



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. 34 DEL 22-6-2010

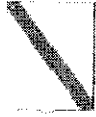
Rif. punto d) delibera del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010

**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 ospedaliera erogata da case di cura private

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;

2



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 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 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, al punto 1), 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";
- che il punto 2) della stessa delibera del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010 fissa il termine del 15 maggio 2010 per la definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati di cui alla lettera d) del punto 1):

#### DATO ATTO

- che con delibera della Giunta Regionale n. 1269 del 16 luglio 2009, modificata dal decreto del Presidente Commissario ad Acta n. 3 del 30.9.09, sono stati fissati, in conformità al Piano di Rientro dal Disavanzo Sanitario, i limiti di spesa per le prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dalle case di cura private negli esercizi 2009 e 2010, esposti nell'allegato n. 2 alla DGRC n. 1269/09 e fissati, rispettivamente, in € 608.900.000,00= per il 2009 ed € 621.030.000,00= per il 2010;
- che con decreto commissariale n. 18 del 16 dicembre 2009 è stato ratificato l'accordo del 26 novembre 2009 tra il Sub Commissario ad acta e l'AIOP in merito ai limiti di spesa dell'assistenza ospedaliera erogata dalle case di cura private, in base al quale:
  - per l'esercizio 2009 il budget della macroarea è stato incrementato da € 608.900.000,00= ad € 627.100.000,00=, disponendo che tale incremento, pari ad € 18.200.000,00, unitamente ad eventuali residui attivi, derivanti da minori costi dell'assistenza ospedaliera accreditata rilevati a consuntivo a livello delle singole AASSLL rispetto ai budget già assegnati ai sensi della DGRC n. 1269/09, vengano utilizzati ai fini di una compensazione regionale di macroarea, con lo scopo di mitigare le eventuali regressioni tariffarie da applicare ad ogni singola Casa di Cura; tale ripartizione sarà calcolata a consuntivo, in proporzione al fatturato di ciascuna Casa di Cura, riconosciuto liquidabile al lordo della regressione tariffaria e dopo i controlli di regolarità e di appropriatezza;
  - per l'esercizio 2010 si è stabilito che "... per l'anno 2010 il budget già previsto per la macroarea assistenza ospedaliera da Case di cura private dalla DGRC n. 1269/09 sarà oggetto di una riflessione complessiva che tenga conto non solo degli effetti del presente accordo ma anche degli effetti relativi al programma di ristrutturazione dell'offerta di assistenza ospedaliera pubblico - privata. A tal proposito, infatti, le parti ritengono opportuno costituire un gruppo di lavoro paritetico Regione - AIOP, come luogo istruttorio e di confronto, all'interno del quale possa delinearsi lo scenario dell'offerta e quindi possibili linee di intervento in vista della necessità di ridisegnare in maniera razionale la rete ospedaliera pubblico - privata e di dare una risposta adeguata alla non autosufficienza. Per il 2010 la Regione e l'AIOP si impegnano ad operare una serena e



Regione Campania

Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del

Piano di rientro del settore sanitario

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 24/4/2010)

*concreta riflessione in ordine alla modalità di remunerazione relativa alla mobilità attiva extraregionale e agli S.T.P. nonché al finanziamento delle prestazioni di pronto soccorso attivo erogate da case di cura oltre alla riallocazione delle risorse previste per la Fondazione Don Gnocchi. A tale proposito l'AIOP si dichiara disponibile a fornire ogni dettaglio tecnico riferito alla attività di ogni singola casa di cura ...”:*

- che nei giorni successivi la quasi totalità delle case di cura private ha sottoscritto il contratto per l'esercizio 2009, come integrato ai sensi del richiamato decreto commissariale n. 18 del 16 dicembre 2009;

CONSIDERATO

- che con decreto commissariale n. 16 del 9 dicembre 2009 è stata approvata una tabella contenente i limiti di spesa 2010, tra i quali venivano ribaditi i limiti di spesa fissati per il 2010 per l'assistenza ospedaliera erogata dalle case di cura private dalla DGRC n. 1269/09, 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 con decreto n. 20 del 30 dicembre 2009 il Commissario ad acta, in attesa dei necessari approfondimenti istruttori in corso per la definizione dei livelli appropriati di prestazioni di ricovero ospedaliero per l'esercizio 2010, ha disposto la stipula di contratti interinali con ciascuna casa di cura, per regolare l'assistenza ospedaliera erogata nel primo trimestre 2010;
- che, in seguito al rifiuto delle case di cura di sottoscrivere il contratto interinale per il I trimestre 2010, rappresentato dall'AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata) con lettere al Sub Commissario ad acta del 5/1/2010, prot. 04, e del 12/1/2010, prot. n. 73, nonché a seguito degli incontri intervenuti il 14/1/2010 ed il 17/3/2010 tra l'Assessorato alla Sanità e l'AIOP, il Commissario ad acta ha emanato il decreto n. 20 del 24 marzo 2010, che ha modificato il decreto commissariale n. 20/2009, accogliendo la richiesta delle case di cura di:
  - definire il limite di spesa di ciascuna casa di cura per il I trimestre 2010 in base ad una valutazione più precisa del fatturato 2009 di ciascuna casa di cura;
  - stabilire il principio secondo il quale eventuali sforamenti intervenuti nel I trimestre 2010 saranno valutati unitariamente col fatturato degli ulteriori nove mesi, in modo da assicurare comunque il rispetto del budget annuale;
- che nelle settimane successive è stata approfondita in linea tecnica la possibilità di definire il tetto di struttura di ciascuna casa di cura per l'intero esercizio 2010 *“... in base alla effettiva produttività delle singole case di cura ed in proporzione alle effettive risorse assegnate alla macroarea ...”*, principio riportato dalla stessa AIOP nella lettera del 20/4/2010 prot. n. 499;



## 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 a tal fine l'Assessorato alla Sanità con nota del 8 marzo 2010, prot. n. 0206272, ha sollecitato le ASL a fornire i dati del fatturato 2009 di ciascuna Casa di Cura, al netto degli abbattimenti conseguenti ai controlli sulle tariffe applicate dalle case di cura, sulle soglie di appropriatezza e su ogni altra irregolarità, in modo da porli a base della istruttoria per la definizione del tetto di struttura di ciascuna casa di cura per l'intero esercizio 2010;
- che una prima elaborazione – ancora incompleta - dei dati del fatturato 2009 è stata consegnata all'AIOP nel corso della sopra citata riunione del 17 marzo 2010;
- che, successivamente, nel corso della riunione del 5 maggio 2010 tra la Regione, l'AIOP e Confindustria Sanità, è stata consegnata alle Associazioni una tabella (che si allega come allegato n. 1 al presente decreto), contenente:
  - l'elaborazione pressoché definitiva dei dati di fatturato 2009;
  - due ipotesi di tetto 2010 per singola struttura, con o senza l'accantonamento di una quota del budget totale della macroarea a fronte dell'effetto economico sul fatturato di competenza dell'esercizio 2010 che potrebbe essere determinato dai contenziosi tariffari attivati da diverse case di cura attraverso giudizi arbitrali instaurati contro la Regione per il riconoscimento di fasce tariffarie superiori a quelle finora applicate dalle ASL competenti: in base all'elenco fornito dall'Avvocatura Regionale con nota prot. n. 0390000 del 4/5/2010, tali contenziosi riguardano le case di cura: GEPOS, San Francesco, TRUSSO, HYPOCRATICA, La Madonnina, COBELLIS, Clinica Tasso, COLUCCI, Ospedale Internazionale, Villa dei Fiori di Acerra, Pineta Grande di Castelvolturno, Villa Fiorita, Villa Ester;
- che le suddette Associazioni di Categoria delle case di cura si sono riservate di valutare le questioni poste nel corso della riunione del 5 maggio 2010, ma fino ad oggi non hanno dato riscontro alle ipotesi di tetto di struttura presentate dalla Regione, né presentato ipotesi alternative;
- che, pertanto, si è verificato che la definizione di limiti di spesa per singola struttura "... in base alla effettiva produttività delle singole case di cura ed in proporzione alle effettive risorse assegnate alla macroarea ...", richiede ulteriori approfondimenti istruttori, in considerazione delle seguenti criticità:
  - nella ASL Napoli 1 Centro sono ancora in fase di completamento i controlli sul fatturato dell'esercizio 2009 delle singole case di cura, al netto degli abbattimenti per:
    - superamento delle soglie di appropriatezza delle prestazioni ed altri controlli di regolarità;
    - superamento del limite del 10% alla possibilità di incrementare il proprio fatturato rispetto all'anno precedente;
  - sussistono contenziosi con le case di cura sopra elencate, in merito al riconoscimento di fasce tariffarie superiori a quelle finora applicate dalle ASL competenti, che possono incidere significativamente sul costo 2009 delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogata da tali case di cura e che, quindi, devono essere valutati ai fini della ripartizione del budget



## Regione Campania

### Il Presidente

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

di macroarea alle singole case di cura, anche per evitare che tali contenziosi determinino un inammissibile sfioramento della spesa regionale per l'assistenza ospedaliera erogata dalle case di cura private, rispetto a quanto stabilito dal Piano di Rientro dal Disavanzo Sanitario:

- è ancora da definire, all'esito di tutti i controlli sopra accennati, la conseguente ripartizione tra ciascuna casa di cura del maggiore importo di € 18.200.000,00= riconosciuto dal decreto commissariale n. 18 del 16 dicembre 2009;
- è in corso di istruttoria presso le ASL competenti la possibilità di proporre alla Regione il riconoscimento di particolari situazioni che potrebbero configurarsi di temporaneo accredito ai sensi dell'art. 8-quater, comma 7, del Dlgs. 229/1999;

#### RITENUTO

- che la definizione dei limiti di spesa per l'esercizio 2010 sia non più procrastinabile, anche per consentire alle case di cura 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 in via transitoria per l'esercizio 2010 alla assegnazione a ciascuna casa di cura dello stesso budget di struttura stabilito da ciascuna ASL in attuazione della DGRC n. 1269/09 per l'esercizio 2009, maggiorato del 2%, in modo da pervenire al limite di spesa di macroarea prefissato dalla stessa DGRC n. 1269/09 per il 2010, pari ad € 621.030.000,00=, accantonando l'importo di € 9.400.000,00= relativo per il 2010 alla rinuncia delle case di cura anche per il 2010 al contenzioso "Don Gnocchi", a fronte dei contenziosi in corso con diverse case di cura per il riconoscimento di maggiori fasce tariffarie e/o di eventuali temporanei accreditamenti;
- che tale impostazione determina il tetto di spesa per singola struttura e la ripartizione del budget di macroarea per l'esercizio 2010 esposta nell'allegato n. 2 al presente decreto, come segue:
  - 90% di € 621.030.000,00=, pari ad € 558.927.000,00=, ripartito alle singole case di cura aumentando del 2% il tetto di struttura assegnato a ciascuna casa di cura per il 2009 dalle ASL in attuazione della DGRC n. 1269/09 e con i medesimi criteri;
  - 10% di € 621.030.000,00=, pari ad € 62.103.000,00=, da ripartire alle singole case di cura a consuntivo, con gli stessi criteri già fissati per il 2009 dalla DGRC n. 1269/09, che si richiamano:
    - il 5% in proporzione al valore dei ricoveri di alta complessità cui all'allegato B alla DGRC n. 800/06 (aggiornato con l'indicazione dei codici dei nuovi DRG introdotti dalla DGRC n. 1104 del 12 giugno 2009, giusta nota del Settore Programmazione prot. n. 910096 del 22 ottobre 2009);
    - il 5% in proporzione al valore consuntivo di ulteriori DRG, specificati dalla ASL in apposita delibera del Commissario Straordinario / Direttore Generale, prescelti in base a considerazioni di fabbisogno e di programmazione proprie della ASL medesima e non sindacabili da parte delle Case di Cura e/o delle loro Associazioni, con esclusione



## Regione Campania

### Il Presidente

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

dei DRG individuati dalla Giunta Regionale come prestazioni a maggiore rischio di non appropriatezza:

- € 9.400.000,00= sono accantonati a fronte dei contenziosi in corso con diverse case di cura per il riconoscimento di maggiori fasce tariffarie e/o di eventuali temporanei accreditamenti;

#### DATO ATTO

- che il decreto commissariale n. 20 del 24 marzo 2010 ha disposto che eventuali sforamenti intervenuti nel I trimestre 2010 saranno valutati unitariamente col fatturato degli ulteriori nove mesi, in modo da assicurare comunque il rispetto del budget annuale;
- che, pertanto, risulta 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 al decreto commissariale n. 20 del 24 marzo 2010, utilizzato per regolare i limiti di spesa nel primo trimestre 2010, prevede espressamente all'art. 9 (norme finali) che *"... la disciplina interinale del presente contratto non può estendersi automaticamente ai mesi successivi al primo trimestre 2010, e sarà assorbita dal contratto che sarà stipulato per l'intero esercizio 2010 ..."*;

#### 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 casa di cura possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo di spesa prefissato dal presente decreto;
- che le ASL sono tenute ad assegnare ai medici prescrittori interni e/o convenzionati il budget delle prestazioni di assistenza ospedaliera sulla base degli importi definiti per l'esercizio 2010 per ciascuna ASL, rispettivamente, nell'allegato n. 2 (colonna D) alla DGRC n. 1269/09; nell'ambito della assegnazione del budget e del successivo controllo di applicazione dello stesso, le ASL devono porre la massima attenzione alla appropriatezza dei ricoveri 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 le ASL comunicheranno a ciascuna casa di cura 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);



*Regione Campania*

*Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del*

*Piano di rientro del settore sanitario*

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

- la percentuale consuntiva di consumo del limite di spesa;
- 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:

- entro il 20 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;

#### 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 alle case di cura private accreditate o provvisoriamente / temporaneamente accreditate, si applicano i limiti di spesa fissati nell'allegato 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 tutte le case di cura private accreditate o provvisoriamente / temporaneamente accreditate.
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 A e lo schema di contratto allegato B 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 case di cura private che non sottoscrivano il contratto di cui al comma precedente, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale così formulata dalla



Regione Campania

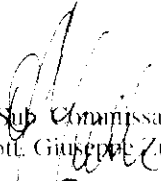
Il Presidente

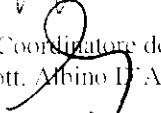
Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario

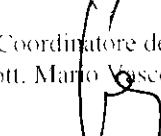
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 24/4/2010)

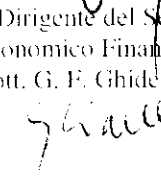
ASL competente - fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria - saranno prive di contratto e, pertanto, per tali strutture dal 16 giugno 2010 cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica la sospensione del rapporto di 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 macroarea dell'assistenza ospedaliera le somme eventualmente spettanti alla casa di cura ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso.

6. Di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali devono assegnare ai medici prescrittori interni e/o convenzionati il budget delle prestazioni di assistenza ospedaliera sulla base degli importi definiti per l'esercizio 2010 per ciascuna ASL, rispettivamente, nell'allegato n. 2 (colonna D) alla DGRC n. 1269/09; nell'ambito della assegnazione del budget e del successivo controllo di applicazione dello stesso, le ASL devono porre la massima attenzione alla appropriatezza dei ricoveri 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.
7. 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 Vasco

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

Il Commissario ad Acta  
~~Stefano Caldoro~~





Case di Cura: consuntivo fatturato 2009 e tetti di spesa 2010

Importi in Euro	% di conferma liquidabile 2009:		(A)		(B)		(C)		(D)		(E)		(F=A-B-C-D-E)		(G)		(H)	
	94,9%	99,6%	TETTO 2010 con riserva per contenziosi		Contestazioni sulle tariffe		Abbattimenti per superamento soglie		Superamento limite incremento 10%		Altre contestazioni (specificare a fianco in nota)		Fatturato riconoscibile		Limite di spesa individuale 2009		Ripartizione 5% allegato B	
	TETTO 2010 con riserva per contenziosi	TETTO 2010 senza riserva per contenziosi	Fatturato 2009	Fatturato 2009	Contestazioni sulle tariffe	Abbattimenti per superamento soglie	Superamento limite incremento 10%	Altre contestazioni (specificare a fianco in nota)	Fatturato riconoscibile	Fatturato riconoscibile	Limite di spesa individuale 2009	Ripartizione 5% allegato B	Ripartizione 5% allegato B					
<b>A.S.L. AVELLINO</b>																		
Villa DELPINI	6.452.000,00	6.775.000,00	5.773.671,02	5.773.671,02	0,00	0,00	0,00	107.981,62	5.665.689,40	7.311.884,43	0,00	0,00	7.311.884,43	0,00				
Villa ESTHER	6.258.000,00	6.571.000,00	6.890.923,99	6.890.923,99	0,00	157.972,10	0,00	138.463,28	6.594.488,61	5.371.281,85	611.603,38	611.603,38	5.371.281,85					
Clinica MALIZONI	23.321.000,00	24.486.000,00	25.425.946,09	25.425.946,09	0,00	172.594,56	0,00	679.380,24	24.573.971,29	23.114.154,32	729.908,49	729.908,49	23.114.154,32					
Villa MARIA Baitano	1.535.000,00	1.611.000,00	1.685.506,05	1.685.506,05	0,00	29.370,85	0,00	38.878,67	1.617.256,53	1.188.556,65	214.349,94	214.349,94	1.188.556,65					
Villa MARIA Micaella	6.409.000,00	6.730.000,00	7.074.362,38	7.074.362,38	0,00	149.237,55	0,00	171.362,71	6.753.762,12	5.859.000,00	447.381,06	447.381,06	5.859.000,00					
Clinica MONTEVERGINE	38.337.000,00	40.253.000,00	41.333.394,80	41.333.394,80	0,00	232.351,98	0,00	704.028,47	40.397.014,35	36.125.276,68	2.135.868,84	2.135.868,84	36.125.276,68					
Clinica S. RITA	8.917.000,00	9.363.000,00	7.892.208,60	7.892.208,60	0,00	415.825,09	0,00	248.469,96	7.227.913,55	8.013.046,07	0,00	0,00	8.013.046,07					
TOTALE	91.229.000,00	95.789.000,00	96.076.012,93	96.076.012,93	0,00	1.157.352,13	0,00	2.088.564,95	92.830.095,85	86.983.200,00	4.139.111,70	4.139.111,70	86.983.200,00					
<b>A.S.L. BENEVENTO</b>																		
Clinica GEPO S	7.807.000,00	8.197.000,00	8.409.192,05	8.409.192,05	0,00	0,00	0,00	183.021,55	8.226.170,50	7.357.284,78	817.476,09	817.476,09	7.357.284,78					
Villa MARGHERITA	8.272.000,00	8.686.000,00	8.749.985,81	8.749.985,81	0,00	0,00	0,00	32.966,81	8.717.019,00	7.161.252,91	0,00	0,00	7.161.252,91					
Clinica S.FRANCESCO	7.643.000,00	8.025.000,00	8.147.905,89	8.147.905,89	0,00	0,00	0,00	94.573,07	8.053.332,82	6.460.406,51	717.822,95	717.822,95	6.460.406,51					
Clinica S.RITA	8.018.000,00	8.419.000,00	8.586.149,88	8.586.149,88	0,00	0,00	0,00	136.896,43	8.449.253,45	7.107.382,43	789.709,16	789.709,16	7.107.382,43					
CMR	1.871.000,00	1.964.000,00	1.972.235,71	1.972.235,71	0,00	0,00	0,00	941,70	1.971.294,00	1.718.073,36	0,00	0,00	1.718.073,36					
TOTALE	33.611.000,00	35.291.000,00	35.865.469,35	35.865.469,35	0,00	0,00	0,00	448.399,58	35.417.069,77	29.804.399,99	2.325.008,19	2.325.008,19	29.804.399,99					
<b>A.S.L. CASERTA</b>																		
Villa DEGLI ULIVI	2.852.000,00	2.994.000,00	3.004.999,33	3.004.999,33	0,00	0,00	0,00	0,00	3.004.999,33	2.626.317,00	0,00	0,00	2.626.317,00					
Villa DELPINI	3.475.000,00	3.649.000,00	4.116.977,70	4.116.977,70	0,00	341.038,08	0,00	114.133,00	3.661.806,62	3.283.519,50	36.003,10	36.003,10	3.283.519,50					
Villa DELLE MAGNOLIE	11.277.000,00	11.840.000,00	11.927.439,35	11.927.439,35	0,00	33.186,14	0,00	11.591,39	11.882.661,82	10.940.751,00	0,00	0,00	10.940.751,00					
Villa DEL SOLE	11.171.000,00	11.729.000,00	13.364.906,48	13.364.906,48	0,00	467.897,70	0,00	1.125.963,10	11.771.045,68	11.225.640,00	129.681,25	129.681,25	11.225.640,00					
Villa FORIJA Avversà	2.217.000,00	2.328.000,00	2.425.066,39	2.425.066,39	0,00	29.236,07	0,00	59.671,34	2.336.158,98	2.163.661,33	56.682,61	56.682,61	2.163.661,33					
Villa FORIJA Capua	7.339.000,00	7.705.000,00	8.338.286,27	8.338.286,27	0,00	398.603,11	0,00	206.765,97	7.732.917,19	6.491.640,73	302.440,96	302.440,96	6.491.640,73					
VILLA ORTESNA	1.266.000,00	1.329.000,00	1.436.366,85	1.436.366,85	0,00	60.372,44	0,00	41.876,00	1.334.118,41	1.348.106,53	0,00	0,00	1.348.106,53					
Clinica PADRE PIO	6.842.000,00	7.183.000,00	8.530.972,71	8.530.972,71	0,00	465.628,54	0,00	856.095,36	7.209.248,81	4.851.220,88	99.779,47	99.779,47	4.851.220,88					
Clinica PINETA GRANDE	27.686.000,00	29.069.000,00	31.927.438,52	31.927.438,52	1.139.691,11	338.975,28	0,00	1.275.019,45	29.173.752,68	23.719.466,56	2.093.346,97	2.093.346,97	23.719.466,56					
Clinica S. ANNA	3.787.000,00	3.976.000,00	4.101.419,00	4.101.419,00	0,00	47.303,54	0,00	63.632,32	3.990.483,14	3.981.080,00	0,00	0,00	3.981.080,00					
Clinica S. Maria della Salute	4.084.000,00	4.288.000,00	3.626.658,95	3.626.658,95	0,00	49.616,76	0,00	134.239,29	3.442.802,90	3.641.269,24	0,00	0,00	3.641.269,24					
Clinica S.MICHELE	24.248.000,00	25.459.000,00	26.235.377,74	26.235.377,74	0,00	353.261,35	0,00	331.354,36	25.550.762,03	21.753.045,90	2.824.165,65	2.824.165,65	21.753.045,90					
Clinica S.PAULO	3.410.000,00	3.581.000,00	2.907.757,25	2.907.757,25	0,00	19.331,92	0,00	58.809,63	2.829.616,10	3.725.085,59	0,00	0,00	3.725.085,59					
TOTALE	109.654.000,00	115.130.000,00	121.943.666,54	121.943.666,54	1.139.691,11	2.604.450,53	0,00	4.279.151,21	113.920.373,69	99.750.804,96	5.542.100,01	5.542.100,01	99.750.804,96					
<b>A.S.L. NAPOLI Centro</b>																		
Villa ANGELA	1.791.000,00	1.880.000,00	1.925.502,67	1.925.502,67	21,72	0,00	0,00	38.478,28	1.887.002,67	1.648.871,67	0,00	0,00	1.648.871,67					
Shaz Cura BIANCHI	6.417.000,00	6.738.000,00	6.900.000,00	6.900.000,00	0,00	0,00	0,00	138.000,00	6.762.000,00	5.886.258,96	0,00	0,00	5.886.258,96					
Clinica CAMALDOLI	11.511.000,00	12.086.000,00	12.376.593,54	12.376.593,54	0,00	0,00	0,00	247.500,00	12.129.093,54	10.639.649,39	0,00	0,00	10.639.649,39					
CINIC CENTER	17.216.000,00	18.076.000,00	19.469.739,26	19.469.739,26	299,30	0,00	1.328.800,71	0,00	18.140.639,25	16.326.809,82	0,00	0,00	16.326.809,82					
Villa CINZIA	6.305.000,00	6.620.000,00	7.081.847,31	7.081.847,31	437.630,15	0,00	0,00	0,00	6.644.217,16	3.068.559,73	0,00	0,00	3.068.559,73					

Case di Cura: consuntivo fatturato 2009 e tetti di spesa 2010

	% di conferma liquidabile 2009:		(A)	(B)		(C)	(D)	(E)		(F=A-B-C-D-E)		(G)	(H)
	94.9%	99.6%		Fatturato 2009	Contestazioni sulle tariffe			Abbattimenti per superamento soglie	Superamento limite incremento 10%	Altre contestazioni (specificare a fianco in nota)	Fatturato riconoscibile		
Importi in Euro	NETTO 2010 con riserva per contenziosi	NETTO 2010 senza riserva per contenziosi		Fatturato 2009	Contestazioni sulle tariffe	Abbattimenti per superamento soglie	Superamento limite incremento 10%	Altre contestazioni (specificare a fianco in nota)	Fatturato riconoscibile	Limite di spesa individuale 2009	Ripartizione 5% allegato B		
Clinica COLUCCI	5.156.000,00	5.414.000,00	5.544.076,92	0,00	0,00	0,00	0,00	110.900,00	5.433.176,92	3.029.591,20	0,00		
Villa DELLE QUERCE	6.765.000,00	7.104.000,00	7.274.537,43	4,27	0,00	0,00	0,00	145.495,73	7.129.037,43	5.707.362,44	0,00		
Clinica MEDITERRANEA	32.049.000,00	33.650.000,00	34.459.868,90	127.828,98	0,00	0,00	0,00	561.371,02	33.770.668,90	31.084.483,29	0,00		
OSPEDALE INTERNAZIONALE	4.463.000,00	4.686.000,00	4.820.485,33	128,96	0,00	0,00	117.163,21	0,00	4.703.193,16	4.067.199,15	0,00		
Villa RUSSO	10.878.000,00	11.422.000,00	11.696.481,48	0,00	0,00	0,00	0,00	233.900,00	11.462.581,48	14.167.105,89	0,00		
Clinica SAN AFRIN	11.137.000,00	11.694.000,00	11.975.419,81	0,00	0,00	0,00	0,00	239.500,00	11.735.919,81	9.992.375,03	0,00		
Clinica S. PATRIZIA	6.563.000,00	6.890.000,00	7.056.234,99	1,18	0,00	0,00	13.057,61	67.088,64	6.915.134,99	5.046.130,26	0,00		
Clinica S. STEFANO	3.127.000,00	3.283.000,00	3.362.247,89	111,36	0,00	0,00	0,00	89.800,00	3.295.047,89	3.495.731,44	0,00		
Clinica TASSO	4.176.000,00	4.385.000,00	4.490.468,68	0,00	0,00	0,00	0,00	30.780,09	4.400.668,68	4.129.767,29	0,00		
Clinica VESUVIO	1.431.000,00	1.503.000,00	1.539.067,89	19,91	0,00	0,00	0,00	75.836,51	1.508.267,89	1.194.833,97	0,00		
Clinica VLT ALBA	3.986.000,00	4.185.000,00	4.285.700,44	9.863,49	0,00	0,00	0,00	2.106.691,48	4.200.000,44	4.030.370,47	0,00		
TOTALE	132.971.000,00	139.616.000,00	144.258.272,54	575.909,32	0,00	0,00	1.459.021,53	2.106.691,48	140.116.650,21	123.515.100,00	0,00		
A.S.L. NAPOLI 2 Nord													
Villa DEI FIORI ACERRA	26.303.000,00	27.617.000,00	28.750.558,80	983.543,93	0,00	0,00	0,00	50.820,83	27.716.194,04	18.972.001,04	0,00		1.104.778,35
Villa DEI FIORI MUGANO	16.132.000,00	16.938.000,00	17.099.913,46	0,00	0,00	0,00	0,00	101.440,12	16.998.473,94	14.739.174,58	0,00		414.019,50
Villa MEDONE	3.549.000,00	3.726.000,00	3.884.571,02	0,00	0,00	0,00	0,00	145.321,05	3.739.249,97	3.044.825,26	0,00		65.371,50
Clinica S. ANTIMO	2.838.000,00	2.980.000,00	2.990.284,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.990.284,07	2.466.900,00	0,00		0,00
TOTALE	48.822.000,00	51.261.000,00	52.725.327,35	983.543,93	0,00	0,00	0,00	297.582,00	51.444.201,42	39.222.900,88	0,00		1.584.169,35
A.S.L. NAPOLI 3 Sud													
Villa DELLE MARCHIERE	1.164.000,00	1.223.000,00	1.266.552,82	0,00	0,00	37.445,43	0,00	2.123,00	1.226.984,99	1.336.788,73	0,00		0,00
Villa ELISA	1.271.000,00	1.334.000,00	1.339.238,59	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.339.238,59	1.139.301,00	0,00		0,00
Clinica GRIMALDI	7.594.000,00	7.974.000,00	8.336.205,76	0,00	0,00	18.751,07	0,00	314.970,40	8.002.484,29	7.370.816,15	0,00		170.730,75
Clinica LA MADONNINA	3.003.000,00	3.153.000,00	3.391.713,81	0,00	0,00	102.184,12	0,00	125.473,80	3.164.055,89	2.687.137,71	0,00		56.756,43
Clinica MARIA ROSARIA	12.533.000,00	13.159.000,00	13.849.715,15	0,00	0,00	643.504,96	0,00	0,00	13.206.210,19	11.801.348,03	0,00		1.175.417,63
Clinica MELUCCIO	3.110.000,00	3.266.000,00	3.437.648,28	5.071,30	0,00	155.031,20	0,00	0,00	3.277.545,78	2.645.525,31	0,00		428.814,24
Clinica S. GIORGI DE' RIES	10.559.000,00	11.087.000,00	11.804.003,21	0,00	0,00	314.423,89	0,00	363.299,68	11.126.279,64	10.716.631,10	0,00		789.455,20
Villa STABIA	11.779.000,00	12.367.000,00	12.690.586,90	0,00	0,00	223.180,76	0,00	55.536,76	12.411.869,38	10.183.469,33	0,00		339.964,41
Clinica S. MARIA DEL POZZO	8.175.000,00	8.583.000,00	8.646.387,12	0,00	0,00	0,00	0,00	32.625,18	8.613.761,94	7.346.784,89	0,00		24.863,57
Clinica S. MARIA LA BRUNA	3.017.000,00	3.167.000,00	3.257.386,90	0,00	0,00	65.227,94	0,00	13.503,51	3.178.655,45	2.791.441,43	0,00		61.504,71
Clinica S. FELICE	1.929.000,00	2.025.000,00	2.071.747,74	2.556,21	0,00	36.879,66	0,00	0,00	2.032.311,87	2.043.918,72	0,00		0,00
Clinica S. LUCA	19.805.000,00	20.794.000,00	21.644.144,53	0,00	0,00	376.905,44	0,00	398.395,65	20.868.843,44	17.953.881,25	0,00		1.071.504,57
Clinica TRUSSO	9.111.000,00	9.566.000,00	10.429.813,83	0,00	0,00	407.406,66	0,00	421.929,57	9.600.477,60	8.581.856,35	0,00		692.038,49
TOTALE	93.050.000,00	97.698.000,00	102.165.144,64	7.627,51	0,00	2.380.941,13	0,00	1.727.857,55	98.048.718,45	86.598.900,00	0,00		4.811.050,00
A.S.L. SALERNO													
CAMPOLONGO COH	22.195.000,00	23.304.000,00	23.434.395,91	0,00	0,00	12.976,21	0,00	34.162,77	23.387.256,94	20.613.764,06	0,00		2.145.327,73
Villa CHIMARUGI	7.765.000,00	8.153.000,00	8.182.316,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8.182.316,16	7.089.307,38	0,00		0,00
Clinica COBBELIS	7.028.000,00	7.379.000,00	8.005.813,22	0,00	0,00	240.914,93	0,00	359.685,92	7.405.212,37	6.725.606,31	0,00		203.551,53

# ALLEGATO 1

Ipotesi presentata ad AIOP e Confindustria nell'incontro del 5 maggio 2010  
Case di Cura: consuntivo fatturato 2009 e tetti di spesa 2010

Importi in Euro	% di conferma liquidabile 2009:		(A)		(B)		(C)		(D)		(E)		(F=A-B-C-D-E)		(G)		(H)
	94,9%	99,6%	TETTO 2010 con riserva per contenziosi	TETTO 2010 senza riserva per contenziosi	Fatturato 2009	Contestazioni sulle tariffe	Abbattimenti per superamento soglie	Superamento limite incremento 10%	Altre contestazioni (specificare a fianco in nota)	Fatturato riconoscibile	Limite di spesa individuale 2009	Ripartizione 5° allegato B					
Villa DEL SOLE	8.286.000,00	8.700.000,00	8.700.000,00	8.892.186,17	0,00	123.767,39	0,00	36.824,01	8.731.594,78	7.557.666,34	233.948,29						
Clinica LA QUETE	4.618.000,00	4.849.000,00	4.849.000,00	4.866.246,36	0,00	0,00	0,00	0,00	4.866.246,36	4.358.918,32	0,00						
Clinica MALIZONI DI AGRIPOLI	11.628.000,00	12.209.000,00	12.209.000,00	12.838.047,96	0,00	379.285,74	0,00	205.558,36	12.253.203,87	11.784.389,54	1.007.700,07						
SAL'S Bahupaglia	11.509.000,00	12.085.000,00	12.085.000,00	12.359.618,56	0,00	133.518,01	0,00	98.158,40	12.127.942,16	11.212.840,84	617.770,54						
Clinica TOR TORRELLA	12.250.000,00	12.862.000,00	12.862.000,00	13.065.257,38	0,00	85.037,36	0,00	71.912,79	12.908.307,23	10.940.131,39	351.741,55						
Clinica VEXOSA	1.543.000,00	1.620.000,00	1.620.000,00	1.774.273,10	0,00	136.263,06	0,00	11.766,36	1.626.243,68	1.845.075,82	2.607,28						
Accreditamenti temporanei	4.271.000,00	4.484.000,00	4.484.000,00	4.500.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.500.000,00	4.500.000,00	0,00						
TOTALE:	91.093.000,00	95.645.000,00	95.645.000,00	97.918.154,82	0,00	1.111.762,69	0,00	818.088,60	95.988.323,53	86.627.700,00	4.562.650,00						
TOTALE per ASL																	
AVELLINO	91.229.000,00	95.789.000,00	95.789.000,00	96.076.012,93	0,00	1.157.352,13	0,00	2.088.564,95	92.830.095,85	86.983.200,00	4.139.111,70						
BENEVENTO	33.611.000,00	35.291.000,00	35.291.000,00	35.865.469,35	0,00	0,00	0,00	448.399,58	35.417.069,77	29.804.399,99	2.325.008,19						
CASERTA	109.654.000,00	115.130.000,00	115.130.000,00	121.943.666,54	1.139.691,11	2.604.450,53	0,00	4.279.151,21	113.920.373,69	99.750.804,36	5.542.100,01						
NAPOLI CENTRO	132.971.000,00	139.616.000,00	139.616.000,00	144.258.272,54	575.909,32	0,00	1.459.021,53	2.106.691,48	140.116.650,21	123.515.100,00	0,00						
NAPOLI NORD	48.822.000,00	51.261.000,00	51.261.000,00	52.725.327,35	983.543,93	0,00	0,00	297.582,00	51.444.201,42	39.222.900,88	1.584.169,35						
NAPOLI SUD	93.050.000,00	97.698.000,00	97.698.000,00	102.165.144,64	7.627,51	2.380.941,13	0,00	1.727.857,55	98.048.718,45	86.598.900,00	4.811.050,00						
SALERNO	91.093.000,00	95.645.000,00	95.645.000,00	97.918.154,82	0,00	1.111.762,69	0,00	818.088,60	95.988.323,53	86.627.700,00	4.562.650,00						
TOTALE	600.430.000,00	630.430.000,00	630.430.000,00	650.952.048,17	2.706.771,87	7.254.506,48	1.459.021,53	11.766.315,36	627.765.432,92	552.503.005,23	22.964.089,25						
RISERVA a fronte dell'effetto dei cambiamenti sulla sola competenza economica dell'esercizio 2010			0,00														
TOTALE COSTO di competenza 2010	630.430.000,00	630.430.000,00	630.430.000,00														

## Case di Cura: consuntivo fatturato 2009 e tetti di spesa 2010

Importi in Euro	Ripartizione 5% altri ricoveri	(J = G + H + I) Limite di spesa liquidabile (DGRC +269/09)	Importo della R.T.U.	tetto non utilizzato, disponibile per compensazione regionale	NOTE	correzioni in + o in -
<b>A.S.L. AVELLINO</b>						
Villa DELPINI	0,00	7.311.884,43	0,00	1.646.195,03	Superamento tasso di utilizzo posti letto	20%
Villa ESTHER	611.603,38	6.594.488,61	0,00	0,00	Controlli appropriatezza ricoveri	0%
Clinica MALZONI	729.908,49	24.573.971,29	0,00	0,00	Controlli appropriatezza ricoveri	0%
Villa MARIA Babuino	214.349,94	1.617.256,53	0,00	0,00	Controlli appropriatezza ricoveri	0%
Villa MARIA Maddalena	447.381,06	6.753.762,12	0,00	0,00	Controlli appropriatezza ricoveri	0%
Clinica MONTEVERGINE	2.135.868,84	40.397.014,35	0,00	785.132,52	Controlli appropriatezza ricoveri	30%
Clinica S. RITA	0,00	8.013.046,07	0,00	0,00	Contri qualita' e appropri - non ha lavorato x 4 mesi	0%
TOTALE	4.139.111,70	95.261.423,40	0,00	2.431.327,55		0%
<b>A.S.L. BENEVENTO</b>						
Clinica G.E.P.O.S	0,00	8.174.760,87	51.409,63	0,00	contestazioni per inappropriatezza prestazioni	0%
Villa MARGHERITA	795.694,77	7.956.947,68	760.071,32	0,00	contestazioni per inappropriatezza prestazioni	0%
Clinica S.FRANCESCO	0,00	7.178.229,46	875.103,36	0,00	contestazioni per inappropriatezza prestazioni	0%
Clinica S.RITA	0,00	7.897.091,59	552.161,86	0,00	contestazioni per inappropriatezza prestazioni	0%
CMR	190.897,04	1.908.970,40	62.323,60	0,00	contestazioni per inappropriatezza prestazioni	0%
TOTALE	986.591,81	33.115.999,99	2.301.069,78	0,00		0%
<b>A.S.L. CASERTA</b>						
Villa DEGLIULINI	378.682,33	3.004.999,33	0,00	0,00	Contri qualita' e appropri	0%
Villa DEL PINI	342.284,02	3.661.806,62	0,00	0,00	Contri qualita' e appropri	0%
Villa DELLE MAGNOLIE	941.910,82	11.882.661,82	0,00	0,00	Contri qualita' e appropri	0%
Villa DEL SOLE	415.724,43	11.771.045,68	0,00	0,00	Contri qualita' e appropri	0%
Villa FIORELLA Arcuso	70.678,70	2.291.022,64	45.136,34	0,00	Contri qualita' e appropri - non ha lavorato x 1 mese	0%
Villa FIORITA Capua	384.657,42	7.178.739,11	554.178,08	0,00	Contri qualita' e appropri	0%
VILLA ORTIENSA	0,00	1.334.118,41	0,00	0,00	Fatt in periodo di chius - non ha lavorato x 4 mesi	0%
Clinica PADRE PIO	844.079,24	5.795.079,59	1.414.169,22	0,00	Contri qualita' e appropri	0%
Clinica PINETA GRANDE	2.360.809,00	28.173.622,63	1.000.130,05	0,00	Contri qualita' e appropri	0%
Clinica S. ANNA	9.403,14	3.990.483,14	0,00	0,00	Contri qualita' e appropri	0%
Clinica S. Maria della Salute	0,00	3.442.802,90	0,00	0,00	Contri qualita' e appropri - non ha lavorato x 3,2 mesi	25%
Clinica S.MICHELE	901.845,26	25.479.056,81	71.705,22	0,00	Contri qualita' e appropri	0%
Clinica S.PAULO	0,00	2.829.616,10	0,00	0,00	Contri qualita' e appropri - non ha lavorato x 3,5 mesi	27%
TOTALE	6.650.074,36	110.835.054,78	3.085.318,91	0,00		0%
<b>A.S.L. NAPOLI Centro</b>						
Villa ANGELA	0,00	1.648.871,67	238.131,00	0,00		0%
Staz Clin BIANCHI	0,00	5.886.258,96	875.741,04	0,00		0%
Clinica CAMALDOFI	0,00	10.639.649,39	1.489.444,15	0,00		0%
CLINIC CENTER	0,00	16.326.809,82	1.813.829,43	0,00		0%
Villa CINZIA	0,00	3.068.559,73	3.575.657,43	0,00		0%
						2,0%
						2,0%
						2,0%
						6,8%
						6,2%
						38500
						138000
						247500
						389400
						141600

## Case di Cura: consuntivo fatturato 2009 e tetti di spesa 2010

Importi in Euro	(I)			Importo della R.T.U.	tetto non utilizzato, disponibile per compensazioni regionali	NOTE	correzioni in + o in -
	Ripartizione 5% altri ricoveri	Limite di spesa liquidabile (DGRC 1269/09)	(J = G + H + I)				
			K = F - J se > 0	L = J - F se > 0			
Clinica COLICCI	0,00	3.029.591,20	2.403.585,72	0,00	0,00		0%
Villa DELLE QUERCE	0,00	5.707.362,44	1.421.674,99	0,00	0,00		0%
Clinica MEDITERRANEA	0,00	31.084.483,29	2.686.185,61	0,00	0,00		0%
OSPEDALE INTERNAZIONALE	0,00	4.067.199,15	635.994,01	0,00	0,00		0%
Villa RUSSO	0,00	14.167.105,89	0,00	2.704.524,41	0,00		0%
Clinica SANATIRIX	0,00	9.992.375,03	1.743.544,78	0,00	0,00		0%
Clinica S.PATRIZIA	0,00	5.046.130,26	1.869.004,73	0,00	0,00		0%
Clinica S.STEFANO	0,00	3.495.731,44	0,00	200.683,55	0,00		0%
Clinica TASSO	0,00	4.129.767,29	270.901,39	0,00	0,00		0%
Clinica VESUVIO	0,00	1.194.833,97	313.433,92	0,00	0,00		0%
Clinica VILLALBA	0,00	4.030.370,47	169.629,97	0,00	0,00		0%
TOTALE	0,00	123.515.100,00	19.506.758,17	2.905.207,96	0,00		0%
A.S.L. NAPOLI 2 Nord							
Villa DELFIORACERRA	2.353.374,00	22.430.153,39	5.286.040,65	0,00	0,00	F 58 - i dati sul ricovero al 1 trimestre 2009	0%
Villa DELFIORIMIGNANO	269.112,68	15.422.306,76	1.576.166,58	0,00	0,00		0%
Villa MAIONE	42.491,48	3.152.688,24	586.561,73	0,00	0,00		0%
Clinica S.ANTIMO	108.952,50	2.575.852,50	414.431,57	0,00	0,00		0%
TOTALE	2.773.930,66	43.581.000,89	7.863.200,53	0,00	0,00		0%
A.S.L. NAPOLI 3 Sud							
Villa DELLE MARCHETTE	0,00	1.336.788,73	0,00	109.804,34	0,00		0%
Villa ELISA	205.556,00	1.344.857,00	0,00	5.618,41	0,00		0%
Clinica GRIMALDI	128.117,26	7.669.664,16	332.820,13	0,00	0,00	Non risultano contestazioni	0%
Clinica LA MADONNINA	30.404,11	2.774.298,25	389.757,64	0,00	0,00	contestato x inappropri. e ricoveri ripetuti	0%
Clinica MARIA ROSARIA	402.224,30	13.378.969,96	0,00	172.779,77	0,00	contestato x inappropri. e ricoveri ripetuti	0%
Clinica MILUCCIO	25.110,07	3.099.449,62	178.096,16	0,00	0,00		0%
Clinica S.LOUREDES	92.735,30	11.598.821,60	0,00	472.541,96	0,00		0%
Villa STABIA	352.948,42	10.876.382,16	1.535.487,22	0,00	0,00	contestato x inappropri. e ricoveri ripetuti	0%
Clinica S.MARIA DEL POZZO	1.307.778,00	8.654.562,89	0,00	40.800,95	0,00	contestato x inappropri. - eccesso gg. ricov	0%
Clinica S.MARIA LA BRUNA	7.663,42	2.823.968,42	354.687,03	0,00	0,00		0%
Clinica S.PIERRE	1.310,04	2.106.733,47	0,00	74.421,60	0,00		0%
CLINICA S.LUCIA	2.146.613,06	21.171.998,88	0,00	303.155,44	0,00	contestato x inappropri. e ricoveri ripetuti	0%
CLINICA TRUSSO	110.590,02	9.384.484,86	215.992,74	0,00	0,00	contestato x inappropri. e ricoveri ripetuti	0%
TOTALE	4.811.050,00	96.221.000,00	3.006.840,92	1.179.122,47	0,00		0%
A.S.L. SALERNO							
CAMPOLONGOHI	1.076.784,71	23.835.876,51	0,00	448.619,57	0,00	decurtazioni a seguito dei controlli	0%
Villa CHIARUGI	639.030,55	7.728.337,93	453.978,23	0,00	0,00		0%
Clinica COBELIUS	151.097,09	7.080.254,93	324.957,43	0,00	0,00	decurtazioni a seguito dei controlli	0%

## Case di Cura: consuntivo fatturato 2009 e tetti di spesa 2010

Importi in Euro	(I)				NOTE	correzioni in + o in -
	Ripartizione 5% altri ricoveri	(J = G + H + I) Limite di spesa liquidabile (DGRG 1269/09)	K = F - J se > 0 Importo della R.T.U.	L = J - F se > 0 tetto non utilizzato, disponibile per compensazione regionale		
Villa DEL SOLE	525.212,01	8.316.826,65	414.768,13	0,00	decurtazioni a seguito dei controlli	0%
Clinica LA QUETE	487.847,37	4.846.785,69	19.480,67	0,00		0%
Clinica MALIZIONI DI AGRICOLI	616.791,42	13.408.884,04	0,00	1.155.680,17	decurtazioni a seguito dei controlli	0%
SALUS Rappuglia	398.937,05	12.229.548,42	0,00	101.606,27	decurtazioni a seguito dei controlli	0%
Clinica FORTORELLA	657.960,28	11.949.833,22	958.474,01	0,00	decurtazioni a seguito dei controlli	0%
Clinica VENOSA	8.989,52	1.856.672,62	0,00	230.428,94	decurtazioni a seguito dei controlli	0%
Accreditamenti temporanei		4.500.000,00			eventuale temporaneo accreditamento	0%
TOTALE	4.562.650,00	95.753.000,00	2.171.658,48	1.936.334,94		0%
<b>TOTALE per ASI</b>						
AVELLINO	4.139.111,70	95.261.423,40	0,00	2.431.327,55		
BENEVENTO	986.591,81	33.115.999,99	2.301.069,78	0,00		
CASERTA	6.650.074,36	110.835.054,78	3.085.318,91	0,00		
NAPOLI CENTRO	0,00	123.515.100,00	19.506.758,17	2.905.207,96		
NAPOLI 2 NORD	2.773.930,66	43.581.000,89	7.863.200,53	0,00		
NAPOLI 3 SUD	4.811.050,00	96.221.000,00	3.006.840,92	1.179.122,47		
SALERNO	4.562.650,00	95.753.000,00	2.171.658,48	1.936.334,94		
TOTALE	23.923.408,53	598.282.579,06	37.934.846,79	8.451.992,92		
RISERVA a fronte dell'effetto dei contenziosi sulla sola competenza economica dell'esercizio 2010						
TOTALE COSTO di competenza 2010						

## Case di Cura: tetti di spesa 2010 in base ai tetti di struttura 2009

(A)		(B)	(C)	(D)	(E)
Limiti di spesa dell'assistenza ospedaliera erogata dalle case di cura private	Tetto di struttura 2009 (ripartizione del 90%)	Tetto di struttura 2010 (ripartizione del 90%)	pari ad un incremento sul 2009 del:	Tetto di struttura 2010 (ripartizione del 10%)	Tetto di struttura 2010: TOTALE
<b>A.S.L. AVELLINO</b>					
Villa DEL PINI	7.311.884,43	7.457.500,00	2,0%		
Villa ESTHER	5.371.281,85	5.478.300,00	2,0%		
Clinica MALZONI	23.114.154,32	23.574.500,00	2,0%		
Villa MARIA Baiano	1.188.556,65	1.212.200,00	2,0%		
Villa MARIA Mirabella	5.859.000,00	5.975.700,00	2,0%		
Clinica MONTEVERGINE	36.125.276,68	36.844.800,00	2,0%		
Clinica S.RITA	8.013.046,07	8.172.700,00	2,0%		
<b>TOTALE</b>	<b>86.983.200,00</b>	<b>88.715.700,00</b>	<b>2,0%</b>	<b>9.857.300,00</b>	<b>98.573.000,00</b>
<b>A.S.L. BENEVENTO</b>					
Clinica GE.P.O.S	7.357.284,78	7.503.900,00	2,0%		
Villa MARGHERITA	7.161.252,91	7.304.000,00	2,0%		
Clinica S.FRANCESCO	6.460.406,51	6.589.200,00	2,0%		
Clinica S.RITA	7.107.382,43	7.249.000,00	2,0%		
CMR	1.718.073,36	1.752.300,00	2,0%		
<b>TOTALE</b>	<b>29.804.399,99</b>	<b>30.398.400,00</b>	<b>2,0%</b>	<b>3.377.600,00</b>	<b>33.776.000,00</b>
<b>A.S.L. CASERTA</b>					
Villa DEGLI ULIVI	2.626.317,00	2.678.800,00	2,0%		
Villa DEL PINI	3.283.519,50	3.349.200,00	2,0%		
Villa DELLE MAGNOLIE	10.940.751,00	11.159.500,00	2,0%		
Villa DEL SOLE	11.225.640,00	11.450.100,00	2,0%		
Villa FIORITA Aversa	2.163.661,33	2.206.900,00	2,0%		
Villa FIORITA Capua	6.491.640,73	6.621.400,00	2,0%		
VILLA ORTENSIA	1.348.106,53	1.375.100,00	2,0%		
Clinica PADRE PIO	4.851.220,88	4.948.200,00	2,0%		
Clinica PINETA GRANDE	23.719.466,66	24.193.600,00	2,0%		
Clinica S.ANNA	3.981.080,00	4.060.700,00	2,0%		
Clinica S. Maria della Salute	3.641.269,24	3.714.100,00	2,0%		
Clinica S.MICHELE	21.753.045,90	22.187.800,00	2,0%		
Clinica S.PAOLO	3.725.085,59	3.799.600,00	2,0%		
<b>TOTALE</b>	<b>99.750.804,36</b>	<b>101.745.000,00</b>	<b>2,0%</b>	<b>11.305.000,00</b>	<b>113.050.000,00</b>
<b>A.S.L. NAPOLI I Centro</b>					
Villa ANGELA	1.648.871,67	1.681.700,00	2,0%		
Staz.Clim. BIANCHI	5.886.258,96	6.003.600,00	2,0%		
Clinica CAMALDOLI	10.639.649,39	10.851.700,00	2,0%		
CLINIC CENTER	16.326.809,82	16.652.200,00	2,0%		
Villa CINZIA	3.068.559,73	3.129.700,00	2,0%		
Clinica COLUCCI	3.029.591,20	3.090.000,00	2,0%		
Villa DELLE QUERCE	5.707.362,44	5.821.100,00	2,0%		
Clinica MEDITERRANEA	31.084.483,29	31.703.900,00	2,0%		
OSPEDALE internazionale	4.067.199,15	4.148.300,00	2,0%		
Villa RUSSO	14.167.105,89	14.449.400,00	2,0%		
Clinica SANATRIX	9.992.375,03	10.191.500,00	2,0%		
Clinica S.PATRIZIA	5.046.130,26	5.146.700,00	2,0%		
Clinica S.STEFANO	3.495.731,44	3.565.400,00	2,0%		
Clinica TASSO	4.129.767,29	4.212.100,00	2,0%		
Clinica VESUVIO	1.194.833,97	1.218.600,00	2,0%		
Clinica VILLALBA	4.030.370,47	4.110.700,00	2,0%		
<b>TOTALE</b>	<b>123.515.100,00</b>	<b>125.976.600,00</b>	<b>2,0%</b>	<b>13.997.400,00</b>	<b>139.974.000,00</b>

## Case di Cura: tetti di spesa 2010 in base ai tetti di struttura 2009

(A)		(B)	(C)	(D)	(E)
Limiti di spesa dell'assistenza ospedaliera erogata dalle case di cura private	Tetto di struttura 2009 (ripartizione del 90%)	Tetto di struttura 2010 (ripartizione del 90%)	pari ad un incremento sul 2009 del	Tetto di struttura 2010 (ripartizione del 10%)	Tetto di struttura 2010: TOTALE
<b>A.S.L. NAPOLI 2 Nord</b>					
Villa DEI FIORI ACERRA	18.972.001,04	19.349.900,00	2,0%		
Villa DEI FIORI MUGNANO	14.739.174,58	15.032.700,00	2,0%		
Villa MAIONE	3.044.825,26	3.105.500,00	2,0%		
Clinica S.ANTONIO	2.466.900,00	2.516.000,00	2,0%		
<b>TOTALE</b>	<b>39.222.900,88</b>	<b>40.004.100,00</b>	<b>2,0%</b>	<b>4.444.900,00</b>	<b>44.449.000,00</b>
<b>A.S.L. NAPOLI 3 Sud</b>					
Villa DELLE MARGHERITE	1.336.788,73	1.363.400,00	2,0%		
Villa ELISA	1.139.301,00	1.162.000,00	2,0%		
Clinica GRIMALDI	7.370.816,15	7.517.700,00	2,0%		
Clinica LA MADONNINA	2.687.137,71	2.740.700,00	2,0%		
Clinica MARIA ROSARIA	11.801.348,03	12.036.500,00	2,0%		
Clinica MELUCCIO	2.645.525,31	2.698.200,00	2,0%		
Clinica N.S.LOURDES	10.716.631,10	10.930.100,00	2,0%		
Villa STABIA	10.183.469,33	10.386.400,00	2,0%		
Clinica S.MARIA DEL POZZO	7.346.784,89	7.493.200,00	2,0%		
Clinica S.MARIA LA BRUNA	2.791.441,43	2.847.100,00	2,0%		
Clinica S.FELICE	2.043.918,72	2.084.600,00	2,0%		
CLINICA S.LUCIA	17.953.881,25	18.311.500,00	2,0%		
CLINICA TRUSSO	8.581.856,35	8.752.800,00	2,0%		
<b>TOTALE</b>	<b>86.598.900,00</b>	<b>88.324.200,00</b>	<b>2,0%</b>	<b>9.813.800,00</b>	<b>98.138.000,00</b>
<b>A.S.L. SALERNO</b>					
CAMPOLONGO IL	20.613.764,06	21.024.200,00	2,0%		
Villa CHLARUGI	7.089.307,38	7.230.500,00	2,0%		
Clinica COBELLIS	6.725.606,31	6.859.500,00	2,0%		
Villa DEL SOLE	7.557.666,34	7.708.200,00	2,0%		
Clinica LA QUIETE	4.358.918,32	4.445.700,00	2,0%		
Clinica MALZONI DI AGROP	11.784.389,54	12.019.000,00	2,0%		
SALUS Battipaglia	11.212.840,84	11.436.100,00	2,0%		
Clinica TORTORELLA	10.940.131,39	11.158.000,00	2,0%		
Clinica VENOSA	1.845.075,82	1.881.800,00	2,0%		
<b>TOTALE</b>	<b>82.127.700,00</b>	<b>83.763.000,00</b>	<b>2,0%</b>	<b>9.307.000,00</b>	<b>93.070.000,00</b>
<b>TOTALE per ASI</b>					
AVELLINO	86.983.200,00	88.715.700,00	2,0%	9.857.300,00	98.573.000,00
BENEVENTO	29.804.399,99	30.398.400,00	2,0%	3.377.600,00	33.776.000,00
CASERTA	99.750.804,36	101.745.000,00	2,0%	11.305.000,00	113.050.000,00
NAPOLI 1 CENTRO	123.515.100,00	125.976.600,00	2,0%	13.997.400,00	139.974.000,00
NAPOLI 2 NORD	39.222.900,88	40.004.100,00	2,0%	4.444.900,00	44.449.000,00
NAPOLI 3 SUD	86.598.900,00	88.324.200,00	2,0%	9.813.800,00	98.138.000,00
SALERNO	82.127.700,00	83.763.000,00	2,0%	9.307.000,00	93.070.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>548.003.005,23</b>	<b>558.927.000,00</b>	<b>2,0%</b>	<b>62.103.000,00</b>	<b>621.030.000,00</b>
RISERVA a fronte dell'effetto dei contenziosi sulla competenza economica dell'esercizio 2010 e per eventuali temporanei accreditamenti					9.400.000,00
<b>TOTALE COSTO di competenza 2010</b>					<b>630.430.000,00</b>



**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 in regime di ricovero ospedaliero da erogarsi per l'anno 2010 da parte delle case di cura 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 l'anno 2003 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 con 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 dalla DGRC n. 1269/09 per l'assistenza ospedaliera da erogarsi nell'esercizio 2010 da parte delle case di cura private, con i seguenti criteri (meglio descritti nel citato decreto):
  - incremento del budget di macroarea per il 2010 dell'importo di € 9.400.000,00= ed accantonamento di tale importo a fronte dei contenziosi in corso con diverse case di cura per il riconoscimento di maggiori fasce tariffarie e/o di eventuali temporanei accreditamenti;
  - tetto di struttura per singola casa di cura pari a quello già stabilito per l'esercizio 2009 dalla DGRC n. 1269/09 per ciascuna ASL e ripartito da ciascuna ASL alle singole case di cura, incrementato del 2%, come esposto nell'allegato n. 2 al citato decreto commissariale n. \_\_\_ del \_\_\_ giugno 2010;

## DATO ATTO

- che con le citate DGRC n. 1268/08 e n. 1269/09 la Giunta Regionale ha definito per la macroarea "attività di assistenza in regime di ricovero ospedaliero" il fabbisogno di prestazioni ed il correlato limite di spesa, relativamente alle prestazioni erogate dalle Case di Cura private provvisoriamente accreditate o accreditate, insistenti nell'ambito territoriale della sottoscritta ASL, suddiviso tra:
  - A) prestazioni erogate ai propri residenti;
  - B) prestazioni erogate ai residenti di altre ASL regionali;
  - C) prestazioni erogate a residenti extra Regione;
- che per la macroarea assistenza ospedaliera la medesima delibera ha confermato anche per il 2009 e per il 2010 i criteri già introdotti dalla DGRC n. 1268/08 e relativi alla introduzione del cd. *Budget di Struttura*, e per i quali si rinvia alle sopra citate DGRC n. 1268/08 e n. 1269/09;

VISTO

- lo schema di protocollo di intesa preliminare tipo tra le AA.SS.LL 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 assistenza in regime di ricovero ospedaliero da erogarsi per l'anno 2010 da parte delle case di cura private accreditate o temporaneamente accreditate, ed i correlati limiti di spesa, allegato sub A al citato decreto commissariale n. \_\_\_ del \_\_\_ giugno 2010;

**Si conviene quanto segue:**

## **Art. 1**

1. La premessa é patto e forma parte integrante del presente protocollo d'intesa.

## **Art. 2**

**(oggetto)**

Il presente protocollo di intesa ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza ospedaliera da erogarsi nell'anno 2010 da parte delle Case di Cura private temporaneamente accreditate ed i correlati limiti di spesa.

## **Art. 3**

**(quantità delle prestazioni)**

1. Il fabbisogno di prestazioni di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, che la ASL prevede di dover acquistare per i propri residenti presso le Case di Cura private ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. \_ \_\_\_\_\_ dimessi, di cui:
  - a) n. \_\_\_\_\_ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800/2006, come integrato dalla ASL ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
  - b) n. \_\_\_\_\_ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
2. Il fabbisogno di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle Case di Cura private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. \_\_\_\_\_ dimessi, di cui:
  - a) n. \_\_\_\_\_ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800/2006, come integrato dalla ASL ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
  - b) n. \_\_\_\_\_ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
3. Il fabbisogno di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni, residenti all'estero ed STP dalle Case di Cura private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. \_\_\_\_\_ dimessi, di cui:
  - a) n. \_\_\_\_\_ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800/2006, come integrato dalla ASL ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
  - b) n. \_\_\_\_\_ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.

4. Il volume massimo di prestazioni erogabili in regime di ricovero ospedaliero è determinato in n. \_\_\_\_ dimessi, 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 di assistenza in regime di ricovero ospedaliero, determinato all'art. 3, comma 4, è fissato in € \_\_\_\_\_, composto come specificato nei successivi commi 2, 3 e 4.
2. Il limite di spesa per le prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, che la ASL prevede di dover acquistare per i propri residenti presso le Case di Cura private ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € \_\_\_\_\_, di cui:
  - a) € \_\_\_\_\_ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800/2006, come integrato dalla ASL ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
  - b) € \_\_\_\_\_ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
3. Il limite di spesa per le prestazioni assistenza in regime di ricovero ospedaliero che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle Case di Cura private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € \_\_\_\_\_ di cui:
  - a) € \_\_\_\_\_ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800/2006, come integrato dalla ASL ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
  - b) € \_\_\_\_\_ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
4. Il limite di spesa per le prestazioni assistenza in regime di ricovero ospedaliero che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni, residenti all'estero ed STP dalle Case di Cura private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € \_\_\_\_\_ di cui:
  - a) € \_\_\_\_\_ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800/2006, come integrato dalla ASL ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
  - b) € \_\_\_\_\_ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
5. Le prestazioni erogate a residenti di altre Regioni, residenti all'estero ed STP 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 agli Enti deputati al rimborso delle prestazioni rese in mobilità internazionale o agli STP, 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. Le prestazioni di cui alla lettera a) dei precedenti commi 2, 3 e 4 concorrono ai sopra citati limiti di spesa; tuttavia, la regressione tariffaria derivante dall'eventuale superamento, a consuntivo, dei limiti stabiliti per le prestazioni di cui alla lettera a) dei commi 2, 3 e 4 del presente articolo, potrà essere parzialmente o interamente attenuata dalla quota del limite di spesa accantonata dalla ASL per tale finalità ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008 e s.m.i.:

**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 - 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 delibera dalla Giunta Regionale.
2. La allegata delibera n. \_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ del Commissario Straordinario / Direttore Generale della ASL determina la ripartizione dei limiti di spesa di cui al precedente art. 4 per ciascuna Casa di Cura privata operante nella ASL e l'elenco dei DRG che la ASL ha scelto per integrazione dell'allegato B alla DGRC n. 800/06, secondo i criteri stabiliti dalla DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008 e s.m.i.
3. Le prestazioni rientranti nei limiti di spesa di cui al precedente art. 4, come ripartiti per ciascuna Casa di Cura dalla allegata delibera del Direttore Generale della ASL, saranno remunerate a tariffa piena.
4. Le prestazioni eccedenti i limiti di spesa di cui al precedente art. 4, come ripartiti per ciascuna Casa di Cura dalla allegata delibera del Direttore Generale della ASL, determinano il contributo di ciascuna Casa di Cura privata al superamento del limite di spesa assegnato alla ASL per la macroarea delle prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, che la ASL prevede di dover complessivamente acquistare presso le Case di Cura private ubicate nel suo territorio. Pertanto, per tale importo, la Casa di Cura è impegnata ad emettere nota credito, ai sensi dell'allegato C) - Regressione Tariffaria Unica - R.T.U. - alla DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008.
5. La regressione tariffaria di cui al comma precedente potrà essere ridotta (finanche ad essere annullata) attraverso la ripartizione proporzionale - a consuntivo - della quota del limite di spesa accantonata dalla ASL, di cui al comma 6 del precedente art. 4, nella misura in cui i DRG compresi nell'allegato B alla DGRC n. 800/06, integrati con gli ulteriori DRG definiti nella allegata delibera del Commissario Straordinario / Direttore Generale della ASL, saranno stati erogati da ciascuna Casa di Cura privata, fermo restando il rispetto complessivo della Regressione Tariffaria Unica - R.T.U. in vigore dal 1 gennaio 2008 ai sensi della sopra citata DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008.
6. 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 accordo, 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 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..

## Art. 6

### (istituzione e compiti del Tavolo Tecnico)

1. Con la finalità di monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente accordo, è istituito un tavolo tecnico composto da n. \_\_\_\_ membri di cui n. \_\_\_\_ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, firmatarie del presente accordo, e di n. \_\_\_\_ membri nominati dal Commissario Straordinario / Direttore Generale della ASL.
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
  - a) stesura di protocolli aventi l'obiettivo di regolamentare l'attività del singolo settore;
  - b) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle strutture 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;
  - c) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nel precedente art. 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.

## Art. 7

### (attività del Tavolo Tecnico)

1. Con cadenza mensile la ASL comunicherà al tavolo tecnico di cui all'art. 6 ed a tutte le altre AA.SS.LL. della Regione i dati relativi ai volumi e alle modalità di remunerazione delle prestazioni erogate dalle strutture ubicate nel territorio aziendale a cittadini non residenti (mobilità attiva).
2. Alle scadenze e con le modalità previste dal citato decreto commissariale n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_ giugno 2010 la ASL comunicherà altresì, al tavolo tecnico ed alle singole strutture erogatrici del proprio territorio i volumi remunerabili a tariffa piena, i volumi residui e la stima, in corso d'anno ed a consuntivo, della eventuale parte di fatturato di ciascuna Casa di Cura privata, che costituisce contributo al superamento dei limiti di spesa di cui al precedente art. 4, ai fini della applicazione della R.T.U. – Regressione Tariffaria Unica (di cui all'allegato C della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008).
3. Per le finalità di cui ai commi precedenti le Case di Cura private si impegnano 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; eventuali ritardi comporteranno l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 9.

## Art. 8

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

1. I limiti di spesa di cui all'art. 4 sono suscettibili di aggiornamento con i criteri stabiliti dalla DGRC n. 517/2007 e richiamati nel comma 5 del precedente art. 4.

2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le diverse strutture, non è consentito ad una singola Casa di Cura, se non sulla base di adeguate motivazioni (la cui valutazione è affidata alla ASL, con obbligo di riferire al tavolo tecnico di cui all'art. 6), ad una singola Casa di Cura di incrementare il fatturato a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quello registrato nel corrispondente periodo dell'anno precedente; fermo restando che, in caso di valutazione positiva da parte della ASL, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa).

### **Art. 9**

#### **(modalità di pagamento delle prestazioni)**

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, sarà corrisposto alle strutture che, in applicazione del presente protocollo di intesa, sottoscriveranno il contratto di cui al successivo art. 10, un acconto pari al 90% del fatturato mensile e, comunque, non superiore al limite di spesa stabilito dal precedente art. 4.
2. Il diritto al pagamento del suddetto acconto maturerà entro trenta giorni dalla consegna della fatturazione mensile. La liquidazione del saldo di tutte le fatture mensili relative alle prestazioni rese nel 2010 dovrà essere effettuata dalla ASL entro il 31 marzo 2011 e, comunque, entro 60 (sessanta) giorni dal completamento della documentazione necessaria per le verifiche ed i controlli, previa comunicazione alla Casa di Cura della determinazione del saldo liquidabile in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, nonché delle eventuali regressioni tariffarie da applicare su base annuale. Entro trenta giorni dal ricevimento di tale comunicazione, la Casa di Cura dovrà emettere nota credito a storno dell'eventuale fatturato eccedente, fermo restando che, all'esito positivo di eventuali contestazioni, potrà emettere nuovamente l'addebito (limitatamente alla parte non più in contestazione).
3. A fini di regolarità contabile, la liquidazione del congruaglio a saldo è subordinata e sospesa fino al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota di credito di cui al comma precedente.

### **Art. 10**

#### **(efficacia)**

1. Le Case di Cura, in uno con le Associazioni di categoria firmatarie del presente protocollo di intesa, sottoscriveranno i singoli contratti che recepiranno i principi e le modalità sancite nel protocollo medesimo.
2. La remunerazione a carico del Servizio sanitario regionale delle prestazioni erogate dalle strutture è subordinata alla sottoscrizione da parte di ciascuna di esse del contratto previsto dal comma 1.
3. Il presente protocollo di intesa si riferisce a tutto l'anno 2010, in esecuzione del citato decreto commissariale n. \_\_ del \_\_ giugno 2010.
4. Analoga durata ed efficacia avranno i contratti stipulati con le singole strutture, in conformità al presente protocollo di intesa.

5. Il presente protocollo di intesa sarà adeguato alle eventuali ulteriori modifiche della normativa regionale in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza del protocollo stesso.

**Art. 11**  
**(norme finali)**

1. In caso di contenzioso con una casa di cura, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa ad essa assegnato le somme eventualmente spettanti, 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.

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_ giugno 2010 (Luogo e data)

Timbro e firma della ASL

Timbro e firma del rappresentante della Associazione

\_\_\_\_\_

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

La casa di cura .....  
 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 ospedaliera, redatto in conformità al Decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro n° \_\_\_ del \_\_\_ / 6 / 2010.

**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 l'anno 2003 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.



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

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 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono stati aggiornati i limiti di spesa stabiliti dalla DGRC n. 1269/09 per l'assistenza ospedaliera da erogarsi nell'esercizio 2010 da parte delle case di cura private, con i seguenti criteri (meglio descritti nel citato decreto):
  - incremento del budget di macroarea per il 2010 dell'importo di € 9.400.000,00= ed accantonamento di tale importo a fronte dei contenziosi in corso con diverse case di cura per il riconoscimento di maggiori fasce tariffarie e/o di eventuali temporanei accreditamenti;
  - tetto di struttura per singola casa di cura pari a quello già stabilito per l'esercizio 2009 dalla DGRC n. 1269/09 per ciascuna ASL e ripartito da ciascuna ASL alle singole case di cura, incrementato del 2%, come esposto nell'allegato n. 2 al citato decreto commissariale n. \_\_\_ del \_\_ giugno 2010;

**DATO ATTO**

- che con la citata deliberazione n. 1269 del 16 luglio 2009 la Giunta Regionale ha definito per la macroarea "attività di assistenza in regime di ricovero ospedaliero" il fabbisogno di prestazioni ed il correlato limite di spesa, relativamente alle prestazioni erogate dalle Case di Cura private provvisoriamente accreditate o accreditate, insistenti nell'ambito territoriale della sottoscritta ASL, suddiviso tra:
  - A) prestazioni erogate ai propri residenti;
  - B) prestazioni erogate ai residenti di altre AA.SS.LL. della Regione Campania;
  - C) prestazioni erogate a residenti extra Regione;
- che per la macroarea assistenza ospedaliera la medesima delibera ha confermato anche per il 2009 e per il 2010 i criteri già introdotti dalla DGRC n. 1268/08 e relativi alla introduzione del cd. *Budget di Struttura*, e per i quali si rinvia alle sopra citate DGRC n. 1268/08 e n. 1269/09;

**Si conviene quanto segue:****Art. 1**

1. La premessa é patto e forma parte integrante del presente contratto.

**Art. 2****(oggetto)**

Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza ospedaliera da erogarsi nell'anno 2010 da parte della sottoscritta Casa di Cura ed i correlati limiti di spesa.

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

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

1. Il fabbisogno di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, che la ASL prevede di dover acquistare per i propri residenti dalla sottoscritta Casa di Cura \_\_\_\_\_, corrisponde a n. \_\_\_\_\_ dimessi, di cui:
  - a) n. \_\_\_\_\_ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800/2006, come integrato dalla ASL con l'allegata delibera n. \_\_\_ del \_\_\_\_\_ ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
  - b) n. \_\_\_\_\_ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
2. Il fabbisogno di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalla sottoscritta Casa di Cura \_\_\_\_\_, corrisponde a n. \_\_\_\_\_ dimessi, di cui:
  - a) n. \_\_\_\_\_ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800/2006, come integrato dalla ASL con l'allegata delibera n. \_\_\_ del \_\_\_\_\_ ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
  - b) n. \_\_\_\_\_ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
3. Il fabbisogno di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni, residenti all'estero ed STP dalla sottoscritta Casa di Cura \_\_\_\_\_, corrisponde a n. \_\_\_\_\_ dimessi, di cui:
  - a) n. \_\_\_\_\_ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800/2006, come integrato dalla ASL con l'allegata delibera n. \_\_\_ del \_\_\_\_\_ ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
  - b) n. \_\_\_\_\_ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
4. Il volume massimo di prestazioni erogabili in regime di ricovero ospedaliero dalla sottoscritta Casa di Cura \_\_\_\_\_ è, quindi, determinato in n. \_\_\_\_\_ dimessi, 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 di assistenza in regime di ricovero ospedaliero erogate dalla sottoscritta Casa di Cura \_\_\_\_\_, determinato all'art. 3, comma 4, è fissato in € \_\_\_\_\_, composto come specificato nei successivi commi 2, 3 e 4.
2. Il limite di spesa per le prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, che la ASL prevede di dover acquistare per i propri residenti dalla sottoscritta Casa di Cura \_\_\_\_\_, è fissato in € \_\_\_\_\_, di cui:
  - a) € \_\_\_\_\_ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800/2006, come integrato dalla ASL con l'allegata delibera n. \_\_\_ del \_\_\_\_\_ ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
  - b) € \_\_\_\_\_ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
3. Il limite di spesa per le prestazioni di assistenza in regime di ricovero ospedaliero che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalla sottoscritta Casa di Cura \_\_\_\_\_, è fissato in € \_\_\_\_\_ di cui:
  - a) € \_\_\_\_\_ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800/2006, come integrato dalla ASL con l'allegata delibera n. \_\_\_ del \_\_\_\_\_ ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
  - b) € \_\_\_\_\_ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.

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

4. Il limite di spesa per le prestazioni di assistenza in regime di ricovero ospedaliero che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni, residenti all'estero ed STP dalla sottoscritta Casa di Cura \_\_\_\_\_, è fissato in € \_\_\_\_\_ di cui:
  - a) € \_\_\_\_\_ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800/2006, come integrato dalla ASL con l'allegata delibera n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
  - b) € \_\_\_\_\_ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
5. Le prestazioni erogate a residenti di altre Regioni, residenti all'estero ed STP 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 agli Enti deputati al rimborso delle prestazioni rese in mobilità internazionale o agli STP, 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. Le prestazioni di cui alla lettera a) dei precedenti commi 2, 3 e 4 concorrono ai sopra citati limiti di spesa; tuttavia, la regressione tariffaria derivante dall'eventuale superamento, a consuntivo, dei limiti stabiliti per le prestazioni di cui alla lettera a) dei commi 2, 3 e 4 del presente articolo, potrà essere parzialmente o interamente attenuata dalla quota del limite di spesa accantonata dalla ASL per tale finalità con l'allegata delibera n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;

**Art. 5****(criteri di remunerazione delle prestazioni)**

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario - 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 delibera dalla Giunta Regionale.
2. La allegata n. \_\_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_\_ del Commissario Straordinario / Direttore Generale della ASL determina la ripartizione dei limiti di spesa di cui al precedente art. 4 per ciascuna Casa di Cura privata operante nella ASL e l'elenco dei DRG che la ASL ha scelto per integrazione dell'allegato B alla DGRC n. 800/06, secondo i criteri stabiliti dalla DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008.
3. Le prestazioni rientranti nei limiti di spesa di cui al precedente art. 4 saranno remunerate a tariffa piena.
4. Le prestazioni eccedenti i limiti di spesa di cui al precedente art. 4 determineranno il contributo della sottoscritta Casa di Cura privata al superamento del limite di spesa assegnato alla ASL per la macroarea delle prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, che la ASL prevede di dover complessivamente acquistare presso le Case di Cura private ubicate nel suo territorio. Pertanto, per tale importo, la sottoscritta Casa di Cura è impegnata ad emettere nota credito, ai sensi dell'allegato C) - Regressione Tariffaria Unica – R.T.U. – alla DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008.
5. La regressione tariffaria di cui al comma precedente potrà essere ridotta (finanche ad essere annullata) attraverso la ripartizione proporzionale – a consuntivo – della quota del limite di spesa accantonata dalla ASL, di cui al comma 6 del precedente art. 4, nella misura in cui i

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

DRG compresi nell'allegato B alla DGRC n. 800/06, integrati con gli ulteriori DRG definiti nella allegata delibera della ASL, saranno stati erogati da ciascuna Casa di Cura privata operante nella ASL, fermo restando il rispetto complessivo della Regressione Tariffaria Unica R.T.U. in vigore dal 1 gennaio 2008 ai sensi della sopra citata DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008.

6. 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 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..

**Art. 6****(istituzione e compiti del Tavolo Tecnico)**

1. Con la finalità di 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.
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
  - a) stesura di protocolli aventi l'obiettivo di regolamentare l'attività del singolo settore;
  - b) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle strutture 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;
  - c) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nel precedente art. 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.

**Art. 7****(attività del Tavolo Tecnico)**

1. Con cadenza mensile la ASL comunicherà al tavolo tecnico di cui all'art. 6 ed a tutte le altre AA.SS.LL. della Regione i dati relativi ai volumi e alle modalità di remunerazione delle prestazioni erogate dalle strutture ubicate nel territorio aziendale a cittadini non residenti (mobilità attiva).
2. Alle scadenze e con le modalità previste dal citato decreto commissariale n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_ giugno 2010 la ASL comunicherà altresì, alla sottoscritta casa di cura i volumi remunerabili a tariffa piena, i volumi residui e la stima, in corso d'anno ed a consuntivo, della eventuale

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

parte di fatturato che costituisce contributo al superamento dei limiti di spesa di cui al precedente art. 4, ai fini della applicazione della R.T.U. – Regressione Tariffaria Unica (di cui all'allegato C della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008).

3. Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta Casa di Cura 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: eventuali ritardi comporteranno l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 9.

**Art. 8****(variazione del volume delle prestazioni e loro limiti)**

1. I limiti di spesa di cui all'art. 4 sono suscettibili di aggiornamento con i criteri stabiliti dalla DGRC n. 517/2007 e richiamati nel comma 5 del precedente art. 4.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le diverse strutture, non è consentito alla sottoscritta Casa di Cura, se non sulla base di adeguate motivazioni (la cui valutazione è affidata alla ASL, con obbligo di riferire al tavolo tecnico di cui all'art. 6), di incrementare il fatturato a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quello registrato nel corrispondente periodo dell'anno precedente: fermo restando che, in caso di valutazione positiva da parte della ASL, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa).

**Art. 9****(modalità di pagamento delle prestazioni)**

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, sarà corrisposto alla sottoscritta casa di cura un acconto pari al 90% del fatturato mensile e, comunque, non superiore al limite di spesa stabilito dal precedente art. 4.
2. Il diritto al pagamento del suddetto acconto maturerà entro trenta giorni dalla consegna della fatturazione mensile. La liquidazione del saldo di tutte le fatture mensili relative alle prestazioni rese nel 2010 dovrà essere effettuata dalla ASL entro il 31 marzo 2011 e, comunque, entro 60 (sessanta) giorni dal completamento della documentazione necessaria per le verifiche ed i controlli, previa comunicazione alla sottoscritta Casa di Cura della determinazione del saldo liquidabile in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, nonché delle eventuali regressioni tariffarie da applicare su base annuale. Entro trenta giorni dal ricevimento di tale comunicazione, sottoscritta la Casa di Cura dovrà emettere nota credito a storno dell'eventuale fatturato eccedente, fermo restando che, all'esito positivo di eventuali contestazioni, potrà emettere nuovamente l'addebito (limitatamente alla parte non più in contestazione).
3. A fini di regolarità contabile, la liquidazione del conguaglio a saldo è subordinata e sospesa fino al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota di credito di cui al comma precedente.

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

1. La remunerazione a carico del Servizio sanitario regionale delle prestazioni erogate dalla sottoscritta Casa di Cura è subordinata alla sottoscrizione del presente contratto.

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

2. Il presente contratto si riferisce a tutto l'anno 2010 in esecuzione del citato decreto commissariale n. \_\_\_ del \_\_ giugno 2010.
3. Il presente contratto sarà adeguato alle eventuali ulteriori modifiche della normativa regionale in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

**Art. 11**

**(norme finali)**

1. In caso di contenzioso con la sottoscritta casa di cura, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa ad essa assegnato dal presente contratto le somme eventualmente spettanti, 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 della sottoscritta casa di cura con il servizio sanitario regionale è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASI., con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti o loro danti causa.
3. La sottoscritta Casa di Cura 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.

\_\_\_\_\_ , \_\_\_ giugno 2010 (Luogo e data)

Timbro e firma della ASI

Timbro e firma del legale rappresentante della  
Casa di Cura:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_