



Delibera della Giunta Regionale n. 342 del 11/07/2024

Dipartimento 50 - GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Direzione Generale 4 - DG per la tutela della salute e il coordin. del sist. sanitario regionale

U.O.D. 12 - Assistenza e interventi socio-sanitari

Oggetto dell'Atto:

DEFINIZIONE PER GLI ESERCIZI 2024-2025 DEI LIMITI PRESTAZIONALI E DI SPESA E DEI RELATIVI CONTRATTI CON GLI EROGATORI PRIVATI PER REGOLARE I VOLUMI E LE TIPOLOGIE DELLE PRESTAZIONI AFFERENTI LA MACROAREA SOCIOSANITARIA: RSA E CD, SALUTE MENTALE, HOSPICE, SUAP, COMUNITA' RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER SOGGETTI AFFETTI DA DIPENDENZE PATOLOGICHE.

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 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) con la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 28 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;
- 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 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. 2, comma 88, della legge n. 191/09;
- e) in data 10 luglio 2017 il Consiglio dei Ministri ha deliberato la nomina del Presidente della Giunta Regionale 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 sopra citata deliberazione del Consiglio dei Ministri il 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;

PREMESSO, altresì, che

- a) l'art. 8 quinquies del D. Lgs. 502/1992 e s.m. e 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) il DCA n. 103/2016 "Definizione per gli esercizi 2016/2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati: integrazioni e modifiche urgenti dei decreti commissariali n. 85 e n. 89 dell'8/8/2016" ha modificato il testo della clausola di salvaguardia, previsto negli schemi di contratto ex art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e smi dai DCA 85 e 89 del 2016;
- c) il DCA n. 53/2018 "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 afferenti la macroarea Sociosanitaria: RSA e CD, Salute Mentale, Hospice e SUAP" ha specificamente quantificato limiti prestazionali e di spesa per la macroarea salute mentale, includendo in essa anche le prestazioni erogate in Comunità/Case Alloggio per pazienti psichiatrici;
- d) la DGRC n. 93 del 9 marzo 2021 ha definito per gli esercizi 2020-2021, all'allegato 1, i limiti prestazionali e di spesa ed i relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea sociosanitaria, tra cui le Residenze Sanitarie Assistenziali e Centri Diurni per disabili e anziani non autosufficienti (ora Unità di Cura per disabili non autosufficienti RD3 e Unità di Cura per adulti non autosufficienti R3);

- e) la DGRC n. 531 del 30/11/2021 ha aggiornato le tariffe delle prestazioni sociosanitarie di cui al DCA 110/2014;
- f) con la DGRC n. 533 del 30/11/2021 si è proceduto all'adeguamento dei limiti di spesa per l'anno 2021 per le prestazioni sociosanitarie in Centri Diurni ed RSA per disabili ed anziani non autosufficienti di cui alla DGRC 93/2021 in applicazione dell'aggiornamento tariffario deliberato con la DGRC 531 del 30/11/2021;
- g) con la DGRC n. 350 del 7/7/2022 e successive modifiche ed integrazioni (DGRC n. 34 del 31/01/2023 e n. 352 del 19/6/2023) sono stati definiti per gli esercizi 2022 e 2023 i limiti prestazionali e di spesa ed i relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni afferenti la macroarea Sociosanitaria: RSA e CD, Salute Mentale, Hospice, SUAP, Comunità residenziali e semiresidenziali per soggetti affetti da dipendenze patologiche;
- h) con la DGRC n. 282 del 14.06.2016, era stato dato mandato alla Direzione Generale per la Tutela della Salute di definire un procedimento di pagamento delle prestazioni sanitarie di rilevanza sociale erogate dalle strutture che forniscono prestazioni socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali per disabili e adulti/anziani non autosufficienti, atto a consentire che la quota di compartecipazione sociale di tali prestazioni, erogata a seguito di ammissione ai servizi regolarmente determinata dalle UVI – Unità di Valutazione Integrata, venga trasferita dalla Regione alle AA.SS.LL e da queste corrisposta alle strutture, in nome e per conto dei Comuni / Ambiti territoriali per i Piani di Zona Sociali, che restano tuttavia gli unici debitori;
- i) per l'effetto del meccanismo definito si è registrato nel tempo una difficoltà nell'erogazione delle risorse necessarie a soddisfare la richiesta sempre crescente per tali prestazioni socio sanitarie;
- j) pertanto, anche in ragione dei processi di digitalizzazione in corso, risulta necessario rivedere il procedimento di pagamento di cui alla precedente lettera h) mediante il coinvolgimento, oltre che della Direzione Generale per la Tutela della Salute, anche, della Direzione Generale per le Politiche Socio-sanitarie nonché della Direzione generale per le Risorse Finanziarie al fine di individuare misure di riordino e di adeguamento sia per quanto attiene al profilo organizzativo che per quanto concerne la fonte di finanziamento nonché le modalità di liquidazione;

VISTI

- a) la DGRC n. 666/2011 che ha fissato la tariffa per le prestazioni rese nelle Comunità/Case alloggio;
- b) il DCA 128/2012 che ha determinato la tariffa per le prestazioni erogate in favore dei malati terminali in strutture denominate Hospice;
- c) il DCA n. 94/2014 “Riconversione case di cura neuropsichiatriche. Verbale di accordo del 2.7.2014. Determinazioni;
- d) il Regolamento Regionale n. 4 del 7 aprile 2014 “Regolamento di attuazione della legge regionale 23 ottobre 2007, n.11 (Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328);
- e) la DGR n. 107/2014 – Approvazione Catalogo dei servizi sociali;
- f) il DCA n. 110/2014 che ha fissato le tariffe per le prestazioni sociosanitarie erogate dalle RSA/CD anziani non autosufficienti e disabili;
- g) il DCA n. 45/2015 ha approvato le tariffe relative alle prestazioni sanitarie a carattere residenziale e semiresidenziale per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza (SIRMIV/ SISEM);
- h) il DCA n. 193/2016 “Riconversione delle Case di Cura Neuropsichiatriche e definizione delle nuove Tariffe per le Strutture Residenziali Psichiatriche;
- i) il DCA n. 79/2017 che ha modificato ed integrato il DCA n. 70/2012 di determinazione della tariffa per le prestazioni rese in strutture denominate R1 – SUAP (Speciali Unità di Accoglienza Permanente);
- j) il DCA n. 11/2018 che, a modifica ed integrazione del DCA n. 193/2016, ha aggiorna le tariffe per le strutture residenziali e semiresidenziali psichiatriche a far data dal 1/1/2018, e stabilisce che le cliniche neuropsichiatriche completino il percorso di riconversione entro il 31/12/2018, e anche nelle more del completamento della riconversione rendicontino le attività alimentando il file H, e non emettano SDO;
- k) il DCA n. 97 del 16/1/2018 “Assistenza sociosanitaria territoriale: Requisiti, criteri e procedure di accesso per le RSA: Unità di cure residenziali per persone adulte non autosufficienti R3, per le persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D) e per persone adulte non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate (RD3). Attuazione programma Operativo 2016-2018 Intervento 19.1 DCA 14/2017”;
- l) il DCA n. 74 del 9/10/2019 “Assistenza sociosanitaria territoriale: Integrazioni e modifiche al DCA 97/2018: “Requisiti, criteri e procedure di accesso per le R.S.A.: Unità di cure residenziali per

persone adulte non autosufficienti (R3), per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D), e per persone adulte non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate (RD3)” e approvazione “Requisiti, criteri, procedure di accesso e tariffe per le R.S.A.: Unità di cura residenziale R2 - Requisiti dei Centri Diurni - Attuazione Programma Operativo 2016-2018 Intervento 19.1 DCA 14/2017;

- m) il DCA n. 54 del 4/7/2019 di Approvazione dell’Accordo di riconversione posti letto in eccesso strutture residenziali per cittadini con dipendenza da sostanze;
- n) il DCA n. 83 del 31/10/2019 “Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019 – 2021”;
- o) la DGRC n. 531 del 30/11/2021 ha aggiornato le tariffe delle prestazioni sociosanitarie di cui al DCA 110/2014;

VISTI altresì

- a) la legge regionale n. 18 del 29/12/2022 recante “Disposizioni per il contrasto al dumping contrattuale nel Servizio Sanitario Regionale”, che, 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) gli esiti dei lavori del 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 che, 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 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;

CONSIDERATO che

il DCA 53/2018 ha confermato il divieto di rilascio di ulteriori autorizzazioni a strutture Comunità/Case Alloggio per la salute mentale a far data dal 1/8/2017, come già stabilito con nota n. 0508520 del 24/07/2017 della Direzione Generale Tutela della Salute;

PRESO ATTO, dall’istruttoria dei competenti uffici della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il coordinamento del Sistema Sanitario, che

- a) il complesso processo di riconversione in atto delle Case di Cura ad indirizzo neuropsichiatrico in altre tipologie assistenziali prevede, tra l’altro, la riconversione di posti letto dalla specialità ospedaliera neuropsichiatrica in posti letto territoriali come SIR e Centro Diurno psichiatrico per un totale di 507 posti letto e in SUAP e Hospice per 25 posti letto;
- b) si è tenuto conto del numero di posti letto accreditati Hospice, R1 - SUAP, SIR/Centro Diurno Psichiatrico/SIRMIV e SISEM, residenziali e semiresidenziali delle dipendenze patologiche nonché accreditati e accreditabili ai sensi della L.R 4/2011 art. 1 c. 237 quinquies e seguenti per le prestazioni erogate in RSA per anziani non autosufficienti (ora Unità di Cura per adulti non autosufficienti R3); in RSA modulo demenze (fino al completamento del processo di adeguamento di cui ai DCA 97/2018 e 74/2019); in Unità di cure residenziali per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D); in RSA Unità di cure residenziali estensive R2; in Centri Diurni per adulti non autosufficienti e Centri Diurni per demenze; in RSA per disabili non autosufficienti (ora Unità di Cura per disabili non autosufficienti RD3) e in Centri Diurni per disabili non autosufficienti;
- c) si è tenuto conto anche delle risultanze dalla ricognizione condotta dagli uffici regionale relativamente alle strutture regolarmente autorizzate come Comunità/Case Alloggio per la salute mentale e sulla base del Piano territoriale DCA 83/2019;

PRESO ATTO, altresì, che

- a) nelle riunioni congiunte di verifica del Piano di Rientro, tenutesi il 27/11/2013 ed il 10/4/2014, il Tavolo di Verifica degli Adempimenti Regionali ed il Comitato Permanente per i Livelli Essenziali di Assistenza hanno prescritto l’inserimento nei contratti con gli erogatori privati di una “clausola di salvaguardia” ai fini della “tutela della programmazione regionale”;

- b) il DCA n. 103/2016 “Definizione per gli esercizi 2016/2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati: integrazioni e modifiche urgenti dei decreti commissariali n. 85 e n. 89 dell’8/8/2016” ha modificato il testo del secondo comma della clausola di salvaguardia, previsto negli schemi di contratto ex art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e smi dai citati DCA 85 e 89 del 2016;
- c) i competenti Uffici della Direzione Generale Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR, all’esito dell’istruttoria di competenza, hanno elaborato in via definitiva la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, da assegnare a ciascuna ASL per la macroarea sociosanitaria per l’esercizio 2024 e, in via provvisoria, per l’esercizio 2025, sviluppando i criteri dettagliatamente esposti nell’ Allegato A – Relazione Tecnica, i conteggi riportati nelle tabelle di cui all’Allegato B e C oltre allo schema contrattuale di cui all’Allegato D;
- d) inoltre, i competenti Uffici propongono di:
- d.1) stabilire che per le Comunità/Case alloggio i valori di cui all’allegato 1 debbano costituire limiti alle prestazioni e alla spesa per collocamento dei pazienti presso le strutture risultanti autorizzate e attive dalla ricognizione condotta dagli uffici regionale;
- d.2) confermare per le Comunità/Case alloggio quanto previsto dal DCA 53/2018 in merito al divieto di rilascio di nuove autorizzazioni;
- d.3) fare obbligo ai Comuni Capofila degli Ambiti territoriali di trasmettere alle Direzioni Generali Tutela della Salute e Politiche Sociali gli atti di autorizzazione rilasciati ai sensi del precedente punto;
- d.4) fare obbligo, altresì, ai Direttori Generali di assicurare la corretta e puntuale compilazione del File H, nonché di assicurare la coerenza dello stesso con quanto riportato nel Conto Economico trimestrale ed annuale della ASL. gli stessi Direttori saranno ritenuti responsabili di ingiustificati scostamenti eventualmente rilevati;
- d.5) rimandare a specifico atto la programmazione e la disciplina di ulteriori accreditamenti di strutture sociosanitarie risultanti autorizzate all’esercizio o in corso di autorizzazione, coerentemente con la programmazione economico-finanziaria dei programmi operativi;
- d.6) precisare che per le strutture sanitarie e sociosanitarie private accreditate che non sottoscrivono il contratto approvato dal presente provvedimento, ovvero appongono riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente – fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l’autorità giudiziaria – sono da considerarsi prive di contratto, per cui dal 31 luglio 2024 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);
- d.7) precisare che i limiti di spesa assegnati ai sensi del presente provvedimento 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 prestazionale e di spesa prefissato dal presente provvedimento;
- d.8) notificare immediatamente il presente provvedimento alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste a tutti ai centri privati accreditati che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie oggetto del presente provvedimento, nonché ai Comuni capofila degli Ambiti territoriali;
- e) anche in ragione dei processi di digitalizzazione in corso, risulta necessario rivedere il procedimento di pagamento di cui alla precedente lettera h) del Premesso, altresì al fine di individuare misure di riordino e di adeguamento sia per quanto attiene al profilo organizzativo, che per quanto concerne la fonte di finanziamento nonché le modalità di liquidazione;
- f) le modalità operative previste per il rimborso delle prestazioni sociali per conto dei Comuni afferenti agli ambiti sociali necessitano di misure di riordino e di adeguamento per quanto attiene al profilo organizzativo e al flusso finanziario di riferimento, anche in ragione dei processi di digitalizzazione in corso;

RITENUTO di dover:

- a) approvare l’Allegato A – Relazione Tecnica contenente le condizioni ai fini della distribuzione della premialità di cui alla L.R. 18/2022 art. 6 alle AA.SS.LL. per le strutture che applicano il CCNL AIOP siglato l’8 ottobre 2020 nonché i criteri per la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa da assegnare alle AA.SS.LL. per la macroarea sociosanitaria per l’esercizio 2024, con validità anche per l’anno 2025 macroarea Assistenza Sociosanitaria (Salute Mentale, Hospice, Dipendenze patologiche, Speciali Unità di Accoglienza permanente-SUAP, RSA e in Centri Diurni) salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti;

- b) approvare l'Allegato B in cui sono esplicitati i volumi massimi di prestazioni e i correlati limiti di spesa assegnati a ciascuna ASL per la macroarea sociosanitaria (escluse le ex Case di cura neuropsichiatriche), per l'esercizio 2024 e per il successivo anno 2025 (con la precisazione che essi non tengono conto della decorrenza effettiva degli accreditamenti di ciascuna struttura), nonché la valorizzazione in termini di prestazioni e di spesa per l'attribuzione a ciascuna ASL della premialità di cui alla L.R. 18/2022 art. 6, determinati utilizzando i criteri riportati nell'allegata Relazione (allegato A);
- c) approvare l'Allegato C in cui sono esplicitati i volumi massimi di prestazioni e i correlati limiti di spesa assegnati a ciascuna ASL per la macroarea sociosanitaria relativa alle ex Case di cura neuropsichiatriche per l'esercizio 2024 e per il successivo anno 2025, determinati utilizzando le tariffe e i criteri riportati nell'allegata Relazione (allegato A);
- d) stabilire che le eventuali economie, derivanti da un eccesso di risorse assegnate per la premialità con il presente provvedimento, restano a disposizione delle AA.SS.LL. come fondo di riserva per esigenze particolari o per nuovi accreditamenti; nel caso in cui le risorse assegnate per la premialità dovessero risultare insufficienti rispetto alla platea premiabile, le AA.SS.LL. segnalano tempestivamente alla Direzione Generale Tutela della Salute, nel dettaglio, tutte le strutture aventi diritto al beneficio al fine di predisporre il successivo provvedimento di modifica ed integrazione;
- e) precisare che ai setting assistenziali dell'area sociosanitaria e della salute mentale, per i quali non sono intervenuti gli aggiornamenti tariffari e gli incrementi dei tetti di spesa, stabiliti dalle D.G.R.C. n. 531, 532 e 533 del 30.11.2021, limitatamente alle strutture private accreditate che applicano il nuovo CCNL AIOP - ARIS del 08.10.2020 (e che già applicavano il previgente CCNL 2002 – 2005 AIOP – ARIS – Don Gnocchi del personale sanitario non medico dipendente), spetta anche per gli esercizi 2024 e successivi (fino all'assorbimento negli eventuali aggiornamenti delle tariffe vigenti), in aggiunta ai corrispettivi delle prestazioni erogate nei limiti di spesa pro tempore vigenti, la remunerazione della "Funzione Rinnovo CCNL", già prevista dalla DGRC n. 93/2021 per gli esercizi 2020 e 2021 e confermata per gli esercizi 2022 e 2023 dalla DGRC n. 34/2023, in attuazione dell'impegno assunto in Conferenza al fine di ristorarle nella misura del 50% dei maggiori costi, conseguenti all'applicazione del rinnovo contrattuale;
- f) approvare lo schema contrattuale Allegato D, che le ASL competenti per territorio, entro 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento, dovranno predisporre per la stipula, inserendo le quantità di prestazioni da acquistare da ciascuna struttura accreditata per prestazioni sociosanitarie per l'anno 2024, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
- g) stabilire che le AA.SS.LL. per le strutture sanitarie e sociosanitarie private (escluse le ex Case di cura neuropsichiatriche):
- g1. debbano fissare i volumi prestazionali massimi con correlati valori di spesa riconoscibili nell'esercizio 2024 e 2025, per singolo Centro erogatore accreditato entro i limiti prestazionali esposti nell'allegato B al presente provvedimento, con la specificazione che per il 2024 i limiti prestazionali e di spesa devono essere commisurati al periodo di effettivo accreditamento delle strutture accreditate nel corso del 2024;
 - g2. debbano stipulare per l'effetto, entro 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento, i relativi contratti ex art. 8 quinquies secondo lo schema allegato D, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
 - g3. debbano adottare una delibera del Direttore Generale, nella quale daranno atto dei contratti stipulati ai sensi del presente provvedimento con i centri privati eroganti prestazioni sociosanitarie residenziali e semiresidenziali, in quantità e valore economico suddivisi per l'esercizio 2024 e 2025 e per singola tipologia di prestazione;
- h) stabilire, altresì, che le AA.SS.LL. per le ex Case di cura neuropsichiatriche come da riconversione da DCA 94/2014:
- h1. debbano fissare i volumi prestazionali massimi con correlati valori di spesa riconoscibili nell'esercizio 2024 e 2025, per singolo Centro erogatore entro i limiti prestazionali esposti nell'allegato n. C al presente provvedimento;
 - h2. debbano stipulare per l'effetto, entro 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento, i relativi contratti ex art. 8 quinquies secondo lo schema allegato D, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
 - h3. debbano adottare una delibera del Direttore Generale, nella quale daranno atto dei contratti stipulati ai sensi del presente provvedimento con le cd ex Case di cura neuropsichiatriche eroganti prestazioni residenziali e semiresidenziali in Hospice, Speciali Unità di Accoglienza

permanente-SUAP, SIR e Centro Diurno Psichiatrico in quantità e valore economico suddivisi per l'esercizio 2024 e 2025 e per singola tipologia di prestazione;

h4. in sede di liquidazione dei corrispettivi, le ASL competenti dovranno verificare il rispetto della percentuale del 25% dei posti disponibili, così come disposto dal DCA 193/2016 – allegato A – paragrafo “livelli di intensità assistenziale” lettera a) nonché del criterio di un unico accesso per le prestazioni erogate dai centri diurni psichiatrici, sulla base dei requisiti organizzativi previsti alla tabella 5 allegata al DCA 5/2011; nei limiti della Capacità Massima Operativa, è consentito, a consuntivo d'anno e ad invariabilità del volume massimo di prestazioni e del relativo limite di spesa, il ricorso ai limiti prestazionali del setting SRP2 per erogare prestazioni di cui al setting SRP1 per trattamenti disposti con provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria. Per quanto riguarda, poi, la possibilità di compensazione fra il budget dell'assistenza ospedaliera e quello dell'assistenza territoriale prevista per il biennio 2018-2019 dal DCA n. 96/2018 e, limitatamente all'esercizio 2020, dalle DGRC n. 621/2020 e n. 93/2021, si conferma che dall'esercizio 2021 in poi tale possibilità non è più consentita;

RITENUTO, altresì, di dover

- a) stabilire che per le Comunità/Case alloggio i valori di cui all'allegato 1 debbano costituire limiti alle prestazioni e alla spesa per collocamento dei pazienti presso le strutture risultanti autorizzate e attive dalla ricognizione condotta dagli uffici regionale;
- b) confermare per le Comunità/Case alloggio quanto previsto dal DCA 53/2018 in merito al divieto di rilascio di nuove autorizzazioni;
- c) are obbligo ai Comuni Capofila degli Ambiti territoriali di trasmettere alle Direzioni Generali Tutela della Salute e Politiche Sociali gli atti di autorizzazione rilasciati ai sensi del precedente punto;
- d) fare obbligo, altresì, ai Direttori Generali di assicurare la corretta e puntuale compilazione del File H, nonché di assicurare la coerenza dello stesso con quanto riportato nel Conto Economico trimestrale ed annuale della ASL. Gli stessi Direttori saranno ritenuti responsabili di ingiustificati scostamenti eventualmente rilevati;
- e) rimandare a specifico atto la programmazione e la disciplina di ulteriori accreditamenti di strutture sociosanitarie risultanti autorizzate all'esercizio o in corso di autorizzazione, coerentemente con la programmazione economico-finanziaria dei programmi operativi;
- f) precisare che per le strutture sanitarie e sociosanitarie private accreditate che non sottoscrivono il contratto approvato dal presente provvedimento, ovvero appongono riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente – fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria – sono da considerarsi prive di contratto, per cui dal 31 luglio 2024 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);
- g) precisare che i limiti di spesa assegnati ai sensi del presente provvedimento 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 prestazionale e di spesa prefissato dal presente provvedimento;
- h) notificare immediatamente il presente provvedimento alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste a tutti ai centri privati accreditati che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie oggetto del presente provvedimento, nonché ai Comuni capofila degli Ambiti territoriali;
- i) dare mandato alla Direzione Generale per la Tutela della Salute, in raccordo con la Direzione Generale per le Politiche socio sanitarie e la Direzione Generale per le Risorse finanziarie, di definire un procedimento di pagamento delle prestazioni sanitarie di rilevanza sociale erogate dalle strutture che forniscono prestazioni socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali per disabili e adulti/anziani non autosufficienti, atto a consentire che la quota di compartecipazione sociale di tali prestazioni, erogata a seguito di ammissione ai servizi regolarmente determinata dalle UVI – Unità di Valutazione Integrata, venga trasferita dalla Regione alle AA.SS.LL e da queste corrisposta alle strutture, in nome e per conto dei Comuni / Ambiti territoriali per i Piani di Zona Sociali, che restano tuttavia gli unici debitori, al fine di individuare misure di riordino e di adeguamento sia per quanto attiene al profilo organizzativo che per quanto concerne la fonte di finanziamento nonché le modalità di liquidazione;

Propone e la Giunta, in conformità, a voto unanime

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in narrativa e che qui di seguito si intendono integralmente riportate e trascritte:

- 1) di approvare l'Allegato A – Relazione Tecnica contenente le condizioni ai fini della distribuzione della premialità di cui alla L.R. 18/2022 art. 6 alle AA.SS.LL. per le strutture che applicano il CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 nonché i criteri per la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa da assegnare alle AA.SS.LL. per la macroarea sociosanitaria per l'esercizio 2024, con validità anche per l'anno 2025 macroarea Assistenza Sociosanitaria (Salute Mentale, Hospice, Dipendenze patologiche, Speciali Unità di Accoglienza permanente-SUAP, RSA e in Centri Diurni) salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti;
- 2) di approvare l'Allegato B in cui sono esplicitati i volumi massimi di prestazioni e i correlati limiti di spesa assegnati a ciascuna ASL per la macroarea sociosanitaria (escluse le ex Case di cura neuropsichiatriche), per l'esercizio 2024 e per il successivo anno 2025 (con la precisazione che essi non tengono conto della decorrenza effettiva degli accreditamenti di ciascuna struttura), nonché la valorizzazione in termini di prestazioni e di spesa per l'attribuzione a ciascuna ASL della premialità di cui alla L.R. 18/2022 art. 6, determinati utilizzando i criteri riportati nell'allegata Relazione (allegato A);
- 3) di approvare l'Allegato C in cui sono esplicitati i volumi massimi di prestazioni e i correlati limiti di spesa assegnati a ciascuna ASL per la macroarea sociosanitaria relativa alle ex Case di cura neuropsichiatriche per l'esercizio 2024 e per il successivo anno 2025, determinati utilizzando le tariffe e i criteri riportati nell'allegata Relazione (allegato A);
- 4) di stabilire che le eventuali economie, derivanti da un eccesso di risorse assegnate per la premialità con il presente provvedimento, restano a disposizione delle AA.SS.LL. come fondo di riserva per esigenze particolari o per nuovi accreditamenti; nel caso in cui le risorse assegnate per la premialità dovessero risultare insufficienti rispetto alla platea premiabile, le AA.SS.LL. segnalano tempestivamente alla Direzione Generale Tutela della Salute, nel dettaglio, tutte le strutture aventi diritto al beneficio al fine di predisporre il successivo provvedimento di modifica ed integrazione;
- 5) di precisare che ai setting assistenziali dell'area sociosanitaria e della salute mentale, per i quali non sono intervenuti gli aggiornamenti tariffari e gli incrementi dei tetti di spesa, stabiliti dalle D.G.R.C. n. 531, 532 e 533 del 30.11.2021, limitatamente alle strutture private accreditate che applicano il nuovo CCNL AIOP - ARIS del 08.10.2020 (e che già applicavano il previgente CCNL 2002 – 2005 AIOP – ARIS – Don Gnocchi del personale sanitario non medico dipendente), spetta anche per gli esercizi 2024 e successivi (fino all'assorbimento negli eventuali aggiornamenti delle tariffe vigenti), in aggiunta ai corrispettivi delle prestazioni erogate nei limiti di spesa pro tempore vigenti, la remunerazione della "*Funzione Rinnovo CCNL*", già prevista dalla DGRC n. 93/2021 per gli esercizi 2020 e 2021 e confermata per gli esercizi 2022 e 2023 dalla DGRC n. 34/2023, in attuazione dell'impegno assunto in Conferenza al fine di ristorarle nella misura del 50% dei maggiori costi, conseguenti all'applicazione del rinnovo contrattuale.
- 6) di approvare lo schema contrattuale Allegato D, che le ASL competenti per territorio, entro 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento, dovranno predisporre per la stipula, inserendo le quantità di prestazioni da acquistare da ciascuna struttura accreditata per prestazioni sociosanitarie per l'anno 2024, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
- 7) di stabilire che le AA.SS.LL. per le strutture sanitarie e sociosanitarie private (escluse le ex Case di cura neuropsichiatriche:
 - 7a. debbano fissare i volumi prestazionali massimi con correlati valori di spesa riconoscibili nell'esercizio 2024 e 2025, per singolo Centro erogatore accreditato entro i limiti prestazionali esposti nell'allegato n. B al presente provvedimento, con la specificazione che per il 2024 i limiti prestazionali e di spesa devono essere commisurati al periodo di effettivo accreditamento delle strutture accreditate nel corso del 2024;
 - 7b. debbano stipulare per l'effetto, entro 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento, i relativi contratti ex art. 8 quinquies secondo lo schema allegato D, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
 - 7c. debbano adottare una delibera del Direttore Generale, nella quale daranno atto dei contratti stipulati ai sensi del presente provvedimento con i centri privati eroganti prestazioni

- sociosanitarie residenziali e semiresidenziali, in quantità e valore economico suddivisi per l'esercizio 2024 e 2025 e per singola tipologia di prestazione;
- 8) di stabilire, altresì, che le AA.SS.LL. per le ex Case di cura neuropsichiatriche come da riconversione da DCA 94/2014:
 - 8a. debbano fissare i volumi prestazionali massimi con correlati valori di spesa riconoscibili nell'esercizio 2024 e 2025, per singolo Centro erogatore entro i limiti prestazionali esposti nell'allegato n. C al presente provvedimento;
 - 8b. debbano stipulare per l'effetto, entro 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento, i relativi contratti ex art. 8 quinquies secondo lo schema allegato D, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
 - 8c. debbano adottare una delibera del Direttore Generale, nella quale daranno atto dei contratti stipulati ai sensi del presente provvedimento con le cd ex Case di cura neuropsichiatriche eroganti prestazioni residenziali e semiresidenziali in Hospice, Speciali Unità di Accoglienza permanente-SUAP, SIR e Centro Diurno Psichiatrico in quantità e valore economico suddivisi per l'esercizio 2024 e 2025 e per singola tipologia di prestazione;
 - 8d. in sede di liquidazione dei corrispettivi, le ASL competenti dovranno verificare il rispetto della percentuale del 25% dei posti disponibili, così come disposto dal DCA 193/2016 – allegato A – paragrafo "livelli di intensità assistenziale" lettera a) nonché del criterio di un unico accesso per le prestazioni erogate dai centri diurni psichiatrici, sulla base dei requisiti organizzativi previsti alla tabella 5 allegata al DCA 5/2011; nei limiti della Capacità Massima Operativa, è consentito, a consuntivo d'anno e ad invariabilità del volume massimo di prestazioni e del relativo limite di spesa, il ricorso ai limiti prestazionali del setting SRP2 per erogare prestazioni di cui al setting SRP1 per trattamenti disposti con provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria. Per quanto riguarda, poi, la possibilità di compensazione fra il budget dell'assistenza ospedaliera e quello dell'assistenza territoriale prevista per il biennio 2018-2019 dal DCA n. 96/2018 e, limitatamente all'esercizio 2020, dalle DGRC n. 621/2020 e n. 93/2021, si conferma che dall'esercizio 2021 in poi tale possibilità non è più consentita;
 - 9) di stabilire che per le Comunità/Case alloggio i valori di cui all'allegato 1 debbano costituire limiti alle prestazioni e alla spesa per collocamento dei pazienti presso le strutture risultanti autorizzate e attive dalla ricognizione condotta dagli uffici regionale;
 - 10) di confermare per le Comunità/Case alloggio quanto previsto dal DCA 53/2018 in merito al divieto di rilascio di nuove autorizzazioni;
 - 11) di fare obbligo ai Comuni Capofila degli Ambiti territoriali di trasmettere alle Direzioni Generali Tutela della Salute e Politiche Sociali gli atti di autorizzazione rilasciati ai sensi del precedente punto;
 - 12) di fare obbligo, altresì, ai Direttori Generali di assicurare la corretta e puntuale compilazione del File H, nonché di assicurare la coerenza dello stesso con quanto riportato nel Conto Economico trimestrale ed annuale della ASL. Gli stessi Direttori saranno ritenuti responsabili di ingiustificati scostamenti eventualmente rilevati;
 - 13) di rimandare a specifico atto la programmazione e la disciplina di ulteriori accreditamenti di strutture sociosanitarie risultanti autorizzate all'esercizio o in corso di autorizzazione, coerentemente con la programmazione economico-finanziaria dei programmi operativi;
 - 14) di precisare che per le strutture sanitarie e sociosanitarie private accreditate che non sottoscrivono il contratto approvato dal presente provvedimento, ovvero appongono riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente – fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria – sono da considerarsi prive di contratto, per cui dal 31 luglio 2024 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);
 - 15) di precisare che i limiti di spesa assegnati ai sensi del presente provvedimento 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 prestazionale e di spesa prefissato dal presente provvedimento;
 - 16) di dare mandato alla Direzione Generale per la Tutela della Salute, in raccordo con la Direzione Generale per le Politiche socio sanitarie e la Direzione Generale per le Risorse finanziarie, di definire un nuovo procedimento di pagamento delle prestazioni sanitarie di rilevanza sociale erogate dalle strutture che forniscono prestazioni socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali per disabili e

adulti/anziani non autosufficienti, atto a consentire che la quota di compartecipazione sociale di tali prestazioni, erogata a seguito di ammissione ai servizi regolarmente determinata dalle UVI – Unità di Valutazione Integrata, venga trasferita dalla Regione alle AA.SS.LL e da queste corrisposta alle strutture, in nome e per conto dei Comuni / Ambiti territoriali per i Piani di Zona Sociali, che restano tuttavia gli unici debitori, al fine di individuare misure di riordino e di adeguamento sia per quanto attiene al profilo organizzativo che per quanto concerne la fonte di finanziamento nonché le modalità di liquidazione;

- 17) di notificare immediatamente il presente provvedimento alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste a tutti ai centri privati accreditati che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie oggetto del presente provvedimento, nonché ai Comuni capofila degli Ambiti territoriali;
- 18) di trasmettere copia del presente provvedimento al Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, alla Direzione Generale per le Politiche Sociali e sociosanitarie, al BURC per tutti gli adempimenti in materia di pubblicità e trasparenza.