilizzato (ANASTE, AIOP, Cooperative Sociali, ecc);
  - d. con la metodologia analitica utilizzata nella determinazione delle tariffe oggetto del presente provvedimento, la Regione Campania ha inteso superare i rilievi posti dalla sentenza del Consiglio di Stato n. 741/2013 favorendo il confronto con le parti sociali e predisponendo un sistema tariffario che consente prestazioni adeguate a tutela sia della salute degli assistiti che degli interessi dei lavoratori;
- e i ricavi delle prestazioni derivanti dalle tariffe così definite garantiscono alle strutture di assistenza, se correttamente gestite, un equilibrio economico con la previsione di un margine di retribuzione;

**PRESO ATTO**

- a. del lavoro di determinazione ex novo delle tariffe per le prestazioni di cui trattasi svolto dagli uffici regionali in collaborazione con i componenti la commissione paritetica istituita nel corso dell'incontro del 20 giugno 2013, che ha svolto un'istruttoria precisa partendo dai requisiti organizzativi e di personale previsti dall'Allegato A al Decreto Commissariale n. 6/2010, che modifica ed integra quanto riportato all'Allegato 3 della DGRC 2004/2006 e nella scheda SRs3 allegata al Regolamento del Consiglio Regionale n. 1 del 22.06.2007 in tema di accreditamento istituzionale delle Residenze Sanitarie; tali requisiti stabiliscono la definizione del personale e i tempi di assistenza necessari per l'erogazione di ciascuna tipologia di prestazione sociosanitaria oggetto del presente provvedimento;
- b. dell'allegata nota metodologica esplicativa del processo di determinazione delle tariffe, in esecuzione della sentenza del Consiglio di Stato n. 741/2013, con cui sono stati determinati i costi del personale sulla base di parametri prefissati ed inderogabili derivanti dalla contrattazione collettiva, che nello specifico riguarda la corretta classificazione del personale, il relativo trattamento economico e tutti gli elementi che concorrono al calcolo della retribuzione, tenendo conto della rilevanza dell'elemento relativo al costo del personale in relazione alle caratteristiche delle prestazioni "human intensive" nel settore;
- c. che in particolare nella nota metodologica sono stati presi in considerazione tre tipologie di contratti – CCNL AIOP ARIS – CCNL ANASTE – CCNL COOPERATIVE SOCIALI che rappresentano i contratti maggiormente utilizzati per regolare i rapporti con il personale impiegato per l'erogazione di tali prestazioni;
- d. che al fine di determinare in modo equo i costi sostenuti dalle strutture sono state analizzate tutte le voci contrattuali derivanti dall'utilizzo dei diversi contratti;



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

e. Che, partendo dalla suddetta analisi, vanno determinate due tariffe (fascia A e fascia B) a seconda del CCNL applicato nella propria struttura:

- e1. Fascia A – strutture che applicano per il comparto il CCNL ANASTE-COOPERATIVE SOCIALI o altro CCNL sovrapponibile per valori tabellari e impegno orario  
e2. Fascia B – strutture che applicano per il comparto il CCNL AIOP ARIS ANFFAS AIAS derivante da un incremento percentuale pari al 10% rispetto alla tariffa fascia A rideterminata.

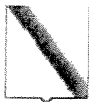
Tabella 1		
Tipologia di prestazione	Tariffa fascia A - Euro	Tariffa fascia B - euro
<b>Regime Residenziale (RSA)</b>		
Disabili Modulo Alto	122,74	135,02
Disabili Modulo Medio	99,45	109,40
Anziani Modulo Alto	113,65	125,02
Anziani Modulo Medio	99,70	109,67
Anziani Modulo Demenze	111,56	122,71
<b>Regime semiresidenziale (CD)</b>		
Centro Diurno Disabili	71,29	78,42
Centro Diurno Demenze	65,53	72,09
Centro Diurno Anziani	60,23	66,26

**VISTA** la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 che qualifica i provvedimenti del Commissario ad acta come "ordinanze emergenziali statali in deroga", ossia "misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro";

**CONSIDERATO** che, pur in un contesto di crisi economica del paese e di piano di rientro della regione Campania, è stato mantenuto un margine operativo del 5%, ben superiore ai tassi di redditività dei capitali tale da consentire di far fronte alla contestata non remuneratività della percentuale dei costi generali e di struttura, peraltro non condivisibile specie in relazione alla possibilità di spalmare taluni costi su 40/60 posti letto. Inoltre il costo del personale con rapporto non dipendente è stato quantificato solo per il 50% di quello consentito per cui sussistono ulteriori ampi margini di economia;

**TENUTO conto** che:

per i contratti di lavoro applicati, in mancanza di indicazioni regionali, non può ritenersi ammissibile il generalizzato ricorso ai contratti più onerosi con la garanzia del trasferimento dell'onere al SSR. I disavanzi dei SSR hanno determinato numerosi interventi restrittivi nel sistema pubblico, interventi da cui sarebbero esentate le strutture private che trasferirebbero gli oneri al SSR in aperta disarmonia con i



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

piani di rientro e le generali sofferenze economiche e finanziarie del SSN. Di talché, specialmente in questa fase di crisi economica, anche il settore privato ha l'onere di razionalizzare i costi generali e di struttura nonché contare su un margine operativo coerente non potendo essere garantite le rendite di posizione.

**RILEVATO**, inoltre, che:

- a. lo stesso Consiglio di Stato ha richiamato il parere dei ministeri affiancanti che riportava il fatto che le tariffe di cui al decreto 6/2010 risultavano del 5-10% inferiori a quelle medie nazionali;
- b. in relazione a quanto sopra le tariffe annullate sono incrementate col presente atto del 6% circa per la fascia A e del 17% circa per la fascia B;

**VISTI**

- a. il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni";
- b. il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";
- c. il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" Allegato 1 punto 1.C "Area integrazione socio-sanitaria";
- d. la D.G.R.C. n. 3958 del 7 agosto 2001 come modificata ed integrata dalla D.G.R.C. n. 7301 del 31 dicembre 2001, concernente la definizione dei requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione alla realizzazione e dell'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie delle strutture pubbliche e private e approvazione delle procedure di autorizzazione;
- e. la Legge regionale n. 8/2003 "Realizzazione, organizzazione, funzionamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali pubbliche e private – RR.SS.AA."
- f. la DGRC 2006 del 5 novembre 2004 "L.R. 8 del 22 aprile 2003 - Approvazione Linee di indirizzo sull'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenze"
- g. il Regolamento n. 1 del 22 giugno 2007 recante la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure per l'accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, in regime di ricovero ed in regime residenziale;

**VISTA, altresì:**

- a. la nota prot. 0578556 del 8/8/2013 a firma del Capo Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali con cui è stata trasmessa al Capo del Dipartimento delle Politiche Sociali, ai fini della programmazione e pianificazione della componente sociale e della disciplina della prevista compartecipazione, la proposta di decreto commissariale relativa alla "Rideterminazione tariffe per prestazioni sociosanitarie erogate dalle Residenze Sanitarie assistenziali a ciclo continuativo e diurno";
- b. la nota prot. CDpt 04/1130/2013 del 9/8/2013 a firma del Capo Dipartimento per l'istruzione, la ricerca, il lavoro, le politiche culturali e le politiche sociali di presa d'atto della proposta di decreto commissariale;

6





*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

**DECRETA**

Per le motivazioni richiamate in premessa, da intendersi qui di seguito integralmente riportate:

1. di approvare la nota metodologica – Allegato 1 –esplicativa del processo di determinazione delle tariffe, in esecuzione della sentenza del Consiglio di Stato n. 741/2013, con cui sono stati determinati i costi del personale sulla base di parametri prefissati ed inderogabili derivanti dalla contrattazione collettiva, che nello specifico riguarda la corretta classificazione del personale, il relativo trattamento economico e tutti gli elementi che concorrono al calcolo della retribuzione, tenendo conto della rilevanza dell'elemento relativo al costo del personale in relazione alle caratteristiche delle prestazioni "human intensive" nel settore;
2. di approvare, partendo dalla suddetta nota metodologica, le tariffe per le prestazioni sociosanitarie per non autosufficienti disabili, anziani e persone affette da demenze in esecuzione della sentenza del Consiglio di Stato n. 741/2013 erogate dalle Residenze Sanitarie Assistite e Centri Diurni, a seconda del CCNL applicato nella propria struttura, e precisamente:
  - a. Fascia A – strutture che applicano per il comparto il CCNL ANASTE-COOPERATIVE SOCIALI o altro CCNL sovrapponibile per valori tabellari e impegno orario
  - b. Fascia B – strutture che applicano per il comparto il CCNL AIOP ARIS ANFFAS AIAS derivante da un incremento percentuale pari al 10% rispetto alla tariffa fascia A riderminata.



Tabella 1		
Tipologia di prestazione	Tariffa fascia A	Tariffa fascia B
<b>Regime Residenziale (RSA)</b>		
RSA Disabili Alto	122,74	135,02
RSA disabili Medio	99,45	109,40
RSA anziani Alto	113,65	125,02
RSA anziani Medio	99,70	109,67
RSA Modulo Demenze	111,56	122,71
<b>Regime semiresidenziale</b>		
Centro Diurno Disabili	71,29	78,42
Centro Diurno Demenze	65,53	72,09
Centro Diurno Anziani	60,23	66,26

3. di confermare il contenuto del provvedimento impugnato che non è risultato oggetto di statuizioni da parte del giudice;
4. di dare atto che il presente provvedimento sarà adeguato alle eventuali prescrizioni che dovessero intervenire da parte dei ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, in sede di approvazione del provvedimento;



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

5. di inviare il presente provvedimento, a cura della struttura commissariale, alle AA.SS.LL, alle AA.GG.CC. "Piano Sanitario Regionale", "Assistenza Sanitaria", "Assistenza Sociale", "Gabinetto Presidente della Giunta Regionale", all'ARSAN per quanto di competenza ed al Settore "Stampa e Documentazione" per la pubblicazione sul BURC.

Il Capo del Dipartimento salute e risorse naturali  
Prof. Ferdinando Romano

*Si esprime parere favorevole*  
Il Sub Commissario ad acta  
Mario Morlacco

Il Coordinatore delle AGC 19 e AGC 20  
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente del Settore Fasce Deboli della A.G.C. 20  
Dott.ssa Rosanna Romano

Il funzionario responsabile  
M.Canzanella

Il Commissario ad Acta  
Stefano Caldoro





## Giunta Regionale della Campania

**Oggetto: Nota metodologica di calcolo per la determinazione delle tariffe per le prestazioni socio sanitarie erogate da strutture denominate Residenze Sanitarie Assistite.**

### PREMESSA

La sentenza del Consiglio di Stato n. 741/2013, di annullamento della DGRC 1267/2009 e del Decreto Commissariale n. 6/2010, accoglie l'appello su due ordine di fattori "...il primo dei quali di ordine procedimentale e metodologico, essendo mancato il confronto con le parti sociali, il secondo di ordine sostanziale relativo al quantum della nuova determinazione tariffaria che non sarebbe stata rispondente ai costi effettivi delle strutture".

Pur rappresentando che all'epoca dell'elaborazione delle prime tariffe RSA (DGRC 1267/2009) non erano presenti a livello regionale associazioni di categoria specifiche rappresentative di tale tipologia di assistenza si relaziona quanto segue:

Le prestazioni socio sanitarie sono caratterizzate essenzialmente dall'elemento "human intensive" pertanto, si è reso necessario, come richiesto dalla sentenza, accertare con esattezza tutti gli elementi che compongono la retribuzione del personale. La presente nota metodologica spiega analiticamente quali sono stati gli elementi alla base dell'elaborazione e rideterminazione delle tariffe.

Il modello utilizzato per la rideterminazione delle nuove tariffe è basato sulle seguenti assunzioni di base:

La dotazione efficiente di personale è definita a partire dai requisiti indicati dalla DGRC 2006 del 5 novembre 2004 integrata e modificata dall'Allegato A al Decreto Commissariale n. 6 del 4 febbraio 2010 e dai requisiti ulteriori previsti dal Regolamento 1/2007 per l'accreditamento istituzionale.

I costi unitari di produzione sono stimati sulla base dell'analisi congiunta:

- dei contratti collettivi nazionali del lavoro (CCNL), per la determinazione del costo del personale;
- in parte, per le voci di costo omogenee, dell'analisi svolta dalla Commissione Tariffe ex art. 26 Legge 833/78 (Decreto assessoriale n. 467/2006 modificato con decreto assessoriale n. 110/2007) che aveva già stimato i costi di struttura e i costi generali per prestazioni di riabilitazione ma anche per prestazioni socio-sanitarie;
- i ricavi delle prestazioni devono garantire alle strutture di assistenza, se correttamente gestite, un equilibrio economico con la previsione di un margine di retribuzione.

Le diverse voci di costo, considerate ai fini della determinazione della tariffa, sono qui di seguito riportate:

**costo del personale** (dipendente e non dipendente);

**altre voci di costo** - da intendersi costi per materiali, di struttura, costi alberghieri (per tutte le tipologie di prestazioni), e solo per le prestazioni rese in regime semiresidenziali dei costi di trasporto

**altri costi generali**, pari al 7% della somma delle voci precedenti;

**margine di retribuzione** pari al 5% dei costi complessivi

Le tipologie di assistenza per cui si è provveduto ad eseguire la stima delle tariffe sono:

- Residenze Sanitarie Assistite per non disabili non autosufficienti - Modulo Alto
- Residenze Sanitarie Assistite per disabili non autosufficienti - Modulo Medio
- Residenze Sanitarie Assistite per anziani non autosufficienti - Modulo Alto

Centro Direzionale - Isola C/3 - 80143 Napoli -



## Giunta Regionale della Campania

- Residenze Sanitarie Assistite per anziani non autosufficienti – Modulo Medio
- Residenze Sanitarie Assistite per anziani non autosufficienti – Modulo Demenze
- Centro Diurno per disabili
- Centro Diurno per anziani
- Centro Diurno per demenze

### 1 - COSTO DEL PERSONALE

Le residenze sanitarie assistite sono strutture che erogano prestazioni sociosanitarie per utenti non autosufficienti adulti ed anziani, le cui tariffe sono soggette all'istituto della compartecipazione ai sensi del Decreto Ministeriale 29.11.2001 sui L.E.A..

**1.1 Personale impiegato a tempo indeterminato** - Per la determinazione analitica dei costi del personale impiegato a tempo indeterminato in ciascuna tipologia di assistenza, si è tenuto conto del CCNL S.S.A.E.P. ANASTE specifico per il personale dipendente delle realtà del settore socio-sanitario-assistenziale-educativo quadriennio normativo 2002-2005 aggiornato con i minimi tabellari previsti dall'accordo per il quadriennio 2006-2009 firmato in data 10 novembre 2008. a partire dalle seguenti voci contrattuali:

- minimo contrattuale conglobata (art. 59 come aggiornato dalla Tabella A – aumenti contributivi allegata all'accordo per il quadriennio 2006/2009 siglato il 10/11/008)
- tredicesima mensilità (art. 65)
- quattordicesima mensilità (art. 66)
- indennità di funzione, per la categoria quadri, ove prevista (art. 59)
- indennità professionale, per la figura professionale dell'infermiere (art.59)

*L'EADR in questa tipologia di contratto non è previsto.*

Si è attribuita l'indennità per festivo e lavoro notturno per la figura professionale degli OSS e indennità festivo per la figura professionale degli infermieri procedendo al calcolo nel modo seguente, così come previsto dall'art. 70:

- domenicale e/ festivo 15% su 64 giornate (52 domeniche e 12 festività), maggiorazione applicata sia per gli OSS che per gli infermieri;
- servizio ordinario notturno in turno 20% su una media di 50 notti per dipendente in un anno, maggiorazione applicata solo per gli OSS

**Personale medico – ANASTE** – per la determinazione della paga oraria del medico direttore sanitario sono stati applicati i valori tabellari relativi al profilo professionale "Quadro", con le indennità relative. A questa categoria appartengono le lavoratrici ed i lavoratori con funzioni a carattere direttivo

**1.2 Orario di lavoro - festività – ferie** - L'orario di lavoro si articola diversamente a seconda dei contratti considerati:

- Il CCNL AIOP ARIS stabilisce un'articolazione dell'orario di lavoro settimanale in 36/38 ore a seconda del profilo professionale;
- Il CCNL ANASTE e CCNL Cooperative sociali prevedono un orario settimanale di 38 ore;

Analogha situazione si verifica per ferie e festività:

- Il CCNL AIOP ARIS stabilisce che tutti i dipendenti devono fruire di 12 giornate di riposo per festività e di n. 30 giorni lavorativi irrinunciabili nell'arco dell'anno escluse le domeniche e le festività.



## Giunta Regionale della Campania

- Il CCNL ANASTE e CCNL Cooperative sociali stabilisce che tutti i dipendenti devono fruire di 12 giornate di riposo per festività e di n. 26 giorni lavorativi irrinunciabili nell'arco dell'anno escluse le domeniche e le festività.

mentre per il CCNL ANASTE e CCNL Cooperative sociali la stima dei giorni lavorativi annuali, pari nel complesso a 257,25 giorni ha tenuto conto di:

- 26 giorni di ferie;
- 4 giorni di ferie soppresse;
- 12 giorni di festività;
- 7 giorni di malattia;
- 3 giorni di permessi retribuiti;
- 52 domeniche;
- 4 giorni di formazione;

Le voci riportate al punto 1.1 hanno consentito di stimare la retribuzione lorda del personale impiegato a tempo indeterminato.

### 1.3 Personale che intrattiene rapporti libero professionale -

*Il Regolamento di accreditamento definitivo n. 1 del 22 giugno 2007 avente ad oggetto "Regolamento recante la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure per l'accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, in regime di ricovero ed in regime residenziale" approvato dal Consiglio Regionale nella seduta del 31 maggio 2007 all'Allegato C Residenze Sanitarie Scheda SRes3 riporta: "Possono essere intrattenute, per le strutture private, rapporti libero professionali esulanti il rapporto di dipendenza fino al 28% del personale globalmente destinato all'assistenza diretta, con l'esclusione del personale con compiti di direzione, per il quale va comunque instaurato un rapporto di lavoro dipendente. Tale obbligo non riguarda i casi in cui i soggetti aventi compiti di direzione sanitaria rivestano la qualità di titolare, legale rappresentante o socio della struttura sanitaria. Per tali soggetti, in ogni caso, è fatto divieto di esercitare detti compiti presso più di una struttura. Dall'obbligo del rapporto di dipendenza fino al 28% del personale globalmente destinato all'assistenza diretta sono esentate le strutture con dotazioni pari o inferiori a cinque unità lavorative".*

*Rientra nella facoltà dell'amministrazione regionale avvalersi di tale istituto e procedere alla determinazione delle tariffe calcolando percentualmente il costo del personale impiegato a tempo pieno (che incide per il 72%) ed il costo del personale che intrattiene rapporti libero professionali esulanti i rapporti di dipendenza (28%)*

Al fine di calcolare il totale del costo della prestazione resa dal personale che intrattiene rapporti libero professionale con la struttura e di conseguenza l'incidenza percentuale di tale costo sulla prestazione, si è partiti dall'assunto che la retribuzione lorda di tale categoria sia la stessa del personale impiegato a tempo indeterminato.

## 2 - ONERI AGGIUNTIVI ALLA RETRIBUZIONE LORDA

Sulla base di tale dato è stato applicato, per il calcolo degli oneri aggiuntivi, un diverso procedimento a seconda che si tratti di personale a tempo indeterminato o personale che intrattiene rapporti libero professionale.



## Giunta Regionale della Campania

2.1. La stima del costo del personale assunto a tempo indeterminato comprensivo degli oneri aggiuntivi è stata calcolata tenendo presente i seguenti istituti:

- **Retribuzione lorda** come definita al punto 1.1
- **TFR**, pari alla retribuzione lorda ottenuta dalle voci precedenti divisa per 13,5;
- **Aliquote contributive INPS** fissate per l'anno 2009 come da tabella delle aliquote contributive INPS – tabella 7.24 – Ospedali e Case di cura (con CUAF) pari al 28,98% della retribuzione lorda a carico dell'azienda.
- **INAIL** il doppio dell'aliquota minima dello 0,50%, pari all'1,00% della retribuzione lorda (INAIL da 0,50% a 2,40%). Totale contributi a carico dell'azienda pari al 29,98%;
- **IRAP** in misura del 4,90% (media delle aliquote regionali anni dal 2009/2011) calcolata sulla base imponibile derivante dalla somma delle seguenti voci: retribuzione lorda, contributi INPS/INAIL e TFR;

2.2 La stima del costo del personale che intrattiene rapporti libero professionali comprensivo degli oneri aggiuntivi è stata calcolata tenendo presente i seguenti istituti:

- **Retribuzione lorda** come definita al punto 1.1
- **Aliquota contributiva** per la gestione separata prevista dall'INPS per l'anno di competenza. Tale aliquota per l'anno 2009 è di 25,72% di cui 1/3 a carico del lavoratore e 2/3 a carico dell'azienda (17,15%)
- **IRAP** in misura del 4,90% (media delle aliquote regionali anni dal 2009/2011) calcolata sulla base imponibile derivante dalla somma delle seguenti voci: retribuzione lorda e contributi INPS/INAIL;

Per la problematica delle percentuali di personale **non dipendente**, in deroga a quanto previsto dalla normativa regionale, i rappresentanti delle Associazioni di categoria avanzano la richiesta di considerare l'intero personale a rapporto di dipendenza. La Regione Campania, in un clima di mediazione, propone di calcolare il 14% rispetto al 28% (previsto dalla normativa regionale vigente) da applicare al personale globalmente destinato all'assistenza diretta.

Al fine di ottenere il costo/minuto per ogni figura professionale impiegata sia a tempo indeterminato che libero professionale si è diviso il costo annuo per le ore lavorate in 1 anno diviso 60. Successivamente, per la determinazione del costo di ogni prestazione, tale costo unitario è stato moltiplicato per i minuti di assistenza previsti dai requisiti contenuti nella DGRC 2006/2004 e Decreto Commissariale n. 6/2010.

### 3. ALTRE VOCI DI COSTO

Per le altre voci di costo si è tenuto conto dei documenti descritti in premessa che riportano valori proposti per ogni singola tipologia di assistenza:

1. costi di trasporto per le prestazioni semiresidenziali;
2. materiali;
3. servizi alberghieri.
4. costi di struttura. (centralinista, accettazione, addetto a magazzino, pulizia, ecc);



## Giunta Regionale della Campania

**3.1. COSTI GENERALI** – Voce di costo generali pari al 7% di tutti gli altri costi considerati, per remunerare tutte le altre voci di costo non elencate e che gravano sulla prestazione (manutenzione, ammortamenti, ecc.)

**Sia i costi di struttura che i costi generali sono stati ritenuti adeguati nella perizia di parte depositata per il ricorso al Consiglio di Stato**

**3.2 MARGINE DI RETRIBUZIONE** margine di retribuzione pari al 5% al fine di garantire alle strutture, se correttamente gestite, un giusto equilibrio economico.

Al fine di dare seguito alla sentenza citata attraverso la rideterminazione delle tariffe di cui all'oggetto si sono svolte presso questo Assessorato numerosi incontri con le parti sociali. Nel corso della riunione del 20 giugno 2013, è stata istituita una commissione paritetica composta da rappresentanti nominati dalle Associazioni di categoria e da rappresentanti regionali. Il confronto tra le parti è proseguito in diversi incontri dove i rappresentanti delle Associazioni hanno avanzato una serie di richieste come da verbali agli atti degli uffici.

Visto che le prestazioni oggetto del presente provvedimento sono prestazioni cosiddette "humane intensive", dove il fattore "costo del personale" è di estrema incidenza nella determinazione delle relative tariffe, risulta di particolare importanza definire la tipologia di CCNL che maggiormente risponde alle caratteristiche specifiche del rapporto di lavoro richiesto tenendo anche conto che la normativa relativa alle prestazioni sociosanitarie erogate in regime di RSA e CD non vincola i rapporti con il personale ad uno specifico contratto.

Il CCNL AIOP ARIS, pur se utilizzato da diverse strutture temporaneamente accreditate come RSA in Regione Campania, in realtà regola prevalentemente i rapporti di lavoro dipendente nell'ambito della ospedalità privata.

A livello nazionale i CCNL maggiormente utilizzati nel settore dell'assistenza sociosanitaria, sono quelli siglati da ANASTE – per il personale dipendente delle realtà del settore socio-sanitarie-assistenziali-educativo e il CCNL Cooperative Sociali, anche in ragione della componente sociale che caratterizza questo tipo di prestazione a cui di fatto la normativa nazionale e regionale prevede l'applicazione dell'istituto della compartecipazione alla spesa da parte dell'utente/Comune.

Pertanto la Regione Campania, al fine di determinare in modo equo i costi sostenuti dalle strutture che erogano prestazioni sociosanitarie, ha ritenuto opportuno analizzare attentamente tutte le voci contrattuali derivanti dall'utilizzo dei diversi contratti.

### Differenze tra contratti in uso

I contratti nazionali utilizzati ai fini dell'analisi comparativa sono: ANASTE - AIOP – Cooperative Sociali.

I parametri messi a confronto sono:

- o base tabellare della figura dell'infermiere e dell'operatore sociosanitario
- o orario di lavoro

**1. CCNL ANASTE** quadriennio normativo 2002-2005 aggiornato con i minimi tabellari previsti dall'accordo per il quadriennio 2006-2009 firmato in data 10 novembre 2008:  
Infermiere cat. 6 = € 1.407,97 mensili  
Operatore socio sanitario cat. 5 = € 1.358,75  
Ore lavorate = 38 settimanali



*Giunta Regionale della Campania*

**2. CCNL AIOP** – base tabellare utilizzata per la determinazione delle tariffe ex art. 26 triennio 2006/2008 di cui al Decreto Commissariale n. 81/2013:

Infermiere cat. D = € 1.726,52 mensili

Operatore socio sanitario cat. B2 = € 1.457,68

Ore lavorate = 36 settimanali

**3. CCNL Cooperative sociali** – Tabellare aggiornamento contrattuale al 1 gennaio 2009

Infermiere cat. D2 ex 6 = € 1392,81

Operatore socio-sanitario CAT. C2 = € 1.282,51

Ore lavorate = 38 settimanali

Partendo dalla suddetta analisi, vanno determinate le tariffe (fascia A e fascia B) a seconda del CCNL applicato nella propria struttura:

1. Fascia A – strutture che applicano per il comparto il CCNL ANASTE-COOPERATIVE SOCIALI o altro CCNL sovrapponibile per valori tabellari e impegno orario
2. Fascia B – strutture che applicano per il comparto il CCNL AIOP ARIS ANFFAS AIAS derivante da un incremento percentuale pari al 10% rispetto alla tariffa fascia A rideterminata.

	Tariffa fascia A	Tariffa fascia B
RSA Disabili Alto	122,74	135,02
RSA disabili Medio	99,45	109,40
RSA anziani Alto	113,65	125,02
RSA anziani Medio	99,70	109,67
RSA Modulo Demenze	111,56	122,71
Centro Diurno Disabili	71,29	78,42
Centro Diurno Demenze	65,53	72,09
Centro Diurno Anziani	60,23	66,26







*Regione Campania*

*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

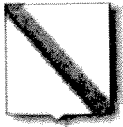
**DECRETO n. 102 del 11.10.2013**

**Rif. punti d) della delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010**

**OGGETTO: Definizione per l'esercizio 2013 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26, ex art 44 e/o alla macroarea della salute mentale e socio sanitario – Modifiche ed integrazioni al decreto del Commissario ad acta n. 86 del 24 luglio 2013**

**PREMESSO**

- che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha 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;
- che l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che:  
*"Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale";*
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale 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;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario *ad acta* per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso attraverso i programmi operativi di cui al citato art. 2, comma 88, della legge n. 191/09;
- che con decreto commissariale n. 25/2010 sono stati adottati i Programmi Operativi di cui al summenzionato art. 2, comma 88, della legge n. 191/2009, successivamente aggiornati con decreti commissariali n. 41/2010, n. 45/2011, n. 53/2012, n. 153/2012, n. 24/2013 e n. 82/2013;
- che con delibere del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 e del 23 marzo 2012 il Governo ha nominato il dr. Mario Morlacco sub commissario ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di Rientro;
- che fra gli acta della delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, alla lettera d) è richiamata la "definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l'attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- che, nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale "organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali", emanando



*Regione Campania*

*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

provvedimenti qualificabili come "ordinanze emergenziali statali in deroga", ossia "misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro" (Consiglio di Stato: sentenza n. 2470/2013);

#### DATO ATTO

- che con delibere n. 1268 del 24 luglio 2008 e n. 1269 del 16 luglio 2009, modificata dal decreto del Presidente Commissario ad Acta n. 3 del 30 settembre 2009, la Giunta Regionale ha aggiornato la programmazione recata dalla DGRC n. 517/07 ed i correlati limiti di spesa, stabilendo diverse modifiche, integrazioni e miglioramenti alla normativa precedente, anche per adeguarla al nuovo assetto territoriale delle ASL campane conseguente alla L.R. 16/08;
- che con decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario n. 65 del 22 ottobre 2010 sono stati aggiornati i limiti di spesa stabiliti dalla DGRC n. 1269/09 per l'assistenza specialistica da erogarsi nell'esercizio 2010 da parte delle strutture private;
- che con decreto del Commissario ad acta n. 25 del 5 aprile 2011, modificato ed integrato dal decreto commissariale n. 86/2011 e n. 8/2012, sono stati fissati i limiti di spesa per l'esercizio 2011 ed i relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della legge n. 833/78, dell'assistenza specialistica per medicina fisica e riabilitativa ex art 44 della legge n. 833/78, e/o alla macroarea della salute mentale e socio sanitario;
- che con decreto del Commissario ad acta n. 68 del 22 giugno 2012, parzialmente modificato ed integrato dai decreti commissariali n. 85 del 3 agosto 2012 e n. 123 del 10 ottobre 2012, sono stati fissati i limiti di spesa per l'esercizio 2012 ed i relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26, della specialistica ambulatoriale ex art 44 e/o alla macroarea della salute mentale e socio sanitario;
- che con decreti commissariali n. 98 del 10 agosto 2012 e n. 100 del 17 settembre 2012 è stato disposto il trasferimento del Comune di Portici dall'ambito territoriale della ASL Napoli 1 Centro all'ambito territoriale della ASL Napoli 3 Sud, a decorrere a tutti gli effetti legali, amministrativi, operativi, contabili ed economico finanziari dal 1° gennaio 2013;

#### CONSIDERATO

- che con decreto del Commissario ad acta n. 86 del 24 luglio 2013, pubblicato sul BURC n. 41 del 29 luglio 2013, sono stati definiti i limiti di spesa per l'esercizio 2013 ed i relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione estensiva ex art. 26, della specialistica ambulatoriale ex art 44 e/o alla macroarea della salute mentale e socio sanitario, stabilendo – tra l'altro – che: "... i limiti di spesa ed i volumi massimi riconoscibili nell'esercizio 2013 per singola ASL sono fissati con i dettagli esposti nell'allegato n. 1 al presente decreto, con le seguenti principali specificazioni:
  - a) i limiti di spesa 2013 della riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 e della macroarea della salute mentale e delle prestazioni socio sanitarie (al lordo della quota di compartecipazione



*Regione Campania*

*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

dell'utente / Comune) sono stati definiti nella stessa misura dell'anno precedente, tenendo conto del trasferimento del Comune di Portici dalla ASL Napoli 1 Centro alla ASL Napoli 3 Sud e dell'attivazione degli Hospice nella ASL di Caserta, approvata dal decreto commissariale n. 158 del 31 dicembre 2012; ciascuna ASL, pertanto, tenuto conto dei dati di consuntivo 2012, nonché di ulteriori elementi particolari, ritenuti significativi e da considerare con ragionevolezza ed equità, nell'ambito della propria autonomia, previa apposita e motivata delibera del Direttore Generale, acquisito il parere espresso del dirigente responsabile, attribuirà ai singoli centri privati i volumi di prestazioni ed i correlati limiti massimi di spesa per l'esercizio 2013 della riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 e della macroarea della salute mentale e delle prestazioni socio sanitarie, fermo restando il tetto complessivo attribuito alla ASL nell'allegato n. 1 al presente decreto, dando priorità alla copertura del fabbisogno di prestazioni residenziali e semiresidenziali;

- b) i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa 2013 della riabilitazione ex art. 44 della L. 833/78 (assistenza specialistica ambulatoriale per la branca di medicina fisica e riabilitativa) sono stati fissati in base al consuntivo 2012, tenuto conto del trasferimento di Portici dalla ASL Napoli 1 Centro alla ASL Napoli 3 Sud; pertanto, ciascuna ASL attribuirà ai singoli centri privati i volumi di prestazioni ed i limiti di spesa 2013 assumendo l'importo inferiore fra il tetto di spesa 2012 ed il consuntivo di spesa 2012, fatta salva la facoltà della ASL di considerare ulteriori elementi particolari, ritenuti significativi e da valutare con ragionevolezza ed equità, nell'ambito della propria autonomia, previa apposita e motivata delibera del Direttore Generale, acquisito il parere espresso del dirigente responsabile, al fine di attribuire ai singoli centri privati l'ammontare totale dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti massimi di spesa per l'esercizio 2013 della riabilitazione ex art. 44 L. 833/78 fissati nell'allegato n. 1 al presente decreto;
- c) eventuali incrementi dei volumi di prestazioni e/o dei limiti di spesa (al lordo della quota di compartecipazione dell'utente / Comune) per l'esercizio 2013 delle prestazioni di RSA / Hospice e altre prestazioni socio sanitarie, potranno essere coperti con la riduzione dei volumi di prestazioni di riabilitazione ex art. 26; qualora gli incrementi comportino per una singola ASL il superamento dei limiti di spesa complessivamente attribuiti alla medesima ASL per la somma della macroarea della riabilitazione ex art. 26 e della macroarea della salute mentale e socio sanitario, come stabilita nell'allegato n. 1 al presente decreto, essi dovranno essere autorizzati da successivi ed appositi decreti commissariali";

- che risulta opportuno con il presente decreto espungere dai sopra citati criteri:

- l'inciso "dando priorità alla copertura del fabbisogno di prestazioni residenziali e semiresidenziali" dalle disposizioni di cui alla precedente lettera a), al fine di garantire una maggiore efficacia ed appropriatezza delle prestazioni;
- la riserva: "qualora gli incrementi comportino per una singola ASL il superamento dei limiti di spesa complessivamente attribuiti alla medesima ASL per la somma della macroarea della riabilitazione ex art. 26 e della macroarea della salute mentale e socio sanitario, come stabilita nell'allegato n. 1 al presente decreto, essi dovranno essere autorizzati da successivi ed appositi decreti commissariali" dalle disposizioni di cui alla precedente lettera c), per rafforzare la invalicabilità dei limiti di spesa;

- che, a seguito di un lungo contenzioso nel quale la Regione è risultata soccombente, con decreto commissariale n. 81 del 5 luglio 2013 sono state approvate le nuove tariffe per le prestazioni di riabilitazione estensiva ex art. 26 della legge 833/78 per gli anni 2003-2005 e 2006-2008, sviluppate



*Regione Campania*

*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

con una metodologia basata essenzialmente sulla valorizzazione del costo del personale utilizzando il CCNL AIOP ARIS previsto dal protocollo d'intesa allegato alla DGRC 6757/1997; il decreto 81/2013 procede ad una riduzione del 15% per quelle strutture che hanno applicato e applicano un CCNL meno oneroso rispetto a quelli citati;

- che, pertanto, con lettera del 5 agosto 2013, prot. n. 4259/C, il Sub Commissario ad acta, nel fornire alle ASL indicazioni operative in merito alla applicazione dei sopra citati decreti commissariali n. 81/2013 e n. 86/2013, rappresentò che: "... l'introduzione del nuovo sistema tariffario rappresenta evidentemente un "ulteriore elemento particolare" da ritenersi significativo ai fini della attribuzione ai singoli centri privati dei tetti di spesa 2013 ex DCA 86/2013. Tutto ciò al fine di consentire una distribuzione equilibrata delle risorse e garantire la regolare fornitura delle prestazioni ai cittadini in corso d'anno", chiedendo alle stesse di fornire: "... in ogni caso, anche a fini di controllo, ... entro il 5 settembre p.v. una delibera del Direttore Generale che dia atto del tetto di spesa assegnato alle singole strutture e degli eventuali sforamenti, sia per consuntivo 2012, sia per la previsione 2013";
- che, analogamente, a seguito della sentenza del Consiglio di Stato n. 741/2013, con decreto commissariale n. 92 del 2 settembre 2013 sono state approvate le nuove tariffe per le prestazioni sociosanitarie per pazienti non autosufficienti anziani ultrasessantacinquenni, affetti da demenze e disabili, erogate dalle Residenze Sanitarie assistite e dai Centri Diurni, sviluppate con una metodologia basata essenzialmente sulla valorizzazione del costo del personale utilizzando tre tipologie di contratti - CCNL AIOP ARIS - CCNL ANASTE - CCNL COOPERATIVE SOCIALI che rappresentano i contratti maggiormente in uso per regolare i rapporti con il personale impiegato per l'erogazione di tali prestazioni; la citata metodologia ha consentito di determinare due fasce tariffarie (fascia A e fascia B) a seconda del CCNL applicato nella propria struttura;
- che alle prestazioni, erogate in regime residenziale e semiresidenziale dai centri provvisoriamente accreditati ex art 26 L. 833/78 per gli utenti che hanno superato i 240 gg di permanenza, in sede di valutazione e rivalutazione effettuata dall'UVI, ad eccezione dei casi previsti dalla DGRC 482/2004 "Linee Guida Regionali per la Riabilitazione in Campania", vengono applicate, in considerazione anche del minore impegno assistenziale, le tariffe stabilite per le prestazioni sociosanitarie compartecipate, rideterminate con il citato decreto commissariale n. 92/2013, ribadendo quanto riportato al punto 6 del Decreto Commissariale n. 6/2010 - non oggetto di statuizioni da parte del Consiglio di Stato nella sentenza n. 741/2013 - confermato al punto 3 del Decreto Commissariale n. 92 del 2 settembre 2013; tali prestazioni sono a carico della macroarea della riabilitazione estensiva ex art. 26 e rientrano, quindi, nei relativi limiti di spesa secondo lo schema contrattuale allegato A\1 al decreto n. 86/2013;
- che il sistema tariffario approvato con i citati decreti commissariali 81/2013 e 92/2013 introduce il principio della tariffazione diversificata a seconda dei costi sostenuti per il personale in relazione al CCNL applicato dalla singola struttura privata;
- che, pertanto, con lettera del 5 settembre 2013, prot. n. 4591/C, il Sub Commissario ad acta, ha chiesto alle ASL di integrare la delibera ricognitiva già chiesta con la sopra citata nota del 5/8/2013, inviando, debitamente compilati, 4 format diversi contenenti numero di ogni singola prestazione erogata nel 2012, importo lordo sostenuto e tipologia di contratto collettivo di lavoro applicato nel corso dell'anno 2012 da ogni struttura erogatrice di prestazioni ex art. 26 Legge 833/78 (format allegato 1), RSA/CD di cui alla Legge 8/2003 (format allegato 2), tossicodipendenza (format allegato 3) e altra tipologia di prestazioni (format allegato 4), ed ha convocato i Referenti della ASL per i tetti di spesa per una apposita riunione, che si è tenuta il 12 settembre 2013, nella quale sono state approfondite tutte le criticità emergenti in sede di attuazione dei decreti commissariali sopra citati;



*Regione Campania*

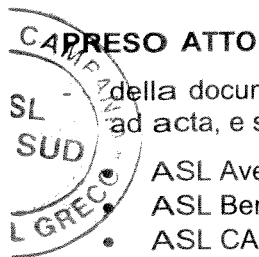
*Al Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- che nella suddetta riunione diverse ASL hanno chiesto alla Regione di rimodulare i limiti di spesa 2013 tenendo conto sia delle modifiche tariffarie intervenute con i decreti n. 81 e n. 92/2013, sia del parziale spostamento di volumi di prestazioni verificatosi nel 2012 tra diverse tipologie di prestazioni nell'ambito dei tetti di spesa 2012 complessivi, consentito dalla normativa regionale allora vigente;

#### DATO ATTO

- che le strutture riabilitative operanti sul territorio campano sono soggette ad un processo di ristrutturazione e di riconversione della propria mission, volto a rendere l'offerta assistenziale maggiormente coerente con la domanda di assistenza socio sanitaria della popolazione, in uno con il rispetto dell'equilibrio di bilancio nell'erogazione dei LEA;
- che le Aziende Sanitarie Locali nell'ambito delle scelte programmatiche effettuate dalla Regione, sono i soggetti istituzionali deputati ad intercettare le istanze del territorio ed a tradurle in un'offerta sanitaria adeguata;



della documentazione fornita dalle ASL a seguito delle sopra richiamate note del Sub Commissario ad acta, e segnatamente:

- ASL Avellino: nota del Direttore Generale del 17/9/2013, prot. n. 19973;
- ASL Benevento: delibera del Direttore Generale n. 165 del 29/8/2013;
- ASL CASERTA: Nota del Direttore Generale n. 26801 del 11/9/2013 e n. 29517 del 8/10/2013;
- ASL Napoli 1 Centro: delibera D.G. del 6/9/2013 n. 1333 e nota del 25/9/2013, prot. n. 663;
- ASL Napoli 2 Nord: delibera del D.G. del 5/9/2013 n. 807;
- ASL Napoli 3 Sud: Nota del 18/9/2013 prot. n. 68224;
- ASL SALERNO: Note del 10/9, 26/9 e 7/10/2013;

#### CONSIDERATO

- che risulta di fondamentale importanza assicurare ai cittadini campani l'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie previste dai L.E.A. secondo il principio dell'appropriatezza inteso sia come appropriatezza clinica delle prestazioni più efficaci a fronte del bisogno accertato, sia di appropriatezza come regime di erogazione della prestazione più efficace ma al tempo stesso a minor consumo di risorse, con evidenti ricadute sulla capacità del sistema di assicurare equità di erogazione di prestazioni;
- che per effetto dell'applicazione delle nuove tariffe, sebbene queste, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis), del Dlgs 502/1992, non dovrebbero determinare variazioni dei tetti di spesa, occorre procedere ad una rimodulazione, essendo intervenute anche riduzioni delle tariffe per le strutture rientranti nella fascia B; inoltre, va effettuata una valutazione programmatica dei volumi prestazionali, tenendo conto del parziale spostamento di volumi di prestazioni verificatosi nel 2012 tra diverse tipologie di prestazioni nell'ambito dei tetti di spesa 2012 complessivi, consentito dalla normativa regionale allora vigente ed applicando una percentuale di riduzione per la realizzazione di obiettivi di appropriatezza;



*Regione Campania*

*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- che per quanto sopra esposto si è proceduto alla rimodulazione dei limiti di spesa per l'esercizio 2013 come riportato nella tabella che forma l'allegato n. 1 al presente decreto;
- che tali incrementi tengono conto dell'applicazione delle nuove tariffe in aumento ed in riduzione a partire dal 1 gennaio 2013, riconoscendone solo in parte l'effetto sui volumi di prestazioni che, pertanto, a norma dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dovranno essere corrispondentemente ridotti; tengono conto, inoltre, del sopra citato parziale spostamento di volumi di prestazioni verificatosi nel 2012 nell'ambito dei tetti di spesa 2012 complessivi;
- che per i fini di cui sopra, considerata l'alta "prevalenza" dei pazienti che accedono a tali settings assistenziali, è necessario dare mandato ai Direttori Generali delle ASL di disporre una valutazione straordinaria dei pazienti, individuando quelli dimissibili, sia al fine di evitare prestazioni e possibili istituzionalizzazioni, non necessarie e/o non appropriate, sia per evitare costi improduttivi e dispersione di risorse;

#### DATO ATTO

che con decreto commissariale n. 41 del 5 aprile 2012 è stata recepita la D.G.R.C n. 666 del 6 dicembre 2011 avente ad oggetto "Linee guida dei servizi per la salute dei cittadini adulti sofferenti psichici";

che l'allegato alla citata delibera, recante "Criteri, modalità di accesso e tariffe per l'erogazione di prestazioni sociosanitarie e sociali a carattere residenziale in favore di adulti con disagio psichico", definisce le tipologie di strutture afferenti all'area sociosanitaria e sociale a bassa intensità assistenziale;

- che per le comunità alloggio vige il principio della compartecipazione così come previsto dal DPCM 29/11/2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza per l'erogazione di prestazioni sociosanitarie;
- che con decreto commissariale n. 16 del 11 febbraio 2013 è stata recepita la D.G.R.C n. 483 del 21 settembre 2012 avente ad oggetto "Disciplina e definizione dei progetti terapeutico riabilitativi individuali regionali sostenuti con budget di salute. Adozione Linee Guida ai sensi dell'art. 46 della L.R. n. 1/2012";
- che con decreto commissariale n. 32 del 27 marzo 2013, pubblicato sul BURC n. 18 del 2 aprile 2013 sono state recepite le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale, stabilite negli allegati 1, 2 e 3 del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 18 ottobre 2012, pubblicato sulla G.U. n. 23 del 28 gennaio 2013 – Supplemento Ordinario n. 8;
- che, tra l'altro, il medesimo decreto commissariale n. 32/2013 ha espressamente confermato le procedure di prescrizione, erogazione e remunerazione delle prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitativa per le patologie semplici previste dal decreto commissariale n. 64 del 26 settembre 2011, come modificato ed integrato dal decreto commissariale n. 88 del 23 dicembre 2011, nonché l'eliminazione dal nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale delle prestazioni elencate al punto 3.8 del citato decreto commissariale n. 64/2011;

DATO ATTO, altresì,



Regione Campania

Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

- che i limiti di spesa assegnati dal presente decreto hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo di spesa prefissato dal presente decreto;
- che il presente decreto viene trasmesso al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze e con successivi atti potranno essere recepite eventuali prescrizioni, che dovessero pervenire dai suddetti Ministeri;

Per tutto quanto esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato:

#### DECRETA

- Le premesse e gli allegati formano parte integrante e sostanziale del presente decreto.
2. Di modificare i limiti di spesa per l'esercizio 2013 delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione estensiva ex art. 26, della specialistica ambulatoriale ex art 44 e/o alla macroarea della salute mentale e socio sanitario, di cui al decreto del Commissario ad acta n. 86 del 24 luglio 2013, come esposto nell'allegato n. 1 al presente decreto.
3. Di stabilire che le AA.SS.LL. entro 10 giorni dalla notifica del presente decreto devono definire i volumi massimi di prestazioni ed i limiti di spesa attribuiti alle singole strutture che erogano prestazioni di riabilitazione estensiva ex art. 26 e/o di specialistica ambulatoriale art. 44 legge 833/78 e/o socio sanitarie il limite di spesa per l'esercizio 2013, con i criteri già fissati nel decreto commissariale n. 86/2013 ed in base ai nuovi limiti di spesa esposti nell'allegato n. 1 al presente decreto, stipulando i relativi contratti secondo gli schemi contrattuali allegati al decreto commissariale n. 86 del 24 luglio 2013, integrati con il richiamo al presente decreto, subito dopo la citazione del decreto commissariale n. 86 del 24/7/2013 nell'ultimo periodo delle premesse e nel comma 3 dell'art. 9 (norme finali), aggiungendo: "... come modificato ed integrato dal decreto commissariale n. \_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/2013".
4. Di confermare i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa 2013 della specialistica ambulatoriale ex art. 44 della L. 833/78 (assistenza specialistica ambulatoriale per la branca di medicina fisica e riabilitativa) già fissati dal decreto commissariale n. 86 del 24 luglio 2013 in base al consuntivo 2012, tenuto conto del trasferimento di Portici dalla ASL Napoli 1 Centro alla ASL Napoli 3 Sud, nonché i criteri di applicazione da parte delle ASL già stabiliti dal punto 3, lettera b), del dispositivo dello stesso decreto n. 86/2013.
5. Di espungere dai criteri applicativi fissati nel punto 3 del dispositivo del decreto commissariale n. 86/2013:
- l'inciso "dando priorità alla copertura del fabbisogno di prestazioni residenziali e semiresidenziali" dalle disposizioni di cui al punto 3, lettera a), al fine di garantire una maggiore efficacia ed appropriatezza delle prestazioni;
  - la riserva: "qualora gli incrementi comportino per una singola ASL il superamento dei limiti di spesa complessivamente attribuiti alla medesima ASL per la somma della macroarea della riabilitazione ex art. 26 e della macroarea della salute mentale e socio sanitario, come stabilita



*Regione Campania*

*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

*nell'allegato n. 1 al presente decreto, essi dovranno essere autorizzati da successivi ed appositi decreti commissariali" dalle disposizioni di cui al punto 3, lettera c), per rafforzare la invalicabilità dei limiti di spesa.*

6. Di ribadire che eventuali incrementi dei volumi di prestazioni e/o dei limiti di spesa (al lordo della quota di compartecipazione dell'utente / Comune) per l'esercizio 2013 delle prestazioni di RSA/Hospice e altre prestazioni socio sanitarie, potranno essere coperti con la riduzione dei volumi di prestazioni di riabilitazione estensiva ex art. 26.
7. Di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali, sulla base di appositi accordi, potranno trasferire le risorse per la quota di competenza sanitaria agli Ambiti Territoriali per i servizi resi dalle comunità alloggio, autorizzate con il sistema sociale descritto con l'allegato alla D.G.R.C n. 666 del 6 dicembre 2011 recepita con decreto commissariale n. 41 del 5 aprile 2011 nei limiti delle risorse dedicate previste dal presente decreto.
8. Di precisare che con riferimento alle prestazioni soggette a compartecipazione ai sensi del DPCM del 29.11.2001 ed all'allegato C del decreto commissariale n. 6/2010, non oggetto di statuizioni da parte del Consiglio di Stato nella sentenza n. 741/2013 e confermato al punto 3 del Decreto Commissariale n. 92 del 2 settembre 2013, si applica quanto disposto con i decreti commissariali n. 77 /2011, n. 81/2011 e con delibera di Giunta regionale della Campania n. 50 del 28 febbraio 2012, salvo diversa disposizione normativa.  
Di stabilire per i fini di cui sopra, considerata l'alta "prevalenza" dei pazienti che accedono alle prestazioni di riabilitazione estensiva ex art. 26 e socio sanitarie oggetto del presente decreto, è necessario dare mandato ai Direttori Generali delle ASL di disporre una valutazione straordinaria dei pazienti, individuando quelli dimissibili, sia al fine di evitare prestazioni e possibili istituzionalizzazioni, non necessarie e/o non appropriate, sia per evitare costi improduttivi e dispersione di risorse.
10. Di stabilire che il presente decreto sarà immediatamente notificato alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste, a tutte le Associazioni di categoria ed a tutti ai centri privati che erogano prestazioni di riabilitazione estensiva ex art. 26 e/o specialistica ambulatoriale ex art. 44 legge 833/78 e/o socio sanitarie, accreditati o provvisoriamente / temporaneamente accreditati con il SSR.
11. Di fare obbligo ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. di monitorare, con cadenza trimestrale, le prestazioni di riabilitazione estensiva ex art. 26 e sociosanitarie, comprese quelle non ancora presenti nel sistema informativo regionale "File H", attraverso l'invio alla Struttura Commissariale dei format allegati n. 1, 2, 3 e 4 alla nota del Sub Commissario ad acta n. 4591/C del 5 settembre 2013, suddividendo l'allegato n. 2 in modo da separare le prestazioni di riabilitazione estensiva ex art. 26 > 240 gg. dalle altre.
12. Di fare obbligo, altresì, dei Direttori Generali di assicurare la corretta e puntuale compilazione del File H, nonché la coerenza dello stesso e delle ulteriori informazioni contenute negli allegati n. 1, 2, 3 e 4 alla nota del Sub Commissario ad acta n. 4591/C del 5/9/2013, con quanto riportato nel Conto Economico trimestrale ed annuale della ASL: gli stessi saranno ritenuti, pertanto, responsabili di ingiustificati scostamenti eventualmente intervenuti.
13. Di precisare che per le strutture sanitarie private che non sottoscrivano il contratto di cui al punto 3 del presente decreto, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente - fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria -, in quanto prive di contratto, dal 1° ottobre 2013 cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica la sospensione del rapporto di accreditamento, fino





*Regione Campania*

*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008).

14. Di stabilire che in caso di contenzioso, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza somme pari al fatturato, al netto dei controlli, riconosciuto al centro nell'esercizio precedente, fino alla definizione dell'eventuale contenzioso.
15. Di precisare che per quanto non modificato o integrato dal presente decreto, resta fermo e valido tutto quant'altro stabilito dal decreto del Commissario ad acta n. 86 del 24 luglio 2013, pubblicato sul BURC n. 41 del 29 luglio 2013.
16. Di stabilire che il presente decreto sarà immediatamente notificato alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste, a tutte le Associazioni di categoria ed a tutti ai centri privati che erogano prestazioni di riabilitazione ex art. 26 e/o art. 44 legge 833/78 e/o socio sanitarie, accreditati o provvisoriamente / temporaneamente accreditati.
17. Di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di competenza, alle AA.GG.CC. "Piano sanitario regionale", "Assistenza Sanitaria", "Assistenza Sociale", "Bilancio, Ragioneria e Tributi", "Gabinetto Presidente della Giunta Regionale", all'ARSAN ed al Settore "Stampa e Documentazione" per la immediata pubblicazione sul BURC, nonché per gli adempimenti di pubblicità e trasparenza previsti dagli art. 26 e 27 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.



Il Capo Dipartimento della Salute  
Prof. Ferdinando Romano

Il Coordinatore A.G.C. 19 e 20  
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente del Settore  
Fasce Deboli  
Dr.ssa Rosanna Romano

Il Dirigente del S.E.F.  
Dott. G. F. Ghidelli

*Si esprime parere favorevole*  
Il Sub Commissario ad acta  
Dott. Mario Morlacco

Il Commissario ad Acta  
Stefano Caldoro

Limiti di spesa 2013

Decreto n. 1  
(modifica l'all. n. 1 al DCA n. 86/2013)

Riabilitazione art. 26 L. 833/78									
Importi in migliaia di euro	Limiti di spesa 2012			Limiti di spesa 2013 (DCA 86/2013)			Limiti di spesa 2013 (presente decreto)		
	centri operanti nella ASL	addebiti da altre regioni	totale	centri operanti nella ASL	addebiti da altre regioni (1)	totale	centri operanti nella ASL	addebiti da altre regioni (1)	totale
ASL di Avellino	13.942	534	14.476	13.942	534	14.476	14.383	534	14.917
ASL di Benevento	13.802	148	13.950	13.802	148	13.950	14.903	148	15.051
ASL di Caserta	30.055	99	30.154	30.055	99	30.154	31.131	99	31.230
ASL Napoli 1 Centro	52.691	1.485	54.176	50.157	1.405	51.562	53.472	1.405	54.877
ASL Napoli 2 Nord	41.617	208	41.825	41.617	208	41.825	45.921	208	46.128
ASL Napoli 3 Sud	58.963	267	59.230	61.497	348	61.845	65.652	348	66.000
ASL di Salerno	58.441	693	59.134	58.441	693	59.134	61.317	693	62.009
<b>Totale</b>	<b>269.511</b>	<b>3.434</b>	<b>272.945</b>	<b>269.511</b>	<b>3.434</b>	<b>272.945</b>	<b>286.779</b>	<b>3.434</b>	<b>290.214</b>

Salute mentale e Socio Sanitario - RSA e Hospice									
Importi in migliaia di euro	Limiti di spesa 2012			Limiti di spesa 2013 (DCA 86/2013)			Limiti di spesa 2013 (presente decreto)		
	centri operanti nella ASL	addebiti da altre regioni	totale	centri operanti nella ASL	addebiti da altre regioni (2)	totale	centri operanti nella ASL	addebiti da altre regioni (2)	totale
ASL di Avellino	10.120	n.d.	10.120	9.393	727	10.120	9.444	727	10.171
ASL di Benevento	4.950	n.d.	4.950	4.703	248	4.950	4.750	248	4.997
ASL di Caserta	19.028	904	19.932	21.828	904	22.732	22.222	904	23.126
ASL Napoli 1 Centro	12.192	n.d.	12.192	10.955	577	11.532	10.968	577	11.545
ASL Napoli 2 Nord	22.605	n.d.	22.605	22.158	447	22.605	22.646	447	23.093
ASL Napoli 3 Sud	16.817	n.d.	16.817	16.604	888	17.491	17.318	888	18.206
ASL di Salerno	18.915	1.485	20.400	18.943	1.457	20.400	19.967	1.457	21.424
<b>Totale</b>	<b>104.627</b>	<b>2.389</b>	<b>107.016</b>	<b>104.583</b>	<b>5.247</b>	<b>109.830</b>	<b>107.315</b>	<b>5.247</b>	<b>112.561</b>

Medicina Fisica e riabilitativa ex art. 44 L. 833/78									
Importi in migliaia di euro	Anno 2012			Limiti di spesa 2013 (DCA 86/2013)			Limiti di spesa 2013 (presente decreto)		
	Limiti di spesa 2012 (3)	consuntivo 2012 (mgl di euro) (3)	consuntivo 2012 (n° prestazioni)	mgl di euro a tariffa piena	stima spesa netta (mgl di euro) (5)	per n° prestazioni 2013 (4)	mgl di euro a tariffa piena	stima spesa netta (mgl di euro) (5)	per n° prestazioni 2013 (4)
ASL di Avellino	2.048	1.715	89.890	1.830	1.658	89.951	1.830	1.658	89.951
ASL di Benevento	3.018	1.506	79.822	1.614	1.452	79.888	1.614	1.452	79.888
ASL di Caserta	7.946	4.824	256.322	5.191	4.749	256.357	5.191	4.749	256.357
ASL Napoli 1 Centro	14.584	7.326	366.551	7.146	6.618	337.977	7.146	6.618	337.977
ASL Napoli 2 Nord	11.702	8.713	416.130	9.150	8.545	416.198	9.150	8.545	416.198
ASL Napoli 3 Sud	11.924	8.074	417.889	9.110	8.394	446.528	9.110	8.394	446.528
ASL di Salerno	9.179	4.942	271.988	5.362	4.721	272.029	5.362	4.721	272.029
<b>Totale</b>	<b>60.400</b>	<b>37.101</b>	<b>1.898.592</b>	<b>39.403</b>	<b>36.137</b>	<b>1.898.928</b>	<b>39.403</b>	<b>36.137</b>	<b>1.898.928</b>

- (1) Si conferma la previsione di spesa 2012, tenendo conto dello spostamento di Portici da NA1 a NA3  
 (2) Stima 2013 in base al consuntivo 2012 e tenendo conto dello spostamento di Portici da NA1 a NA3  
 (3) Netto ticket e sconto ma lordo quota ricetta nazionale e regionale  
 (4) Tenuto conto dello spostamento di Portici da NA1 a NA3  
 (5) Stima in migliaia di euro netto ticket, quota ricetta nazionale e regionale e sconto finché applicato

Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE  
(Dott. Marco Tullio)

Marco Tullio

### TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L. R. 03.11.94 n. 32 con nota n. 8/456 in data 06 DIC. 2013

### TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. 4 in data 4

### TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. 4 in data 4

### PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione della G.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Decisione: \_\_\_\_\_

IL FUNZIONARIO

M

**INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA**

05 DIC. 2013

**A:**

1	DIRETTORE SANITARIO D'AZIENDA	U.O.C. MATERNO INFANT. DISTRET.	
1	DIRETTORE AMMINISTRATIVO D'AZIEN	U.O.C. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.	
	COLLEGIO SINDACALE	U.O.C. PATOLOGIA CLINICA	
	U.O.C. GABINETTO	U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE	
	U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE	U.O.C. Progr. PIAN. VAL. ATTIV. SAN	
	U.O.C. AFFARI GENERALI	U.O.C. PSICOL.INTEG.DONNA E BAMB.	DISTRETTO N. 52
	U.O.C. AFFARI LEGALI	U.O.C. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	DISTRETTO N. 53
	U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERV.	U.O.C. RISK MANAGEMENT	DISTRETTO N. 54
	U.O.C. ASSISTENZA DISTRETTUALE	U.O.S. ISPETTIVA AMM.VA	DISTRETTO N. 55
	U.O.C. ASSISTENZA OSPEDALIERA	U.O.S. ISPETTIVA SANITARIA	DISTRETTO N. 56
	U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA A	COORD.TO COMITATO ETICO	DISTRETTO N. 57
	U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA B	COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	DISTRETTO N. 58
	U.O.C. ASSISTENZA SANITARIA	COORD.TO PROGETTI FONDI	DISTRETTO N. 59
	U.O.C. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA	COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND	OO.RR. AREA NOLANA
	U.O.C. FASCE DEBOLI	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	OO.RR. AREA STABIESE
	U.O.C. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OO.RR. GOLFO VESUVIANO
	U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA
	U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 34	U.O.S. A.L.P.I.
	U.O.C. GEST.TECN.PATR.IMMOB.OSP.	DISTRETTO N. 48	
	U.O.C. GEST.TECN.PATR.IMMOB.TER.	DISTRETTO N. 49	
	U.O.C. GEST.TECN.SISTEMI INFORM.	DISTRETTO N. 50	
	U.O.C. MATERNO INFANT. OSPEDAL.	DISTRETTO N. 51	