Deliberazione N. ***614***

**Assessore**

**Presidente Roberto FICO**

| SPL | SSL | STL |
|---|---|---|
| 204 | 02 | 02 |

# *Regione Campania*

GIUNTA REGIONALE

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

## PROCESSO VERBALE

Oggetto:

***Definizione per gli esercizi 2026 - 2027 dei limiti prestazionali e di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione***

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1) | Presidente | Roberto | FICO | Presidente |
| 2) | Vicepresidente | Mario | CASILLO | |
| 3) | Assessore | Fulvio | BONAVITACOLA | |
| 4) | Assessore | Vincenzo | CUOMO | |
| 5) | Assessore | Onofrio Giustino Angelo | CUTAIA | |
| 6) | Assessore | Vincenzo | MARAIO | |
| 7) | Assessore | Andrea | MORNIROLI | |
| 8) | Assessore | Claudia | PECORARO | |
| 9) | Assessore | Angelica | SAGGESE | |
| 10) | Assessore | Maria Carmela | SERLUCA | |
| 11) | Assessore | Fiorella | ZABATTA | |
| | Segretario | Mauro | FERRARA | |

**Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione Generale e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Direttore a mezzo di sottoscrizione della presente**

**PREMESSO che**

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

**PREMESSO, altresì, che**

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

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

c. L'offerta assistenziale in Regione Campania nella macroarea della riabilitazione si declina nei regimi ambulatoriale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale;
d. le DGRC n. 164 del 6/4/2022 e n. 705 del 20/12/2022, alla luce dell'evoluzione normativa e delle più recenti linee di indirizzo nazionali sulla riabilitazione, al fine di dare attuazione al programma di implementazione e riqualificazione dell'assistenza riabilitativa extraospedaliera per le persone con disabilità, hanno modificato ed integrato la preesistente disciplina relativa alle attività residenziali erogate dai Presidi di riabilitazione extraospedaliera per disabili fisici, psichici e sensoriali ridefinendo le specifiche caratteristiche degli stessi, le attività erogabili ed i livelli organizzativi;
e. l'offerta di posti letto di riabilitazione residenziale extraospedaliera per disabili fisici, psichici e sensoriali in Campania, già denominato ex art 26, in via di riqualificazione e riconversione è rappresentata dai posti letto accreditati come "Residenze Sanitarie di Riabilitazione Estensiva di soggetti portatori di Disabilità fisica, Psichica e Sensoriale" i cui requisiti organizzativi sono riportati nell'allegato A del DCA n. 154/2014 e articolati come di seguito riportato:
    e.1. Residenziale Base (ex Internato);
    e.2. Residenziale Medio livello assistenziale (ex Internato medio livello riabilitativo);
    e.3. Residenziale Alto Livello assistenziale (ex Internato alto livello riabilitativo);
f. l'attività riabilitativa residenziale di cui alla DGRC 164/2022 si distingue in:
    f.1. "Presidi di riabilitazione per disabili fisici psichici e sensoriali "Unità di cura residenziale per riabilitazione estensiva (RD1 estensiva)";
    f.2. "Presidi di riabilitazione per disabili fisici psichici e sensoriali "Unità di cura residenziale per riabilitazione intensiva (RD1 intensiva)";
g. con la DGRC n. 531 del 30/11/2021 sono state aggiornati i profili tariffari delle prestazioni di riabilitazione residenziale ex art. 26 legge n. 833/78 di cui al DCA n. 153/2014;
h. con Deliberazione di Giunta Regionale n. 545 del 4.11.2024 e successive modificazione e integrazioni, è stata elaborata in via definitiva la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, da assegnare a ciascuna ASL per la macroarea riabilitazione per l'esercizio 2024 e, in via provvisoria, per l'esercizio 2025;
i. con la DGRC n. 526 del 05/08/2025 sono state aggiornati i profili tariffari delle prestazioni di riabilitazione ambulatoriale, semiresidenziale e domiciliare ex art. 26 legge n. 833/78 di cui al DCA n. 153/2014, nonché della prestazione residenziali RD1 intensiva ed estensiva, con un incremento differenziato, dal 1°aprile 2025 e dal 1° gennaio 2026;

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

a. la Legge Regionale n. 18 del 29/12/2022 recante "Disposizioni per il contrasto al dumping contrattuale nel Servizio Sanitario Regionale", all'art. 6 introduce disposizioni finalizzate a contrastare fenomeni di "dumping contrattuale" e garantire la stabilità dell'occupazione, introducendo un criterio premiale nell'assegnazione delle risorse economiche alle strutture sanitarie accreditate con il Servizio sanitario regionale nella macroarea della riabilitazione e socio-sanitaria che applicano il Contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) per le lavoratrici e i lavoratori del comparto della sanità privata, con i trattamenti giuridici ed economici più vantaggiosi a tutela dei lavoratori;
b. il Gruppo di Lavoro tecnico, costituito giusta nota del Direttore Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale prot. N. 0581785 del 30/11/2023, previa ricognizione dei contratti collettivi di lavoro vigenti ed applicabili in materia, ha individuato gli istituti contrattuali maggiormente rappresentativi al fine di procedere ad una comparazione della regolamentazione concernente il trattamento economico e giuridico di riferimento di ciascun contratto;
c. la griglia finale elaborata dal citato Gruppo di Lavoro Tecnico contiene, per ogni CCNL, l'attribuzione ai vari istituti contrattuali (con riferimento alle indicazioni dell'ANAC), della relativa pesatura e annesso criterio di valutazione, da cui risulta maggiormente favorevole per la tutela dei lavoratori l'applicazione del "CCNL AIOP" siglato l'8 ottobre 2020;
d. con nota PR 358254/2026 i competenti uffici regionali hanno effettuato una ricognizione delle strutture beneficiare della premialità di cui alla LR n. 18/2022, art. 6, chiedendo in particolare alle

AASSLL di comunicare:

d.1. le strutture insistenti nei territori di competenza che, nelle annualità 2024 e 2025, hanno prodotto in sede di stipula dei contratti l'atto notorio di autocertificazione attestante l'applicazione del CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 per il personale dipendente globalmente destinato all'assistenza diretta, indicandone altresì la macroarea (riabilitativa o sociosanitaria) e il setting d'accreditamento;

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

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

e. i riscontri delle Aziende Sanitarie alla ricognizione di cui al punto precedente, sono stati acquisiti agli atti dei competenti uffici della Direzione la Tutela della salute e coordinamento del SSR;

f. all'esito dell'istruttoria di competenza gli uffici regionali hanno elaborato in via definitiva la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, da assegnare a ciascuna ASL per la macroarea riabilitazione per l'esercizio 2026 e, in via provvisoria, per l'esercizio 2027, sviluppando i criteri dettagliatamente esposti nell' Allegato A – Relazione Tecnica, i valori riportati nelle tabelle di cui all'Allegato B e lo schema contrattuale di cui all'Allegato C;

g. gli uffici regionali propongono, altresì, di destinare alle AA.SS.LL, analogamente al ciclo di programmazione 2024/2025, una ulteriore quota di risorse pari al 1% del volume totale per far fronte a casi urgenti ed indifferibili certificati dalla medesima ASL da destinarsi all'assistenza in favore di soggetti minori con particolari bisogni assistenziali anche eventualmente su indicazione dell'autorità giudiziaria, da utilizzare per la remunerazione di prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali P.G. individuando le strutture ritenute più idonee alla presa in carico di detti assistiti, a seconda della valutazione espressa dal team multidisciplinare;

h. in data 29/10/2026, si è tenuto incontro tra gli uffici regionali e le Associazioni di Categoria della macroarea sociosanitaria e riabilitazione maggiormente rappresentative, alla presenza del Capo di Gabinetto, nel quale sono stati informati i referenti delle Associazioni dei criteri e metodologie della definizione dei limiti prestazionali e di spesa per la programmazione 2026 e in via provvisoria, 2027;

**RITENUTO DI DOVER**

a. stabilire per l'anno 2026, con validità anche per l'anno 2027, i volumi massimi di prestazioni e i correlati valori di spesa per la macroarea della riabilitazione per l'esercizio 2026 e, in via provvisoria, per l'esercizio 2027;

b. approvare l'allegato A "Relazione tecnica", che forma parte integrale e sostanziale del presente provvedimento, contenente i criteri i criteri per la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa da assegnare alle AA.SS.LL. per la macroarea riabilitazione per l'esercizio 2026, con validità anche per l'anno 2027 salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti;

c. approvare l'Allegato B, che forma parte integrale e sostanziale al presente provvedimento, in cui sono esplicitati i volumi massimi di prestazioni e i correlati limiti di spesa assegnati a ciascuna ASL per la macroarea riabilitazione per l'esercizio 2026 e per il successivo anno 2027, secondo i criteri delineati nell'allegato A;

d. approvare lo schema contrattuale Allegato C, parte integrale e sostanziale del presente provvedimento, che le ASL competenti per territorio dovranno predisporre per la stipula, inserendo le quantità di prestazioni da acquistare da ciascuna struttura accreditata per prestazioni di riabilitazione territoriale per l'anno 2026, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;

e. stabilire che le AA.SS.LL. per le strutture sanitarie private accreditate insistenti nei territori di competenza dovranno:

e.1. fissare i volumi prestazionali massimi con correlati valori di spesa riconoscibili nell'esercizio 2026 e 2027, per singolo Centro erogatore accreditato entro i limiti prestazionali esposti nell'allegato B al presente provvedimento, con la specificazione che per il 2026 i limiti prestazionali e di spesa devono essere commisurati al periodo di effettivo accreditamento delle strutture accreditate nel corso del 2026;

e.2. devono stipulare per l'effetto, entro 15 giorni dalla notifica del presente atto, i relativi contratti ex art. 8 quinquies secondo lo schema di cui all'allegato C, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;

e.3. devono adottare una delibera del Direttore Generale, nella quale daranno atto dei contratti stipulati ai sensi del presente provvedimento con i centri privati eroganti prestazioni afferenti alla macroarea della riabilitazione, in quantità e valore economico suddivisi per l'esercizio 2026 e 2027 e per singola tipologia di prestazione;

f. precisare che i tetti prestazionali e i correlati volumi di spesa determinati con il presente atto debbano applicarsi per l'anno 2026, e per il successivo anno 2027, salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi provvedimenti;

g. assegnare alle AA.SS.LL, analogamente al ciclo di programmazione 2024/2025, una ulteriore quota di risorse pari al 1% del volume totale per far fronte a casi urgenti ed indifferibili certificati dalla medesima ASL da destinarsi all'assistenza in favore di soggetti minori con particolari bisogni assistenziali anche eventualmente su indicazione dell'autorità giudiziaria, da utilizzare per la remunerazione di prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali P.G. individuando le strutture ritenute più idonee alla presa in carico di detti assistiti, a seconda della valutazione espressa dal team multidisciplinare;

h. autorizzare le AASSLL, per gli anni 2026 e 2027, all'accantonamento delle somme indicate nell'ultima colonna dell'Allegato B al presente provvedimento, analogamente al precedente ciclo di programmazione, pari al (5%) dei limiti di spesa assegnati, al fine di favorire la competizione tra le strutture private accreditate e l'incremento delle prestazioni erogate ai pazienti in età evolutiva (minori 0-16 anni), che verranno riconosciute, con delibera del Direttore Generale alle strutture private accreditate a consuntivo secondo i criteri delineati nell'allegato A al presente provvedimento;

i. fare obbligo, altresì, ai Direttori Generali di assicurare la corretta e puntuale compilazione del File H, e garantire la coerenza dello stesso con quanto riportato nel Conto Economico trimestrale ed annuale della ASL. Gli stessi saranno ritenuti, pertanto, responsabili di ingiustificati scostamenti eventualmente rilevati;

j. precisare che per le strutture sanitarie private accreditate che non sottoscrivono il contratto approvato dal presente atto, ovvero appongono riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente – fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria e la necessità di garantire la continuità delle prestazioni assistenziali – sono da considerarsi prive di contratto, per cui decorso inutilmente il termine di cui al punto e.2, cesserà la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applicherà la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);

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

l. stabilire che la premialità di cui all'art. 6 della legge regionale n. 18/2022 è riconosciuta, per gli esercizi 2026 e 2027, alle sole strutture che applicano il CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020, secondo i criteri e le modalità di cui al punto 3 dell'Allegato A, e che le relative risorse sono riportate nell'allegato B;

m. non riproporre la ripartizione in dodicesimi del volume prestazionale e di spesa assegnato ai singoli centri, misura che non incide significativamente sulla capacità dei centri erogatori di prendere in trattamento i pazienti diminuendo i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni, in considerazione del fatto che i trattamenti riabilitativi si sviluppano in cicli e non per singole prestazioni;

n. precisare che, analogamente ai precedenti cicli di programmazione, al fine di assicurare la continuità assistenziale per tutto l'anno solare di prestazioni di riabilitazione territoriale, il consumo del tetto annuale stabilito con il presente provvedimento è limitato massimo al 95% entro il 30 novembre per ciascun anno di riferimento, come anche indicato nello schema di contatto allegato al presente provvedimento (allegato C);

o. confermare il mandato ai Direttori Generali, al fine di garantire continuità e tempestività assistenziale per bisogni ritenuti indifferibili, di adottare misure organizzative interne e dare indirizzi ai centri erogatori per la presa in carico prioritaria dei soggetti con bisogni riabilitativi indifferibili, in particolare per l'età evolutiva, anche tenendo conto della minore età e della complessità del bisogno, rispettando il limite del 95% del tetto prestazionale e di correlata spesa al 30 novembre, garantendo l'attività anche per il mese di dicembre;
p. fare obbligo alle strutture accreditate di comunicare bimestralmente al distretto sanitario di appartenenza le proprie liste d'attesa;
q. fare obbligo alle ASL di consolidare i dati delle liste di attesa elaborando un quadro riepilogativo dei dati raccolti e trasmettendone gli esiti alla Direzione Generale per la salute ed il Coordinamento del SSR con cadenza quadrimestrale per le successive attività di monitoraggio e valutazione;
r. demandare alla Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR la definizione dei criteri per la gestione delle liste di attesa, anche mediante l'implementazione della funzionalità di monitoraggio attraverso i flussi informativi dedicati-SIAR;
s. stabilire per le strutture accreditate e contrattualizzate l'obbligo di adempiere ai debiti informativi secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale ( NSIS- FAR – SISM – STS - HOSPICE) dalla Regione o dall'Azienda, anche attraverso il puntuale, completo e corretto conferimento delle informazioni richieste attraverso i sistemi informatici individuati dalla Regione e dall'ASL, anche con riferimento alla alimentazione del File H e ai flussi sociosanitari ricompresi nell'ecosistema digitale SINFONIA secondo le indicazioni fornite dalla Regione e dalla ASL;
t. definire l'obbligo per le asl di monitorare sul corretto conferimento dei dati da parte delle strutture, attivando una funzione di monitoraggio, secondo quanto definito dagli allegati a e c al presente provvedimento;
u. disporre che le AA.SS.LL. adotteranno ogni utile misura affinché siano applicate, nel rispetto dell'appropriatezza clinico ed organizzativa, tutte le misure volte a rendere efficiente il sistema di prescrizione delle prestazioni PG;
v. prendere atto che i limiti di spesa fissati con il presente provvedimento trovano copertura nell'ambito delle risorse del Fondo Sanitario Regionale assegnate alle Aziende Sanitarie Locali per gli esercizi 2026 e 2027 e che dal presente provvedimento non derivano oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale;
w. di demandare alla Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR l'istituzione di un tavolo tecnico regionale con separato atto dirigenziale, composto da rappresentanti della Regione e dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative delle macroaree riabilitazione e sociosanitaria, quale sede di confronto di confronto tecnico e valutativo dell'andamento della produzione con il compito di formulare proposte e considerazioni in ordine all'organizzazione dei servizi e al loro assetto più efficiente, anche ai fini del contenimento della mobilità passiva e dello sviluppo di quella attiva, al fine di migliorare l'erogazione delle prestazioni/paziente;

**VISTE**

- il d. lgs. 502/1992;
- il DCA 154/2014 e smi;
- Il DCA 83/2019;
- La DGRC 164/2022 e smi;
- La LR 18/2022;
- La DGRC 531/2021;
- La DGRC 545/2024 e smi;
- La DGRC 526/2025

**Propone** e la Giunta, in conformità, a voto unanime

**DELIBERA**

Per i motivi espressi in narrativi e che qui si intendono integralmente riportati e confermati

1. di stabilire per l'anno 2026, con validità anche per l'anno 2027, i volumi massimi di prestazioni e i correlati valori di spesa per la macroarea della riabilitazione per l'esercizio 2026 e, in via provvisoria, per l'esercizio 2027;
2. di approvare l'allegato A "Relazione tecnica", che forma parte integrale e sostanziale del presente provvedimento, contenente i criteri i criteri per la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa da assegnare alle AA.SS.LL. per la macroarea riabilitazione per l'esercizio 2026, con validità anche per l'anno 2027 salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti;
3. di approvare l'Allegato B, che forma parte integrale e sostanziale al presente provvedimento, in cui sono esplicitati i volumi massimi di prestazioni e i correlati limiti di spesa assegnati a ciascuna ASL per la macroarea riabilitazione per l'esercizio 2026 e per il successivo anno 2027, secondo i criteri delineati nell'allegato A;
4. di approvare lo schema contrattuale Allegato C, parte integrale e sostanziale del presente provvedimento, che le ASL competenti per territorio dovranno predisporre per la stipula, inserendo le quantità di prestazioni da acquistare da ciascuna struttura accreditata per prestazioni di riabilitazione territoriale per l'anno 2026, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
5. di stabilire che le AA.SS.LL. per le strutture sanitarie private accreditate insistenti nei territori di competenza dovranno:
   5.1. fissare i volumi prestazionali massimi con correlati valori di spesa riconoscibili nell'esercizio 2026 e 2027, per singolo Centro erogatore accreditato entro i limiti prestazionali esposti nell'allegato B al presente provvedimento, con la specificazione che per il 2026 i limiti prestazionali e di spesa devono essere commisurati al periodo di effettivo accreditamento delle strutture accreditate nel corso del 2026;
   5.2. devono stipulare per l'effetto, entro 15 giorni dalla notifica del presente atto, i relativi contratti ex art. 8 quinquies secondo lo schema di cui all'allegato C, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
   5.3. devono adottare una delibera del Direttore Generale, nella quale daranno atto dei contratti stipulati ai sensi del presente provvedimento con i centri privati eroganti prestazioni afferenti alla macroarea della riabilitazione, in quantità e valore economico suddivisi per l'esercizio 2026 e 2027 e per singola tipologia di prestazione;
6. di precisare che i tetti prestazionali e i correlati volumi di spesa determinati con il presente atto debbano applicarsi per l'anno 2026, e per il successivo anno 2027, salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi provvedimenti;
7. di assegnare alle AA.SS.LL, analogamente al ciclo di programmazione 2024/2025, una ulteriore quota di risorse pari al 1% del volume totale per far fronte a casi urgenti ed indifferibili certificati dalla medesima ASL da destinarsi all'assistenza in favore di soggetti minori con particolari bisogni assistenziali anche eventualmente su indicazione dell'autorità giudiziaria, da utilizzare per la remunerazione di prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali P.G. individuando le strutture ritenute più idonee alla presa in carico di detti assistiti, a seconda della valutazione espressa dal team multidisciplinare;
8. autorizzare, per gli anni 2026 e 2027, le AASSLL all'accantonamento delle somme indicate nell'ultima colonna dell'Allegato B al presente provvedimento, analogamente al precedente ciclo di programmazione, pari al (5%) dei limiti di spesa assegnati, al fine di favorire la competizione tra le strutture private accreditate e l'incremento delle prestazioni erogate ai pazienti in età evolutiva (minori 0-16 anni), che verranno riconosciute, con delibera del Direttore Generale alle strutture private accreditate a consuntivo secondo i criteri delineati nell'allegato A al presente provvedimento;
9. di fare obbligo, altresì, ai Direttori Generali di assicurare la corretta e puntuale compilazione del File H, e garantire la coerenza dello stesso con quanto riportato nel Conto Economico trimestrale ed annuale della ASL. Gli stessi saranno ritenuti, pertanto, responsabili di ingiustificati scostamenti eventualmente rilevati;
10. di precisare che per le strutture sanitarie private accreditate che non sottoscrivono il contratto approvato dal presente atto, ovvero appongono riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente – fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità

giudiziaria e la necessità di garantire la continuità delle prestazioni assistenziali – sono da considerarsi prive di contratto, per cui decorso inutilmente il termine di cui al punto 5.2, cesserà la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applicherà la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);

11. di precisare che i limiti di spesa assegnati ai sensi del presente atto hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo prestazionale e di spesa prefissato dal presente atto;
12. di stabilire che la premialità di cui all'art. 6 della legge regionale n. 18/2022 è riconosciuta, per gli esercizi 2026 e 2027, alle sole strutture che applicano il CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020, secondo i criteri e le modalità di cui al punto 3 dell'Allegato A, e che le relative risorse sono riportate nell' allegato B;
13. di non riproporre la ripartizione in dodicesimi del volume prestazionale e di spesa assegnato ai singoli centri, misura che non incide significativamente sulla capacità dei centri erogatori di prendere in trattamento i pazienti diminuendo i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni, in considerazione del fatto che i trattamenti riabilitativi si sviluppano in cicli e non per singole prestazioni;
14. di precisare che, analogamente ai precedenti cicli di programmazione, al fine di assicurare la continuità assistenziale per tutto l'anno solare di prestazioni di riabilitazione territoriale, il consumo del tetto annuale stabilito con il presente provvedimento è limitato massimo al 95% entro il 30 novembre per ciascun anno di riferimento, come anche indicato nello schema di contatto allegato al presente provvedimento (allegato C);
15. di confermare il mandato ai Direttori Generali, al fine di garantire continuità e tempestività assistenziale per bisogni ritenuti indifferibili, di adottare misure organizzative interne e dare indirizzi ai centri erogatori per la presa in carico prioritaria dei soggetti con bisogni riabilitativi indifferibili, in particolare per l'età evolutiva, anche tenendo conto della minore età e della complessità del bisogno, rispettando il limite del 95% del tetto prestazionale e di correlata spesa al 30 novembre, garantendo l'attività anche per il mese di dicembre;
16. di fare obbligo alle strutture accreditate di comunicare bimestralmente al distretto sanitario di appartenenza le proprie liste d'attesa;
17. di fare obbligo alle ASL di consolidare i dati delle liste di attesa elaborando un quadro riepilogativo dei dati raccolti e trasmettendone gli esiti alla Direzione Generale per la salute ed il Coordinamento del SSR con cadenza quadrimestrale per le successive attività di monitoraggio e valutazione;
18. di demandare alla Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR la definizione dei criteri per la gestione delle liste di attesa, anche mediante l'implementazione della funzionalità di monitoraggio attraverso i flussi informativi dedicati-SIAR;
19. di stabilire per le strutture accreditate e contrattualizzate l'obbligo di adempiere ai debiti informativi secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale ( NSIS- FAR – SISM – STS - HOSPICE) dalla Regione o dall'Azienda, anche attraverso il puntuale, completo e corretto conferimento delle informazioni richieste attraverso i sistemi informatici individuati dalla Regione e dall'ASL, anche con riferimento alla alimentazione del File H e ai flussi sociosanitari ricompresi nell'ecosistema digitale SINFONIA secondo le indicazioni fornite dalla Regione e dalla ASL;
20. di definire l'obbligo per le ASL di monitorare sul corretto conferimento dei dati da parte delle strutture, attivando una funzione di monitoraggio, secondo quanto definito dagli allegati a e c al presente provvedimento;
21. di disporre che le AA.SS.LL. adotteranno ogni utile misura affinché siano applicate, nel rispetto dell'appropriatezza clinico ed organizzativa, tutte le misure volte a rendere efficiente il sistema di prescrizione delle prestazioni PG;
22. di prendere atto che i limiti di spesa fissati con il presente provvedimento trovano copertura nell'ambito delle risorse del Fondo Sanitario Regionale assegnate alle Aziende Sanitarie Locali per gli esercizi 2026 e 2027 e che dal presente provvedimento non derivano oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale;

23. di demandare alla Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR l'istituzione di un tavolo tecnico regionale con separato atto dirigenziale, composto da rappresentanti della Regione e dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative delle macroaree riabilitazione e sociosanitaria, quale sede di confronto di confronto tecnico e valutativo dell'andamento della produzione con il compito di formulare proposte e considerazioni in ordine all'organizzazione dei servizi e al loro assetto più efficiente, anche ai fini del contenimento della mobilità passiva e dello sviluppo di quella attiva, al fine di migliorare l'erogazione delle prestazioni/paziente;
24. di trasmettere il presente provvedimento al Gabinetto del Presidente, alla Direzione Generale Tutela della Salute e coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, anche per la notifica a So.re.sa, alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste a tutti i centri privati accreditati che erogano prestazioni sanitarie oggetto del presente provvedimento, nonché al BURC per gli obblighi di pubblicazione.

## 1. PREMESSA

L'assistenza riabilitativa territoriale offre i seguenti setting assistenziali: ambulatoriale, ambulatoriale piccolo gruppo, domiciliare, residenziale e semiresidenziale.
il documento del Ministero della Salute relativo al "Monitoraggio dell'assistenza territoriale in Regione Campania" del dicembre 2013 elaborato dal SIVeAS (Sistema di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria) su fonte dati NSIS evidenzia per l'assistenza ai disabili nel 2011, che la Regione Campania, offre una assistenza in regime domiciliare superiore rispetto al valore medio delle Regioni in Piano di Rientro.
Successivamente, il lavoro svolto dalla Regione Campania in collaborazione con l'AGENAS all'interno della linea progettuale LT1-B del POAT (Programma Operativo di Assistenza Tecnica) 2007/2013 "Individuazione di criteri integrativi e sostitutivi al criterio della spesa storica per la definizione dei fabbisogni di prestazioni sanitarie e sociosanitarie per riabilitazione, lungo assistenza e mantenimento", ha evidenziato forti squilibri territoriali nella distribuzione dei tetti di spesa per la macro area Riabilitazione rispetto alla distribuzione territoriale della popolazione residente, tenuto conto del consumo medio di prestazioni sanitarie.
Inoltre, il flusso informativo regionale file H, che registra il fatturato e il numero di prestazioni di riabilitazione territoriale ambulatoriali, domiciliari, residenziali e semiresidenziali rese dai centri erogatori pubblici e privati accreditati insistenti sul territorio della Regione Campania, fornisce elementi significativi che evidenziano e confermano i seguenti elementi di criticità che limitano l'accesso ai trattamenti riabilitativi da parte di nuovi pazienti che:

a) una notevole quantità di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 ambulatoriali erogate in favore di pazienti in età evolutiva;
b) numero elevato di pazienti che permangono in riabilitazione domiciliare per più anni;
c) scarso ricorso allo strumento di prestazioni ambulatoriali piccolo gruppo, che rappresenta soltanto 1% rispetto al totale delle prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali piccolo gruppo, nonostante sia considerato setting appropriato, specie in età preadolescenziale e adolescenziale, in diverse condizioni patologiche;

Il Decreto del Commissario ad Acta n. 41 del 29/5/2018 ad oggetto: "Definizione per gli esercizi 2018 e 2019 dei limiti prestazionali e 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 Legge 833/78" nel definire i limiti prestazionali e di spesa per l'anno 2018/2019, stabilì criteri ulteriori rispetto a quello della spesa storica per la determinazione dei tetti di spesa, al fine di renderli maggiormente aderenti ai fabbisogni di prestazioni sanitarie delle popolazioni residenti in ciascuna AASSLL, anche riducendo la mobilità dei pazienti verso territori non di residenza.
A tal fine nel DCA n. 41/2018 fu stabilito che le singole ASL dovranno fissare i volumi prestazionali massimi ed i limiti di spesa con le seguenti principali specificazioni:

a) per il regime ambulatoriale e domiciliare di riabilitazione ex art. 26, ciascuna ASL, entro la Capacità Operativa Massima, fissa tetti di volumi prestazionali per setting assistenziali tenendo conto: sia dei volumi prestazionali medi riconosciuti nell'ultimo quadriennio di ciascuna struttura, che di ulteriori elementi specifici, ritenuti significativi e da considerare con ragionevolezza ed equità, quali: localizzazione delle strutture, carenza territoriale, accessibilità, bacino e tipologia di utenza, vocazione e tecnologie disponibili della struttura, nell'ambito della propria autonomia, previa apposita e motivata delibera del Direttore Generale.

b) Per il regime domiciliare garantirà il rispetto del limite massimo del 30% del numero complessivo di prestazioni ambulatoriali e domiciliari, per le prestazioni domiciliari, fatte salve eventuali diverse attribuzioni che saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura; garantirà inoltre il rispetto del limite minimo delle prestazioni ambulatoriali piccolo gruppo, che potranno essere aumentate con corrispondente riduzione di quelle ambulatoriali e/o domiciliari;
c) Per il regime ambulatoriale ogni ASL garantisce complessivamente la destinazione vincolata di almeno il 40% sul totale delle prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali piccolo gruppo a soggetti in età evolutiva, individuando i centri erogatori ai quali riservare quota di tali prestazioni sulla base del volume medio di prestazioni per tale fascia d'età nell'ultimo quadriennio di ciascun centro; eventuali diverse attribuzioni saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura;
d) per i setting semiresidenziale e residenziale ex art. 26, ciascuna ASL fissa i volumi prestazionali e i conseguenti limiti di spesa sulla base dei posti letto accreditati, stimando un tasso di occupazione rispettivamente dell'85 e 95% delle giornate di degenza, e volumi di spesa, calcolati eventualmente in base a tassi di occupazione più elevati e all'effettivo mix assistenziale tra prestazioni ex art. 26 e oltre i 240 giorni, anche tenendo conto dei dati di produzione dell'ultimo quadriennio, purché entro il limite dei volumi prestazionali fissati. I limiti di spesa attribuiti dovranno essere espressi al netto della eventuale quota di compartecipazione a carico dei Comuni/Ambiti o degli utenti ai sensi del DPCM 29/11/2001 sui L.E.A.

Per gli istituti di analoga applicazione, si richiamano i chiarimenti già forniti nell'ambito dell'incontro con le Associazioni di Categoria tenutosi il 16.10.2025 e trasmessi con nota PR 565255/2025 con riferimento al precedente ciclo programmatorio.

## 2. CRITERI DI ATTRIBUZIONE DEI LIMITI PRESTAZIONALI E DI SPESA DELLA MACROAREA RIABILITATIVA – AGGIORNAMENTO CRITERI DI ATTRIBUZIONE

Le AA.SS.LL. nell'attribuzione dei limiti prestazionali e di spesa per l'anno 2026/2027, ad integrazione e modifica di quanto stabilito con il DCA 41/2018, dovranno osservare i seguenti criteri:

a) Regime ambulatoriale anno 2026/2027:

1. È confermato per l'anno 2026 e per l'anno 2027 il limite prestazionale di cui alla DGRC n. 696 del 8/10/2025;

2. È stato evidenziato, sia dalle AA.SS.LL. che dai rappresentanti delle Associazioni di genitori, che l'offerta di assistenza riabilitativa in regime ambulatoriale non è sufficiente per rispondere alle esigenze terapeutica di minori dai 0 ai 16 anni affetti da varie patologie. Per far fronte alle problematiche evidenziate, con il presente provvedimento, si dispone che le AA.SS.LL., nel fissare i tetti per ciascuna struttura erogatrice per le prestazioni ambulatoriale ex art. 26, dovranno garantire la destinazione vincolata di almeno il 50% sul totale delle prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali piccolo gruppo a soggetti in età evolutiva (minori 0-16 anni); eventuali diverse attribuzioni saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura; si noti, inoltre, che nello schema di contratto allegato, all'art. 4, comma 4, è espressamente previsto che: "è consentito che un superamento dei limiti di spesa relativo alle prestazioni ambulatoriali P.G. possa essere compensato da un risparmio sul limite di spesa stabilito per le prestazioni ambulatoriali e/o

domiciliari; mentre non è consentita la condizione opposta", in modo da favorire il ricorso a questo setting assistenziale, poco utilizzato ma da ritenersi spesso più appropriato per le terapie dei minori;

3. le strutture dovranno riservare alle AA.SS.LL. una quota del 2% del tetto ambulatoriale assegnato per far fronte a casi urgenti ed indifferibili certificati dalla medesima A.S.L., esclusivamente per i propri residenti;

4. analogamente al ciclo di programmazione 2024/2025, alle AA.SS.LL. sarà destinata una ulteriore quota pari al 1% per far fronte a casi urgenti ed indifferibili certificati dalla medesima ASL da destinarsi all'assistenza in favore di soggetti minori con particolari bisogni assistenziali anche eventualmente su indicazione dell'autorità giudiziaria, da utilizzare per la remunerazione di prestazioni ambulatoriali e ambulatoriali P.G. individuando le strutture ritenute più idonee alla presa in carico di detti assistiti, a seconda della valutazione espressa dal team multidisciplinare;

5. sempre con la finalità di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni e il grado di soddisfacimento dei bisogni di ciascun cittadino da parte della ASL di residenza, ciascuna Azienda provvederà a riservare non meno dell'80% del volume prestazionale ambulatoriale e ambulatoriale piccolo gruppo programmato come da Allegato 1, a cittadini residenti nel territorio della ASL medesima e comunque da essa assistibili. Il Direttore Generale dell'ASL deve garantire il rispetto di tale disposizione, provvedendo a specificare nel contratto di struttura la quota da erogarsi rispettivamente ai pazienti residenti e non residenti, adottando idonee misure organizzative;

6. in caso di risparmio dei propri volumi prestazionali di riabilitazione nel regime ambulatoriale e/o domiciliare, le strutture potranno utilizzare tale economia per erogare prestazioni di riabilitazione ambulatoriali piccolo gruppo, residenziali e semiresidenziali, nel rispetto della Capacità Operativa Massiva di ogni struttura.

b) <u>Regime domiciliare anno 2026/2027</u>

1. in linea con le disposizioni di cui alle Linee Guida per la riabilitazione emanate con la delibera della Giunta Regionale n. 482 del 25 marzo 2004 (BURC n. 22/2004) - che al punto 5.2 prevede che: "… *la terapia domiciliare è prescritta in maniera tecnicamente motivata, limitatamente a pazienti intrasportabili o quando, anche temporaneamente, la situazione logistica aggraverebbe ulteriormente la condizione patologica del paziente*"- al fine di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni, di stabilire che per l'intera Regione e per ogni ASL, le prestazioni domiciliari remunerate possono essere erogate esclusivamente a cittadini residenti o comunque assistibili dalla ASL che sottoscrive il contratto, e a cittadini residenti nelle ASL confinanti territorialmente previo nulla osta della ASL che sottoscrive il contratto con la struttura erogatrice;

2. Per l'anno 2026 e l'anno 2027 resta confermato il limite prestazionale e di spesa delle prestazioni domiciliari di cui alla DGRC 696 del 8/10/2025, corrispondente al 25% del totale delle prestazioni ambulatoriali-ambulatoriali piccolo gruppo-domiciliari;

Resta inteso che ciascuna ASL, sia per il setting ambulatoriale che domiciliare di riabilitazione ex art. 26, dovrà determinare i limiti prestazionali e di spesa entro la Capacità Operativa Massima di ogni struttura e nei limiti di cui all'allegato B del presente provvedimento, tenendo conto: dei volumi prestazionali medi contrattualizzati nell'ultimo quadriennio di ciascuna

struttura, di ulteriori elementi specifici, ritenuti significativi e da considerare con ragionevolezza ed equità, quali localizzazione delle strutture, carenza territoriale, accessibilità, bacino e tipologia di utenza, vocazione e tecnologie disponibili della struttura, nell'ambito della propria autonomia, previa apposita e motivata delibera del Direttore Generale.

c) Regime semiresidenziale e residenziale anno 2026/2027

1. per le prestazioni semiresidenziali e residenziali erogate dai Presidi di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 le AA.SS.LL. determineranno i limiti prestazionali e di spesa per ciascuna struttura sulla base dei posti letto accreditati, confermando la stima di un tasso di occupazione rispettivamente **dell'85%** e del **95%** dei posti letto, e un volume complessivo di prestazioni superiori ai 240 giorni per paziente tra il 50% e il 60% del totale a cui si applicano, ai sensi del DCA n. 6/2010, le tariffe sociosanitarie di cui alla DGRC 526 del 5/08/2025, al netto della quota di compartecipazione a carico dei Comuni/Ambiti o degli utenti ai sensi del DPCM 29/11/2001 sui L.E.A., confermata dal DPCM 17 gennaio 2017.

2. in caso di risparmio dei propri volumi prestazionali di riabilitazione nei regimi semiresidenziale e residenziale dovuto ad un sotto utilizzo del tasso di occupazione così come stimato al punto precedente, le strutture potranno utilizzare tale economia, nei limiti del 15% del tetto assegnato, per erogare prestazioni di riabilitazione ambulatoriale/amb. P.G. nel rispetto della Capacità Massima Operativa di ogni struttura;

3. per le prestazioni residenziali erogate nelle Unità di cura residenziale di riabilitazione estensiva (RD1 estensiva) con la stima di un tasso di occupazione del 95% delle giornate di degenza a cui si applica la tariffa determinata dalla DGRC 526/2025. In ogni caso la durata massima dei trattamenti in riabilitazione estensiva non deve essere superiore 180 giorni. Il permanere in tale setting oltre i 180 giorni costituisce inappropriatezza clinica per cui si procederà alle dimissioni o alla collocazione del paziente in altro setting assistenziale più appropriato;

4. per le prestazioni residenziali erogate nelle Unità di cura residenziale di riabilitazione estensiva (RD1 intensiva) con la stima di un tasso di occupazione del 95% delle giornate di degenza a cui si applica la tariffa determinata dalla DGRC 526.2025 per i primi 45+45 giorni di degenza (90 giorni complessivi). In caso di permanenza in in RD1 intensiva oltre il valore soglia di 90 giorni e per un massimo di 120 giorni, dal 91° al 120° giorno dovrà essere riconosciuta la tariffa determinata per la riabilitazione RD1 estensiva.

## 3. NUOVE DISPOSIZIONI NORMATIVE - LEGGE REGIONALE N. 18/2022 ART. 6

La legge regionale n. 18 del 29/12/2022 recante "Disposizioni per il contrasto al dumping contrattuale nel Servizio Sanitario Regionale", all'art. 6 introduce disposizioni finalizzate a contrastare fenomeni di "dumping contrattuale" e garantire la stabilità dell'occupazione, introducendo un criterio premiale nell'assegnazione delle risorse economiche alle strutture sanitarie accreditate con il Servizio sanitario regionale nella macroarea della riabilitazione e socio-sanitaria che applicano il Contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) per le lavoratrici e i lavoratori del comparto della sanità privata con i trattamenti giuridici ed economici più vantaggiosi a tutela dei lavoratori. Il Gruppo di Lavoro Tecnico regionale ha elaborato una griglia contenente, per ogni CCNL, l'attribuzione ai vari istituti contrattuali (con riferimento alle indicazioni dell'ANAC), della relativa pesatura e annesso criterio di valutazione, da cui risulta maggiormente favorevole per la tutela dei lavoratori l'applicazione del "**CCNL AIOP" siglato l'8 ottobre 2020**.

Pertanto, al fine di dare piena attuazione alle disposizioni di cui alla L.R. 18/2022 art. 6 si illustrano i criteri di assegnazione della citata premialità per l'assegnazione dei limiti prestazionali e di spesa per gli anni 2026/2027:

**La premialità è concessa annualmente alle sole strutture che applicano il CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 per il personale dipendente globalmente destinato all'assistenza diretta valorizzata secondo le seguenti disposizioni:**

a) Maggiorazione del +2% del tasso di occupazione dei posti letto accreditati per prestazioni residenziali e semiresidenziali rispetto al 95% e 85% previsto rispettivamente per il residenziale e semiresidenziale di cui al paragrafo "Criteri Di Attribuzione Dei Limiti Prestazionali e Di Spesa Della Macroarea Riabilitativa – Aggiornamento Criteri Di Attribuzione" della presente relazione;
b) Maggiorazione del + 1% rispetto al budget contrattualizzato nell'anno 2025 **per il setting ambulatoriale,** per le strutture che erogano prestazioni ambulatoriali/domiciliari;
c) le strutture hanno la facoltà di utilizzare le risorse assegnate per la premialità per erogare prestazioni all'interno della macroarea della riabilitazione (residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, ambulatoriale piccolo gruppo, domiciliare);
d) le risorse assegnate per la premialità di cui al presente paragrafo sono riportate nell'Allegato B nella colonna "Premialità L.R. 18/2022 art. 6";
e) In sede di stipula dei contratti le strutture che hanno diritto alla premialità, secondo le disposizioni di cui al presene documento, dovranno produrre un atto notorio di autocertificazione, che sarà allegato al contratto stipulato, attestante l'applicazione del CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 per il personale dipendente globalmente destinato all'assistenza diretta;
f) Le strutture si impegnano, altresì, ad applicare il CCNL AIOP per la percentuale di personale come sopra identificata sia per l'anno 2026 che per l'anno 2027 pena la decadenza del beneficio;
g) Restano a disposizione delle AA.SS.LL., come fondo di riserva dedicato all'acquisto di prestazioni ambulatoriale per casi urgenti ed indifferibili esclusivamente da strutture che applicano, nei confronti del personale dipendente il CCNL AIOP, le risorse assegnate per la premialità che dovessero risultare **eccedenti** rispetto alle strutture che oggi applicano il contratto AIOP Sanità siglato l'8 ottobre 2020;
h) nel caso in cui le risorse assegnate per la premialità, così come riportate nell'allegato B, dovessero risultare **insufficienti** rispetto alla platea premiabile, le AA.SS.LL dovranno comunicare tempestivamente e comunque non oltre 30 giorni dalla pubblicazione del provvedimento di definizione dei volumi massimi prestazionali e di spesa della macroarea della riabilitazione, alla Direzione Generale Tutela della Salute la Ragione Sociale di tutte le strutture riabilitative che al 31/12/2025 applicano il CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 e non già comunicate agli uffici regionali (indicando sedi operative e setting specifico per il quale hanno diritto alla premialità) al fine di predisporre il successivo provvedimento di modifica ed integrazione;
i) L'atto notorio di autocertificazione del CCNL adottato di cui al punto e) dovrà essere prodotto all'inizio di ogni annualità e allegato al contratto annualmente stipulato;
j) L'ASL verificherà ogni anno - a consuntivo – la veridicità dell'autocertificazione prodotta dalla struttura attraverso i cedolini INPS di almeno il 5% del personale con un minimo di 5 unità.

## 4. PRESTAZIONI AMBULATORIALI E AMB. P.G.: PARZIALE REMUNERAZIONE DELL'EXTRA TETTO

Al fine di favorire la competizione tra le strutture private accreditate e l'incremento delle prestazioni erogate ai pazienti in età evolutiva (minori 0-16 anni), in parziale analogia alle disposizioni vigenti per la specialistica ambulatoriale, si autorizzano le ASL a non ripartire nei contratti da stipulare con i centri privati accreditati una parte (5%) dei limiti di spesa assegnati

per l'assistenza riabilitativa ambulatoriale e ambulatoriale piccolo gruppo, accantonando le somme indicate nell'ultima colonna dell'Allegato B, pari complessivamente ad euro 9.267.000 per gli esercizi 2026 e 2027, che ciascuna ASL con delibera del Direttore Generale riconoscerà alle strutture private accreditate a consuntivo, rispettivamente, degli esercizi 2026 e 2027, con i seguenti criteri:

a) le strutture private accreditate, destinatarie di un budget per l'assistenza riabilitativa ambulatoriale e ambulatoriale piccolo gruppo, qualora lo ritengano vantaggioso, potranno produrre un extra tetto di tali prestazioni che – entro il 10% del tetto di spesa netta delle stesse – potrà essere remunerato a consuntivo nella misura di almeno il 50% (cinquanta%);
b) per ciascuna struttura privata accreditata, le prestazioni di riabilitazione ambulatoriale e ambulatoriale piccolo gruppo saranno ammesse alla parziale remunerazione dell'extra tetto solo nella misura in cui sia rispettato anche per l'extra tetto la stessa quota destinata a soggetti in età evolutiva nel tetto delle prestazioni in regime ambulatoriale, assegnato alla struttura ai sensi del precedente punto 2, lettera a.2), nonché la percentuale di riserva di cui al precedente punto 2, lettera a.3); e, pertanto, l'eccedenza su dette quote non potrà essere remunerata nemmeno parzialmente;
c) la suddetta percentuale del 50% potrà risultare superiore, qualora la somma complessiva – a livello di ASL - degli extra tetto ammissibili di cui al punto precedente lo consenta, fino a concorrenza degli accantonamenti autorizzati per ciascuna ASL nella colonna finale dell'Allegato B alla presente delibera; all'incremento di tale percentuale, altresì, potranno anche concorrere gli eventuali sottoutilizzi dei tetti di spesa individuali di altre strutture della medesima ASL, assegnati per i regimi ambulatoriale e/o domiciliare; nonché di quelli assegnati per i regimi residenziale e semiresidenziale, ma nei limiti stabiliti al precedente punto 2, lettera c.2).

Allegato B

Strutture di riabilitazione - Limiti prestazionali e di spesa ANNO 2026 e 2027

| | Volumi massimi annui di prestazioni acquistabili dai centri operanti in ciascuna ASL per i seguenti regimi assistenziali | | | | Premialità ex art. 6 L.R. n. 18 del 29.12.2022 | | Prestazioni per casi indifferibili e urgenti minori | TOTALE PRESTAZIONI RIABILITAZIONE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ASL | Ambulatoriale | Ambulatoriale Piccolo Gruppo | Domiciliare | Residenziale (compreso RD1 int/est) e semiresidenziale | **Ambulatoriale** | **Residenziale (compreso RD1 int/est) e semiresidenziale** | **Ambulatoriale e Ambulatoriale PG** | |
| AV | 206.526 | 8.261 | 71.711 | 53.760 | 984 | 737 | 2148 | 344.126 |
| BN | 224.555 | 8.982 | 77.970 | 28.220 | 2.042 | 562 | 2335 | 344.667 |
| CE | 560.618 | 22.425 | 194.659 | 74.343 | 2.354 | 1354 | 5830 | 861.583 |
| NA1 | 715.192 | 28.608 | 248.331 | 188.445 | 5.226 | 2904 | 7438 | 1.196.144 |
| NA2 | 724.546 | 28.982 | 251.579 | 102.134 | 5.411 | 2697 | 7535 | 1.122.885 |
| NA3 | 838.051 | 33.522 | 290.990 | 129.090 | 4.379 | 597 | 8716 | 1.305.345 |
| SA | 663.884 | 26.555 | 230.515 | 268.953 | 1.218 | 3460 | 6904 | 1.201.489 |
| | 3.933.372 | 157.335 | 1.365.755 | 844.945 | 21.614 | 12.311 | 40.907 | 6.376.239 |

| | Corrispondenti volumi annui di spesa espressi in migliaia di euro | | | | Premialità ex art. 6 L.R. n. 18 del 29.12.2022 | | Valorizzazione delle prestazioni per casi indifferibili e urgenti minori | TOTALE valorizzazioni prestazioni | di cui importo da accantonare per prestazioni rese e parzialmente remunerate ex all. A punto 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ASL | Ambulatoriale | Ambulatoriale Piccolo Gruppo | Domiciliare | Residenziale (compreso RD1 int/est) e semiresidenziale | **Ambulatoriale** | **Residenziale (compreso RD1 int/est) e semiresidenziale** | **Ambulatoriale e Ambulatoriale PG** | | |
| AV | 9.603 | 128 | 3.722 | 6.163 | 46 | 88 | 97 | 19.848 | 487 |
| BN | 10.442 | 139 | 4.047 | 3.552 | 95 | 74 | 106 | 18.454 | 529 |
| CE | 26.069 | 348 | 10.103 | 7.151 | 111 | 281 | 264 | 44.326 | 1321 |
| NA1 | 33.256 | 443 | 12.888 | 14.397 | 243 | 209 | 337 | 61.774 | 1685 |
| NA2 | 33.691 | 449 | 13.057 | 12.014 | 253 | 260 | 341 | 60.066 | 1707 |
| NA3 | 38.969 | 520 | 15.102 | 14.500 | 205 | 68 | 395 | 69.759 | 1974 |
| SA | 30.871 | 412 | 11.964 | 31.130 | 57 | 414 | 313 | 75.160 | 1564 |
| | 182.902 | 2.439 | 70.883 | 88.907 | 1.010 | 1.394 | 1.853 | 349.388 | 9.267 |

**Schema di contratto ai sensi dell'art. 8- quinquies, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e smi**
**ALLEGATO C**

Contratto tra la struttura:

_____Partita IVA: _____ Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA)_____; con sede legale in _____ (Prov: __ ; CAP_____: _)Via_____n°___per la sede operativa sita in alla Via_____n.____, autorizzata all'esercizio ai sensi della DGRC n. 3958/2001 e smi con provvedimento n.___del _____ del Comune di _____, accreditata con il SSR con decreto n. __del _____per erogare prestazioni di riabilitazione estensiva territoriale cd ex art. 26 Legge 833/78 in regime_____(*residenziali, e/o semiresidenziali e/o ambulatoriali e domiciliari*) e/o prestazioni di riabilitazione in regime residenziale RD1 estensivo/intensivo di cui alla DGRC 164/2022, legalmente rappresentato/a dal/la sottoscritto/a_____, C.F. _____ come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL che redige il presente atto;

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

- di intervenire al presente atto in qualità di rappresentate legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione ed i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- che non si trova in stato di fallimento e/o di liquidazione coatta, salvi i casi in cui sia in corso un procedimento giudiziario per il risanamento e la prosecuzione dell'attività d'impresa;
- che non è pendente nei suoi confronti o della compagine sociale procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui al Libro I, Titolo I, Capo II del D.Lgs. 159/2011; e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati all'art. 94, comma 3, del D.Lgs. 36/2023 ;
- che non è stata applicata una sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c), del D. Lgs. n. 231/2001 e s.m.i. o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione e di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;
- di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;
- di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. n. del /__/___;
- che non sussistono le cause ostative previste dal D.lgs. 159/2011 e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati all'art. 94, comma 3, del D.Lgs. 36/2023 e ss.mm.ii. (N.B. la ASL per il tramite degli uffici competenti dovrà procedere nei termini di legge alle verifiche mediante procedura B.D.N.A. di cui all'art.67 del D.lgs 159/2011 ( Comunicazione antimafia) e di cui agli artt. 91 e ss del D.lgs. del 159/2011 (Informazione antimafia);

**Schema di contratto ai sensi dell'art. 8- quinquies, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e smi**
**ALLEGATO C**

**L'Azienda Sanitaria Locale** _____con sede in _____Partita IVA: _____rappresentata dal Direttore Generale_____, nato a _____il _/_/__, in forza dei poteri come da DPGRC di nomina n. ___del __/__/____;

PER

regolare i volumi di prestazioni ed economici, e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione, da **erogarsi nel periodo 1° gennaio 202_- 31 dicembre 202_,** con contratto redatto in conformità alla delibera di Giunta Regionale **n.__del** _____

**PREMESSO**

che con delibera di Giunta Regionale **n.**_____la Regione Campania ha fissato il fabbisogno di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78, nonché il fabbisogno di prestazioni di riabilitazione in regime residenziale RD1 intensivo/estensivo di cui alla DGRC 164/2022, per l'**anno 202**_, che rappresenta pertanto la quantità di prestazioni che il SSR può erogare, ferma restando la compatibilità con la disponibilità di risorse finanziarie e con gli equilibri finanziari, e ha adottato anche i relativi schemi contrattuali, cui si uniforma il presente contratto;

**Si conviene quanto segue:**

**Art. 1**

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

**Art. 2**
**(oggetto e durata)**

Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione residenziale RD1 intensiva/estensiva di cui alla DGRC 164/2022, nonché delle prestazioni ex art. 26 della L. 833/78, comprensivi delle prestazioni che superino i 240 giorni di trattamento da remunerarsi con le tariffe sociosanitarie ai sensi del DCA n. 6/2010 e DGRC 526/2025, che la ASL _____ acquista dalla sottoscritta struttura erogatrice, da **erogarsi nel periodo 1° gennaio 202_- 31 dicembre 202_,** 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 **202_.**

**Art. 3**
**(Quantità delle prestazioni)**

1. Il volume di prestazioni riabilitative che la ASL, entro il limite massimo attribuito alla stessa, prevede di dover acquistare annualmente nel periodo **1° gennaio 202_ - 31 dicembre 202_**, dalla sottoscritta struttura privata accreditata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre di ciascun anno solare è determinato in: (*specificare l'importo 2026 e quello 2027, se diversi*)
   Per l'anno 202_:
   a) N° _____prestazioni ambulatoriali (di cui almeno il __% dovrà essere dedicato a

soggetti in età evolutiva);

b) N° _____ prestazioni ambulatoriali piccolo gruppo (di cui almeno il _% dovrà essere dedicato a soggetti in età evolutiva);
c) N° _____prestazioni Domiciliari; le prestazioni domiciliari remunerate possono essere erogate esclusivamente a cittadini residenti o comunque assistibili dalla ASL che sottoscrive il contratto, e a cittadini residenti nelle ASL confinanti territorialmente;
d) N°_____prestazioni semiresidenziali cd. ex art. 26;
e) N°_____prestazioni in Unità di Cure residenziale RD1 intensiva;
f) N°_____prestazioni in Unità di Cure residenziale RD1 estensiva;

2. il mix di prestazioni potrà essere diverso purché siano rispettati i limiti di spesa fissati nel successivo art. 4 e purché l'erogazione delle prestazioni avvenga in corso d'anno nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre di ciascun anno solare. In ogni caso non sarà riconosciuto liquidabile il numero di prestazioni di riabilitazione domiciliare eventualmente eccedente il 25% del totale delle prestazioni di cui alle lettere a), b) e c) del precedente comma 1, fatte salve eventuali diverse attribuzioni che saranno specificamente e adeguatamente motivate nella Delibera Aziendale di attribuzione dei tetti di struttura.

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

1. Le prestazioni di cui al precedente art. 3 sono valorizzate e vengono remunerate applicando le seguenti tariffe: per le prestazioni ambulatoriali, ambulatoriali piccolo gruppo, domiciliari e semiresidenziali ex art. 26 L. 833/78 sono applicate le tariffe per la macroarea riabilitazione approvate con DGRC n. 526 del 5/08/2025; per le per le prestazioni residenziali ex art. 26 L. 833/78 sono applicate le tariffe di cui alla DGRC 531 del 30.11.2021; per le prestazioni residenziali e semiresidenziali ex art. 26 L. 833/78 che superano i 240 giorni di degenza per il medesimo paziente, sono applicate le tariffe sociosanitarie approvate con la citata DGRC n. 526/2025, per le prestazioni in Unità di Cure residenziale RD1 estensive ed intensive sono applicate le tariffe di cui alla DGRC 526 del 5/08/2025;
2. Il limite di spesa e, quindi, il fatturato a carico della ASL, per il periodo 1° gennaio 202_- 31 dicembre 202_, corrispondente al volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, ed è fissato come segue: (specificare l'importo 2026 e quello 2027, se diversi):
   Per l'anno 202_:
   a) Per le prestazioni ambulatoriali: euro _____;
   b) Per le prestazioni ambulatoriali piccolo gruppo: euro _____;
   c) Per le prestazioni domiciliari di riabilitazione: euro _____;
   d) per le prestazioni semi residenziali: euro _____ (al netto della quota di compartecipazione dell'utente/Comune, dovuta in caso di superamento dei 240 giorni di degenza e secondo quanto previsto dalla DGR n. 482/2004, stimata in euro .....di cui è unico debitore l'utente o il Comune di residenza);
   e) per le prestazioni residenziali: euro _____ (al netto della quota di compartecipazione dell'utente/Comune, dovuta in caso di superamento dei 240 giorni di degenza e secondo quanto previsto dalla DGR n. 482/2004, stimata in euro ..... di cui è unico debitore l'utente o il Comune di residenza);
   f) per le prestazioni in Unità di cure residenziali RD1 estensive: euro _____;
   g) per le prestazioni in Unità di cure residenziali RD1 intensive: euro _____;

3. Nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti nel comma precedente, fermo restando il rispetto della C.O.M. della struttura, è consentito che le strutture, in caso di risparmio dei propri volumi prestazionali di riabilitazione nei regimi semiresidenziale e residenziale dovuto ad un sotto utilizzo

del tasso di occupazione, possano utilizzare tale economia, nei limiti del 15% del tetto assegnato per erogare prestazioni di riabilitazione ambulatoriale/ambulatoriale piccolo gruppo nel rispetto della Capacità Massima Operativa di ogni struttura; l'utilizzo di tali economie potrà essere consentito solo in caso di completo esaurimento del tetto assegnato alla struttura per i setting ambulatoriale e ambulatoriale piccolo gruppo;

4. Nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti nel comma 2, in caso di risparmio dei propri volumi prestazionali di riabilitazione nel regime ambulatoriale e/o domiciliare, le strutture potranno utilizzare tale economia per erogare prestazioni di riabilitazione ambulatoriali piccolo gruppo, residenziali e semiresidenziali, nel rispetto della Capacità Operativa Massiva di ogni struttura, mentre non è consentita la condizione opposta.

5. le strutture dovranno riservare una quota del 2% del tetto ambulatoriale assegnato per far fronte a casi urgenti ed indifferibili certificati dalla A.S.L. dove insiste la struttura, esclusivamente in favore dei residenti dell'ASL medesima;
6. Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate, il consumo massimo del tetto annuale è fissato al 95% al 30 novembre di ciascun anno solare: pertanto, nulla spetterà alla sottoscritta struttura, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto consumo massimo;
7. La sottoscritta struttura potrà recuperare nel mese successivo l'eventuale volume di prestazioni non richiesto dagli aventi diritto, rispetto alla percentuale massima fissata al comma precedente: si precisa, comunque, che nulla spetterà né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per il caso in cui detto volume non sia stato recuperato entro il termine di durata del presente contratto;

## Art. 5
## (Criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle vigenti tariffe regionali fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati dalla Regione. Per le prestazioni cui si applica la tariffa per Unità di cura residenziali (RD3) o Centro Diurno sociosanitari, ai sensi della normativa vigente, la sottoscritta struttura privata ha l'obbligo di fatturare alla ASL esclusivamente la quota delle tariffe dovuta per la componente sanitaria, e all'utente/Comune la quota delle tariffe per la componente sociale, secondo le percentuali riportate al punto n. 1 del dispositivo del decreto commissariale n. 77 dell'11 novembre 2011. Per le strutture interessate dalle riconversioni parziali o totali in strutture sociosanitarie al momento della riconversione la residua quota di dodicesimi del tetto di spesa annuo sarà riservata alle prestazioni riconvertite;
2. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, salvo espresso e diverso provvedimento regionale, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile un superamento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale, 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 dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate;
3. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime non potranno in nessun caso essere remunerate, nemmeno a titolo di indebito arricchimento.

**Art. 6**
**(Modalità di accesso ed erogazione delle prestazioni)**

1. L'erogazione delle prestazioni è subordinata alla completa redazione del progetto riabilitativo individuale (PRI) e autorizzazione da parte dei competenti servizi aziendali;
2. Il progetto riabilitativo individuale è predisposto e monitorato dall'UVBR (Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo) di cui alla DGRC n. 482/2004 o, nei casi previsti da specifici atti regionali, quali la DGRC 164/2022, da altro organismo di valutazione multidimensionale aventi le funzioni di valutazione del bisogno riabilitativo e redazione e monitoraggio di progetto riabilitativo quali, nel caso di assistiti in età evolutiva, i Nuclei territoriali per la neuropsichiatria infantile. I competenti servizi aziendali della ASL sottoscritta autorizzano la erogazione delle prestazioni previste dal PRI, anche per cittadini provenienti da altre ASL, anche in considerazione dell'andamento dell'attività e del consumo di prestazioni nel corso dell'anno, ai fini del rispetto dei tetti prestazionali e di spesa.
3. Nel caso di permanenza del paziente nella sottoscritta struttura erogatrice oltre i 240 giorni come riportato al precedente art. 4 comma 1 per le prestazioni erogate nelle cd strutture ex art. 26, è necessaria valutazione multidimensionale e integrata;
4. Per procedere all'erogazione delle prestazioni la struttura erogatrice è tenuta a verificare preliminarmente la completezza e regolarità del progetto riabilitativo e dell'autorizzazione, segnalando tempestivamente alla ASL eventuali irregolarità o anomalie. La mancata segnalazione alla ASL comporta la non remunerazione della prestazione. Analogamente per la conferma della permanenza in struttura e in caso di permanenza oltre i 240 gg, devono essere espletate le procedure di rivalutazione del bisogno. Non sono ammesse proroghe automatiche in assenza di valutazione.

**Art. 7**
**(Obblighi della struttura erogatrice)**

1. La struttura erogatrice sottoscritta, accreditata con il SSR, concorre al raggiungimento e rispetto di obiettivi di sanità pubblica, favorendo le condizioni di maggiore appropriatezza erogativa;
2. Pertanto essa si impegna a svolgere le attività e a erogare le prestazioni nel rispetto delle indicazioni e degli obiettivi indicati nel PRI, relazionando o riferendo al competente servizio aziendale che ha in carico il paziente circa l'andamento del progetto riabilitativo, anche proponendo aggiornamenti o revisioni del PRI o, in caso di inefficacia del trattamento, le dimissioni del paziente. Essa riferisce anche circa il grado di adesione del paziente al PRI, in particolare comunicando alla ASL che ha in carico il paziente i casi in cui la percentuale di partecipazione al progetto riabilitativo non superi il 90% delle prestazioni previste nel periodo di trattamento previsto dal PRI e che comprometta la possibilità di raggiungere gli obiettivi del PRI, comunicando la dimissione del paziente. L'UVBR o altro organismo di valutazione multidimensionale specificamente individuato dalla ASL può esprimere parere contrario alla dimissione entro e non oltre 7 giorni dalla comunicazione della dimissione;
3. La struttura, con riferimento alle prestazioni di cui al precedente art. 3 lettere a) e b) mantiene registri cronologici con numeri d'ordine progressivi distinti per i soggetti in età evolutiva e per gli altri pazienti.
4. La struttura comunica bimestralmente al distretto sanitario di appartenenza le proprie liste d'attesa. La Direzione Generale dell'ASL assicura il consolidamento dei dati provenienti dai Distretti Sanitari, elaborando un quadro riepilogativo dei dati raccolti e trasmettendone gli esiti alla Direzione Generale per la salute ed il Coordinamento del SSR con cadenza quadrimestrale per le successive attività di monitoraggio e valutazione.
5. La struttura erogatrice si obbliga a collaborare con i programmi regionali e aziendali di verifica dell'appropriatezza, congruità e legittimità delle prestazioni, predisponendo e mantenendo condizioni organizzative necessarie e utili al corretto e regolare svolgimento dell'attività di controllo
6. La sottoscritta struttura è impegnata ad entrare nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (Sistema INFOrmativo saNità CampanIA di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.) e adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi secondo i tempi e le modalità stabiliti

dalla normativa nazionale ( NSIS: FAR – SISM – STS-RIA-SIAR) dalla Regione o dall'Azienda, anche attraverso il puntuale, completo e corretto conferimento delle informazioni richieste attraverso i sistemi informatici individuati dalla Regione e dall'ASL, anche con riferimento alla alimentazione del File H e alla piattaforma SIR secondo le indicazioni fornite dalla Regione e dalla ASL;

7. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'erogatore, con particolare riferimento agli obblighi di alimentazione dei dati sui sistemi informatici individuati, qualora non tempestivamente rimosso, costituisce giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento. In tal caso la sottoscritta ASL proporrà alla Regione con una delibera motivata la sospensione dell'accreditamento sino al permanere dell'inadempimento, fatta salva la possibilità che si giunga alla revoca dell'accreditamento da parte degli organi competenti per grave inadempimento. La valutazione in ordine all'adempiuto obbligo sarà effettuata dall'ASL e dalla SO.RE.SA. S.p.a. tenuto conto dei dati conferiti con il FILE H, e il flusso SIAR, il modello RIA 11, con un valore di accettazione di variabilità pari al 10% (utenti-giornate di degenza-prestazioni file H/utenti-ammissioni-giornate di degenza flussi NSIS);

## Art. 8
## (Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto esclusivamente da n membri di cui n designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n membri nominati dalla ASL. Il Tavolo viene convocato ogni due mesi.
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari (legali rappresentanti) di strutture erogatrici accreditate ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
    a) monitoraggio congiunto dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti prestazionali di cui all'art. 3 e di spesa definiti dall'art 4;
    b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici;
    c) In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che motivatamente procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria, dandone comunicazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute;
    d) Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura privata si impegna a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento delle fatture relative agli acconti di cui al successivo articolo 9;

## Art. 9
## (Modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la sottoscritta struttura privata fatturerà alla Asl un acconto pari al 95% della produzione mensile, oltre Iva se dovuta.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti mensili acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono;
3. Il saldo mensile, pari al 5%, oltre Iva se dovuta, sarà fatturato nel modo seguente:
    - entro il 31 maggio per le fatture del primo trimestre (gennaio-febbraio-marzo);
    - entro il 31 agosto per le fatture relative al secondo trimestre (aprile-maggio-giugno);
    - entro il 30 novembre per le fatture relative al terzo trimestre (luglio-agosto-settembre);

- entro il 28 febbraio per le fatture relative al quarto trimestre (ottobre-novembre-dicembre);

4. Il diritto al pagamento dei saldi di cui al comma precedente maturerà entro sessanta giorni dalla data della fattura. L'ASL, entro trenta giorni prima dei termini di cui al comma 3, al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, comunica alla struttura quanto liquidabile a saldo; ed eventualmente richiede alla sottoscritta struttura privata eventuali note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4;
5. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della sottoscritta struttura privata, fermo restando che tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il pagamento delle fatture emesse a saldo in corso d'anno non potrà essere effettuato alle scadenze periodiche stabilite nel comma precedente, per la parte corrispondente al superamento della C.O.M. in maturazione;
6. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
7. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, come segue:
    a) Per i primi due mesi di ritardo: due punti percentuali;
    b) Per i successivi due mesi di ritardo: quattro punti percentuali;
    c) Per ulteriori due mesi di ritardo: sei punti percentuali;
    d) A decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: otto punti percentuali.

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

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

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

1. Il presente contratto esplica efficacia con riferimento al periodo 1° gennaio 2026- 31 dicembre

2026, nonché al periodo 1° gennaio 2027- 31 dicembre 2027.

2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo id vigenza dello stesso.

**Art.11**
**(Norme finali)**

1. 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;
2. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere la delibera di Giunta Regionale n.___del _/__/_____, sopra citata.

**Art. 12**
**(Precisazione in ordine al valore giuridico dell'Ordine elettronico)**

1. L'ordine di acquisto elettronico, previsto dalle disposizioni vigenti in materia di emissione e trasmissione dei documenti, attestanti l'ordinazione degli acquisti di beni e servizi effettuata in forma elettronica dagli enti del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 414, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, e dei successivi decreti del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 07.12.2018 e del 27.12.2019 (cd. Nodo Smistamento Ordini in formato elettronico – NSO), non costituisce riconoscimento giuridico della quantità e qualità delle prestazioni effettuate e/o da effettuare, ma è un mero strumento di regolarità e trasparenza amministrativa;
2. Pertanto, le prestazioni sanitarie eseguite dalla sottoscritta struttura privata ed il corrispondente valore economico saranno comunque soggette all'applicazione di tutti gli abbattimenti previsti dal presente contratto e/o da altre disposizioni normative nazionali e/o regionali in materia di variazione del volume e del valore medio delle prestazioni e loro limiti, inclusi tutti i controlli della regolarità e dell'appropriatezza prescrittiva di spesa fissati dal presente contratto.

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

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la sottoscritta struttura privata accetta completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto per il periodo di efficacia dello stesso;
2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati al comma 1 (provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente contratto;
3. Con la sottoscrizione del presente contratto la struttura accetta anche i criteri e la metodologia di determinazione dei limiti di spesa, che restano fermi per le determinazioni successive relative alle medesime annualità.

…….. , ____/____/_____

**Timbro e firma della ASL**
**Il Direttore Generale**

**Timbro e firma del Legale Rappresentante**
**della struttura privata**

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 9, comma 6: ("*A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito*"); art. 11, comma 1: (*"Per ogni controversia riguardo all'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL"*); e l'intero art. 13 (*Clausola di salvaguardia*) del presente contratto.

**…….. , ____/____/_____**

**Timbro e firma della ASL**
**Il Direttore Generale**

**Timbro e firma del Legale Rappresentante della struttura privata**