

Codice A1414C

D.D. 2 dicembre 2020, n. 1507

Rimborso dei maggiori oneri per la prevenzione ed il controllo dell'infezione da Sars Cov-2 in strutture residenziali sociosanitarie e sanitarie per anziani non autosufficienti, disabili, minori, dipendenze patologiche e patologie psichiatriche. Approvazione nuovo modello di richiesta rimborso in sostituzione di quello approvato con DD n. 1348 del 11 novembre 2020.



ATTO DD 1507/A1400A/2020

DEL 02/12/2020

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE
A1400A - SANITA' E WELFARE**

OGGETTO: Rimborso dei maggiori oneri per la prevenzione ed il controllo dell'infezione da Sars Cov-2 in strutture residenziali sociosanitarie e sanitarie per anziani non autosufficienti, disabili, minori, dipendenze patologiche e patologie psichiatriche. Approvazione nuovo modello di richiesta rimborso in sostituzione di quello approvato con DD n. 1348 del 11 novembre 2020.

Vista la DGR n. 1-2252 del 10 novembre 2020 recante "Rimborso dei maggiori oneri per la prevenzione ed il controllo dell'infezione da Sars Cov-2 in strutture residenziali sociosanitarie e sanitarie per anziani non autosufficienti, disabili, minori, dipendenze patologiche e patologie psichiatriche";

Atteso che essa:

- prevede il rimborso dei costi sostenuti (nel periodo dal 21/02/2020-31/12/2020) per i DPI direttamente acquistati dai gestori delle strutture residenziali sanitarie e socio-sanitarie per anziani, disabili, minori, persone affette da dipendenze patologiche e patologie psichiatriche o dalle imprese sociali (rientranti tra gli Enti del Terzo Settore ai sensi dell'art. 4 del D.lg.vo 117/2017) che gestiscono in appalto servizi erogati da personale delle professioni sanitarie o di interesse sanitario presso dette strutture;
- tale rimborso può avvenire con riguardo alle attività svolte a favore degli ospiti in convenzione e negli importi massimi per giornata assistenziale definiti nell'allegato 1 alla suddetta DGR;
- le modalità ed i tempi con cui lo stesso deve essere effettuato trovano disciplina nell'allegato 2 alla suddetta DGR;

Atteso che con DGR n. 3-2433 del 1 dicembre 2020 ad oggetto "Modifica della DGR n. 1-2252 del 10 novembre 2020 recante Rimborso dei maggiori oneri per la prevenzione ed il controllo dell'infezione da Sars Cov-2 in strutture residenziali sociosanitarie e sanitarie per anziani non autosufficienti, disabili, minori, dipendenze patologiche e patologie psichiatriche. Proroga termini presentazione istanze", si è disposto, per le motivazioni contenute in tale provvedimento, di

sostituire l'allegato 2 della DGR n. 1-2252/2020 con un nuovo documento disciplinante la materia e si è demandato alla Direzione Sanità e Welfare il compito di adeguare il modulo di domanda già approvato con DD n. 1348 del 11 novembre 2020, al fine di allineare lo stesso con i contenuti di tale nuovo allegato;

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 1 – 4046 del 17 ottobre 2016.

IL DIRETTORE

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- Richiamata la L.R. n. 23/2008 s.m.i. Disciplina dell'organizzazione degli uffici regionali e disposizioni concernenti la dirigenza ed il personale;

determina

1. di sostituire il modello di richiesta di rimborso dei maggiori oneri per la prevenzione e il controllo dell'infezione da Sars-Cov-2 in strutture residenziali sociosanitarie e sanitarie per anziani non autosufficienti, disabili, minori, dipendenze patologiche e patologie psichiatriche già approvato con DD n. 1348 del 11 novembre 2020 con quello che si allega per costituire parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di disporre che le domande presentate sulla base del precedente modulo approvato con DD n. 1348 del 11 novembre 2020 debbano essere riformulate sulla base della nuova modulistica che si approva con il presente atto;
3. di disporre che le AASSLL provvedano alla definizione dei procedimenti derivanti dalla presentazione delle domande presentate ai sensi della DGR n. 1-2252/2020 e smi mediante formale provvedimento del Direttore Generale di ogni Azienda o altro soggetto delegato allo scopo. Ogni provvedimento dovrà ricomprendere l'elenco delle strutture beneficiarie, l'importo liquidato ed il totale per categorie di utenza (anziani non autosufficienti, disabili, minori, dipendenze patologiche, patologie psichiatriche). Detti provvedimenti dovranno essere inviati in un unico inoltro al settore Regole del SSR nei rapporti con i soggetti erogatori dopo la liquidazione della seconda tranche.

La presente determinazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art.

61 "Pubblicità degli atti amministrativi" dello Statuto e dell'art. 5 "Contenuto del Bollettino Ufficiale telematico" della l.r. 22/2010.

La Dirigente del Settore A1414C
Dr.ssa Tiziana Rossini
(Firmata Digitalmente)

IL DIRETTORE (A1400A - SANITA' E WELFARE)
Firmato digitalmente da Fabio Aimar

Si dichiara che sono parte integrante del presente provvedimento gli allegati riportati a seguire ¹,
archiviati come file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

1. DOMANDA_MODELLO_REV-3__01-12-2020.pdf

Allegato 

¹ L'impronta degli allegati rappresentata nel timbro digitale QRCode in elenco è quella dei file pre-esistenti alla firma digitale con cui è stato adottato il provvedimento

ALL'ASL DI COMPETENZA TERRITORIALE

DOMANDA DI RIMBORSO DELLA PERSONA GIURIDICA EROGATRICE DEI SERVIZI ASSISTENZIALI *(quelli resi da personale delle professioni sanitarie o di interesse sanitario)*

A. DATI IDENTIFICATIVI DELLA STRUTTURA RESIDENZIALE A CUI SI RIFERISCE LA RICHIESTA *(se l'istanza è indirizzata ad un'unica ASL e concerne più strutture, inserire un riquadro per ogni struttura)*

Codice fiscale:		Partita IVA:	
Tipo di struttura:		Area funzionale*:	
Denominazione struttura:			
Indirizzo struttura:			
CAP:	Comune:		Provincia:

* AREA FUNZIONALE: anziani non autosufficienti, disabili, minori, dipendenze patologiche, patologie psichiatriche

B. DATI IDENTIFICATIVI DELLA PERSONA GIURIDICA RICHIEDENTE

Codice fiscale:		Partita IVA:	
Denominazione:			
Forma giuridica:			
Forma giuridica (classificazione Istat)*:			
Codice attività prevalente:			
Indirizzo PEC (come risultante dal Registro delle imprese):			
Sede legale (via/corso/piazza):			
CAP:	Comune:		Provincia:

*Dato da inserire solo nel caso in cui la classificazione ISTAT sia diversa da quella del Registro imprese

C. DATI RELATIVI AL FIRMATARIO

Cognome:		Nome:	
Provincia di nascita:			
Comune (o Stato estero) di nascita:			
Data di nascita:		Codice fiscale:	
Tel:	Cellulare:	Email:	

Il/La sottoscritto/a, in qualità di

- rappresentante legale della persona giuridica richiedente
- delegato con poteri di rappresentanza della persona giuridica richiedente

consapevole delle responsabilità, anche penali, derivanti dal rilascio di dichiarazioni non veritiere, ai sensi degli articoli 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

PRESENTA DOMANDA DI RIMBORSO AI SENSI DELLA DGR 1-2252/2020 E SMI

CON RIGUARDO AL PERIODO

- 21.02/30.09.2020
- 01.10/31.12.2020

DICHIARA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DELL'ART. 47 DEL DPR N. 445/2000

CHE LA PERSONA GIURIDICA RICHIEDENTE

- è soggetta ad obbligo di iscrizione al Registro delle Imprese ed è iscritta in detto registro dal gg/mm/aaaa (sezione di iscrizione "imprese sociali")
 - non è soggetta ad obbligo di iscrizione al Registro delle Imprese
 - è soggetta ad obbligo di iscrizione nel Registro _____ (indicare il registro di iscrizione) ed è iscritta in detto Registro al n. _____ dal gg/mm/aaaa;
 - in relazione alla propria natura giuridica non è tenuta all'iscrizione in alcun registro;
- è regolarmente costituita con atto del gg/mm/aaaa
- è in stato di attività;
- ha sede principale o secondaria sul territorio nazionale;

- è nel pieno e libero esercizio dei propri diritti, non è in liquidazione volontaria e non è sottoposta a procedure concorsuali con finalità liquidatoria;

DICHIARA INOLTRE CHE

- i DPI oggetto della presente domanda di rimborso rispettano tutti i requisiti di sicurezza di cui alla vigente normativa;
- le spese oggetto della presente domanda di rimborso non sono oggetto di forme di rimborso o remunerazione ulteriori e diverse dagli sgravi contributivi ex art. 125 del D.L. 34/2020 legge di conversione 77/2020, e dai rimborsi ex art. 43, comma 1, del DL 18/2020, legge di conversione 27/2020;
- NON ha presentato domanda di contributo, erogato sotto forma di credito di imposta, ex art. 125 del D.L. 34/2020, legge di conversione 77/2020;

oppure

ha presentato domanda di contributo, erogato sotto forma di credito di imposta, ex art. 125 del D.L. 34/2020, legge di conversione 77/2020, per un importo di € _____ ed, in relazione a tale domanda, il contributo riconosciuto alla data di presentazione della presente è stato di € _____;

- NON ha presentato domanda di rimborso per l'acquisto di dispositivi di protezione individuale all'Agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa S.p.A. – Invitalia, ex art. 43, comma 1, del DL 18/2020, legge di conversione 27/2020;

oppure

ha presentato domanda di rimborso per l'acquisto di dispositivi di protezione individuale all'Agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa S.p.A. – Invitalia, ex art. 43, comma 1, del DL 18/2020, legge di conversione 27/2020, ed ha ottenuto un rimborso di € _____;

- il calcolo del tetto rimborsabile da parte dell'ASL a cui è rivolta l'istanza, calcolo di cui alla tabella n. 1, allegata alla presente richiesta di rimborso, è stato effettuato sulla base dei dati rilevati ai punti 1 e 2 della autocertificazione resa dal legale rappresentante della struttura (FAC – SIMILE allegato B);
- i dati, di cui si trasmette in allegato evidenza documentale, indicati nella tabella n. 2, allegata anch'essa alla presente richiesta di rimborso, sono conformi alla documentazione di spesa conservata in originale presso la sede legale/sede amministrativa/unità produttiva della persona giuridica richiedente il rimborso al seguente indirizzo _____;
- il quadro riepilogativo delle istanze presentate ai sensi della DGR n. 1-2252 del 10/11/2020 e smi è rappresentato nel prospetto di autoliquidazione di cui alla tabella n. 3, allegata alla presente richiesta di rimborso ed è conforme al vero;
- le spese oggetto della presente domanda di rimborso sono riferite a fatture che risultano pagate a saldo alla data della presente domanda, attraverso conti correnti intestati alla persona giuridica richiedente il

rimborso e con modalità che consentono la piena tracciabilità del pagamento e l'immediata riconducibilità dello stesso alla relativa fattura;

- i titoli di spesa oggetto della presente domanda di rimborso sono fiscalmente regolari;
- di avere preso visione dell' "Informativa sul trattamento dei dati personali", pubblicata nell'apposita sezione privacy del sito web dell'A.S.L., ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 e del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i.;
- di essere consapevole delle responsabilità, anche penali, derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci sulla base di una dichiarazione non veritiera, ai sensi degli articoli 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445;

CHIEDE

- il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di DPI, per un importo di euro _____ (quale risulta liquidabile dall'ASL e rilevabile dalla colonna (e) della tabella n. 3);
- che detto rimborso venga accreditato sul conto corrente:

Intestato a*:	
presso la Banca:	
Agenzia n.:	di:
via e n. civ.:	
IBAN:	

** Il conto corrente indicato ai fini dell'accredito del rimborso per le spese sostenute deve essere intestato alla persona giuridica richiedente.*

Il Legale rappresentante/delegato

Luogo e data

ALLEGATI

- tabelle 1, 2 e 3, debitamente compilate, datate e sottoscritte con firma digitale od autografa del richiedente
- documentazione di spesa (fatture relative agli acquisti di DPI e relative evidenze di pagamento)
- copia della richiesta presentata all'Agenzia delle Entrate per la concessione del contributo fiscale
- copia del riscontro dell'Agenzia delle entrate recante l'ammontare del credito ove concesso
- copia del riscontro di INVITALIA recante l'ammontare del rimborso ove concesso
- copia del documento di identità del dichiarante in corso di validità, in caso di sottoscrizione autografa
- dichiarazione del legale rappresentante della struttura (FAC – SIMILE allegato B),, una per ogni struttura a cui fa riferimento la domanda.

Tabella n. 1

TETTO RIMBORSABILE periodo 21/02/2020-30/09/2020 periodo 01/10/2020-31/12/2020

CALCOLO TETTO RIMBORSABILE RELATIVO ALL'ASL DESTINATARIA DELLA DOMANDA DI RIMBORSO

STRUTTURA*	Euro/die Rimborsabile (a)	Giornate assistenziali ospiti in convenzione (b)	Tetto max rimborsabile (d)=(a) x (b)	Percentuale assistenza erogata (e)	Tetto rimborsabile in base alla % di assistenza erogata (f)= (d)x(e)
TOTALE					

* indicare le strutture ricomprese nell'ambito territoriale dell'ASL destinataria della domanda di rimborso

Il Legale rappresentante/delegato

Luogo e data

(a) Importo rilevabile dalla tabella a) allegata alla DGR 1-2252 del 10/11/2020

(b) Importo rilevabile dal fac-simile B (dichiarazione del legale rappresentante della struttura) punto 1 della dichiarazione. Inserire per ogni struttura il valore TOTALE delle giornate assistenziali erogate ad ospiti in convenzione. Le giornate assistenziali sono da intendersi come quelle di effettiva presenza dell'ospite.

(e) Laddove i servizi erogati da personale delle professioni sanitarie o di interesse sanitario facciano capo a più persone giuridiche il rimborso concesso deve essere ridefinito in misura proporzionale all'entità dell'apporto di ciascuno¹. I dati relativi alla percentuale di spettanza di ciascuno si rilevano dal fac – simile B, punto 2 della dichiarazione.

¹ Ad esempio: nel caso di una RSA anziani, qualora l'ente gestore abbia appaltato il 10% delle attività di assistenza, il rimborso dovrà essere calcolato nel seguente modo:
 Rimborso per Ente gestore:
 max € _____die/posto letto x _____ giornata di assistenza ospiti in convenzione periodo 21.02/30.09.2020; 01.10/31.12.2020 x 90%
 Rimborso per appaltatore:
 max € _____die/posto letto x _____ giornata di assistenza ospiti in convenzione periodo 21.02/30.09.2020; 01.10/31.12.2020 x 10%

Tabella n. 2

ELENCO DEI TITOLI DI SPESA

PERIODO 21/02/2020-30/09/2020

PERIODO 01/10/2020-31/12/2020

NEL CASO IN CUI LA FATTURA SIA STATA PRESENTATA A PIU' ASL PER OTTENERE IL RIMBORSO INDICARE LA QUOTA IMPONIBILE/DPI DI CUI SI CHIEDE IL RIMBORSO AD OGNI SINGOLA ASL

(i titoli di spesa inseriti devono necessariamente essere quietanzati alla data di presentazione dell'istanza)

ID FAT	Denominazione fornitore	C.F. fornitore	n. fattura	Data fattura	Imponibile fattura (in euro)	DI CUI	Imponibile DPI di cui si RICHIEDE il rimborso all' ASL di _____ (in euro)	Imponibile DPI di cui si RICHIEDE il rimborso all' ASL di _____ (in euro)	Imponibile DPI di cui si RICHIEDE il rimborso all' ASL di _____ (in euro)	Imponibile DPI di cui si RICHIEDE il rimborso all' ASL di _____ (in euro)
						Imponibile per DPI (in euro)				
FAT_1										
FAT_2										
FAT_3										
FAT_4										
FAT_N										
							TOTALE			

N.B. il riparto tra le AA.SS.LL. degli imponibili per DPI delle fatture, va fatto con riguardo a tutte le strutture afferenti all'ambito territoriale di una medesima ASL presso cui il richiedente il rimborso presta servizi assistenziali, tenuto conto degli scarichi di magazzino

L'IMPONIBILE DI CUI SI RICHIEDE IL RIMBORSO POTRA' ESSERE SOLO QUELLO RELATIVO AI DPI COME DEFINITI NEL PUNTO 2 DALL'ALLEGATO 2 ALLA DGR 1-2252/2020

Luogo e data

Il Legale rappresentante/delegato

AUTOLIQUIDAZIONE

 periodo 21/02/2020-30/09/2020 periodo 01/10/2020-31/12/2020Tabella
n. 3

ASL Indicare tutte le AASSLL a cui si è richiesto il rimborso	RIMBORSO RICHIESTO (a) (in euro)	TETTO RIMBORSABILE (b) (in euro)	IMPORTO DOVUTO DALL'ASL (c) (in euro)	IMPORTO DA DETRARRE ALL'ASL credito d'imposta (α) + contributo Invalitalia (β) (d) (in euro)	IMPORTO LIQUIDABILE DALL'ASL (e)= (c)-(d) (in euro)

CALCOLO DELL'IMPORTO
DA PORTARE IN
DETRAZIONE (in euro)

Credito d'imposta (α)	
Contributo Invalitalia (β)	
TOT. da dedurre in colonna(d)	

(α) IL CREDITO DI IMPOSTA DA PORTARE IN DETRAZIONE VA CALCOLATO NELLA MISURA DEL 28,296% DEL TOTALE DELLE SPESE PER CUI ESSO È STATO RICHIESTO EX ART. 125 DL 34/2020. Es. se si è richiesto un credito d'imposta per DPI per il valore massimo ammesso di 100.000,00 € il valore da indicare è di 28.296,00 €

Il Legale rappresentante/delegato

Luogo e data

(a) al massimo potrà essere richiesto il rimborso dell'importo imponibile, riferito ai DPI, delle fatture presentate a corredo dell'istanza o quota parte di esso se ripartito tra più ASL, quale risultante dalle ultime colonne della tabella 2 (valore totale)

(b) valore calcolato in tabella 1, ultima colonna (f)

(c) Il minor valore tra il tetto del rimborso concedibile – di cui alla colonna (b) - e il valore della spesa richiesta a titolo di rimborso – di cui alla colonna (a)

(d) Per quanto concerne il beneficio fiscale dell'Agenzia delle Entrate, portare in detrazione nella prima tranche un valore pari **28,296% del totale delle spese per le quali si è richiesto il credito con riguardo all'art. 125 del D.L. 34/2020**

Tale importo è dedotto **salvo successivo conguaglio a debito o a credito a seconda della percentuale effettivamente riconosciuta** dall'Agenzia delle entrate. Ovvero ove il credito di imposta non dovesse essere riconosciuto nella misura attesa sopra indicata ma in misura inferiore il richiedente il rimborso potrà presentare all'ASL tenuta al rimborso dell'importo più elevato istanza di conguaglio della differenza tra il detratto a tale titolo ed il riconosciuto dall'Agenzia delle Entrate. In caso di rifinanziamento della misura di cui all'art. 125 del DL 34/2020 e di riconoscimento a titolo di sgravio contributivo di un importo maggiore rispetto a quello detratto a tale titolo, il richiedente il rimborso dovrà restituire le maggiori somme ricevute all'ASL tenuta al rimborso dell'importo più elevato.

Nel caso in cui l'istanza di rimborso sia stata presentata a più AA.SS.LL. l'importo corrispondente alla somma dei benefici previsti dall'Agenzia delle Entrate ed ottenuti da Invalitalia deve essere detratto dall'ASL tenuta al rimborso dell'importo più elevato; laddove il beneficio fiscale/contributo sia superiore all'importo liquidabile si deve procedere alla decurtazione del valore residuo dall'importo dovuto dall'ASL che tra quelle rimanenti è tenuta al rimborso dell'importo più elevato, e così via. Eventuali ulteriori residui vanno decurtati dal dovuto nella seconda tranche.

Fac simile B

DICHIARAZIONE DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA STRUTTURA (titolare dell'autorizzazione al funzionamento)

N.B. questo fac simile deve essere sempre essere presente in allegato all'istanza e, nel caso in cui la domanda faccia riferimento a più strutture, deve essere compilato un modello per ogni struttura

A. DATI IDENTIFICATIVI DELLA STRUTTURA RESIDENZIALE A CUI SI RIFERISCE LA RICHIESTA

Codice fiscale:		Partita IVA:	
Tipo di struttura:		Area funzionale*:	
Denominazione struttura:			
Indirizzo struttura:			
CAP:	Comune:		Provincia:

* AREA FUNZIONALE: anziani non autosufficienti, disabili, minori, dipendenze patologiche, patologie psichiatriche

B. DATI IDENTIFICATIVI GESTORE DELLA STRUTTURA (titolare dell'autorizzazione al funzionamento)

Codice fiscale:		Partita IVA:	
Denominazione:			
Forma giuridica:			
Forma giuridica (classificazione Istat)*:			
Codice attività prevalente:			
Indirizzo PEC:			
Sede legale (via/corso/piazza):			
CAP:	Comune:		Provincia:

*Dato da inserire solo nel caso in cui la classificazione ISTAT sia diversa da quella del Registro imprese

2. l'attività assistenziale del personale delle professioni sanitarie o di interesse sanitario prevista dai requisiti minimi gestionali è erogata da:

PERSONA GIURIDICA	% DI APPORTO ASSISTENZIALE

Laddove i servizi erogati da personale delle professioni sanitarie o di interesse sanitario facciano capo a più persone giuridiche, indicare in termini percentuali l'entità dell'apporto di ciascuno. Laddove vi sia un unico erogatore di tale tipologia di servizi indicare la persona giuridica che li eroga ed il valore corrispondente nella misura del 100%

Il Legale rappresentante/delegato

Luogo e data

ALLEGATI

- copia del documento di identità del dichiarante in corso di validità, in caso di sottoscrizione autografa

Suggerimenti per la compilazione.

Per poter procedere all'autoliquidazione è fondamentale disporre dei dati necessari.

1. richiedere al legale rappresentante della struttura il rilascio del fac-simile B da cui si rilevano i dati necessari per la compilazione della tabella n. 1. Se a formulare l'istanza di rimborso è il legale rappresentante della struttura questi dovrà compilare sia il fac-simile A che il fac simile B
2. secondo passaggio compilare la tabella n. 1
3. successivamente compilare la tabella n. 2 in cui dovranno essere ripartiti i valori imponibili delle fatture relative ai DPI tra le varie AA.SS.LL. in cui sono ubicate le strutture presso le quali colui che formula l'istanza eroga servizi assistenziali. Il riparto di tale valore imponibile dovrà avvenire sulla base dei propri scarichi di magazzino. Risulta evidente che la ripartizione tra più ASL non si rende necessaria quando l'attività è svolta presso un'unica struttura o presso più strutture della medesima ASL
4. si può ora procedere alla compilazione della tabella n. 3 di autoliquidazione dell'importo dovuto dall'ASL a cui si formula la richiesta di rimborso potendo rilevare gli elementi a tal fine necessari dalle tabelle 1 e 2.