



Linee guida per la concessione del contributo *una tantum* legato all'emergenza COVID a ristoro dei soli costi fissi comunque sostenuti dalle strutture private accreditate e dalle stesse rendicontati

Ai sensi dell'articolo 4, commi 5-*bis* e 5-*ter*, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, e ss.mm. e ii. e dell'articolo 1, comma 495, della legge 30 dicembre 2020, n. 178.

1. La normativa nazionale di riferimento

L'articolo 4 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, e ss.mm. e ii., nell'introdurre misure urgenti per l'avvio di specifiche funzioni assistenziali, in ambito ospedaliero, per l'emergenza COVID-19, al comma 5-bis prevede che: *“Le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano che, in funzione dell'andamento dell'emergenza da COVID-19, hanno sospeso, anche per il tramite dei propri enti, le attività ordinarie possono riconoscere alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per l'anno 2020 fino a un massimo del 90 per cento del budget assegnato nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, stipulati per l'anno 2020, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale. Il predetto riconoscimento tiene conto, pertanto, sia delle attività ordinariamente erogate nel corso dell'anno 2020 di cui deve essere rendicontata l'effettiva produzione, sia, fino a concorrenza del predetto limite massimo del 90 per cento del budget, di un contributo una tantum legato all'emergenza in corso ed erogato dalle regioni e province autonome nelle quali insiste la struttura destinataria di budget, a ristoro dei soli costi fissi comunque sostenuti dalla struttura privata accreditata e rendicontati dalla stessa struttura che, sulla base di uno specifico provvedimento regionale, ha sospeso le attività previste dai relativi accordi e contratti stipulati per l'anno 2020. Resta fermo il riconoscimento, nell'ambito del budget assegnato per l'anno 2020, in caso di produzione del volume di attività superiore al 90 per cento e fino a concorrenza del budget previsto negli accordi e contratti stipulati per l'anno 2020, come rendicontato dalla medesima struttura interessata”*.

Il comma 5-ter del medesimo articolo 4 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, e ss.mm. e ii. prevede, poi, che: *“La disposizione di cui al comma 5-bis si applica altresì agli acquisti di prestazioni socio-sanitarie per la sola parte a rilevanza sanitaria con riferimento alle strutture private accreditate destinatarie di un budget 2020 come riportato nei relativi accordi e contratti stipulati per l'anno 2020”*.

Successivamente, con l'articolo 1, comma 495, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, le disposizioni sopra richiamate sono state estese anche all'anno 2021, prevedendo che: *“Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano che, in funzione dell'andamento dell'emergenza da COVID-19, hanno sospeso, anche per il tramite dei propri enti, le attività ordinarie possono riconoscere alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per l'anno 2021 fino a un massimo del 90 per cento del budget assegnato nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, stipulati per l'anno 2021, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale. Il predetto riconoscimento tiene conto, pertanto, sia delle attività ordinariamente erogate nel corso dell'anno 2021 di cui deve essere rendicontata l'effettiva produzione, sia, fino a concorrenza del predetto limite massimo del 90 per cento del budget, di un contributo una tantum legato all'emergenza in corso ed erogato dalle regioni e province autonome nelle quali insiste la struttura destinataria di budget, a ristoro dei soli costi fissi comunque sostenuti dalla struttura privata accreditata e rendicontati dalla stessa struttura che, sulla base di uno specifico provvedimento regionale, ha sospeso le attività previste dai relativi accordi e contratti stipulati per l'anno 2021. Resta fermo il riconoscimento, nell'ambito del budget assegnato per l'anno 2021, in caso di produzione del volume di attività superiore al 90 per cento e fino a concorrenza del budget previsto negli accordi e contratti stipulati per l'anno 2021, come rendicontato dalla medesima struttura interessata”*.

Sulle modalità di applicazione dell'articolo 4, commi 5-bis e 5-ter, del decreto-legge n. 34/2020, occorre richiamare la circolare n. 0004429-26/02/2021 della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, con la quale viene precisato che *“La ratio della norma richiamata in premessa è quella di prevedere la possibilità, per le Regioni e Province Autonome, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del rispettivo Servizio sanitario, di ristorare le strutture private accreditate (sia quelle rientranti nella rete COVID sia quelle non individuate nella predetta rete) destinatarie di apposito budget 2020 e che abbiano sottoscritto il relativo accordo contrattuale, e, fino ad un massimo del 90% del predetto budget (assegnato e sottoscritto), dal momento in cui le stesse strutture private accreditate hanno visto, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di contenimento del virus COVID-19, una temporanea sospensione delle proprie attività che ha portato di fatto ad una riduzione delle proprie attività tale da non consentire il pieno raggiungimento del budget già sottoscritto e parametrato, nel 2020, al volume di attività pre pandemia. [...] In considerazione, quindi, della ratio della norma sopra descritta, si ritiene che*

l'impatto derivante dalla sospensione delle attività ordinarie, qualora in assenza di specifici provvedimenti regionali/provinciali, possa derivare anche solo dalle Linee di indirizzo emanate a livello nazionale, in considerazione delle delibere del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, del 29 luglio 2020 e del 7 ottobre 2020 con le quali è stato dichiarato e prorogato lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili. [...] Tutto ciò premesso, si ritiene pertanto valida l'applicazione delle disposizioni di cui ai commi 5-bis e 5-ter dell'articolo 4 del decreto-legge n. 34/2020, ancorché la Regione/Provincia o i propri enti non abbiano adottato uno specifico provvedimento di sospensione. Si ritiene poi di ribadire con la presente nota che il ristoro dei costi fissi fino al 90% del budget assegnato e sottoscritto costituisce un limite massimo, per cui alle strutture private accreditate dovrà essere riconosciuta la sola percentuale del budget risultante dalla somma tra la produzione 2020 erogata (al netto dei controlli di appropriatezza) entro budget e i costi fissi sostenuti e rendicontati per il periodo di sospensione delle attività”.

Va detto che, al di là dell'interpretazione estensiva di cui alla richiamata circolare ministeriale, nel caso della regione Campania diversi e ripetuti sono stati i provvedimenti, le circolari e le disposizioni (agli atti della Direzione Generale per la Tutela della Salute) con i quali, in funzione dell'andamento delle ondate epidemiche, le strutture regionali competenti hanno imposto la riprogrammazione delle attività clinicamente differibili in base alla valutazione del rapporto rischio-beneficio, al fine di contenere il rischio di diffusione del virus SARS-CoV2 nelle strutture sanitarie e di soddisfare l'incremento delle necessità di ricovero dei pazienti COVID.

2. Le deliberazioni regionali in materia

Si riportano, di seguito, le decisioni già assunte con deliberazioni della Giunta regionale.

Con la deliberazione n. 472 del 29/10/2020, avente ad oggetto *“Epidemia da COVID-19: disposizioni urgenti”*, la Giunta regionale, nel ravvisare la necessità e l'urgenza di realizzare il potenziamento della capacità di posti letto destinati a pazienti Covid-19, anche attraverso il ricorso ad accordi o contratti, ai sensi dell'articolo 4 del decreto-legge n. 34/2020, con gli ospedali classificati e le case di cura accreditate, ha preso atto dell'esigenza urgente di ampliamento della capacità di posti letto di degenza destinati a pazienti Covid al fine di soddisfare la richiesta di assistenza e cura da parte del SSR e ha formulato espresso indirizzo alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e alle AASSLL della Campania di finalizzare la sottoscrizione di accordi o contratti per il 2020, rispettivamente, con gli ospedali classificati e con le case di cura accreditate di cui alla procedura avviata avente ad oggetto la manifestazione di disponibilità per la dotazione anche nelle strutture di ricovero private di posti letto da dedicare a pazienti COVID-19, nel rispetto delle norme vigenti ed in funzione dell'andamento del quadro pandemico valutato dall'Unità di crisi regionale.

Successivamente, la Giunta regionale ha approvato la deliberazione n. 621 del 29/12/2020, avente ad oggetto *“Definizione per l'esercizio 2020 e, in via provvisoria, per l'esercizio 2021 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con le case di cura private, per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza ospedaliera, e uniformazione della fascia tariffaria inferiore in cui operano le case di cura private”*.

Tra l'altro, con tale deliberazione la Giunta regionale ha:

- definito il quadro della programmazione dei limiti di spesa 2020 e 2021, assegnati agli operatori privati accreditati per l'assistenza ospedaliera ai fini del rispetto della cd. *Spending Review*, ovvero, delle disposizioni recate dall'art. 15, comma 14, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e s.m.i.;
- applicato gli stessi criteri generali già utilizzati per la programmazione 2018 – 2019 nel DCA n. 48 del 21 giugno 2018 anche per la definizione dei limiti di spesa 2020 e, in via provvisoria, 2021, fatti salvi gli aggiornamenti e le modifiche operate anche per tenere conto della sopravvenuta esigenza di acquistare dalle strutture ospedaliere private specifiche prestazioni per l'emergenza COVID e di assolvere all'impegno delle Regioni e Province Autonome, assunto dalla Conferenza delle Regioni e Province Autonome nella seduta del 17 ottobre 2019 e ribadito nella seduta del 27 luglio 2020, a farsi carico del 50% dei costi del

rinnovo del contratto nazionale AIOF – ARIS del personale sanitario non medico dipendente (in attesa di rinnovo da oltre 14 anni) *“con un mix di interventi individuati a livello territoriale relativi ai budget e alle tariffe, affinché non si registrino ulteriori ritardi e si proceda con sollecitudine alla firma del contratto”*;

- previsto il riconoscimento, pur sempre all'interno dei limiti di spesa fissati dalla *Spending Review*, di una specifica funzione assistenziale per i maggiori costi, correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID-19, nonché dell'incremento tariffario per le attività rese a pazienti affetti da COVID-19, come previsti dall'art. 4 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, e s.m.i..

In particolare, nell'Allegato B *“Case di cura private: criteri della programmazione 2020 – 2021”* alla citata deliberazione n. 621 del 29/12/2020, al paragrafo 4 *“Emergenza COVID: disposizioni straordinarie”*, viene stabilito che *“per le strutture ospedaliere private la cui rendicontazione non raggiunga a consuntivo il sopracitato acconto minimo del 90%, con successivo provvedimento la Regione valuterà la concessione del contributo una tantum, previsto dal comma 5-bis dell'art. 4 del sopra citato DL 34/2020 e/o l'eventuale accantonamento dei sottoutilizzi del tetto di spesa 2020, che residueranno dopo aver coperto tutti gli sforamenti, secondo il criterio richiamato dall'art. 2, comma 3, dello schema di contratto approvato dalla presente delibera”*; ed ancora che: *“Le disposizioni del presente paragrafo, relative all'emergenza COVID, si applicano a decorrere dal 26.03.2020 (data di entrata in vigore del decreto legge 25 marzo 2020, n. 19, recante: “Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19”) e, se specificamente rinnovate, eventualmente anche solo in parte e/o per periodi infrannuali, anche all'esercizio 2021”*.

Successivamente, con deliberazione n. 497 del 10/11/2021, avente ad oggetto *“Definizione per l'esercizio 2021 e, in via provvisoria, per l'esercizio 2022 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con le case di cura private, per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza ospedaliera e recupero delle minori prestazioni sanitarie erogate nel 2020”*, la Giunta regionale ha provveduto, tra l'altro, a:

- determinare in via definitiva la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, assegnati alle case di cura private per l'esercizio 2021, stabilendo anche, in via provvisoria, i limiti di spesa 2022;
- integrare gli acquisti di prestazioni ospedaliere da privato per il recupero delle liste di attesa, ai sensi dell'art. 26 del decreto-legge n. 73/2021, derogando ai limiti imposti dalla normativa sulla *Spending Review* (art. 15, c. 14, del decreto-legge n. 95/2012 e s.m.i.);
- confermare, per tutto quanto non modificato dalla stessa delibera, le disposizioni recate dalla deliberazione della Giunta regionale n. 621 del 29/12/2020.

Si giunge, quindi, alla deliberazione n. 89 del 01/03/2022, avente ad oggetto *“Remunerazione di una funzione assistenziale e di un incremento tariffario per le attività rese a pazienti affetti da COVID-19. Recepimento del Decreto del Ministero della Salute 12 agosto 2021 pubblicato sulla G.U. n. 276 del 19 novembre 2021”*, e alla successiva deliberazione rettificativa ed integrativa n. 308 del 21/06/2022. Con tali deliberazioni, la Giunta regionale ha:

- preso atto del Piano di Emergenza Ospedaliera Covid-19, di cui all'art. 3, comma 1, lettera b), del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, come convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, già definito con la deliberazione di Giunta regionale n. 378 del 23/07/2020, successivamente potenziato a seguito di specifiche disposizioni dell'Unità di Crisi regionale e poi, da ultimo, integrato con i posti letto messi a disposizione dalle strutture ospedaliere private, a seguito di specifica manifestazione di disponibilità avviata dall'Unità di Crisi regionale e secondo gli indirizzi impartiti dalla deliberazione di Giunta regionale n. 472 del 29/10/2020;
- recepito ed applicato il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 12 agosto 2021, avente ad oggetto *“Remunerazione di una funzione assistenziale e di un incremento tariffario per le attività rese a pazienti affetti da COVID-19”*, pubblicato sulla G.U. n. 276 del 19.11.2021;
- precisato che la remunerazione della funzione di attesa per i posti letto COVID e la integrazione tariffaria per ricoveri COVID, approvate dalla stessa delibera, trovano ampia capienza nei limiti di spesa vigenti per l'esercizio 2020 (ai sensi della DGRC n. 621 del 29.12.2020) per le strutture ospedaliere private

accreditate, senza dover ricorrere alla deroga, consentita dall'art. 3, comma 1, del DL 18/2020, alla normativa sulla cd. *Spending Review* (articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e s.m.i.);

- incaricato i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie di attuare prontamente quanto previsto nel Documento tecnico "*Applicazione integrazione tariffaria per ricoveri COVID e per funzioni di attesa dei posti letto COVID*", allegato alla stessa delibera, precisando altresì che le ASL dovranno tenere conto della remunerazione della funzione di attesa per i posti letto COVID e della maggiorazione tariffaria per ricoveri COVID nel conteggio consuntivo dei corrispettivi liquidabili alle case di cura per l'esercizio 2020, per la parte avente competenza economica 2020, anche al fine di assorbire gli eventuali acconti concessi alle strutture ospedaliere private in base alla disposizione di cui all'art. 4, comma 5, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, come declinata dall'Allegato B, paragrafo 4 "*Emergenza COVID: disposizioni straordinarie*", della DGRC n. 621/2020.

Con tali ultime deliberazioni si completa, dunque, il quadro programmatico e regolatorio, sulla base del quale le ASL sono in condizione di definire il consuntivo dei corrispettivi liquidabili alle strutture ospedaliere private per gli esercizi 2020 e 2021, consuntivo che costituisce, con tutta evidenza, la preconditione per la concreta applicazione di quanto previsto dal comma 5-bis dell'articolo 4 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, e ss.mm. e ii., in materia di contributo *una tantum* per il ristoro dei costi fissi fino al 90% del *budget* assegnato e sottoscritto.

Per quanto concerne, infine, il comma 5-ter dell'articolo 4 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, e ss.mm. e ii., si richiama la deliberazione n. 531 del 30/11/2021, avente ad oggetto "*Disposizioni attuative di cui ai commi 5-bis e 5-ter dell'art. 4 del D.L. 34/2020 - adempimenti di cui agli impegni assunti dalla Conferenza delle Regioni e Province autonome in tema di rinnovo dei CCNL sanità privata - aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78 e RSA/centri diurni per anziani e disabili non autosufficienti*". Tra l'altro, con tale deliberazione la Giunta regionale ha:

- preso atto del verbale della riunione del 12 ottobre 2021 stipulato con le Associazioni di categoria del settore, con il quale è stata condivisa la metodologia per ricondurre il D.D. n. 83/2020 alle disposizioni di legge sopravvenute (Decreto dirigenziale n. 83/2020 così come conformato alle disposizioni di cui ai commi 5-bis e 5-ter dell'art. 4 del DL 34/2020) a partire dall'allegato 2 (parte economica) del citato D.D. n. 83/2020 in merito agli acconti ed ai ristori previsti per le strutture che hanno inviato via pec la propria adesione al programma "*La Campania Riparte*", di cui al medesimo Decreto, e che erogano prestazioni ambulatoriali, ambulatoriali piccolo gruppo, domiciliari e semiresidenziali di riabilitazione cd. ex art. 26, nonché RSA/Centri Diurni per anziani e disabili non autosufficienti le cui attività erano state sospese per effetto delle ordinanze n. 8 del 08/03/2020, n. 16 del 13/3/2020 n. 27 del 03/04/2020, adottate per la gestione dell'emergenza sanitaria da Covid-19; con il medesimo verbale è stato, altresì, previsto che l'applicazione della richiamata metodologia comporta la rinuncia da parte delle strutture interessate ad ogni ulteriore pretesa economica e ad eventuali contenziosi attuali e futuri aventi ad oggetto il D.D. n. 83/2020 ed i provvedimenti regionali ed aziendali di assegnazione del *budget* per gli anni 2020 e 2021;
- fornito disposizioni contabili e di rendicontazione alle ASL (in allegato 2 alla stessa delibera), ai fini della corretta applicazione di quanto previsto al punto 1 del verbale del 12 ottobre 2021 "*Problematiche afferenti il Decreto dirigenziale n. 83/2020 così come conformato alle disposizioni di cui ai commi 5-bis e 5-ter dell'art. 4 del D.L. 34/2020*", indicando – per quanto rileva in questa sede – che prima di procedere alla liquidazione per il raggiungimento del 90% del *budget* assegnato per l'anno 2020 dovranno essere verificati i costi fissi sostenuti, individuando i costi totali operativi ed i costi variabili diretti, essendo i costi fissi oggetto di ristoro il risultato della differenza tra i costi totali e costi variabili diretti.

Al riguardo, per completezza, occorre segnalare che con nota prot. n. 0162172 del 24/03/2022 la Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, in ordine all'attuazione della deliberazione n. 531 del 30/11/2021, ha fornito ulteriori chiarimenti alle ASL precisando, innanzitutto, che i presupposti essenziali per il riconoscimento del contributo *una tantum*, di cui ai commi 5-bis e 5-ter dell'articolo 4 del D.L. n. 34/2020, sono i seguenti:

- a) che la produzione resa e documentata sia inferiore al 90% del *budget*;

- b) che esso vada *“a ristoro dei soli costi fissi comunque sostenuti dalla struttura privata accreditata e rendicontati”*.

La citata nota della Direzione Generale prosegue, quindi, chiarendo che sono ovviamente da escludere dal suddetto contributo *una tantum* i costi fissi già “ristorati” dalla produzione resa, come avviene:

- 1) nei casi in cui la produzione resa e documentata fornisce copertura, oltre che a tutti i costi variabili diretti, anche ad una parte o alla totalità dei costi fissi, sempre nel limite dei costi totali operativi (come indicato nel punto B dell'allegato n. 2 alla DGRC n. 531/2021);
- 2) nei casi in cui parte dei costi totali operativi sono stati sostenuti dalla medesima struttura privata accreditata per produrre altre prestazioni, oggetto di separata remunerazione, come può essere avvenuto:
 - a. per la quota sociale delle prestazioni socio-sanitarie;
 - b. per le prestazioni residenziali di riabilitazione ex art. 26 o delle RSA per anziani e disabili non autosufficienti;
 - c. per le prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa;
 - d. per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, qualora la contabilità e i costi della struttura privata accreditata facciano capo ad un unico bilancio ufficiale di uno stesso soggetto, operante in più branche e/o macroaree dell'assistenza sanitaria;
- 3) sono stati oggetto di altri rimborsi, come ad esempio la Cassa Integrazione Guadagni – CIG e/o altri rimborsi di qualsiasi natura, ivi compresi ad esempio i contributi ricevuti per l'acquisto dei DPI.

Nel confermare in generale anche per il settore delle strutture ospedaliere private accreditate, interessate dall'applicazione del comma 5-bis dell'articolo 4 del D.L. n. 34/2020, i contenuti della richiamata nota prot. n. 0162172 del 24/03/2022 della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, si ritiene opportuno fornire nel paragrafo che segue ulteriori indicazioni operative alle ASL, al fine sia di agevolare le attività di rendicontazione dei costi fissi comunque sostenuti dalle strutture private accreditate, sia di omogeneizzare l'applicazione dei commi 5-bis e 5-ter dell'articolo 4 del D.L. n. 34/2020 sull'intero territorio regionale.

3. Indicazioni operative per le Aziende Sanitarie Locali

Alla luce di quanto rappresentato puntualmente nel paragrafo precedente, le ASL della Campania sono chiamate ad applicare i commi 5-bis e 5-ter dell'articolo 4 del D.L. n. 34/2020:

- al settore delle strutture ospedaliere private accreditate (Case di Cura, Ospedali Classificati e IRCCS Maugeri) per gli anni 2020 e 2021, in virtù dell'estensione prevista dall'articolo 1, comma 495, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, e in continuità con quanto già anticipato con la deliberazione di Giunta regionale n. 621 del 29/12/2020, e precisamente nell'Allegato B *“Case di cura private: criteri della programmazione 2020 – 2021”* al paragrafo 4 *“Emergenza COVID: disposizioni straordinarie”*, laddove si prevede che *“con successivo provvedimento la Regione valuterà la concessione del contributo una tantum, previsto dal comma 5-bis dell'art. 4 del sopra citato DL 34/2020”*, riserva che a seguito della presente deliberazione viene sciolta in senso positivo;
- alle strutture che hanno, a suo tempo, inviato via pec la propria adesione al programma *“La Campania Riparte”*, di cui al D.D. n. 83/2020, e che erogano prestazioni ambulatoriali, ambulatoriali piccolo gruppo, domiciliari e semiresidenziali di riabilitazione cd. ex art. 26, nonché RSA/Centri Diurni per anziani e disabili non autosufficienti le cui attività erano state sospese per effetto delle ordinanze n. 8 del 08/03/2020, n. 16 del 13/3/2020 n. 27 del 03/04/2020, adottate per la gestione dell'emergenza sanitaria da Covid-19, limitatamente all'anno 2020, in virtù di quanto disposto dalla deliberazione di Giunta regionale n. 531 del 30/11/2021.

Per quanto concerne l'ambito temporale di riferimento del contributo *una tantum* *“a ristoro dei soli costi fissi comunque sostenuti dalla struttura privata accreditata e rendicontati”*, è utile richiamare in questa sede le condivisibili deduzioni contenute nel Documento del Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti

Contabili e della Fondazione Nazionale dei Commercialisti su *“La rendicontazione dei costi nelle strutture private accreditate delle Regioni ai tempi del Covid”* (Dicembre 2020): *“Le nuove disposizioni non precisano il periodo temporale di riferimento, tuttavia il contenuto letterale delle locuzioni al «budget per l'anno 2020» ed alle attività ed accordi «per l'anno 2020» conferma come – trattandosi di disposizioni che individuano semplici ristori e non risarcimenti (puntualmente correlati a specifici e comprovati danni) – non sia possibile individuare un riferimento temporale diverso dall'esercizio coincidente con l'anno 2020. Qualunque altra soluzione, che individuasse un periodo infrannuale di riferimento, sarebbe incoerente con la filosofia del ristoro e comunque discriminatoria nel trattamento differenziato delle strutture da regione a regione. La conclusione logica del riferimento all'anno solare è confermata da due ulteriori riflessioni: a) il riferimento ai «costi fissi», che essendo – appunto – fissi non sono usualmente correlati ad uno specifico arco temporale e quindi assunti nella loro interezza; b) il riferimento limite del 90% del budget annuale non avrebbe alcun senso, se la base di computo non fosse, appunto, l'intero esercizio a cui si riferisce il budget”*.

In considerazione della circostanza per la quale la concessione del contributo *una tantum* costituisce una facoltà e non un obbligo delle Regioni, la corresponsione alle strutture private accreditate del contributo, nella misura che dovesse risultare a seguito dell'istruttoria compiuta dalle ASL competenti, non produce interessi di mora.

Inoltre, si ritiene appropriato ed essenziale che il contributo *una tantum* in applicazione dei commi 5-bis e 5-ter sia concesso a condizione che gli interessati rinuncino ad eventuali contenziosi già attivati o attivabili, aventi ad oggetto l'entità del contributo medesimo, da determinarsi con i criteri dettagliatamente specificati nelle presenti Linee guida; pertanto, tale rinuncia dovrà riguardare anche la determinazione del *budget* relativo all'anno per il quale viene richiesto il contributo *una tantum*, gli acconti ricevuti ed eventualmente restituiti con riferimento alla medesima annualità, nonché la valorizzazione di tutti gli elementi che concorrono a formare il valore della produzione resa e documentata al netto dei controlli di appropriatezza per il medesimo anno di riferimento (ad esempio: prestazioni a tariffa; incentivo Alta Specialità; funzioni di: Pronto soccorso, Prima assistenza, IVG, rinnovo CCNL).

Da quanto fin qui rappresentato, emerge con chiarezza che l'applicazione dei più volte richiamati commi 5-bis e 5-ter presuppone che le ASL abbiano determinato in via definitiva, per ciascuno degli anni eventualmente interessati, il consuntivo della produzione effettuata, rendicontata e verificata (al netto dei controlli di appropriatezza), sulla base della quale calcolare, per i medesimi anni, per ciascuna struttura privata accreditata la distanza dalla soglia del 90% del *budget* assegnato.

In particolare, nel caso delle strutture ospedaliere private accreditate, il consuntivo della produzione dell'anno si sostanzia nei seguenti addendi:

- a) le prestazioni di assistenza ospedaliera non legate all'emergenza COVID, ivi comprese le prestazioni di PACC di cui al DCA n. 31 del 19.04.2018 e s.m.i., la funzione di Pronto Soccorso, l'incentivo per le prestazioni di Alta Specialità, la remunerazione massima aggiuntiva per la Prima Assistenza e la maggiorazione per IVG;
- b) la remunerazione degli oneri effettivamente sostenuti a seguito del rinnovo del CCNL AIOP – ARIS del personale sanitario dipendente non medico (specifica funzione introdotta per attuare l'impegno delle Regioni e Province Autonome, assunto dalla Conferenza delle Regioni e Province Autonome nella seduta del 17 ottobre 2019 e ribadito nella seduta del 27 luglio 2020, a farsi carico del 50% dei costi del rinnovo del contratto nazionale AIOP – ARIS del personale sanitario non medico dipendente);
- c) la remunerazione della funzione di attesa per i posti letto COVID e l'integrazione tariffaria per ricoveri COVID (per le strutture ospedaliere private accreditate che abbiano messo a disposizione posti letto COVID a seguito della manifestazione di disponibilità avviata dall'Unità di Crisi regionale e secondo gli indirizzi impartiti dalla deliberazione di Giunta regionale n. 472 del 29/10/2020), secondo quanto stabilito con Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 12 agosto 2021, avente ad oggetto *“Remunerazione di una funzione assistenziale e di un incremento tariffario per le attività rese a pazienti affetti da COVID-19”*, pubblicato sulla G.U. n. 276 del 19.11.2021, come recepito ed applicato dalla deliberazione di Giunta regionale n. 89 del 01/03/2022 e alla successiva deliberazione rettificativa ed integrativa n. 308 del 21/06/2022.

Inoltre, in base alle disposizioni vigenti per i tetti di spesa delle strutture ospedaliere private accreditate, l'importo del tetto di spesa assegnato dai provvedimenti regionali (DGRC n. 621/2020, per il 2020; DGRC n. 497/2021, per il 2021) viene rideterminato a consuntivo con la variazione delle seguenti componenti, rispetto a quanto previsto nei suddetti provvedimenti regionali:

- a) incentivo Ricoveri di Alta Specialità;
- b) remunerazione delle Funzioni di Pronto Soccorso;
- c) remunerazione della Funzione di Prima Assistenza;
- d) incentivo IVG;
- e) eventuale utilizzo parziale del tetto di spesa per l'assistenza ospedaliera per sfioramento del tetto di spesa dell'assistenza territoriale per la salute mentale (solo per le case di cura ex neuropsichiatriche e solo per il 2020).

Riguardo al riconoscimento del 50% del costo del rinnovo del CCNL AIOP – ARIS 2016 - 2018 del personale non medico, sottoscritto in data 8 ottobre 2020 tra i rappresentanti delle associazioni datoriali e le associazioni sindacali, la Direzione Generale per la Tutela della Salute ha elaborato e, con nota prot. n. 575184 del 18.11.2021, ha inviato alle ASL:

- 1) lo schema di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, da compilarsi da parte di ciascuna casa di cura e degli altri istituti privati accreditati che erogano assistenza ospedaliera;
- 2) le tabelle di sintesi e di dettaglio di ciascuna voce di costo, da allegare alla stessa dichiarazione,

incaricando le ASL di trasmettere i suddetti schemi e tabelle a tutte le strutture ospedaliere operanti sul loro territorio e di verificare a campione i dati relativi ad almeno il 5% dei dipendenti di ogni struttura, con un minimo di 5 (cinque) dipendenti.

Le ASL hanno pressoché completato detti adempimenti e possono, quindi, procedere sollecitamente a:

1. liquidare l'importo della funzione rinnovo CCNL (50% del costo accertato), in conformità alle indicazioni operative specificate nella DGRC n. 621/2020.
2. somministrare alle strutture private accreditate lo stesso schema di autocertificazione e la compilazione delle stesse tabelle di dettaglio, con riferimento alla annualità 2021, da riscontrare entro il 15 settembre p.v. e liquidare nel saldo 2021 entro il mese successivo.

In sede di liquidazione del 50% del costo del rinnovo del CCNL AIOP – ARIS 2016 – 2018 del personale non medico, al fine di favorire una applicazione uniforme e imparziale delle disposizioni regionali, nonché di dirimere eventuali dubbi interpretativi della complessa normativa e dei dettagli delle singole voci di costo, forniti dalle singole strutture accreditate, ciascuna ASL potrà avvalersi del supporto tecnico dell'Advisor Contabile per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario, alla stregua di quanto specificato più avanti in materia di ristoro dei costi fissi.

Riguardo agli altri elementi, la cui definizione è indispensabile per pervenire alla definitiva liquidazione degli importi spettanti alle case di cura e agli altri istituti ospedalieri privati per gli esercizi 2020 e 2021, le ASL hanno fornito tutti i dati preconsuntivi che sono stati riassunti, rispettivamente, negli allegati A.6 e A.7 alla sopra citata DGRC n. 497/2021. La Direzione Generale per la Tutela della Salute e le ASL, ciascuna per quanto di propria competenza, procederanno, quindi, all'aggiornamento dei dati preconsuntivi, in modo da consentire la più sollecita ed esatta determinazione degli importi da riconoscere a titolo di contributo *una tantum* per il ristoro dei costi fissi, secondo quanto stabilito nella presente delibera.

Determinato il consuntivo della produzione dell'anno per ciascuna struttura privata, le ASL devono dunque verificare quali strutture si trovino nella condizione di aver consumato meno del 90% del *budget* assegnato e contrattualizzato.

In ogni caso, nell'ambito dell'istruttoria di propria competenza, le ASL avranno cura di verificare, eventualmente anche facendosi rilasciare apposite autodichiarazioni dai rappresentanti legali delle strutture private accreditate interessate:

- se i motivi del contenimento della produzione resa e documentata al di sotto del 90% del *budget* siano in tutto o in parte derivanti da fattori che prescindono dalla contrazione dell'attività dovuta all'emergenza da COVID-19 (ad es.: sospensione dell'attività disposta dall'autorità giudiziaria, oppure dall'ASL competente per territorio per motivo igienico sanitario o per altre motivazioni; sospensione o riduzione dell'attività derivante da lavori straordinari di ristrutturazione, adeguamento e/o riconversione; ritardi nell'attivazione da parte della casa di cura del nuovo assetto organizzativo a seguito di riconversione dei posti letto; etc.);
- se per il medesimo periodo di riferimento siano stati già conseguiti ristori di qualsiasi tipo a carico della finanza pubblica oppure rimborsi di qualsiasi natura, come ad esempio la Cassa Integrazione Guadagni – CIG e/o altri rimborsi.

In funzione di tali esiti istruttori, le ASL potranno dunque eventualmente ridimensionare l'entità del contributo *una tantum* che è appropriato concedere nel caso specifico, riducendolo proporzionalmente in ragione sia dell'incidenza di fattori *extra* COVID sulla riduzione di attività, sia dell'entità dei ristori e di altri rimborsi già ricevuti dalla struttura privata accreditata.

Fatti salvi i casi particolari sopra segnalati, il contributo *una tantum* che è possibile concedere alla singola struttura privata accreditata, che abbia consumato meno del 90% del *budget* assegnato e contrattualizzato, va commisurato ai *“costi fissi comunque sostenuti dalla struttura privata accreditata e rendicontati”*, sempre che questi ultimi non siano però stati già *“ristorati”* dalla produzione resa e riconosciuta o da altre fonti di copertura.

Come ben evidenziato nel già citato Documento del Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili e della Fondazione Nazionale dei Commercialisti su *“La rendicontazione dei costi nelle strutture private accreditate delle Regioni ai tempi del Covid”* (Dicembre 2020), *“è indubbio che l'elemento critico nella determinazione del contributo una tantum sia soprattutto l'individuazione di un modello standardizzato per la corretta individuazione delle voci di costo, che le strutture private accreditate e contrattualizzate debbano rendicontare per individuare il totale dei costi fissi”*.

Lo stesso Documento prosegue, poi, precisando che *“rispetto alle potenziali criticità di un modello universale di rendicontazione, è possibile procedere all'individuazione dei costi fissi attraverso un'elaborazione dei dati le cui fasi essenziali possono sintetizzarsi: individuazione dei costi totali operativi depurati di quei costi non strettamente connessi alla gestione caratteristica; individuazione dei costi variabili diretti. La identificazione dei «costi fissi» può essere quindi ottenuta, per differenza, fra i costi totali e i costi variabili. Tale approccio discende dalla consapevolezza che nell'ambito delle imprese sanitarie oggetto d'indagine non esiste, in uso, un modello di riferimento univoco per la rendicontazione e, nella maggioranza dei casi, le imprese non adottano sistemi di contabilità analitica. In secondo luogo, la soluzione proposta è coerente con le finalità della disposizione”*.

Al di là della difficoltà di distinguere, in concreto, i costi fissi da quelli variabili, difficoltà sulla quale si sono lungamente attardate nel tempo sia la dottrina aziendalistica sia la prassi professionale, il citato Documento del Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili e della Fondazione Nazionale dei Commercialisti viene in soccorso degli operatori chiamati ad applicare i commi 5-bis e 5-ter per delimitare, giustamente, il campo di analisi ai costi totali, fissi e variabili, della sola *“gestione operativa”*, vale a dire, per semplificare al massimo, i costi di produzione riepilogati nell'aggregato “B” del Conto Economico civilistico.

Quanto, invece, alla definizione, più nello specifico, di costi fissi e costi variabili, pur sempre della gestione operativa, torna utile richiamare in maniera diffusa l'analisi svolta nel Documento dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili del Circondario del Tribunale di Napoli, Commissione di Studio Sanità, avente ad oggetto *“Approfondimento tecnico sui ristori alle strutture sanitarie private dei costi fissi - dl 34/2020 art. 4 comma 5 bis e successive modifiche e integrazioni”* (del 6 aprile 2021): *“Vengono definiti fissi quei costi il cui ammontare è indipendente dalla quantità di beni e servizi prodotti da un'attività. Il concetto di costo fisso si contrappone, nello studio di contabilità analitica ed industriale, al concetto di costo variabile, il cui ammontare dipende direttamente, e in maniera proporzionale alla quantità di beni e servizi prodotti. Il costo fisso appartiene quindi a quella categoria di costi che non subiscono nessuna variazione (almeno nell'anno) al variare della produzione. In altre parole, il costo fisso è qualsiasi onere che l'Azienda sostiene indipendentemente dai livelli di produzione (e quindi di fatturato). A titolo di esempio si guardi al caso in cui la produzione di beni dipenda dall'utilizzo di macchinari: l'ammortamento di questi o anche i costi eventuali di manutenzione programmata rappresentano costi fissi indipendentemente dalla quantità di beni prodotti nell'arco di un anno. In generale, quindi,*

i costi fissi sono i costi sostenuti da una impresa che non variano con la quantità prodotta. A differenza dei costi variabili, il valore dei costi fissi resta invariato, indipendentemente dal fatto che l'azienda decida di interrompere la produzione di beni e servizi per un certo periodo di tempo o, al contrario, scelga di aumentare considerevolmente la produzione. Il rapporto tra costo fisso e costo variabile è uno degli aspetti più importanti da analizzare quando si decide di pianificare una strategia di business partendo da zero o una ristrutturazione aziendale volta ad incrementare il fatturato di un'azienda in crisi. La dottrina aziendalistica opera la distinzione dei costi fissi in costi fissi specifici e costi fissi comuni: per costi fissi specifici si intendono tutti quei costi che vengono generati da fattori produttivi utilizzati in via esclusiva per l'adempimento di un dato processo produttivo di vitale importanza per l'azienda, come ad esempio il già citato acquisto di un macchinario o il fitto dei locali dove si esegue l'attività. Si identificano invece come costi fissi comuni tutti i costi relativi al buon funzionamento di un'attività ma non impiegati direttamente nella produzione di beni e servizi. Un esempio di costo fisso comune è rappresentato da quello sostenuto per il servizio di pulizia dei locali di azienda. Di solito, laddove sia in uso un sistema di contabilità industriale, l'azienda provvede alla assegnazione dei costi comuni al costo di produzione attraverso tecniche di ribaltamento identificando specifici driver di attribuzione dei costi comuni quale potrebbero essere nell'esempio qui riferito l'occupazione in mq delle singole unità produttive o funzionali. Con specifico riferimento alla struttura dei costi delle aziende sanitarie private accreditate, si deve considerare che le stesse, sono caratterizzate da: alta incidenza dei costi fissi specifici e comuni; presenza di alcuni costi che teoricamente, in altri settori, potrebbero essere considerati variabili, ma che per le aziende sanitarie private accreditate, risultano a tutti gli effetti incompressibili pur in caso di diminuzione della attività. Segnatamente tra essi il costo del personale in quanto sussistono vincoli nel rapporto tra numero degli addetti e le prestazioni erogabili in stretto collegamento con le norme in materia di accreditamento, ma anche il costo per alcune collaborazioni professionali (per le quali le stesse norme sull'accREDITamento prevedono la possibilità di avere una quota in termini percentuali della forza lavoro a rapporto libero professionale), allo stesso modo le giacenze di farmaci e l'acquisto di beni in dotazione per la esecuzione delle prestazioni. Tra i costi che assumono la caratteristica di costo fisso o incompressibile (a titolo di esempio e non esaustivo) si possono aggiungere le spese vitto, gli ammortamenti, l'IVA indetraibile sui costi fissi e incompressibili, le utenze, ed i canoni leasing".

Risulta, pertanto, evidente che l'individuazione, tra tutti i costi operativi totali di produzione, dei soli costi fissi da ristorare, ai sensi dei commi 5-bis e 5-ter, costituisce esercizio suscettibile di diverse argomentazioni ed interpretazioni, motivo per cui le ASL, nel quantificare i contributi *una tantum* concedibili alle strutture private accreditate, terranno a riferimento, tra l'altro, quanto espressamente previsto dalla Commissione Europea nella Comunicazione C(2020) 7127 final del 13 ottobre 2020 riguardante la "Quarta modifica del quadro temporaneo per le misure di aiuto di Stato a sostegno dell'economia nell'attuale emergenza del COVID-19 e modifica dell'allegato della comunicazione della Commissione agli Stati membri sull'applicazione degli articoli 107 e 108 del trattato sul funzionamento dell'Unione europea all'assicurazione del credito all'esportazione a breve termine".

La citata Comunicazione della Commissione Europea, nell'apportare la quarta modifica al *Temporary Framework* per le misure di aiuto di Stato a sostegno dell'economia nel periodo di emergenza da COVID-19, ha inserito la Sezione 3.12 "Aiuti sotto forma di sostegno a costi fissi non coperti", al cui paragrafo 87, lettera c, si prevede che "Per «costi fissi non coperti» si intendono i costi fissi sostenuti dalle imprese durante il periodo ammissibile che non sono coperti dagli utili (vale a dire le entrate meno i costi variabili) durante lo stesso periodo e che non sono coperti da altre fonti, quali assicurazioni, misure di aiuto temporanee contemplate dalla presente comunicazione o sostegno da altre fonti. Ai fini del presente punto, le perdite subite dalle imprese in base al loro conto profitti e perdite durante il periodo ammissibile sono considerate costi fissi non coperti".

Alla luce degli approfondimenti fin qui svolti, si è dunque ritenuto di agevolare il compito sia delle ASL sia delle strutture private accreditate interessate, mettendo a disposizione di entrambi un modello unico di rendicontazione dei "costi fissi non coperti", riportato nella Tabella 1 "Dettaglio del valore e dei costi della produzione (come da bilancio di verifica consuntivo)" allegata alle presenti Linee guida.

Le strutture private che abbiano consumato meno del 90% del budget assegnato e contrattualizzato possono compilare e trasmettere alle ASL di competenza il modello unico di rendicontazione di cui alla Tabella 1, sotto forma di atto notorio a firma del proprio rappresentante legale *pro tempore*, con la sottoscrizione anche da parte del Presidente del Collegio Sindacale e/o Revisore contabile (a seconda di quale sia l'organo incaricato di esercitare il controllo contabile sulla società).

Nel prospetto di rendicontazione, i dati del 2019 sono assunti come base di confronto rispetto al 2020 ed al 2021, anni presi in considerazione ai fini dell'applicazione del comma 5-bis (nel caso delle strutture private interessate all'applicazione del comma 5-ter sarà, ovviamente, sufficiente compilare i dati relativi al 2019 ed al 2020).

Nella compilazione del modello di rendicontazione della Tabella 1, le strutture private avranno cura che i valori esposti nelle colonne "Totale consuntivo" coincidano con quelli rilevati nelle scritture contabili della società e riepilogati nei bilanci di verifica al 31.12.2019, al 31.12.2020 e, se del caso, al 31.12.2021 confluiti poi nei bilanci di esercizio regolarmente depositati (o che verranno depositati, nel caso del bilancio al 31.12.2021) presso il Registro delle Imprese, a meno delle seguenti tassative eccezioni:

- tra gli "altri ricavi e proventi" non dovrà essere ricompreso l'eventuale contributo *una tantum* conseguente all'applicazione dei commi 5-bis e 5-ter, qualora la struttura privata lo abbia imputato all'esercizio sulla base di una stima *ex ante*;
- tra i componenti del valore della produzione non dovranno essere ricomprese partite oggetto di contestazione, quale che ne sia la motivazione, da parte dell'ASL competente o della Regione;
- conseguentemente, nei "costi per svalutazione dei crediti" e negli "accantonamenti per rischi" non dovranno essere inserite poste in qualche misura rettificative delle partite attive in contestazione di cui al punto precedente.

Gli importi riportati nelle colonne "Totale consuntivo" dovranno, poi, essere ripartiti tra la componente variabile e la componente fissa dei costi di produzione, secondo le indicazioni riportate in generale in precedenza. Altrettanto è richiesto che venga effettuato con riferimento ai componenti del valore della produzione, al solo fine di evidenziare quei componenti positivi di reddito, quali proventi, ristori, indennizzi e altro che la struttura privata accreditata ha conseguito per la specifica copertura di costi fissi.

Qualora una struttura privata accreditata svolga con il medesimo soggetto giuridico, e quindi nell'ambito di uno stesso bilancio d'esercizio, attività sanitarie interessate dall'applicazione sia del comma 5-bis sia del comma 5-ter, è necessario che vengano compilati tre prospetti: uno relativo al soggetto giuridico nel suo insieme e gli altri due come derivazioni del primo, ciascuno per il settore di attività interessato dall'eventuale applicazione del contributo *una tantum*. La ripartizione dei componenti del valore della produzione e dei costi della produzione tra le diverse attività oggetto di rendicontazione separata avviene sulla base degli elementi di contabilità analitica presenti in azienda o comunque secondo metodologie razionali di ripartizione dei ricavi e dei costi relativi.

In considerazione del significativo contenuto tecnico delle attività di rendicontazione dei "costi fissi non coperti", le ASL interessate potranno anche avvalersi del supporto dell'Advisor Contabile per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario, nell'ambito della linea contrattuale di attività "Monitoraggio Contabile e Gestionale" già in corso di esecuzione, inoltrando apposita richiesta in tal senso alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale e specificando il fabbisogno da coprire in termini di giornate/uomo. La Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale valuterà le istanze pervenute, mantenendo un equilibrio complessivo rispetto alla compatibilità con le risorse a disposizione.

Alla luce dell'ampia disamina fin qui condotta e sulla base dei modelli di rendicontazione compilati come da Tabella 1 allegata alle presenti Linee guida, le ASL individueranno la misura del contributo *una tantum* da corrispondere ai sensi dei commi 5-bis e 5-ter nel minore tra i seguenti tre importi:

- a) differenza tra il 90% del *budget* assegnato e contrattualizzato ed il valore della produzione effettuata, rendicontata e verificata (al netto dei controlli di appropriatezza);
- b) totale dei costi fissi operativi non già ristorati (al netto dei proventi, ristori, indennizzi, ecc. ad essi specificamente imputabili), come riepilogati compilando la Tabella 1 allegata alle presenti Linee guida;
- c) valore assoluto della differenza negativa tra valore e costi della produzione ($A - B$), come riepilogati compilando la Tabella 1 allegata alle presenti Linee guida (ovviamente, se tale differenza dovesse, invece, risultare di segno positivo significherebbe che tutti i costi fissi sono stati già coperti dal valore della produzione e nessun contributo *una tantum* potrà, dunque, essere riconosciuto).