



Regione Campania  
Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 24/4/2010)

DECRETO N. 35 DEL 02.06.2010

Rif. punto d) delibera del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010

**OGGETTO: Definizione per l'esercizio 2010 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale**

PREMESSO:

- che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- che l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: *"Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale. E' fatta salva la possibilità per la regione di presentare un nuovo piano di rientro ai sensi della disciplina recata dal presente articolo. A seguito dell'approvazione del nuovo piano cessano i commissariamenti, secondo i tempi e le procedure definiti nel medesimo piano per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale"*;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 15 ottobre 2009 il Governo ha nominato il prof. Giuseppe Zuccatelli sub commissario ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di Rientro;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario *ad acta* per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 1, comma 88, della legge n. 191/09;
- che con decreto commissariale n. 25 del 13 aprile 2010 è stato adottato il Programma operativo di cui al summenzionato art. 1, comma 88 legge n. 191/2010;
- che lo stesso decreto n. 25 / 2010 prevede nel Programma Operativo n. 1, denominato *"Assistenza sanitaria da privati convenzionati"*, la definizione dei limiti di spesa e la stipula dei



## Regione Campania

### Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del

Piano di rientro del settore sanitario

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 24/4/2010)

contratti con i soggetti privati per regolare l'erogazione delle prestazioni sanitarie nell'intero esercizio 2010;

- che fra gli *acta* della delibera del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010, alla lettera d) è richiamata la *"definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l'attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"*;

#### CONSIDERATO

- che con delibera della Giunta Regionale n. 1269 del 16 luglio 2009, modificata dai decreti del Presidente Commissario ad Acta n. 3 del 30.9.09 e n. 10 del 12.11.09, sono stati fissati, in conformità al Piano di Rientro dal Disavanzo Sanitario, i limiti di spesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private negli esercizi 2009 e 2010, esposti nell'allegato n. 3 alla DGRC n. 1269/09;
- che con decreto commissariale n. 16 del 9 dicembre 2009 è stata approvata una tabella contenente i limiti di spesa 2010 per l'assistenza specialistica ambulatoriale, suddivisi per ASL e per branca, con l'indicazione che modifiche rispetto a quanto stabilito nella stessa tabella sarebbero state possibili solo entro i limiti del tetto complessivo di macroarea;
- che con il medesimo decreto n. 16 si formalizzava l'invito ai Commissari straordinari delle AASSLL - già disposto con nota circolare del 27.11.09 - di formulare proposte di budget di struttura per i singoli operatori privati;
- che, tuttavia, si è verificato che la definizione di limiti di spesa per singola struttura, non suscettibili di ingenerare ulteriore contenzioso, richiede ulteriori approfondimenti istruttori, in considerazione delle seguenti criticità:
  - in diverse ASL sono ancora in fase di completamento i controlli sul fatturato dell'esercizio 2009 dei singoli centri privati, al netto degli abbattimenti per:
    - superamento delle Capacità Operative Massime (COM), proprie di ciascun centro privato;
    - superamento del limite del 10% alla possibilità di incrementare il proprio fatturato rispetto all'anno precedente;
    - superamento del limite del 10% alla possibilità di incrementare il valore medio delle prestazioni erogate, rispetto a quello contrattualmente prefissato;
  - sussistono contenziosi con diversi centri privati in merito al riconoscimento del diritto ad erogare prestazioni a carico del servizio sanitario regionale e/o in merito al riconoscimento di Capacità Operative Massime maggiori rispetto a quelle finora riconosciute dalla ASI, in cui operano tali centri;
  - è ancora da definire, all'esito di tutti i controlli sopra accennati, la conseguente ripartizione tra i singoli centri privati delle regressioni tariffarie necessarie per assicurare il rispetto dei



## Regione Campania

### Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del

Piano di rientro del settore sanitario

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 24/4/2010)

limiti di spesa imposti per l'esercizio 2009 dai provvedimenti regionali (DGRC n. 1269/09 e s.m.i.):

- l'elevato numero delle strutture eroganti prestazioni di specialistica ambulatoriale rende, per i motivi sopra esposti, oltremodo lunghe e complesse le operazioni di corretta definizione dei dati su cui la Regione potrà basare la corretta attribuzione di tetti individuali a ciascuna struttura privata;

#### RITENUTO

- che la definizione dei limiti di spesa per l'esercizio 2010 sia non più procrastinabile, anche per consentire alle strutture private di programmare la propria attività, distribuendo l'erogazione delle prestazioni in modo omogeneo nel corso dell'intero anno solare;
- che sia, quindi, necessario procedere anche per l'esercizio 2010 alla attribuzione di limiti di spesa per ASL e macroarea, utilizzando le modalità di definizione dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli operatori privati già stabilite per l'esercizio 2008 dalla DGRC n. 1268/08 e per l'esercizio 2009 dalla DGRC n. 1269/09 (e s.m.i.); in particolare, si richiama la DGRC n. 1268/09 laddove dispone che:

*"... la Regione, sulla base della valutazione di diversi fattori (spesa storica, quota capitolaria, fabbisogno di assistenza sanitaria formulato dalla ASL, composizione delle prestazioni erogate in ciascuna ASL per residenza del paziente) stabilisce:*

- A. un limite di spesa per le prestazioni erogate dai centri privati operanti nel suo territorio ai propri residenti;*
- B. un limite di spesa per le prestazioni erogate ai propri residenti dai centri privati operanti nel territorio di altre ASL;*
- C. un limite di spesa per le prestazioni erogate dai centri privati operanti nel suo territorio ai residenti di altre ASL ...;*

*i limiti di spesa sub A) e sub B) sono quelli sui quali la ASL definisce la programmazione sanitaria per i propri assistiti ed assegna gli obiettivi ai propri medici prescrittori;*

*i limiti di spesa sub A) e sub C) sono quelli che la ASL assegna ai propri centri privati e sui quali stipula i contratti di acquisto delle prestazioni sanitarie, con la previsione delle conseguenti eventuali regressioni tariffarie;*

*il meccanismo di calcolo della Regressione Tariffaria Unica (R.T.U) di cui alla DGRC n. 2157/05 viene di conseguenza modificato, come esposto nell'allegato C) ...";*

- che per l'esercizio 2010 si applicheranno, quindi, tutte le condizioni stabilite dalle DGRC n. 1268/08 e n. 1269/09 e s.m.i., con la ulteriore specificazione del limite di spesa per ciascuna branca specialistica, introdotta nel sopra citato decreto n. 16 del 9 dicembre 2009 e stabilita definitivamente negli importi per ASL e per branca esposti nell'allegato n. 2 al presente decreto;



## Regione Campania

### Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del

Piano di rientro del settore sanitario

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 24/4/2010)

#### VISTI

- il decreto commissariale n. 19 del 30 dicembre 2009, con il quale il Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario ha stabilito i limiti di spesa per il primo trimestre 2010 per l'assistenza specialistica ambulatoriale esterna;
- il decreto commissariale n. 2 del 18.01.2010, che – per il contratto relativo al primo trimestre 2010 - ha stabilito ulteriori adattamenti agli schemi contrattuali allegati alla DGRC n. 1269/09, già modificati dai sopra citati decreti commissariali n. 3 del 30 settembre 2009 e n. 10 del 12 novembre 2009;
- il decreto commissariale n. 9 del 12 marzo 2010 con il quale si è disposto che *“... per la macroarea della specialistica ambulatoriale, l'eventuale sfioramento dell'importo stanziato sarà valutato unitamente con il fatturato degli ulteriori nove mesi del 2010 per la verifica del rispetto del budget annuale, fermo restando che l'ASL competente non pagherà per il primo trimestre un importo maggiore di quello contrattualmente stabilito ...”*;
- che risulta, pertanto, opportuno stabilire che la disciplina dei limiti di spesa 2010 recata dal presente decreto riguarda l'intero esercizio 2010 ed assorbe in sé e sostituisce quella del contratto interinale relativo al primo trimestre 2010;
- che, peraltro, lo schema di contratto allegato alla DGRC n. 1269/09 e s.m.i., utilizzato per regolare i limiti di spesa nel primo trimestre 2010 ai sensi dei sopra citati decreti, prevede espressamente che il contratto sarà adeguato alle eventuali modifiche degli atti regionali di regolazione dei limiti di spesa 2010, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso;

#### CONSIDERATO

- che i limiti di spesa assegnati dal presente decreto a ciascuna ASL hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del SSN, in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente verificare prima della stipula del contratto allegato al presente decreto, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo di spesa prefissato dal presente decreto;
- che le maggiori variazioni della ripartizione tra le diverse branche dell'assistenza specialistica dei limiti di spesa per l'esercizio 2010, fissata nell'allegato n. 2 al presente decreto, rispetto alla ripartizione per l'esercizio 2009 (esposta in allegato al decreto commissariale n. 10/2009), consistono:
  - a) nella riduzione delle prestazioni di fisiokinesiterapia ex art. 44, con un corrispondente incremento, soprattutto, delle prestazioni dell'area radiologica (radiologia, medicina nucleare e radioterapia);



## *Regione Campania*

### *Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario*

*(Deliberazione Consiglio dei Ministri 24/4/2010)*

- b) nella definizione di un limite di spesa separato per le prestazioni di dialisi, comprendente anche quelle finora effettuate in assistenza indiretta:
- che, riguardo alla riduzione delle prestazioni di fisiokinesiterapia ex art. 44, già nel corso del 2009 la Giunta regionale con deliberazione n. 1273 del 16 luglio 2009, in attuazione degli obblighi di contenimento dei costi fissati nel Piano di Rientro, ha proceduto ad una riduzione del costo di questa branca di circa il 10%, inserendo la laserterapia antalgica, l'elettroterapia antalgica e la ultrasuonoterapia tra le prestazioni di cui all'allegato 2A al DPCM 29 novembre 2001 e, quindi, escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza e non più a carico del sistema sanitario regionale;
  - che la ulteriore riduzione delle prestazioni di fisiokinesiterapia ex art. 44, erogata con oneri a carico del servizio sanitario pubblico, sarà ottenuta attraverso la puntuale applicazione delle linee guida regionali (DGRC n. 482/2004), modificate ed integrate da apposito decreto commissariale in corso di emissione, che prevede importanti perfezionamenti nel procedimento di prescrizione, e responsabilizza fortemente le Unità Operative di Riabilitazione e – in generale – i medici prescrittori sul rispetto dei previsti limiti di prescrivibilità delle prestazioni di medicina fisica e riabilitazione, nonché della congruità della spesa in termini quantitativi e qualitativi;
  - che il maggiore incremento, attribuito alle branche dell'area radiologica (radiologia, medicina nucleare e radioterapia), corrisponde ad una effettiva esigenza di incremento nella disponibilità di tali prestazioni, più volte rappresentata dalle ASL;
  - che la branca della dialisi è interessata da un profondo processo di razionalizzazione, connesso al passaggio della quasi totalità delle strutture private dal regime dell'assistenza indiretta a quello dell'accreditamento istituzionale;
  - che a tal fine il decreto commissariale n. 5 del 4 febbraio 2010, nel sospendere le procedure di accreditamento istituzionale per tutte le strutture eroganti prestazioni sanitarie, ha escluso da tale divieto le strutture che erogano prestazioni di dialisi;
  - che, successivamente, la nota circolare del sub Commissario ad acta prot. n. 172 del 17 febbraio 2010, nelle more del completamento del processo di accreditamento delle strutture di dialisi, ha chiarito che le AASSLL possono accettare dalle strutture istanti autocertificazioni attestanti il possesso dei requisiti richiesti dalla normativa regionale per l'accreditamento istituzionale;
  - che risulta opportuno, al fine di avviare immediatamente l'operatività dei centri di dialisi nel quadro istituzionale del temporaneo accreditamento e dei relativi contratti (di cui agli art. 8-quater e 8-quinquies del Dlgs 229/09), stabilire che:
    - le strutture di dialisi in regime di autocertificazione devono stipulare con le ASL competenti per territorio il contratto relativo alle prestazioni erogate nell'esercizio 2010, secondo lo schema allegato A/2 al presente decreto ed in base al fabbisogno individuato nell'allegato n. 2, colonna H);



Regione Campania

Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del

Piano di rientro del settore sanitario

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 24/4/2010)

- le ASL devono mettere a disposizione della branca di dialisi l'intero importo della spesa storica per rimborso di tali prestazioni in assistenza indiretta, che corrisponde sostanzialmente al suddetto fabbisogno;
- la tariffa applicata alle strutture private che continuano ad operare in regime di assistenza indiretta, dal 1 giugno 2010 è decurtata del 15%, ferma restando l'esigenza di approfonditi controlli della ASL competente sulla qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate in regime di assistenza indiretta;

#### RITENUTO

- che le ASL sono tenute ad assegnare ai medici prescrittori interni e/o convenzionati il budget delle prestazioni di specialistica ambulatoriale sulla base degli importi definiti per l'esercizio 2010 per ciascuna ASL, rispettivamente, negli allegati n. 1 (colonna D) e n. 2 al presente decreto; nell'ambito della assegnazione del budget e del successivo controllo di applicazione dello stesso, le ASL devono porre la massima attenzione alla appropriatezza delle prescrizioni ed al rispetto delle linee guida regionali, anche al fine di contenere i costi nei limiti programmati;
- che è interesse dell'amministrazione garantire la distribuzione temporale delle prestazioni in corso d'anno in modo il più possibile omogeneo, al fine di evitare che il precoce esaurimento dei limiti di spesa possa compromettere il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- che, a tal fine, l'indirizzo, più volte affermato dalla giurisprudenza amministrativa (v. TAR Campania, Sezione I, sentenze 16592/2007 e 3821/2008; Consiglio di Stato, Sezione V, sentenza n. 3904/2009) secondo il quale la verifica del rispetto della C.O.M. su base annua (anziché mensile, o settimanale, o giornaliera) è maggiormente idonea "... a garantire gli equilibri di gestione di una struttura sanitaria, salvaguardandone l'attività da conseguenze derivanti da eventuali ed improvviso aumenti della domanda di prestazioni, evitandone viceversa la caduta nei periodi di forzata sospensione dell'attività lavorativa ...", deve essere temperato con l'interesse generale a che, nell'ambito dei limiti di spesa programmati, i centri privati che erogano prestazioni pubbliche riservino almeno in parte il budget annuale all'esigenza di assicurare la continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate;
- che anche a tal fine le ASL comunicheranno a ciascun centro privato con lettera raccomandata A.R. (o a mezzo PEC - Posta Elettronica Certificata, secondo accordi da definire a livello locale tra la ASL e gli operatori stessi):
  - la percentuale consuntiva di consumo del limite di spesa stabilito per ciascuna branca;
  - la data prevedibile di raggiungimento del 100% di consumo del limite di spesa (in base alla proiezione lineare dei dati consuntivi), nonché la data consuntiva di raggiungimento di detto limite;

le suddette comunicazioni dovranno essere effettuate dalla ASL secondo il seguente calendario:



## Regione Campania

### Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del*

*Piano di rientro del settore sanitario*

*(Deliberazione Consiglio dei Ministri 24/4/2010)*

- entro il 15 giugno 2010 con riferimento al consuntivo delle prestazioni erogate al 30 aprile 2010, e conseguenti proiezioni a finire;
  - entro il 31 luglio 2010 con riferimento al consuntivo delle prestazioni erogate al 30 giugno 2010, e conseguenti proiezioni a finire;
  - entro il 31 ottobre 2010 con riferimento al consuntivo delle prestazioni erogate al 30 settembre 2010, e conseguenti proiezioni a finire;
  - entro il 30 novembre 2010 con riferimento al consuntivo delle prestazioni erogate al 31 ottobre 2010, e conseguenti proiezioni a finire;
- che, ai fini della remunerazione delle prestazioni subito prima e dopo l'eventuale superamento del limite di spesa stabilito per i centri privati a livello di ASL / branca, si applicherà la seguente regola:
- qualora l'esaurimento del limite di spesa si verifichi a consuntivo prima della data prevista nell'ultima comunicazione della ASL, a tutte le prestazioni di quella ASL / branca erogate dall'inizio dell'anno fino alla suddetta data prevista di esaurimento del limite di spesa, si applicherà la regressione tariffaria di cui all'allegato C) alla DGRC n. 1268/08, in modo da far rientrare la spesa nei limiti prefissati: mentre nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data prevista di esaurimento del limite di spesa;
  - qualora l'esaurimento del limite di spesa si verifichi a consuntivo in una data successiva rispetto all'ultima data di previsione di esaurimento del limite di spesa comunicata dalla ASL, nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data consuntiva di esaurimento del limite di spesa;

### CONSIDERATO

- che le prestazioni delle branche di dialisi e di radioterapia possono essere considerate, per loro natura, a minor rischio di non appropriatezza ed indispensabili (ed. prestazioni "salvavita"), limitatamente a tali branche si stabilisce che:
- eventuali superamenti della spesa per l'esercizio 2010, fissata dal presente decreto, fatte salve le valutazioni ed i controlli di tipo clinico - epidemiologico e di appropriatezza, che dovranno essere effettuati correntemente dalle ASL, durante l'anno solare, ed essere completati entro il 31 marzo 2011, saranno remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato;
  - a tal fine, le ASL nelle quali si dovesse profilare in corso d'anno il superamento della spesa prefissata per dialisi e/o radioterapia, dovranno stipulare con i centri privati operanti sul proprio territorio appositi accordi integrativi, quantificando il fabbisogno aggiuntivo, tenuto conto della eventuale disponibilità di prestazioni erogabili presso centri pubblici dello stesso territorio;



## Regione Campania

### Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del*

*Piano di rientro del settore sanitario*

*(Deliberazione Consiglio dei Ministri 24/4/2010)*

- che, in attesa di una più organica definizione delle tariffe per le prestazioni di dialisi, dall'esercizio 2010 è sospeso l'adeguamento annuale automatico al tasso effettivo di inflazione, stabilito dalla sopra richiamata DGRC n. 3467/2003;

#### RITENUTO

- che, al fine di pervenire alla definizione dei tetti di spesa per singola struttura da applicarsi a decorrere dal 1 gennaio 2011, sia necessario costituire un gruppo di lavoro permanente presso l'Assessorato alla Sanità, costituito da:
  - un referente appositamente nominato da ciascuna ASL;
  - dall'Agenzia Regionale per la Sanità;
  - dai Coordinatori delle AGC 19 – Piano Sanitario Regionale e 20 - Assistenza Sanitaria;
  - da un delegato della struttura del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro;

con il compito di individuare il fabbisogno appropriato per l'esercizio 2011 per ciascuna ASL e per ciascuna branca specialistica, e la quantità e la tipologia di prestazioni e la correlata spesa massima che saranno oggetto dei contratti che saranno stipulati per l'esercizio 2011 con i singoli centri privati;

- che il suddetto gruppo di lavoro sarà nominato entro 15 gg. dal Presidente commissario ad acta con proprio decreto e dovrà svolgere la propria attività, compresa l'elaborazione della bozza di provvedimento regionale e dei relativi schemi di contratto con gli operatori privati, entro il 31 ottobre 2010;
- che il gruppo di lavoro svolgerà i compiti ad esso assegnati anche attraverso l'audizione delle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative;
- che l'attività dei componenti il gruppo di lavoro rientra nei normali doveri d'ufficio ed è, quindi, priva di remunerazione aggiuntiva e/o di rimborsi spese aggiuntivi rispetto a quelli ordinariamente disposti dalle amministrazioni di appartenenza;

#### RITENUTO, inoltre,

- che sia necessario ed opportuno assicurare il monitoraggio ed, eventualmente, l'adeguamento in corso d'anno del numero di prestazioni e, quindi, del valore medio delle prestazioni, che le ASL stabiliranno per ogni branca specialistica in applicazione del presente decreto;
- che l'adeguamento del valore medio delle prestazioni in corso d'anno è specificamente previsto dal comma 1 dell'art. 8 degli allegati schemi di protocollo con le Associazioni e di contratto con i singoli centri privati;
- che, al fine di assicurare uniformità di indirizzi e di comportamenti, nonché di utilizzare lo strumento del valore medio delle prestazioni per migliorarne il livello di appropriatezza e di efficienza, il gruppo di lavoro che sarà costituito ai sensi del precedente ritenuto provvederà a specifiche verifiche ed approfondimenti sull'argomento, anche attraverso incontri con le



*Regione Campania*

*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del*

*Piano di rientro del settore sanitario*

*(Deliberazione Consiglio dei Ministri 24/4/2010)*

Associazioni di categoria interessate, fornendo indirizzi alle ASL e proponendo eventuali correzioni, che potranno essere oggetto di appositi provvedimenti regionali;

#### DATO ATTO

- che per tutto quanto non precisato e/o modificato dal presente decreto si applicano le disposizioni recate dalle delibere della Giunta Regionale in materia di limiti di spesa dei centri privati con riferimento, in particolare, alle DGRC n. 1268/08 e n. 1269/09 e s.m.i.:

#### DECRETA

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

1. Le premesse e gli allegati formano parte integrante e sostanziale del presente decreto.
2. Di stabilire che per l'esercizio 2010 ai centri privati che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale, accreditati o provvisoriamente / temporaneamente accreditati, si applicano i limiti di spesa fissati negli allegati n. 1 e n. 2 al presente decreto, con le modalità, prescrizioni e condizioni tutte specificate nel presente decreto.
3. Di stabilire che il presente decreto sarà immediatamente notificato alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste, a tutte le Associazioni di categoria ed a tutti ai centri privati che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale, accreditati o provvisoriamente / temporaneamente accreditati.
4. Di stabilire che Aziende Sanitarie Locali, ai fini dei contratti relativi all'esercizio 2010 utilizzeranno lo schema di protocollo d'intesa con le Associazioni di Categoria allegato A1 e lo schema di contratto allegato A2 al presente decreto, stipulando i relativi contratti entro otto giorni dalla notifica del presente decreto e, comunque, entro il 28 giugno 2010.
5. Di precisare che le strutture sanitarie private che non sottoscrivano il contratto di cui al comma precedente, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale così formulata dalla ASL competente - fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria - saranno prive di contratto e, pertanto, per tali strutture dal 1 giugno 2010 cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-*quinquies*, comma 2 *quinquies*, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-*quinquies* dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008). In caso di contenzioso, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza le somme eventualmente spettanti al centro ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso.



## Regione Campania

### Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 24/4/2010)

- e n. 2 al presente decreto, ponendo la massima attenzione, nell'ambito della assegnazione del budget e del successivo controllo di applicazione dello stesso, all'appropriatezza delle prescrizioni ed al rispetto delle linee guida regionali, anche al fine di contenere i costi nei limiti programmati. A tal fine, le ASL sono impegnate a produrre alla struttura di supporto del Commissario ad acta idonea documentazione, comprovante l'attuazione del presente disposto.
10. Di precisare che alle prestazioni di dialisi erogate in Campania dai centri provvisoriamente o temporaneamente accreditati, di cui ai codici da 39.95.1 a 39.95.9 esposti nell'allegato n. 11 alla DGRC n. 1269 del 16 luglio 2009, pubblicato sul BURC n. 48 del 3 agosto 2009 (fermo restando i requisiti specificati dalla lettera H associata ad alcune di tali prestazioni nel DM Sanità 22 luglio 1996), dal 1 gennaio 2009 si applica la tariffa di € 176,98= per prestazione, al netto dello sconto specificato nel suddetto allegato n. 11 alla DGRC n. 1269/09. Mentre alle strutture operanti in regime di assistenza indiretta dal 1 giugno 2010 si applica la suddetta tariffa di € 176,98= decurtata del 15% (pari ad € 150,43=).
  11. Di stabilire che in attesa di una più organica definizione delle tariffe per le prestazioni di dialisi, dall'esercizio 2010 è sospeso l'adeguamento annuale automatico al tasso effettivo di inflazione, stabilito dalla DGRC n. 3-467/2003.
  12. Di dare mandato al Presidente Commissario ad acta affinché istituisca apposito gruppo di lavoro congiunto ASL / Regione / ARSAN con i compiti e le modalità delineate in premessa.
  13. Di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di competenza, alle AA.GG.CC. "Piano Sanitario Regionale", "Assistenza Sanitaria", "Gabinetto Presidente della Giunta Regionale", ed al Settore "Stampa e Documentazione" per la pubblicazione sul BURC.

Il Sub-Commissario  
Dott. Giuseppe Zuccatelli

Il Coordinatore dell'A.G.C. 19  
Dott. Albino D'Ascoli

Il Coordinatore dell'A.G.C. 20  
Dott. Mario

Il Dirigente del Servizio  
Economico Finanziario  
Dott. G. F. Ghidelli

Il Commissario ad Acta

Stefano Caldoro

# ALLEGATO n. 1

## Programmazione 2010

### Obiettivo: Assistenza Specialistica Esterna da Privati escluso dialisi (1)

Euro Mgl	(+)	(+)	(+)	(=)	(-)	(+)	(=)
<b>2010</b>	<b>(A)</b>	<b>(B)</b>	<b>(C)</b>	<b>(D)</b>	<b>(E)</b>	<b>(F)</b>	<b>(G)</b>
Importi netto ticket e sconto ex art. 1 comma 796 lettera o) della legge 296 del 27/12/06	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità Passiva intra Regione	Budget Residenti extra Regione	Budget Dipartimenti e Medici Prescrittori	Budget Mobilità Passiva intra Regione	Budget Mobilità Attiva intra Regione	Tetto di Spesa
ASL Avellino	18.882	7.875	369	27.126	7.875	5.184	24.435
ASL Benevento	13.326	3.144	117	16.587	3.144	2.342	15.785
ASL Caserta	64.659	10.067	1.512	76.238	10.067	8.279	74.450
ASL Napoli 1 Centro	82.263	18.471	3.211	103.945	18.471	34.169	119.643
ASL Napoli 2 Nord	64.541	21.060	238	85.839	21.060	21.271	86.050
ASL Napoli 3 Sud	62.175	22.622	114	84.911	22.622	14.536	76.825
ASL Salerno	64.466	8.591	613	73.670	8.591	6.049	71.128
<b>TOTALE</b>	<b>370.312</b>	<b>91.830</b>	<b>6.174</b>	<b>468.316</b>	<b>91.830</b>	<b>91.830</b>	<b>468.316</b>

(1) Prestazioni di Assistenza Specialistica ambulatoriale - compresa FKT ed esclusi i SUMAI - erogate da Centri privati e Case di Cura private, esclusa la Radioterapia Sterotassica di Agropoli, gli Ospedali Classificati e l'Istituto S.Maria della Pietà di Casoria dei Padri Camilliani; e, inoltre escluso per € 4.837.000 il costo delle prestazioni di dialisi svolte nel 2008 in rapporto di accreditamento provvisorio. Importi netto ticket e sconto ex art. 1 comma 796 lettera o) della legge 296 del 27/12/06

# ALLEGATO n. 2

## Programmazione 2010

### Obiettivo: Assistenza Specialistica Esterna da Privati (1)

Euro Mgl	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)	(H)
Importi netto ticket e sconto ex art. 1 comma 796 lettera o) della legge 296 del 27/12/06	Diabetologia	Branche a visita	Cardiologia	FKT ex art. 44	Patologia clinica (Laboratorio)	Medicina Nucleare	Radiologia	Radioterapia	Tetto di Spesa 2010 esclusa dialisi (2)	Fabbisogno 2010 per dialisi (3)
ASL Avellino	1.800	55	550	2.180	15.400	1.050	3.400	0	24.435	9.428
ASL Benevento	155	0	0	3.220	6.000	250	6.160	0	15.785	4.714
ASL Caserta	2.800	5.050	4.500	8.300	25.600	5.850	21.200	1.150	74.450	18.071
ASL Napoli 1 Centro	2.400	5.200	8.950	16.293	43.100	18.100	24.000	1.600	119.643	24.465
ASL Napoli 2 Nord	0	1.600	5.800	12.500	27.700	2.650	31.300	4.500	86.050	18.341
ASL Napoli 3 Sud	1.000	2.400	4.450	12.600	30.050	3.000	22.700	625	76.825	27.174
ASL Salerno	800	1.801	4.200	9.800	28.150	1.500	24.877	0	71.128	27.634
<b>TOTALE</b>	<b>8.955</b>	<b>16.106</b>	<b>28.450</b>	<b>64.893</b>	<b>176.000</b>	<b>32.400</b>	<b>133.637</b>	<b>7.875</b>	<b>468.316</b>	<b>129.827</b>

Stima sconto in % del limite di spesa al lordo dello sconto	2,00%	1,94%	2,35%	1,61%	13,31%	2,00%	2,06%	2,11%	6,43%	1,87%
---	-------	-------	-------	-------	--------	-------	-------	-------	-------	-------

### Stima dei limiti di spesa al lordo dello sconto ex art. 1 comma 796 lettera o) della legge 296 del 27/12/06

ASL Avellino	1.837	56	563	2.216	17.764	1.071	3.472	0	26.979	9.608
ASL Benevento	158	0	0	3.273	6.921	255	6.290	0	16.897	4.804
ASL Caserta	2.857	5.150	4.608	8.436	29.531	5.969	21.646	1.175	79.372	18.415
ASL Napoli 1 Centro	2.449	5.303	9.165	16.560	49.717	18.469	24.505	1.634	127.802	24.931
ASL Napoli 2 Nord	0	1.632	5.940	12.705	31.953	2.704	31.958	4.597	91.489	18.691
ASL Napoli 3 Sud	1.020	2.447	4.557	12.806	34.664	3.061	23.177	638	82.370	27.692
ASL Salerno	816	1.837	4.301	9.960	32.472	1.531	25.400	0	76.317	28.161
<b>TOTALE</b>	<b>9.137</b>	<b>16.425</b>	<b>29.134</b>	<b>65.956</b>	<b>203.022</b>	<b>33.060</b>	<b>136.448</b>	<b>8.044</b>	<b>501.226</b>	<b>132.302</b>

(1) Prestazioni di Assistenza Specialistica ambulatoriale - compresa FKT ed esclusi SUMAI - erogate da Centri privati e Case di Cura private, esclusa la Radioterapia Sterotassica di Agropoli, gli Ospedali Classificati e l'Istituto S.Maria della Pietà di Casoria dei Padri Camilliani

(2) Tetto di spesa stabilito per il 2010 dalla DGRC n. 1269/09, aggiornato nella ripartizione tra le ASL ed al netto del costo delle prestazioni di dialisi in accreditamento provvisorio nel 2008, pari a circa € 4.387.000

(3) Fabbisogno 2010 per prestazioni di dialisi, coperto dal costo delle prestazioni erogate in accreditamento provvisorio nel 2008 (circa € 4.387.000) e dal progressivo passaggio nel 2009 e nel 2010 del settore della dialisi dall'assistenza indiretta all'accREDITAMENTO Istituzionale e/o al temporaneo accreditamento

**Schema di Protocollo di intesa tra l'ASL \_\_\_\_\_ e l'Associazione \_\_\_\_\_ per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di \_\_\_\_\_, da erogarsi per l'anno 2010 da parte delle strutture private accreditate o temporaneamente accreditate ed i correlati limiti di spesa.**

**PREMESSO**

- che con deliberazione n. 1272 del 28 marzo 2003, pubblicata sul B.U.R.C. n. 16 del 14 aprile 2003, la Giunta Regionale ha individuato, previo accordo con le Associazioni di categoria della sanità privata, l'iter procedurale per la determinazione dei volumi di prestazioni sanitarie da erogarsi nella Regione Campania e dei correlati limiti di spesa, ulteriormente precisato dalle successive delibere regionali in materia;
- che con delibera n. 517 del 30 marzo 2007 la Giunta Regionale, in attuazione del *Piano di Rientro dal Disavanzo* approvato con DGRC n. 460 del 20 marzo 2007, ha definito i volumi di prestazioni sanitarie ed i correlati limiti di spesa per gli esercizi 2007, 2008, 2009 e 2010, nonché le relative procedure applicative;
- che con delibere n. 1268 del 24 luglio 2008 e n. 1269 del 16 luglio 2009, modificata dal decreto del Presidente Commissario ad Acta n. 3 del 30.9.09, la Giunta Regionale ha aggiornato la programmazione recata dalla DGRC n. 517/07 ed i correlati limiti di spesa, stabilendo diverse modifiche, integrazioni e miglioramenti alla normativa precedente, anche per adeguarla al nuovo assetto territoriale delle ASL campane conseguente alla L.R. 16/08, che sono recepite nel presente Protocollo;
- che con il decreto n. \_\_\_ del \_\_ giugno 2010 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono stati aggiornati i limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2010 dalla DGRC n. 1269/09 per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;

**VISTO**

- lo schema di protocollo di intesa preliminare tipo tra le A.A.S.S.I.I. e le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di specialistica ambulatoriale da erogarsi per l'anno 2010 da parte delle strutture private accreditate e/o provvisoriamente o temporaneamente accreditate ed i correlati limiti di spesa, allegato sub A/1 al citato decreto n. \_\_\_ del \_\_ giugno 2010 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario;

**PRECISATO**

- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative del citato decreto n. \_\_\_ del \_\_\_ giugno 2010 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario;
- che il medesimo decreto ha stabilito che la disciplina recata dal presente contratto per l'intero esercizio 2010 assorbe in sé e sostituisce quella del contratto interinale relativo al primo trimestre 2010;

**Si conviene quanto segue:**

**Art. 1**

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

**Art. 2**

**(oggetto)**

1. Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di \_\_\_\_\_, da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2010 da parte delle strutture private operanti nel territorio della sottoscritta ASL, ed i correlati limiti di spesa.

**Art. 3**

**(quantità delle prestazioni)**

1. Il fabbisogno di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di \_\_\_\_\_, da acquistare per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. \_\_\_\_\_ (prestazioni / giornate / cicli).
2. Il fabbisogno di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di \_\_\_\_\_, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. \_\_\_\_\_ (prestazioni / giornate / cicli).
3. Il fabbisogno di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di \_\_\_\_\_, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. \_\_\_\_\_ (prestazioni / giornate / cicli).
4. Il volume massimo di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di \_\_\_\_\_, è determinato in n. \_\_\_\_\_ (prestazioni / giornate / cicli), derivato dalla somma dei valori di cui ai commi 1, 2 e 3.

**Art. 4**

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

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2010 per il volume di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di \_\_\_\_\_, determinato all'art. 3, comma 4, è fissato in € \_\_\_\_\_ al netto dello sconto di cui all'art. 1 comma 796 lettera o) della legge 296 del 27/12/06 (pari al lordo di detto sconto a circa € \_\_\_\_\_), composto come specificato nei successivi commi 2, 3 e 4.
2. Il limite di spesa per le prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di \_\_\_\_\_ da acquistare per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € \_\_\_\_\_ al netto dello sconto ex legge 296/06 (pari al lordo di detto sconto a circa € \_\_\_\_\_).
3. Il limite di spesa per le prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di \_\_\_\_\_ che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € \_\_\_\_\_ al netto dello sconto ex legge 296/06 (pari al lordo di detto sconto a circa € \_\_\_\_\_).

4. Il limite di spesa per le prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di \_\_\_\_\_ che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € \_\_\_\_\_ al netto dello sconto ex legge 296/06 (pari al lordo di detto sconto a circa € \_\_\_\_\_).
5. Le prestazioni erogate a residenti di altre Regioni, di cui al precedente comma 4, concorrono ai sopra citati limiti di spesa; tuttavia, l'eventuale superamento del limite di cui al comma 4, potrà comportare analogo incremento dello stesso limite, in base alle condizioni di riconoscimento dell'addebito alle altre Regioni, stabilite dalla citata DGRC n. 517/2007, ed asseverate dalle strutture regionali (Assessorato alla Sanità e Agenzia Sanitaria Regionale) che gestiscono gli addebiti e gli accrediti della compensazione della mobilità sanitaria tra le Regioni; l'eventuale sotto utilizzo del limite di cui al comma 4 non potrà essere utilizzato per compensare superamenti dei limiti di cui ai commi 2 e 3.
6. Gli importi di cui al comma 1, al netto e al lordo dello sconto ex legge 296/06, divisi per il volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4, definiscono il valore medio della prestazione per la branca / tipologia di prestazioni di \_\_\_\_\_, rispettivamente, al netto e al lordo dello sconto ex legge 296/06.

#### **Art. 5**

##### **(criteri di remunerazione delle prestazioni)**

1. La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario – al netto degli sconti di legge e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificato con decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro o delibera dalla Giunta Regionale.
2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa al netto dello sconto ex legge 296/06 costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nel 2010 dai centri privati, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di riduzione o eliminazione dello sconto ex legge 296/06.
3. La ASL comunicherà a ciascun centro privato con lettera raccomandata A.R. (o a mezzo PEC - Posta Elettronica Certificata, secondo accordi da definire tra la ASL e gli operatori stessi):
  - la percentuale consuntiva di consumo dei limiti di spesa sopra stabiliti;
  - la data prevedibile di raggiungimento del 100% di consumo del limite di spesa (in base alla proiezione lineare dei dati consuntivi), nonché la data consuntiva di raggiungimento di dette percentuali di consumo;

le suddette comunicazioni dovranno essere effettuate dalla ASL secondo il seguente calendario:

- entro il 15 giugno 2010 con riferimento al consuntivo delle prestazioni erogate al 30 aprile 2010, e conseguenti proiezioni a finire;
- entro il 31 luglio 2010 con riferimento al consuntivo delle prestazioni erogate al 30 giugno 2010, e conseguenti proiezioni a finire;
- entro il 31 ottobre 2010 con riferimento al consuntivo delle prestazioni erogate al 30 settembre 2010, e conseguenti proiezioni a finire;
- entro il 30 novembre 2010 con riferimento al consuntivo delle prestazioni erogate al 31 ottobre 2010, e conseguenti proiezioni a finire.

ai fini della remunerazione delle prestazioni subito prima e dopo l'eventuale superamento del limite di spesa, si applicherà la seguente regola:

- qualora l'esaurimento del limite di spesa si verifichi a consuntivo prima della data prevista nell'ultima comunicazione della ASL, a tutte le prestazioni di quella ASL / branca erogate dall'inizio dell'anno fino alla suddetta data prevista di esaurimento del limite di spesa, si applicherà la regressione tariffaria di cui all'allegato C) alla DGRC n. 1268/08, in modo da far rientrare la spesa nei limiti prefissati: mentre nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data prevista di esaurimento del limite di spesa;
- qualora l'esaurimento del limite di spesa si verifichi a consuntivo in una data successiva rispetto all'ultima data di previsione di esaurimento del limite di spesa comunicata dalla ASL, nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data consuntiva di esaurimento del limite di spesa.

4. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro o della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
5. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC n. 377/98, 1270 e 1272/2003, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

*N.B. solo per dialisi e radioterapia: omettere per le altre branche:*

**“Art. 5 bis**

**(condizioni particolari per le branche di dialisi e radioterapia)**

1. *Le parti si danno atto che, in base a quanto disposto dal Decreto n. \_\_\_ del \_\_\_ giugno 2010 del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro, eventuali superamenti della spesa per l'esercizio 2010, fissata nello stesso decreto e riportata nel presente protocollo, saranno remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, previa stipula di appositi accordi integrativi tra la ASL ed i centri privati operanti sul proprio territorio, alle condizioni e con le modalità specificate nello stesso decreto.*
2. *Le parti si impegnano a rilevare tempestivamente il profilarsi dei superamenti di cui al comma precedente ed a promuovere la definizione dei suddetti accordi integrativi prima che i limiti di spesa prefissati siano esauriti, in modo da evitare ogni possibile disagio per l'utenza.”*

**Art. 6**

**(Tavolo Tecnico)**

3. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente protocollo è istituito un tavolo tecnico composto da n. \_\_ membri di cui n. \_ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. \_ membri nominati dalla ASL.
4. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
5. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
  - a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
  - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
6. Per le finalità di cui ai commi precedenti le strutture private sono impegnate a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

**Art. 7**

**(modalità di pagamento delle prestazioni)**

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà ad ogni struttura privata un acconto mensile pari all'85% del fatturato mensile.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 30 giugno per le fatture del primo trimestre; entro il 30 settembre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 dicembre per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 31 marzo dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte della struttura privata delle note credito richieste dalla ASL, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5.
3. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
4. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, poiché tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, sarà liquidato entro il 31 marzo dell'anno successivo.
5. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.

**Art. 8**

**(variazione del volume delle prestazioni e loro limiti)**

1. Il tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza bimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private temporaneamente accreditate, non è consentito, se non sulla base di adeguate motivazioni, la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico di cui all'art. 6, ad ogni singola struttura privata:
  - a) di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente;
  - b) di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni (al netto dello sconto) di cui al comma 6 dell'art. 4, che definisce il *case mix* delle strutture facenti capo alla macroarea / tipologia di prestazioni oggetto del presente contratto;

nel caso in cui il tavolo tecnico esprima una valutazione positiva, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa); in caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria.

**Art. 9**

**(efficacia)**

3. Il presente protocollo si riferisce periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2010 in esecuzione del decreto n. \_\_ del \_\_ giugno 2010 del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro.
4. Il presente protocollo sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

**Art. 10**

**(norme finali)**

1. In caso di contenzioso con uno o più centri privati, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza le somme eventualmente spettanti al centro ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso.
2. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente protocollo è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.

....., \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2010

Timbro e firma della ASL \_\_\_\_\_  
Il Commissario Straordinario

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della Associazione di categoria

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Art. 8**

**(variazione del volume delle prestazioni e loro limiti)**

1. Il tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza bimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private temporaneamente accreditate, non è consentito, se non sulla base di adeguate motivazioni, la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico di cui all'art. 6, ad ogni singola struttura privata:
  - a) di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente;
  - b) di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni (al netto dello sconto) di cui al comma 6 dell'art. 4, che definisce il *case mix* delle strutture facenti capo alla macroarea / tipologia di prestazioni oggetto del presente contratto;

nel caso in cui il tavolo tecnico esprima una valutazione positiva, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa); in caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria.

**Art. 9**

**(efficacia)**

3. Il presente protocollo si riferisce periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2010 in esecuzione del decreto n. \_\_ del \_\_ giugno 2010 del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro.
4. Il presente protocollo sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

**Art. 10**

**(norme finali)**

1. In caso di contenzioso con uno o più centri privati, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza le somme eventualmente spettanti al centro ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso.
2. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente protocollo è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.

..... / ..... 2010

Timbro e firma della ASL \_\_\_\_\_  
Il Commissario Straordinario

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della Associazione di categoria

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

**Contratto TRA**

La struttura privata .....  
 Partita IVA: ..... Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA): .....  
 con sede in ..... (Prov: \_\_ ; CAP: \_\_\_\_\_) – Via ..... n° .....  
 rappresentato/a dal/la sottoscritto/a ..... CF .....  
 il / la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 T.U. 445/2000, dichiara:

- a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentate legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione allegata al presente atto:
  - Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente (se superiore a 90 giorni, il sottoscritto si impegna a produrre un nuovo certificato entro 10 giorni da oggi) – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
  - Fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL che redige il presente contratto;
- b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni / si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di \_\_\_\_\_;
- c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27.12.1956, n. 1423, e che non sussistono le cause ostative previste all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006;
- d) di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;

**E**

L'Azienda Sanitaria Locale ..... con sede in .....  
 Partita IVA: ..... Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA): .....  
 rappresentata dal Commissario Straordinario ..... nato a ..... il  
 ....., munito dei necessari poteri come da DGRC / DECRETO di nomina n. \_\_\_ del  
 \_\_\_\_\_.

**PER**

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di \_\_\_\_\_, redatto in conformità al Decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro n° \_\_\_ del \_\_\_ / giugno 2010.

**PREMESSO**

- che con delibera n. 517 del 30 marzo 2007 la Giunta Regionale, in attuazione del Piano di Rientro dal Disavanzo approvato con DGRC n. 460 del 20 marzo 2007, ha definito i volumi di prestazioni sanitarie ed i correlati limiti di spesa per gli esercizi 2007, 2008, 2009 e 2010, nonché le relative procedure applicative;
- che con delibere n. 1268 del 24 luglio 2008 e n. 1269 del 16 luglio 2009 (modificata dal decreto n. 3 del 30.9.09 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro) la Giunta Regionale ha aggiornato la programmazione recata dalla DGRC n. 517/07 ed i correlati limiti di spesa, stabilendo diverse modifiche, integrazioni e miglioramenti alla normativa precedente, anche per adeguarla al nuovo assetto territoriale delle ASL campane conseguente alla L.R. 16/08;
- che con decreto n° \_\_\_ del \_\_\_ / giugno 2010 il Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di \_\_\_\_\_.

**Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.**

....., erogate nel corso del 2010, ed ha emanato anche i relativi schemi contrattuali, cui si uniforma il presente contratto:

- che il medesimo decreto ha stabilito che la disciplina recata dal presente contratto per l'intero esercizio 2010 assorbe in sé e sostituisce quella del contratto interinale relativo al primo trimestre 2010;

**Si conviene quanto segue:**

**Art. 1**

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

**Art. 2**

**(oggetto)**

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di ....., da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2010, da parte delle strutture private operanti nel territorio della sottoscritta ASL, ed i correlati limiti di spesa.

**Art. 3**

**(quantità delle prestazioni)**

1. Il fabbisogno di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di ....., da acquistare per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. \_\_\_\_\_ (prestazioni / giornate / cicli).
2. Il fabbisogno di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di ....., che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. \_\_\_\_\_ (prestazioni / giornate / cicli).
3. Il fabbisogno di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di ....., che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. \_\_\_\_\_ (prestazioni / giornate / cicli).
4. Il volume massimo di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di ....., è determinato in n. \_\_\_\_\_ (prestazioni / giornate / cicli), derivato dalla somma dei valori di cui ai commi 1, 2 e 3.

**Art. 4**

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

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2010 per il volume di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di ....., determinato all'art. 3, comma 4, è fissato in € \_\_\_\_\_ al netto dello sconto di cui all'art. 1 comma 796 lettera o) della legge 296 del 27/12/06 (pari al lordo di detto sconto a circa € \_\_\_\_\_), composto come specificato nei successivi commi 2, 3 e 4.
2. Il limite di spesa per le prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di ..... da acquistare per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o

**Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.**

provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € \_\_\_\_\_ al netto dello sconto ex legge 296/06 (pari al lordo di detto sconto a circa € \_\_\_\_\_).

3. Il limite di spesa per le prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di \_\_\_\_\_ che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € \_\_\_\_\_ al netto dello sconto ex legge 296/06 (pari al lordo di detto sconto a circa € \_\_\_\_\_).
4. Il limite di spesa per le prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di \_\_\_\_\_ che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € \_\_\_\_\_ al netto dello sconto ex legge 296/06 (pari al lordo di detto sconto a circa € \_\_\_\_\_).
5. Le prestazioni erogate a residenti di altre Regioni, di cui al precedente comma 4, concorrono ai sopra citati limiti di spesa; tuttavia, l'eventuale superamento del limite di cui al comma 4, potrà comportare analogo incremento dello stesso limite, in base alle condizioni di riconoscimento dell'addebito alle altre Regioni, stabilite dalla citata DGRC n. 517/2007, ed asseverate dalle strutture regionali (Assessorato alla Sanità e Agenzia Sanitaria Regionale) che gestiscono gli addebiti e gli accrediti della compensazione della mobilità sanitaria tra le Regioni; l'eventuale sotto utilizzo del limite di cui al comma 4 non potrà essere utilizzato per compensare superamenti dei limiti di cui ai commi 2 e 3.
6. Gli importi di cui al comma 1, al netto e al lordo dello sconto ex legge 296/06, divisi per il volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4, definiscono il valore medio della prestazione per la branca / tipologia di prestazioni di \_\_\_\_\_, rispettivamente, al netto e al lordo dello sconto ex legge 296/06.

**Art. 5**

**(criteri di remunerazione delle prestazioni)**

1. La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario – al netto degli sconti di legge e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificato con decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro o delibera dalla Giunta Regionale.
2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa al netto dello sconto ex legge 296/06 costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nel 2010 dai centri privati, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di riduzione o eliminazione dello sconto ex legge 296/06.
3. La ASL comunicherà a ciascun centro privato con lettera raccomandata A.R. (o a mezzo PEC - Posta Elettronica Certificata, secondo accordi da definire tra la ASL e gli operatori stessi):
  - la percentuale consuntiva di consumo dei limiti di spesa sopra stabiliti;
  - la data prevedibile di raggiungimento del 100% di consumo del limite di spesa (in base alla proiezione lineare dei dati consuntivi), nonché la data consuntiva di raggiungimento di dette percentuali di consumo;

le suddette comunicazioni dovranno essere effettuate dalla ASL, secondo il seguente calendario:

- entro il 15 giugno 2010 con riferimento al consuntivo delle prestazioni erogate al 30 aprile 2010, e conseguenti proiezioni a finire;

**Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.**

- entro il 31 luglio 2010 con riferimento al consuntivo delle prestazioni erogate al 30 giugno 2010, e conseguenti proiezioni a finire;
- entro il 31 ottobre 2010 con riferimento al consuntivo delle prestazioni erogate al 30 settembre 2010, e conseguenti proiezioni a finire;
- entro il 30 novembre 2010 con riferimento al consuntivo delle prestazioni erogate al 31 ottobre 2010, e conseguenti proiezioni a finire.

ai fini della remunerazione delle prestazioni subito prima e dopo l'eventuale superamento del limite di spesa, si applicherà la seguente regola:

- qualora l'esaurimento del limite di spesa si verifichi a consuntivo prima della data prevista nell'ultima comunicazione della ASL, a tutte le prestazioni di quella ASL / branca erogate dall'inizio dell'anno fino alla suddetta data prevista di esaurimento del limite di spesa, si applicherà la regressione tariffaria di cui all'allegato C) alla DGRC n. 1268/08, in modo da far rientrare la spesa nei limiti prefissati; mentre nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data prevista di esaurimento del limite di spesa;
- qualora l'esaurimento del limite di spesa si verifichi a consuntivo in una data successiva rispetto all'ultima data di previsione di esaurimento del limite di spesa comunicata dalla ASL, nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data consuntiva di esaurimento del limite di spesa.

4. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro o della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
5. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC n. 377/98, 1270 e 1272/2003, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

*N.B. solo per dialisi e radioterapia: ommettere per le altre branche:*

**“Art. 5 bis**

**(condizioni particolari per le branche di dialisi e radioterapia)**

1. *Le parti si danno atto che, in base a quanto disposto dal Decreto n. \_\_\_ del \_\_\_ giugno 2010 del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro, eventuali superamenti della spesa per l'esercizio 2010, fissata nello stesso decreto e riportata nel presente contratto, saranno remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, previa stipula di*

**Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.**

*appositi accordi integrativi tra la ASL ed i centri privati operanti sul proprio territorio, alle condizioni e con le modalità specificate nello stesso decreto.*

2. *Le parti si impegnano a rilevare tempestivamente il profilarsi dei superamenti di cui al comma precedente ed a promuovere la definizione dei suddetti accordi integrativi prima che i limiti di spesa prefissati siano esauriti, in modo da evitare ogni possibile disagio per l'utenza."*

**Art. 6****(Tavolo Tecnico)**

3. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto da n. \_\_ membri di cui n. \_\_ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. \_ membri nominati dalla ASL.
4. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
5. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
  - a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
  - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
6. Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura privata si impegna a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

**Art. 7****(modalità di pagamento delle prestazioni)**

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari all'85% del fatturato mensile.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 30 giugno per le fatture del primo trimestre; entro il 30 settembre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 dicembre per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 31 marzo dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte della sottoscritta struttura privata delle note credito richieste dalla ASL, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5.
3. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).

**Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.**

4. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, poiché tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, sarà liquidato entro il 31 marzo dell'anno successivo.
5. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.

**Art. 8**

**(variazione del volume delle prestazioni e loro limiti)**

1. Il tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza bimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private temporaneamente accreditate, non è consentito, se non sulla base di adeguate motivazioni, la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico di cui all'art. 6, ad ogni singola struttura privata:
  - a) di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente;
  - b) di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni (al netto dello sconto) di cui al comma 6 dell'art. 4, che definisce il *case mix* delle strutture facenti capo alla macroarea / tipologia di prestazioni oggetto del presente contratto;

nel caso in cui il tavolo tecnico esprima una valutazione positiva, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa); in caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria.

**Art. 9**

**(efficacia del contratto)**

3. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2010 in esecuzione del decreto n. \_\_\_ del \_\_ giugno 2010 del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro.
4. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

**Art. 10**

**(norme finali)**

1. In caso di contenzioso con uno o più centri privati, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza le somme eventualmente spettanti al centro ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso.
2. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto e/o di ogni altro rapporto del sottoscritto centro privato con il servizio sanitario

**Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.**

regionale è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.

3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il citato decreto n. \_\_\_ del \_\_\_ giugno 2010 del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal Disavanzo Sanitario.

..... / ..... 2010

Timbro e firma della ASL \_\_\_\_\_  
Il Commissario Straordinario

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della struttura privata

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_