



Regione Campania

*Il Commissario ad acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 11/12/2015)*

DECRETO n. 89 del 08.08.2016

Rif. punto viii) delibera del Consiglio dei Ministri del 11 dicembre 2015

OGGETTO: Definizione per gli esercizi 2016 e 2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati - Determinazioni

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 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 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"*;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso attraverso i programmi operativi di cui al citato art. 2, comma 88, della legge n. 191/09;
- che con decreto commissariale n. 25/2010 sono stati adottati i Programmi Operativi di cui al summenzionato art. 2, comma 88, della legge n. 191/2009, successivamente aggiornati con decreti commissariali n. 41/2010, n. 45/2011, n. 53/2012, n. 153/2012, n. 24/2013, n. 82/2013, n. 18/2014 e n. 108/2014; mentre i Programmi Operativi 2016 – 2018 sono stati trasmessi per l'approvazione al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e finanze sulla procedura SIVEAS con prot. n. 109-A del 26/7/2016;
- che la legge 23 dicembre 2014, n. 190, all'art. 1, comma 569, ha stabilito che la nomina a Commissario ad acta per la predisposizione, l'adozione o l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario è incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento, precisando che tale disposizione si sarebbe applicata alle nomine successive all'entrata in vigore della legge medesima;



Regione Campania

*Il Commissario ad acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 11/12/2015)*

- che, a seguito delle elezioni amministrative regionali del 31 maggio 2015, il nuovo Presidente della Giunta della Regione Campania si è insediato il 6 luglio 2015;
- che in data 11 dicembre 2015 il Consiglio dei Ministri ha deliberato la nomina del Dott. Joseph Polimeni a Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, affiancandogli in qualità di Sub Commissario unico il Dott. Claudio D'Amario;
- che il nuovo Commissario *ad acta* ed il Sub Commissario unico si sono insediati in data 13 gennaio 2016;
- che fra gli acta della delibera del Consiglio dei Ministri del 11/12/2015, al punto viii) è assegnato il compito di provvedere alla *“definizione e sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, in coerenza con il fabbisogno assistenziale e con quanto previsto dal punto i”* (adozione ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera);
- che, nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale *“organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali”*, emanando provvedimenti qualificabili come *“ordinanze emergenziali statali in deroga”*, ossia *“misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro”* (Consiglio di Stato: sentenza n. 2470/2013);

CONSIDERATO

- che il Commissario ad acta con nota del 2/2/2016, prot. n. 403/C, indirizzata alle ASL, alle Associazioni di Categoria delle strutture sanitarie private accreditate ed ai legali rappresentanti degli erogatori privati accreditati, successivamente integrata e, in parte, modificata dalle successive note prot. n. 725/C del 17/20/2016, n. 1617/C del 22/3/2016, n. 1772/C del 31/3/2016 e n. 2424/C del 26/4/2016, ha fornito delle prime indicazioni provvisorie in merito ai tetti di spesa ed ai contratti ex art. 8-quinquies D.Lgs. 502/92 e s.m.i. per gli esercizi 2016 e 2017;
- che con decreto commissariale n. 33 del 17 maggio 2016, pubblicato sul BURC n. 32 del 23/5/2016, è stato approvato il “Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015”, da attuarsi nel triennio 2016 – 2018, che prevede diverse azioni inerenti all'assetto dell'ospedalità privata, con riguardo alla riconversione dei posti letto delle strutture neuropsichiatriche, all'incremento dei posti letto di riabilitazione ospedaliera, alla riconversione delle strutture con meno di 40 e meno di 60 posti letto, alla chiusura dei punti nascita con meno di 1.000 parti / anno, nei tempi e con le modalità richiamate nel Piano;
- che è in corso di approvazione il piano di riassetto 2016 – 2018 dell'assistenza territoriale e delle cure primarie, che opererà nella direzione di una più efficiente integrazione ospedale – territorio e di una maggiore appropriatezza del livello di assistenza territoriale, in coerenza con il DM 9 dicembre 2015 in materia di *“Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale”*;
- che, pertanto, con il presente decreto:
 - nella allegata Sezione I si stabilisce il quadro della programmazione dei limiti di spesa 2016 e 2017 assegnati agli operatori privati accreditati ai fini del rispetto della cd. *Spending Review*,



Regione Campania

*Il Commissario ad acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 11/12/2015)*

ovvero, delle disposizioni recate dall'art. 15, comma 14, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e s.m.i., come integrate dall'art. 9-quater, comma 7, e dall'art. 9-septies, commi 1 e 2, del decreto legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, nonché dall'art. 1, comma 574, della legge 28 dicembre 2015, n. 208;;

- nella allegata Sezione II si provvede a fornire le indicazioni necessarie per la stipula dei contratti 2016 - 2017 con gli erogatori privati per regolare i volumi e ed i correlati limiti di spesa delle prestazioni di dialisi ambulatoriale;
- nella allegata Sezione III si forniscono le indicazioni necessarie per la stipula dei contratti 2016 - 2017 con gli erogatori privati per regolare i volumi e ed i correlati limiti di spesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, escluse le prestazioni di dialisi;
- nella allegata Sezione IV si forniscono le indicazioni necessarie per la stipula dei contratti 2016 - 2017 con le case di cura private per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza ospedaliera, fermo restando che la programmazione 2017 dovrà essere rivista all'esito dei procedimenti di riconversione in corso (come previsti dal sopra richiamato Piano Ospedaliero 2016 - 2018);
- nella allegata Sezione V sono fissati i criteri ed ed i limiti di spesa cui devono attenersi, e si dà mandato al Direttore Generale per la Tutela della Salute ed ai Direttori generali delle ASL competenti per Territorio, affinché definiscano e stipolino gli accordi per gli esercizi 2016 - 2017 con l'Ente Fatebenefratelli per definire i limiti di spesa relativi agli ospedali di Benevento e di Napoli, con la Fondazione Evangelica Betania, per l'Ospedale Villa Betania di Napoli, con la Provincia Sicula dei Chierici Regolari Ministri degli Infermi - Religiosi Camilliani, per il Presidio Ospedaliero S. Maria della Pietà di Casoria e con l'IRCCS Maugeri di Telese Terme;
- nella allegata Sezione VI si confermano per gli esercizi 2016 e 2017 i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa delle prestazioni di assistenza termale;

DATO ATTO

- che l'art. 1, comma 568, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di Stabilità 2016), ha fissato in euro 111.000 milioni il livello di finanziamento statale del SSR per l'esercizio 2016, pari ad un incremento del 1,17% rispetto al 2015;
- che l'approvazione del riparto tra le Regioni del finanziamento statale per la spesa sanitaria corrente per l'esercizio 2016 è intervenuta nella Conferenza Stato Regioni del 14 aprile 2016, rep. n. 62 e 63/CSR, in modo da assicurare alla Campania un finanziamento indistinto (fabbisogno + quota premiale) di euro 10.200,27 milioni, corrispondente ad un incremento sul 2015 in linea con l'incremento medio nazionale;
- che il punto 5 del dispositivo del decreto del Commissario ad acta n. 8 del 16 febbraio 2016, pubblicato sul BURC n. 12 del 22 febbraio 2016, ha stabilito: *"che il contratto sottoscritto per l'esercizio 2015 costituisce riferimento provvisorio per l'erogazione e la remunerazione, salvo conguagli, delle prestazioni sanitarie rese nel 2016, fino a quando non saranno definiti i contratti ed i limiti di spesa per l'esercizio 2016, ferme restando le indicazioni fornite dal Commissario ad acta nella circolare del 2 febbraio 2016, n. 403/C, e s.m.i."*;



Regione Campania

*Il Commissario ad acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 11/12/2015)*

- che la giurisprudenza amministrativa in materia di contratti con gli erogatori privati di prestazioni sanitarie ha consolidato alcuni principi, tra i quali appare opportuno ricordare quanto statuito dall'adunanza plenaria del Consiglio di Stato che, con la decisione n. 4/2012 ha ritenuto legittima la fissazione dei limiti di spesa in corso d'anno perché: *“La determinazione regionale, in quanto atto terminale di un procedura che si colloca a valle, sul piano logico e cronologico, dei rammentati procedimenti presupposti, non può, in definitiva, essere letta in modo avulso dal sistema in cui si inserisce. Posto, allora, che la fissazione dei tetti di spesa non può prescindere dalla conoscenza del dato finanziario di riferimento [l'ammontare e la ripartizione tra le Regioni del finanziamento statale della spesa sanitaria] e che tale dato risulta definito in modo concreto in corso d'anno ... si appalesa fisiologica la fissazione retroattiva del tetto regionale di spesa anche in una fase avanzata dell'anno”*;
- che, peraltro, a tale riguardo la stessa decisione dell'adunanza plenaria del Consiglio di Stato ha espressamente richiamato la propria precedente decisione n. 8/2006 secondo cui *“le strutture private, che erogano prestazioni per il Servizio sanitario nazionale nell'esercizio di una libera scelta, potranno aver riguardo - fino a quando non risulti adottato un provvedimento definitivo - all'entità delle somme contemplate per le prestazioni dei professionisti o delle strutture sanitarie dell'anno precedente, diminuite della riduzione della spesa sanitaria effettuata dalle norme finanziarie relative all'anno in corso”*;

DATO ATTO

- che i limiti di spesa conseguenti dal presente decreto per ciascuna struttura nell'ambito della ASL di appartenenza hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del SSR: rimane, infatti, obbligo della ASL territorialmente competente verificare prima della stipula dei contratti con i singoli operatori privati accreditati, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari per poter erogare prestazioni sanitarie con oneri a carico del SSR;
- che il presente decreto viene trasmesso al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze e, con successivi atti, potranno essere recepite eventuali prescrizioni, che dovessero pervenire dai suddetti Ministeri;

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 approvare specificamente tutte le disposizioni di cui alle Sezioni I, II, III, IV, V e VI, allegate al presente decreto.
3. Di stabilire che il presente decreto sarà immediatamente notificato alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste, a tutte le Associazioni di categoria ed a tutti ai centri privati interessati.
4. Di precisare che le strutture sanitarie private che entro il 30/9/2016 non sottoscrivano il contratto ex art. 8 quinquies secondo gli schemi approvati dal presente decreto, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale formulata dalla ASL competente in base alle disposizioni recate dal presente decreto - fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria - si intenderanno prive di contratto e, pertanto, per tali strutture dal 1° ottobre 2016 cessa la



Regione Campania

*Il Commissario ad acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 11/12/2015)*

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).

5. Di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di competenza, alle Aziende Sanitarie Locali, al Capo Dipartimento della Salute, al Direttore Generale per la Tutela della Salute, all'Ufficio Speciale "Servizio Ispettivo Sanitario e Socio Sanitario", al "Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale" ed alla "Segreteria di Giunta" per la pubblicazione sul BURC.

Il Dirigente UOD 14 G.E.F.
Dott. G.F. Ghidelli

Il Sub Commissario ad acta
Dott. Claudio D'Amario

Il Commissario ad Acta
Dott. Joseph Polimeni



Regione Campania

*Il Commissario ad acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 11/12/2015)*

SEZIONE I: Definizione per l'esercizio 2016 e 2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati: quadro della programmazione dei limiti di spesa 2016 e 2017 assegnati agli operatori privati accreditati ai fini del rispetto della cd. Spending Review

Nella tabella allegata viene stabilito il quadro della programmazione dei limiti di spesa 2016 e 2017, assegnati dal presente decreto ai soggetti privati accreditati che erogano assistenza specialistica ambulatoriale ed assistenza ospedaliera, ai fini del rispetto della cd. Spending Review, ovvero, delle disposizioni recate dall'art. 15, comma 14, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e s.m.i., come integrate dall'art. 9-quater, comma 7, e dall'art. 9-septies, commi 1 e 2, del decreto legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, nonché dall'art. 1, comma 574, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di Stabilità 2016).

Anche per gli esercizi 2016 e 2017 la Regione intende avvalersi della facoltà, concessa dal comma 2 del citato art. 9-septies del decreto legge n. 78/2015, in base al quale: *“Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di salvaguardare i livelli essenziali di assistenza, possono comunque conseguire l'obiettivo economico-finanziario di cui al comma 1 [che richiama le misure di risparmio stabilite dagli articoli da 9-bis a 9-sexies dello stesso decreto e, quindi, anche la riduzione dell'1% rispetto al 2014 dell'importo complessivo dei contratti con gli erogatori privati di assistenza specialistica ambulatoriale, stabilita all'art. 9-quater, comma 7] anche adottando misure alternative, purché assicurino l'equilibrio del bilancio sanitario con il livello del finanziamento ordinario.*

Inoltre, per gli esercizi 2016 e 2017 la Regione intende avvalersi – per un importo di euro 30 milioni, come esposto nella Sezione IV del presente decreto – anche delle deroghe ai limiti imposti dalla Spending Review, consentite dall'art. 1, comma 574, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di Stabilità 2016) per incentivare le prestazioni di ricovero di Alta Specialità e le prestazioni di ricovero erogate dagli IRCCS privati a residenti di altre regioni e ricomprese negli accordi bilaterali tra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale (cd. accordi di confine).

Nei Programmi Operativi 2016 – 2018, trasmessi per l'approvazione al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e finanze sulla procedura SIVEAS con prot. n. 109-A del 26/7/2016, l'invarianza dell'effetto finanziario delle deroghe sopra citate, è garantita dal complesso delle misure alternative già adottate e/o in corso di adozione sulle altre aree della spesa sanitaria, riguardanti:

- la razionalizzazione della spesa per beni e servizi, attraverso la centralizzazione delle gare, la revisione e l'efficientamento della logistica del farmaco e dei dispositivi medici e l'applicazione della normativa in materia di Spending Review;
- il contenimento delle assunzioni di personale in dimensioni compatibili con l'equilibrio economico e finanziario del SSR, attraverso la progressiva eliminazione delle forme di lavoro flessibile, delle prestazioni aggiuntive e degli straordinari;

- la riduzione della spesa farmaceutica, derivante dai provvedimenti già adottati in materia di farmaci con brevetto scaduto, e da quelli in corso di definizione per l'omogeneizzazione e l'efficientamento della DPC (distribuzione per conto).

La programmazione contenuta nella tabella allegata mantiene sostanzialmente inalterato il valore economico complessivo dei contratti 2016, rispetto al 2015, operando una riduzione media di circa lo 0,075% ed accantonando la differenza, pari ad euro 5.888.000 (oltre ad un accantonamento specifico di euro 933 mila per i contenziosi in materia di accreditamento di alcune case di cura). Tali accantonamenti si rendono necessari per fronteggiare alcuni elementi della spesa sanitaria vs. strutture private al momento non esattamente quantificabili e potranno, quindi, essere successivamente assegnati con uno o più decreti commissariali, all'esito di apposite istruttorie. Tali elementi sono stabiliti con il presente decreto come segue:

- 1) Autorizzazione alle ASL per la stipula, con significativi sconti sulla tariffa vigente, di contratti integrativi riguardanti l'erogazione da parte delle strutture private accreditate, successivamente all'esaurimento del tetto di spesa, delle prestazioni di particolare rilievo sanitario (come più volte segnalato anche dalle ASL) di: dialisi ambulatoriale; radioterapia; TAC e RMN a pazienti con diagnosi certa di patologia oncologica in corso di stadiazione e monitoraggio di radioterapia o chemioterapia; prestazioni dei centri anti diabete che l'ASL competente per territorio certifichi come indispensabili per evitare l'aggravamento dei pazienti.
- 2) Accantonamento a fronte del contenzioso in materia di prestazioni erogate dalle strutture private (prestazioni "R", tariffe della radioterapia, prestazioni ospedaliere di Pronto Soccorso), nonché per gli eventuali sviluppi di situazioni particolari (riflessi sui tetti di spesa delle criticità nell'accREDITamento di diverse case di cura, compresa la Clinica Ruesch).

Il quadro allegato alla presente Sezione I è basato:

- A) Sulla programmazione dei limiti di spesa degli Ospedali Religiosi: Fatebenefratelli, Villa Betania e Camilliani e dell'IRCCS Maugeri, oggetto della Sezione V del presente decreto.
- B) Sulla estensione al 2016 e 2017 dei limiti di spesa 2014 contenuti nell'accordo complessivo per la remunerazione massima delle prestazioni di assistenza ospedaliera e delle funzioni di emergenza – urgenza erogate dalle Case di Cura sede di pronto Soccorso di II livello, inserite nella rete SIRES 118: "Pineta Grande" di Castelvoturno (CE) e "Villa dei Fiori" di Acerra (NA), di cui al verbale del 27 ottobre 2014, approvato dal decreto commissariale n. 3 del 26 gennaio 2015, integrato dalla previsione di partecipazione di tali strutture all'incentivo per i ricoveri ospedalieri di Alta Specialità.
- C) Su di un incremento del 1,5% per il 2016 e del 1% per il 2017 dei tetti di spesa della dialisi ambulatoriale, applicato ai tetti di spesa stabiliti per il 2015 dal DCA n. 8/2016.
- D) Su di un incremento del 5% per il 2016 e del 2% per il 2017 dei tetti di spesa della radioterapia.
- E) Sulla conferma per il 2016 ed il 2017 dei limiti di spesa 2014 assegnati ai centri privati che erogano prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT), stabiliti dal DCA n. 90/2014 *"per l'anno 2014, e per i successivi due anni, salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi provvedimenti"*.
- F) Sulla conferma per il 2016 e 2017, rispetto al 2015, dei limiti di spesa delle altre branche della specialistica ambulatoriale, fatta salva la possibilità – in alcuni casi – di accedere ai contratti integrativi di cui al precedente punto 1).
- G) Sulla applicazione di una generale riduzione dello 0,5%, rispetto al 2015, dei limiti di spesa delle case di cura private, applicata in modo da operare un ulteriore avvicinamento al budget teorico; tenendo conto anche della ipotesi di distribuzione dell'incentivo per l'Alta Complessità (v. Sezione IV – Allegato n. 3) si avrebbero le seguenti variazioni del tetto di spesa 2016, rispetto al 2015:

- per n. 6 case di cura il tetto di spesa 2016 si riduce di oltre 1% rispetto al 2015, con un minimo del – 4%;
- per n. 24 case di cura il tetto di spesa 2016 rimane uguale e/o varia tra il -1% ed il + 1% rispetto al 2015;
- per n. 21 case di cura il tetto di spesa 2016 aumenta rispetto al 2015 di una percentuale tra l'1% ed il 5%;
- per n. 11 case di cura il tetto di spesa 2016 aumenta rispetto al 2015 di una percentuale superiore al 5%, con un massimo del 10,4%.

Si ribadisce che le suddette variazioni sono subordinate a quella che sarà l'effettiva distribuzione dell'incentivo per i ricovero di Alta Specialità, secondo le regole definite nella Sezione IV del presente decreto.

importi in migliaia di euro		ASL	ASL	ASL	ASL	ASL	ASL	ASL			
Assistenza Specialistica ed Ospedaliera da strutture private	accentrata	AV	BN	CE	NA1	NA2	NA3	SA	Subtotale	Accantonamenti	TOTALE
SPESA CONSUNTIVATA 2011 da DCA 123/2012											
TOTALE ASSISTENZA SPECIALISTICA ED OSPEDALIERA DA PRIVATI	160.784	131.250	57.491	218.422	256.264	158.294	194.303	185.863	1.362.669	0	1.362.669

LIMITI di SPESA 2016: (consuntivo 2011 - 2%)											1.335.416			
				accentrata	AV	BN	CE	NA1	NA2	NA3	SA	Subtotale	Accantonamenti	TOTALE
Assistenza Specialistica e Ospedaliera da Ospedali Religiosi e IRCCS Maugeri				156.362	9.006							165.368		165.368
Diabetologia				1.715	185	3.096	1.443	0	1.140	942	8.521		8.521	
Branche a visita				35	0	5.048	4.395	1.778	2.794	1.600	15.650		15.650	
Cardiologia				595	0	5.017	9.326	7.009	6.280	5.118	33.346		33.346	
Patologia Clinica (Laboratorio di analisi)				7.722	3.428	14.766	24.037	20.383	17.908	18.146	106.390		106.390	
Medicina nucleare				517	792	6.193	21.733	3.180	5.083	2.368	39.866		39.866	
Radiodiagnostica				2.982	5.244	21.312	24.319	31.608	21.624	21.460	128.549		128.549	
Radioterapia				0	0	2.060	3.459	10.690	907	2.468	19.584		19.584	
Dialisi				6.322	5.343	18.976	24.009	25.679	26.807	25.703	132.839		132.839	
Medicina Fisica e Riabilitazione (FKT)				1.640	1.440	4.700	6.550	8.460	8.310	4.670	35.770		35.770	
Assistenza Specialistica da altri privati (*):				21.527	16.431	81.168	119.272	108.787	90.855	82.474	520.515	0	520.515	
Assistenza Ospedaliera da case di cura private, escludendo la riattivazione dei PL di lungodegenza della ex Villa Russo (1)				0	91.054	36.449	132.258	122.123	59.066	106.026	95.737	642.713	933	643.646
TOTALE				156.362	121.588	52.880	213.426	241.395	167.853	196.881	178.211	1.328.596	933	1.329.528
(1) E considerando che la casa di cura Ruesch non ha ripreso ad erogare prestazioni sanitarie con oneri a carico della ASL Napoli 1 Centro ai sensi del DCA n. 85/2013														5.888
Accantonamento per le finalità specificate nel presente decreto														5.888

(*) NOTA: Spesa netto ticket e netto quota ricetta

LIMITI di SPESA 2017: (consuntivo 2011 - 2%)											1.335.416	
	accentrata	AV	BN	CE	NA1	NA2	NA3	SA	Subtotale	Accantonamenti	TOTALE	
Assistenza Specialistica e Ospedaliera da Ospedali Religiosi e IRCCS												
Maugeri	156.362	9.006							165.368		165.368	
Diabetologia		1.715	185	3.096	1.443	0	1.140	942	8.521		8.521	
Branche a visita		35	0	5.048	4.395	1.778	2.794	1.600	15.650		15.650	
Cardiologia		595	0	5.017	9.326	7.009	6.280	5.118	33.346		33.346	
Patologia Clinica (Laboratorio di analisi)		7.722	3.428	14.766	24.037	20.383	17.908	18.146	106.390		106.390	
Medicina nucleare		517	792	6.193	21.733	3.180	5.083	2.368	39.866		39.866	
Radiodiagnostica		2.982	5.244	21.312	24.319	31.608	21.624	21.460	128.549		128.549	
Radioterapia		0	0	2.101	3.528	10.904	925	2.517	19.975		19.975	
Dialisi		6.385	5.396	19.166	24.250	25.935	27.075	25.960	134.167		134.167	
Medicina Fisica e Riabilitazione (FKT)		1.640	1.440	4.700	6.550	8.460	8.310	4.670	35.770		35.770	
Assistenza Specialistica da altri privati (*):	21.590	16.484	81.399	119.581	109.258	91.141	82.780	522.234	0		522.234	
Assistenza Ospedaliera da case di cura private, escludendo la												
riattivazione dei PL di lungodegenza della ex Villa Russo (1)	0	90.196	36.033	132.361	121.974	58.762	105.663	95.682	640.673	933	641.605	
TOTALE	156.362	120.793	52.518	213.760	241.555	168.020	196.804	178.462	1.328.275	933	1.329.208	
(1) E considerando che la casa di cura Ruesch non ha ripreso ad erogare prestazioni sanitarie con oneri a carico della ASL Napoli 1 Centro ai sensi del DCA n. 85/2013											Accantonamento per le finalità specificate nel presente decreto	6.208

(*) NOTA: Spesa netto ticket e netto quota ricetta

*Regione Campania*

*Il Commissario ad acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 11/12/2015)*

SEZIONE II: Definizione per gli esercizi 2016 e 2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e ed i correlati limiti di spesa delle prestazioni di dialisi ambulatoriale

Con il decreto commissariale n. 68 del 16/6/2015 è stato accertato il consuntivo 2014 in quantità e valore economico delle prestazioni di dialisi ambulatoriale erogate dalle strutture private accreditate. Il DCA 8/2016 ha posto tale consuntivo è stato posto a base della programmazione 2015, applicando un incremento dell'1%, sia alle quantità che al loro valore economico.

Il medesimo DCA 8/2016, inoltre, in considerazione della specificità della branca della dialisi ambulatoriale, ha stabilito che per l'esercizio 2015 si applica la compensazione tra sottoutilizzi e sforamenti dei tetti di spesa, prima a livello di ASL, e poi a livello regionale. E che, qualora nonostante tali compensazioni dovessero residuare degli sforamenti non coperti, il Commissario ad acta potrà autorizzare la stipula di contratti integrativi con una decurtazione del 35% della tariffa, in analogia con quanto convenuto per il 2014 ed approvato dal DCA n. 68/2015 e fermo restando il rispetto dei limiti massimi complessivi ammessi dalla normativa sulla Spending Review (DI 95/2012 e s.m.i.).

Il presente decreto conferma tali disposizioni anche per la programmazione 2016 e 2017, stabilendo un incremento dei volumi di prestazioni di dialisi ambulatoriale e dei correlati limiti di spesa del 1,5% per il 2016, rispetto ai volumi ed ai limiti di spesa fissati per il 2015 dal DCA 8/2016, ed un ulteriore incremento dell'1% per il 2017, come si espone nella tabella seguente:

	A	B	C	D
ASL	Volumi massimi 2016 di prestazioni di dialisi ambulatoriale	Limite di spesa 2016 con soglia convettive al 20%	Volumi massimi 2017 di prestazioni di dialisi ambulatoriale	Limite di spesa 2017 con soglia convettive al 20%
ASL Avellino	35.430	6.321.928,00	35.784	6.385.147,00
ASL Benevento	30.611	5.342.757,00	30.917	5.396.185,00
ASL Caserta	106.290	18.976.034,00	107.353	19.165.794,00
ASL Napoli 1 Centro	134.503	24.009.419,00	135.848	24.249.513,00
ASL Napoli 2 Nord	145.014	25.678.587,00	146.464	25.935.373,00
ASL Napoli 3 Sud	150.198	26.807.368,00	151.700	27.075.442,00
ASL Salerno	143.952	25.702.744,00	145.392	25.959.771,00
TOTALE	745.998	132.838.837,00	753.458	134.167.225,00

Si dispone, pertanto, che:

1. Per gli esercizi 2016 e 2017 ai centri privati accreditati che erogano prestazioni di dialisi ambulatoriale si applicano i volumi massimi ed i correlati limiti di spesa fissati nella tabella sopra esposta, con le modalità, prescrizioni e condizioni tutte di seguito specificate.
2. Le Associazioni di categoria della branca di dialisi, entro 45 giorni dalla notifica del presente decreto, dovranno stipulare con le ASL competenti per territorio i Protocolli di intesa per le prestazioni da erogarsi per l'anno 2016 e 2017 secondo lo schema allegato "A/1 – DIALISI".
3. Sarà compito di ciascuna ASL stipulare i contratti con le singole strutture private, definendo per ciascuna di esse il volume di prestazioni ed il correlato limite di spesa sulla base del consuntivo 2015 e tenendo conto di eventuali trasferimenti e/o accorpamenti (debitamente autorizzati), intervenuti tra i centri privati operanti nella medesima ASL. L'attribuzione del budget alle singole strutture dovrà essere stabilita dal Direttore Generale della ASL, previa audizione del Tavolo Tecnico tra l'ASL e le Associazioni di categoria, previsto dall'art. 6 del Protocollo d'intesa. La tabella con l'attribuzione a ciascun centro privato dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa 2016 - 2017 dovrà essere allegata ai suddetti Protocolli d'intesa, esponendo dettagliatamente eventuali valutazioni discordi di uno o più rappresentanti delle Associazioni di categoria componenti il suddetto Tavolo Tecnico.
4. Tutte le strutture private accreditate che erogano prestazioni di dialisi, entro il 30 settembre 2016 dovranno stipulare con le ASL competenti per territorio il contratto di struttura relativo alle prestazioni da erogare negli esercizi 2016 - 2017, secondo lo schema allegato "A/2 - DIALISI".
5. Per gli esercizi 2016 e 2017, in considerazione della specificità della branca della dialisi ambulatoriale, si applicherà la compensazione tra sottoutilizzi e sforamenti dei tetti di spesa, prima a livello di ASL, e poi a livello regionale. Qualora nonostante tali compensazioni dovessero residuare degli sforamenti non coperti, il Commissario ad acta potrà autorizzare la stipula di contratti integrativi con una decurtazione del 35% della tariffa, in analogia con quanto convenuto per il 2014 ed approvato dal DCA n. 68/2015 e fermo restando il rispetto dei limiti massimi complessivi ammessi dalla normativa sulla Spending Review (DI 95/2012 e s.m.i.).
6. Al fine di migliorare la qualità e l'appropriatezza delle cure, con il presente decreto si stabilisce, inoltre:
 - a) Di approvare l'allegato "A – *Percorso diagnostico terapeutico per la definizione dei Criteri di Immissione di pazienti in IRC V stadio (naive) in terapia emodialitica cronica e necessità di dialisi supplementare*", facendo obbligo ai Centri di Dialisi pubblici e privati di attenersi a tali disposizioni;
 - b) Di considerare inappropriate e non ammissibili al pagamento, le dialisi supplementari erogate a più del 15 % del totale dei pazienti che afferiscono a ciascuna struttura di dialisi;
 - c) Di disporre che dal 1° ottobre 2016 i centri di dialisi sia pubblici che privati accreditati inseriscano in tempo reale i trattamenti dialitici (sia l'anagrafica dei pazienti, che i dati delle ricette del SSR e dei singoli trattamenti) sul portale Regionale Sani.Ar.p. (di cui al DCA 20/2013 – BURC n. 12/2013 e DPGRC n. 144/2016 - BURC n. 44/2016). Il portale Sani.Ar.p. fornirà alle ASL e alla Regione un report bimestrale sul consuntivo di spesa, sui volumi erogati in relazione ai tetti di spesa ed alla mobilità sanitaria. Sarà cura di ogni centro di dialisi acquisire tempestivamente dalla struttura Operativa di Sani.Ar.p. le credenziali di accesso al portale ed il relativo manuale.
 - d) Di demandare alla Direzione Generale per la Tutela della Salute l'istituzione di un tavolo tecnico composto da rappresentanti delle strutture pubbliche, dei centri privati accreditati e delle Società Scientifiche, per definire entro due mesi un protocollo condiviso per la gestione della pre-dialisi e per la promozione della dialisi peritoneale.
 - e) Di disporre che le ASL devono convocare con cadenza MENSILE i Tavoli Tecnici previsti dall'art. 6 del Protocollo d'Intesa allegato, effettuando il monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private, in modo da intervenire tempestivamente su eventuali andamenti anomali e/o evidenze di consumi inappropriati.

ALLEGATO A**Percorso diagnostico terapeutico per la definizione dei Criteri di Immissione di pazienti in IRC V stadio (naive) in terapia emodialitica cronica e necessità di dialisi supplementare**

Considerando i criteri Assoluti e Relativi di seguito indicati, il Direttore Sanitario del Centro Pubblico e/o Privato Accreditato di Dialisi che ritenesse necessario iniziare la terapia emodialitica in un paziente al V stadio di IRC, stilerà un certificato nel quale indicherà i criteri clinici, ematici e strumentali in base ai quali ritiene sia necessario iniziare terapia sostitutiva. Tutti gli esami ematici e strumentali riportati nella dichiarazione di Assunzione di responsabilità, dovranno essere presenti nel Centro fin dal momento della redazione del certificato, in ogni caso prima dell'inizio della prima dialisi. Tutta la documentazione va trasmessa all'ASL territorialmente competente e custodita nella cartella clinica del paziente presso il Centro medesimo e resa sempre disponibile per i controlli istituzionali. Tale certificato verrà inviato tramite PEC al Distretto di appartenenza.

Criteri assoluti per iniziare la terapia emodialitica in pazienti al 5° stadio KDOQI (presente almeno uno)

1. Incapacità del paziente a mantenere l'equilibrio idroelettrolitico ed emogasanalitico con farmaci e dieta.
2. Ipertensione intrattabile con farmaci.
3. Iperpotassiemia ricorrente
4. Grave cardiopatia con Fe ridotta intorno al 20% (in tal caso il ricorso a dialisi si anticipa a 15 ml di filtrato) e /o grave scompenso diastolico.
5. Grave malnutrizione calorico/proteica (indicare i parametri di riferimento posti alla base della diagnosi)

NOTA: I valori di GFR con cui si inizia la terapia emodialitica, in mancanza di comorbidità, devono essere mediamente inferiori ai 10 ml/min (il calcolo della funzione renale residua (storicamente effettuato mediante clearance della creatinina) deve essere effettuato mediante il calcolo con la formula GFR _ EPI).

Criteri relativi non vincolanti da soli per l'inizio della terapia

1. Frequenti episodi di nausea, astenia, inversione del ritmo sonno veglia , stanchezza , affaticabilità.
2. Perdita di peso progressiva per disappetenza (e paradossale miglioramento della creatininemia per perdita di massa magra) e/o sarcopenia.
3. Anemia resistente ad EPO
4. Prurito persistente e severo
5. Clearance inferiore a 10 ml min

Criteri di necessità di dialisi supplementare (aggiuntive rispetto alle ordinarie 183 dialisi / anno)

1. Incapacità a contenere l'incremento ponderale interdialitico nel periodo lungo
2. Grave cardiopatia
3. Grave instabilità vascolare in corso di dialisi, ipotensione cronica sintomatica e conseguente necessità di UF oraria bassa.

Comunque il numero dei pazienti in dialisi supplementare non dovrà essere superiore al 15% del numero dei pazienti totali trattati nel Centro.

**Schema di Protocollo di intesa tra l'Associazione _____
per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di DIALISI, da erogarsi per l'anno 2016 e per l'anno 2017 da parte delle strutture private accreditate ed i correlati limiti di spesa.**

E

L'Azienda Sanitaria Locale -----_Partita IVA: ----- Codice Fiscale-----
----- (se diverso dalla Partita IVA): rappresentata dal Commissario Straordinario -----
-----, nato a ----- (--) il --/--/-----, munito dei necessari poteri come da _____
di nomina n. ----- del ---/--- /-----;

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di EMODIALISI AMBULATORIALE **per l'anno 2016 e per l'anno 2017**, redatto in conformità al Decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro n° ----- del --/--/2016,

PREMESSO

- che con il decreto n° del/.../2016 del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono stati definiti i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2016 e per l'esercizio 2017 per le prestazioni di dialisi ambulatoriale;
- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative del citato decreto n° ... del .../..../2016 del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(oggetto)

1. Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione dei volumi, delle tipologie delle prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE ed i correlati limiti di spesa da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2016, nonché nel 2017, da parte delle strutture private accreditate operanti nel territorio della sottoscritta ASL.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il fabbisogno di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2016, nonché nel 2017, dalle strutture private accreditate, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre di ciascun anno, è stabilito in n. (prestazioni) per il 2016 e n. per il 2017.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2016 per il volume di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE determinato all'art. 3, è fissato in € _____, (per il 2017: € _____), applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio e la soglia massima

di fatturazione da parte di ciascun centro di dialisi del numero delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, rispetto al totale delle prestazioni di dialisi effettuate dallo stesso centro privato, con i criteri stabiliti dal decreto commissariale n. 53/2013, pubblicato sul BURC n. 37 del 8 luglio 2013.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni di cui al precedente art. 4 avverrà sulla base delle tariffe regionali e della soglia massima di remunerazione delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, pari al 20% del numero delle prestazioni di dialisi (codici da 39.95.1 a 39.95.9) complessivamente erogate da ciascuna struttura, come stabilito dal sopra citato decreto commissariale n. 53/2013 e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4.
2. 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 Protocollo, 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.
3. Le parti si danno atto che, in base a quanto disposto dal Decreto n. ... del .../.../2016 del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro, eventuali superamenti del limite di spesa per l'esercizio 2016 (o 2017), fissato nello stesso decreto e riportato nel presente Protocollo, potranno essere remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, previa stipula di appositi accordi integrativi tra la ASL ed i centri privati operanti sul proprio territorio, alle condizioni e con le modalità specificate nello stesso decreto.

Art. 6

(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente protocollo è istituito un tavolo tecnico regionale.
2. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio MENSILE dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto del limite di spesa definito dall'art 4;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
3. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria, dandone comunicazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute.
4. Per le finalità di cui ai commi precedenti le strutture private accreditate sono impegnate a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.
5. Si allega al presente protocollo la delibera del Direttore Generale della ASL che attribuisce alle singole strutture i volumi massimi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2016

e per l'esercizio 2017, ed alla quale sono allegate le osservazioni dei componenti del Tavolo tecnico di cui al presente articolo.

Art. 7

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà ad ogni struttura privata un acconto mensile pari all'85% del fatturato mensile, a condizione che siano state correttamente effettuate le comunicazioni di cui all'ultimo comma dell'articolo precedente; costituisce, inoltre, motivo di sospensione dei pagamenti:
 - a) l'omessa alimentazione in tempo reale dei trattamenti dialitici (sia l'anagrafica dei pazienti, che i dati delle ricette del SSR e dei singoli trattamenti) sul portale Regionale Sani.Arp. (di cui al DCA 20/2013 – BURC n. 12/2013 e DPGRC n. 144/2016 - BURC n. 44/2016);
 - b) il mancato rispetto del "Percorso diagnostico terapeutico per la definizione dei Criteri di Immissione di pazienti in IRC V stadio (naive) in terapia emodialitica cronica", approvato dal DCA n. ____/2016 sopra citato;
 - c) il superamento del limite del 15% delle prestazioni supplementari.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 30 giugno per le fatture del primo trimestre; entro il 30 settembre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 dicembre per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 31 marzo dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte delle strutture private accreditate operanti sul territorio della sottoscritta ASL, delle note credito richieste dalla ASL, con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese,
3. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
4. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
5. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
6. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.

7. Ai fini del rispetto della normativa sulla tracciabilità dei pagamenti, le strutture private indicheranno il conto corrente bancario loro intestato, sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del contratto, e si impegneranno a comunicare tempestivamente eventuali modifiche, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante.

Art. 8

(efficacia e norme finali)

1. Il presente protocollo si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2016, nonché all'esercizio 2017, in esecuzione del decreto n.del/...../2016 del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro.
2. Il presente protocollo sarà adeguato ai successivi provvedimenti regionali in materia che dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.
3. Ciascuna struttura privata si impegna a trasmettere al portale Sani.Ar.p l'attestazione di nomina del Responsabile esterno del trattamento dei dati personali e ad acquisire e trasmettere al portale Sani.A.R.P. il relativo Consenso Informato di ciascun paziente, come di norma.
4. 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.

Art. 9

(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente accordo la sottoscritta Associazione accetta espressamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto e/o provvedimento agli stessi collegati e/o presupposti, in quanto costituenti parte integrante necessaria del sottoscrivendo protocollo.

....., ____ / _____ 2016

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Tutte le clausole del presente protocollo hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. E' da intendersi specificamente approvata, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. l'art. 11 (Clausola di salvaguardia) del presente Protocollo d'Intesa.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

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

La struttura privata --(cod.....)
Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
con sede in (Prov: ; CAP: _____) –
rappresentata dal
come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o della Regione che redige il presente atto;
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 agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- 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) di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. n. del ____/____/____.

E

L'Azienda Sanitaria Locale -----_Partita IVA: ----- Codice Fiscale-----
----- (se diverso dalla Partita IVA): rappresentata dal Direttore Generale
....., nato a il, munito dei necessari poteri come da
..... di nomina n. ____ del _____:

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di EMODIALISI AMBULATORIALE per l'anno 2016, nonché per il 2017, redatto in conformità al Decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro n° ... del .../.../2016,

PREMESSO

- che con il decreto n° del/.../2016 del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono stati definiti i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2016, nonché 2017, per le prestazioni di dialisi ambulatoriale;
- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative del citato decreto n° ... del .../.../2016 del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario;

VISTO

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

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, le tipologie ed i correlati limiti di spesa delle prestazioni di dialisi ambulatoriale da erogarsi per l'anno 2016, nonché 2017, da parte delle strutture private accreditate, allegato sub A/1 al citato decreto n.del del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario;

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

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

Art. 2**(oggetto)**

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2016, nonché nel 2017, da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa.

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

1. Il fabbisogno di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1/1 – 31/12/2016, nonché nel 2017, dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre di ciascun anno, è stabilito in n. (prestazioni) per il 2016 e n. per il 2017.

Art. 4**(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)**

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2016 per il volume di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE determinato all'art. 3, è fissato in € _____ (per il 2017: € _____), applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio e la soglia massima di fatturazione da parte di ciascun centro di dialisi del numero delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, rispetto al totale delle prestazioni di dialisi effettuate dallo stesso centro privato, con i criteri stabiliti dal decreto commissariale n. 53/2013, pubblicato sul BURC n. 37 del 8 luglio 2013.

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

1. La remunerazione delle prestazioni di cui al precedente art. 4 avverrà sulla base delle tariffe regionali e della soglia massima di remunerazione delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, pari al 20% del numero delle prestazioni di dialisi (codici da 39.95.1 a 39.95.9) complessivamente erogate dalla sottoscritta struttura, come stabilito dal decreto n. 53/2013 del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario, e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4.
2. 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 del limite di spesa indicato al precedente art. 4.

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

3. Le parti si danno atto che, in base a quanto disposto dal Decreto n. ... del .../.../2016 del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro, eventuali superamenti del limite di spesa per l'esercizio 2016 (o 2017), fissato per questa ASL nello stesso decreto e riportato nel presente contratto, potranno essere remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, previa stipula di apposito accordo integrativo tra la ASL ed il sottoscritto centro privato, alle condizioni e con le modalità specificate nello stesso decreto.

**Art. 6
(Tavolo Tecnico)**

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico regionale.
2. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio MENSILE dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto del limite di spesa definito dall'art 4;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
3. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria, dandone comunicazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute.
4. Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura si impegna a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni. L'omissione di tali comunicazioni / adempimenti comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

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

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari all'85% del fatturato mensile, a condizione che siano state correttamente effettuate le comunicazioni di cui all'ultimo comma dell'articolo precedente; costituisce, inoltre, motivo di sospensione dei pagamenti:
 - a) l'omessa alimentazione in tempo reale dei trattamenti dialitici (sia l'anagrafica dei pazienti, che i dati delle ricette del SSR e dei singoli trattamenti) sul portale Regionale Sani.Ar.p. (di cui al DCA 20/2013 – BURC n. 12/2013 e DPGRC n. 144/2016 - BURC n. 44/2016);
 - b) il mancato rispetto del "Percorso diagnostico terapeutico per la definizione dei Criteri di Immissione di pazienti in IRC V stadio (naive) in terapia emodialitica cronica", approvato dal DCA n. ____/2016 sopra citato;
 - c) il superamento del limite del 15% delle prestazioni supplementari.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 30 giugno per le fatture del primo trimestre; entro il 30 settembre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 dicembre per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 31 marzo dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. Il pagamento di

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

ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte della sottoscritta struttura privata delle note credito richieste dalla ASL, con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese,

3. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
4. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
5. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
6. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
7. Ai fini del rispetto della normativa sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del presente contratto: codice IBAN: _____; presso: _____, generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: _____; impegnandosi a comunicare tempestivamente, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante, eventuali modifiche.

Art. 8
(efficacia e norme finali)

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2016, nonché all'esercizio 2017, in esecuzione del decreto n./ 2016 sopra citato.
2. Il presente contratto sarà adeguato ai successivi provvedimenti regionali in materia che dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.
3. La sottoscritta struttura privata si impegna a trasmettere al portale Sani.Ar.p l'attestazione di nomina del Responsabile esterno del trattamento dei dati personali e ad acquisire e trasmettere al portale Sani.A.R.P. il relativo Consenso Informato di ciascun paziente, come di norma.
4. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.

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

**Art. 9
(Clausola di salvaguardia)**

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la sottoscritta struttura privata accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto per il periodo di efficacia dello stesso.
2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati sub comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili.

..... , ____ / _____ 2016

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. E' da intendersi specificamente approvata, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. l'art. 11 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata



Regione Campania

*Il Commissario ad acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 11/12/2015)*

SEZIONE III: Definizione per gli esercizi 2016 e 2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, escluso dialisi

La macroarea della specialistica ambulatoriale è interessata da profonde trasformazioni, sia dal lato dell'offerta pubblica e privata (come la ristrutturazione della rete dei laboratori), sia da lato della domanda, nella direzione di una maggiore appropriatezza, efficienza ed economicità delle cure: si pensi ai positivi effetti del DM 9 dicembre 2015 in materia di *“Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale”*.

In questo quadro, la programmazione 2016 – 2017 conferma i volumi massimi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa, stabiliti per il 2015 dal DCA 8/2016, con la sola eccezione di un incremento dei limiti applicati alla branca di Radioterapia, nella misura del 5% per il 2016 e di un ulteriore 2% per il 2017, tenuto conto del potenziamento in corso dell'offerta pubblica (IRCCS Pascale, Ospedale del Mare, ecc.).

Le altre principali modifiche in materia di limiti di spesa 2016 e 2017, recepite negli allegati schemi contrattuali, riguardano la limitazione della mobilità attiva extra regione, le prestazioni “R” e la trimestralizzazione, a decorrere dal 2017, dei tetti di branca.

Facendo seguito ai pareri ministeriali in materia di limitazioni imposte dalla Spending Review (DL 95/2012 e s.m.i.) ed alle indicazioni anticipate dalla circolare del Sub Commissario ad acta pro tempore n. 2520/C del 24/6/2015 (allegata al Decreto n.8/2016), secondo la quale già dal 2015 non sarebbe stato *“consentito un incremento del tetto di spesa per maggiore mobilità attiva interregionale”*, viene definitivamente esclusa la possibilità di superare il limite di spesa definito per le prestazioni ai residenti extra regione. D'altra parte, lo stesso Consiglio di Stato (Sez. III, 1° febbraio 2012 n.495) ha affermato che: *“in linea generale, non può ritenersi irrilevante per una Regione che le prestazioni sanitarie siano erogate in favore dei residenti nella stessa regione ovvero in favore dei residenti di altre regioni tenuto conto dell'interesse, proprio di ogni Regione, di soddisfare innanzitutto le esigenze sanitarie dei propri residenti”, dal momento che l'erogazione di prestazioni in favore di cittadini residenti in altre Regioni incide sicuramente, seppure in maniera indiretta, “sul piano della fiscalità regionale”, con la conseguenza che “tutto il sistema dei tetti di spesa regionali risulterebbe vanificato se non venissero limitate anche le prestazioni erogabili in favore di soggetti residenti in regioni diverse”*.

Peraltro, il Ministero della salute con nota del 29/7/2016, prot. n. 22417-P ha chiarito che le deroghe alle limitazioni imposte dalla Spending Review (art. 15, comma 14, del DL 95/2012 e s.m.i.), introdotte dall'art. 1, comma 574, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, oltre ai ricoveri ospedalieri di alta specialità, possono riguardare soltanto gli IRCCS privati per *“tutte le prestazioni di ricovero, ricomprese negli accordi di confine, per i soli assistiti residenti fuori della regione”*.

Riguardo alle prestazioni della branca di Laboratorio di analisi, contrassegnate nel nomenclatore nazionale dalla lettera “R”, come è noto, esse sono considerate ad elevato rischio di inappropriata

anche dal sopra citato DM del 9 dicembre 2015, e ne è stato rilevato un anomalo incremento negli ultimi anni, soprattutto nella componente erogata a residenti di altre regioni. Il Commissario ad acta pro tempore, con decreto n. 101 del 10 ottobre 2013 è intervenuto sulla materia, stabilendo che il volume di tali prestazioni (comprese quelle erogate a non residenti) per il 2013 non poteva essere superiore del 5% rispetto al volume 2012; e che, al fine di evitare comportamenti opportunistici, lo stesso vincolo doveva applicarsi anche a sette prestazioni “R” di maggiore valore unitario, specificamente elencate nel DCA 101/2013. Tale disposizione è stata espressamente confermata dal DCA 129/2014 per il 2014 e per gli anni successivi.

Tuttavia, nonostante l'obbligo di applicare dal 2013 in poi lo stesso limite quantitativo fissato dal DCA 101/2013 anche per gli anni successivi, i dati consuntivi dimostrano che in diverse ASL i centri privati hanno spostato il mix di prestazioni “R” verso quelle di maggiore importo unitario, accumulando nel triennio 2013 – 2015 incrementi del valore medio 2012 superiori al limite massimo annuo del 10%, consentito dalle regole vigenti in materia. Negli schemi contrattuali allegati si è, quindi, provveduto a modificare l'art. 6, comma 4, e l'art. 8, comma 2, precisando che le limitazioni alla crescita del valore medio si applicano anche alle prestazioni “R” e che dal 2016 si fa obbligo di non “superare di oltre il 30% ... il valore medio 2012 delle prestazioni “R”, calcolato sulla produzione totale 2012 di dette prestazioni da parte dei centri operanti nella ASL”.

Infine, per garantire la continuità assistenziale per tutti i mesi dell'anno solare, è stata prevista dal 2017 l'applicazione in via trimestrale della regressione tariffaria, secondo le regole declinate nell'art. 5 bis dello schema di Protocollo d'Intesa con le Associazioni (All. A/1) e di contratto (All. A/2). Tali regole si basano sulla suddivisione del tetto annuo di branca in undicesimi, per tenere conto del minor fabbisogno che, generalmente, si registra nel periodo estivo. E sono temperate dalla previsione della possibilità di riassorbire nel trimestre successivo e, comunque, entro l'anno, limitati sforamenti del budget trimestrale. Si ritiene opportuno (e necessario) introdurre questa innovazione dal prossimo esercizio poiché richiede un breve periodo di avviamento tecnico.

Si evidenzia, poi, che, a differenza di quanto operato nei decreti commissariali inerenti ai tetti di spesa per gli esercizi 2010 - 2015, le disposizioni in materia di volumi di prestazioni e correlati limiti di spesa 2016 e 2017 della branca di Medicina Fisica e Riabilitativa (art. 44 L. 833/78 - cd. FKT) sono espunte dal separato decreto commissariale riguardante i limiti di spesa della riabilitazione ex art. 26 L. 833/78, Salute Mentale e Socio Sanitario, e collocati nella presente Sezione, in quanto le prestazioni di FKT in n base al nomenclatore nazionale delle prestazioni sanitarie ed al DPCM 29 novembre 2001, afferiscono al Livello Essenziale di Assistenza della Specialistica Ambulatoriale.

Per tali prestazioni il presente decreto conferma integralmente per gli esercizi 2016 e 2017 la programmazione 2014 – 2016 di tali prestazioni, stabilita dal DCA n. 90/2014, che si riporta di seguito:

Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT)	Volumi e limiti di spesa 2016 - 2017		
	Limite di spesa a tariffa	Limite di spesa netta (*)	per n°prestazioni
ASL Avellino	1.810	1.640	89.050
ASL Benevento	1.600	1.440	79.090
ASL Caserta	5.140	4.700	253.790
ASL Napoli 1 Centro	7.070	6.550	334.600
ASL Napoli 2 Nord	9.060	8.460	412.040
ASL Napoli 3 Sud	9.020	8.310	442.060
ASL Salerno	5.310	4.670	269.310
TOTALE	39.010	35.770	1.879.940
(*) Importi in migliaia di euro al netto del ticket e della quota ricetta nazionale regionale			

Per quanto sopra esposto, si dispone quindi che:

1. Per gli esercizi 2016 e 2017 ai centri privati che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale, accreditati o provvisoriamente / temporaneamente accreditati, si applicano i limiti di spesa fissati per il 2015 dal Decreto del Commissario ad acta n. 8 del 16 febbraio 2016, pubblicato sul BURC n. 12/2016, nelle tabelle “Sezione III - allegato n. 1” e “Sezione III - allegato n. 3” sulla base dei volumi di prestazioni programmati nella tabella “Sezione III - allegato n. 2”, con le modalità, prescrizioni e condizioni tutte specificate nel presente decreto.
2. Per gli esercizi 2016 e 2017 sono confermati i volumi massimi di prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa ed i correlati limiti di spesa fissati dal Decreto del Commissario ad acta n. 90 del 11 agosto 2014, pubblicato sul BURC n. 59/2014, ed esposti nella tabella riportata in premessa.
3. Di stabilire, riguardo alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, esclusa la FKT, che entro un mese dalla notifica del presente decreto, le Aziende Sanitarie Locali dovranno stipulare con le Associazioni di Categoria i protocolli d'intesa redatti secondo lo schema allegato “Sezione III – A/1” e, entro il 30 settembre 2016, dovranno stipulare con i singoli centri privati i contratti relativi all'esercizio 2016 e 2017, utilizzando lo schema di contratto allegato “Sezione III – A/2”.
4. Di stabilire riguardo alle prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa, che le Aziende Sanitarie Locali entro il 30 settembre 2016 dovranno stipulare con i singoli centri privati i contratti relativi all'esercizio 2016 e 2017, utilizzando lo schema di contratto allegato “Sezione III – A/3”.
5. Di approvare specificamente tutte le altre disposizioni sopra esposte nella presente Sezione.

Schema di Protocollo di intesa tra l'ASL _____ e l'Associazione _____ per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di _____, da erogarsi per l'anno 2016 e 2017 da parte delle strutture private accreditate o temporaneamente accreditate ed i correlati limiti di spesa.

PREMESSO

- che con il decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ____ del ____ / ____ / 2016, sono stati stabiliti i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa per gli esercizi 2016 e 2017 per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, riferite alle branche di :

1. Diabetologia
2. Cardiologia
3. Altre branche a visita
4. Patologia Clinica
5. Radiodiagnostica
6. Medicina nucleare
7. Radioterapia

PRECISATO

- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative del sopra citato decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(oggetto)

Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di _____, da erogarsi nell'anno 2016 e nell'anno 2017, da parte delle strutture private operanti nel territorio della sottoscritta ASL, ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, da acquistare per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2016, nonché a n. _____ prestazioni per l'anno 2017.
2. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2016, nonché a n. _____ prestazioni per l'anno 2017.
3. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni presso strutture private

accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2016, nonché a n. _____ prestazioni per l'anno 2017.

4. Il volume massimo di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, è determinato in n. _____ prestazioni per l'anno 2016, nonché a n. _____ prestazioni per l'anno 2017, 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 2016, nonché per l'anno 2017, relativa al volume di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, determinato per l'anno 2016, nonché per l'anno 2017, all'art. 3, comma 4, è fissato in:
 - a) € _____, per l'anno 2016, ed € _____, per l'anno 2017, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio;
 - b) € _____, per l'anno 2016, ed € _____, per l'anno 2017, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, al netto del ticket, ed al netto sia della quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i., sia della quota ricetta nazionale ex art. 17, comma 6, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111;ed è suddiviso come esposto nei successivi commi 2, 3 e 4.
2. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ da acquistare nell'anno 2016, nonché per l'anno 2017, per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, per l'anno 2016, ed € _____, per l'anno 2017, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2016, ed € _____, per l'anno 2017, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
3. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2016, nonché per l'anno 2017, per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, per l'anno 2016, ed € _____, per l'anno 2017, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2016, ed € _____, per l'anno 2017, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
4. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2016, nonché per l'anno 2017, per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, per l'anno 2016, ed € _____, per l'anno 2017, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2016, ed € _____, per l'anno 2017, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
5. Ai fini del rispetto dei limiti imposti dalla normativa sulla Spending Review, non è consentito un superamento del limite di spesa fissato al comma precedente per i residenti in altre regioni. Potrà, invece, essere consentito che l'eventuale sotto utilizzo dei limiti di cui ai precedenti commi 3 e/o 4 sia utilizzato per compensare superamenti del limite di cui al precedente comma 2; mentre eventuali superamenti del limite di cui al precedente comma 3 possono essere compensati dall'eventuale sotto utilizzo dei limiti di cui ai precedenti commi 2 e/o 4;
6. L'importo di cui al comma 1, lettera a), diviso per il volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4, definisce il valore medio delle prestazioni per la branca di _____, da declinare in conformità alla classificazione delle strutture erogatrici in base alle tipologie

funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dal successivo art.6.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario, al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale (e fatte salve eventuali modifiche delle tariffe che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati con decreto del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro o delibera della Giunta Regionale).
2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale, costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nell'anno 2016, nonché per l'anno 2017, dai centri privati, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza del limite di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui all'art. 4, comma 1, lettera a), ovvero, di residua disponibilità dei volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4; al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa di cui all'art. 4, comma 1, lettere a) e b), le ASL potranno acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.
3. La ASL comunicherà OGNI MESE a ciascun centro privato con lettera raccomandata A.R. (o a mezzo PEC - Posta Elettronica Certificata, secondo accordi da definire tra la ASL e gli operatori stessi):
 - la percentuale consuntiva di consumo dei limiti di spesa sopra stabiliti;
 - la data consuntiva di raggiungimento di dette percentuali di consumo;ai fini della remunerazione delle prestazioni subito prima e dopo l'eventuale superamento del limite di spesa, si applicherà la seguente regola:
 - a) qualora l'esaurimento del limite di spesa si sia verificato a consuntivo prima della data prevista nell'ultima comunicazione effettuata dalla ASL nei mesi scorsi in base alla proiezione dei limiti di spesa dell'anno precedente, a tutte le prestazioni di quella ASL / branca erogate dall'inizio dell'anno fino alla suddetta data prevista di esaurimento del limite di spesa, si applicherà la regressione tariffaria di cui all'allegato C) alla DGRC n. 1268/08, in modo da far rientrare la spesa nei limiti prefissati; mentre nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data prevista di esaurimento del limite di spesa;
 - b) qualora l'esaurimento del limite di spesa si sia verificato a consuntivo in una data successiva rispetto all'ultima data di previsione di esaurimento del limite di spesa comunicata dalla ASL, nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data consuntiva di esaurimento del limite di spesa.
4. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro o della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi

e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.

5. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC nn. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 5 bis

(applicazione dei limiti di spesa 2017 in corso d'anno)

1. Al fine di garantire la continuità assistenziale per tutti i mesi dell'anno solare, per l'esercizio 2017 la regressione tariffaria di cui al precedente art. 5, comma 4, lettera a), sarà applicata in via trimestrale, ripartendo il limite di spesa 2017 in undicesimi, per tenere conto del minor fabbisogno che, generalmente, si registra nel periodo estivo. La regressione tariffaria sarà, quindi, applicata in sede di liquidazione dei saldi trimestrali di cui all'art. 7, comma 2, in base all'eccedenza sul tetto di branca commisurato a
 - 3/11 per il consumo del tetto di spesa al 31 marzo 2017;
 - 6/11 per il consumo del tetto di spesa al 30 giugno 2017;
 - 8/11 per il consumo del tetto di spesa al 30 settembre 2017, in modo da tenere conto del minore fabbisogno estivo;
 - 11/11 per il consumo del tetto di spesa al 31 dicembre 2017.
2. Gli sforamenti del limite trimestrale progressivo di cui al comma precedente, qualora contenuti nella misura massima del 10%, di 3/11 del tetto annuo di branca, potranno essere remunerati soltanto per la parte che dovesse essere recuperata nel trimestre immediatamente successivo e, comunque, entro il 31 dicembre 2017. Le prestazioni rese in eccesso rispetto alla suddetta oscillazione massima non saranno remunerate. A tal fine, le singole strutture private potranno emettere le note di credito infrannuali di cui all'art. 7, comma 5, limitatamente al fatturato da considerarsi definitivamente abbattuto ai sensi del presente articolo.

Art. 6

(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente protocollo è istituito un tavolo tecnico composto da n. __ membri di cui n. __ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. __ membri nominati dalla ASL, di cui un membro con funzione di coordinamento.
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 aziendale spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 1. monitoraggio MENSILE dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 2. esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici;

3. determinazione del valore medio della prestazione differenziato in base alle diverse tipologie funzionali delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza secondo la classificazione seguente.

BRANCA	Tipologia A	Tipologia B	Tipologia C	Tipologia D
Patologia Clinica	Laboratori generali di base con o senza settori specializzati A1e A2	Laboratori generali di base con almeno tre settori specializzati, escluso A6	Laboratori generali di base con almeno tre settori specializzati, incluso A6	Laboratori specializzati

BRANCA	Tipologia A	Tipologia B	Tipologia C	Tipologia D
Radiodiagnostica	Radiologia tradizionale di base ed ecografia	Radiologia tradizionale, ecografia e TAC	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN ≤ 1 tesla	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN > 1 tesla
Medicina nucleare	Scintigrafie	Scintigrafie e PET		

4. Il valore medio della branca di Patologia Clinica sarà determinato ed applicato, separatamente, per l'insieme delle prestazioni di patologia clinica contrassegnate dalla lettera "R" e per l'insieme delle altre prestazioni della branca. Analoga distinzione sarà operata nell'ambito delle Branche a Visita per le prestazioni di medicina iperbarica, rispetto alle altre prestazioni della branca.
5. Per le finalità di cui ai commi precedenti le strutture private sono impegnate a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni, anche tramite il portale Regionale Sani.Ar.p. di cui al DCA 20/2013 (BURC n. 12/2013), secondo le istruzioni operative che saranno fornite dal Tavolo Regionale di Coordinamento (TA.RE.C) istituito dal DPGRC n. 144/2016 (BURC n. 44/2016); l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

Art. 7

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà ad ogni struttura privata un acconto mensile pari al 90% del fatturato mensile.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 30 giugno per le fatture del primo trimestre; entro il 30 settembre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 dicembre per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte della struttura privata delle note credito

richieste dalla ASL, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5.

3. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
4. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, poiché tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, sarà liquidato entro il 30 aprile dell'anno successivo.
5. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
6. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
7. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
8. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
9. Ai fini del rispetto della normativa sulla tracciabilità dei pagamenti, le strutture private indicheranno il conto corrente bancario loro intestato, sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del contratto, e si impegneranno a comunicare tempestivamente eventuali modifiche, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante.

Art. 8

(variazione del volume e del valore medio delle prestazioni e loro limiti)

1. Il tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza bimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4 e secondo quanto previsto dagli schemi allegati al presente protocollo.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private temporaneamente accreditate, non è consentito, se non sulla base di adeguate motivazioni, la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico di cui all'art. 6, ad ogni singola struttura privata:

- a) di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente;
 - b) di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni, determinato secondo i criteri di cui al comma 6 dell'art. 4 ed agli allegati schemi che definiscono il case-mix delle strutture facenti capo alla medesima branca/tipologia prestazionale;
 - c) di superare di oltre il 30% nel 2016 e/o nel 2017 il valore medio 2012 delle prestazioni "R", calcolato sulla produzione totale 2012 di dette prestazioni da parte dei centri operanti nella ASL.
3. Nel caso in cui il tavolo tecnico esprima una valutazione positiva, le prestazioni ed il case-mix eccedenti devono essere conseguentemente remunerate, nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa; in caso di valutazione negativa si fa obbligo all'ASL del recupero, con emissione di note di credito, delle somme eccedenti, sia per il superamento del 10% del volume di produzione che del superamento del 10% del case-mix (valore medio). Per evitare la concentrazione delle prestazioni nella prima parte dell'anno e garantire un'erogazione prestazionale distribuita per quanto possibile sull'intero anno, il tavolo tecnico esaminerà l'eccedenza prestazionale in occasione del monitoraggio da tenersi almeno 30 giorni prima della data presunta di esaurimento delle prestazioni.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria, dandone comunicazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o diseguglianze applicative del presente protocollo le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed all'Ufficio Speciale 60.07.00 "*Servizio Ispettivo Sanitario e Socio Sanitario*" su tutti gli adempimenti previsti dal presente protocollo e messi in essere, comprese le attività svolte dai tavoli tecnici e le successive attuazioni delle decisioni assunte.

Art. 9

(efficacia)

1. Il presente protocollo si riferisce agli esercizi 2016 e 2017 in esecuzione del decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ____ / 2016 citato in premessa.
2. Il presente protocollo sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 10

(norme finali)

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

Art. 11

(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente accordo la sottoscritta Associazione accetta espressamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto e/o provvedimento agli stessi collegati e/o presupposti, in quanto costituenti parte integrante necessaria del sottoscrivendo protocollo.

....., ____ / _____ 2016

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Tutte le clausole del presente protocollo hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. E' da intendersi specificamente approvata, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. l'art. 11 (Clausola di salvaguardia) del presente Protocollo d'Intesa.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Contratto TRA

La struttura privata
Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
con sede in (Prov: __ ; CAP: _____) – Via n°
rappresentato/a dal/la sottoscritto/a, CF
come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o
della Regione che redige il presente atto;
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 rappresentante legale del soggetto contraente, come
attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante
la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data
recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di
conferimento dei poteri agli Amministratori;
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) di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato
dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. n. del __/__/____.

E

L'Azienda Sanitaria Locale con sede in
Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
rappresentata dal Direttore Generale, nato a il
....., munito dei necessari poteri come da _____ di nomina n. ____ del _____,

PER

regolare per l'esercizio 2015 i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica
ambulatoriale, relativamente alla branca di _____, ed i correlati limiti di spesa
redatto in conformità al decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del
settore sanitario n. ____ del ____ / ____ / 2016.

PREMESSO

- che con decreto n. ____ del ____ / ____ / 2016, il Commissario ad Acta per la Attuazione del
Piano di Rientro ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni
sanitarie di specialistica ambulatoriale, da erogare nell'anno 2016, nonché per l'anno 2017,
per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, riferite alle branche di :
 - Diabetologia
 - Cardiologia
 - Altre branche a visita
 - Patologia Clinica
 - Radiodiagnostica

- Medicina nucleare
- Radioterapia

ed ha emanato anche i relativi schemi contrattuali, cui si uniforma il presente contratto;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

La premessa è 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 specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di _____, da erogarsi nell'anno 2016, nonché per l'anno 2017, da parte delle strutture private operanti nel territorio della sottoscritta ASL, ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, da acquistare per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2016, nonché a n. _____ prestazioni per l'anno 2017.
2. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2016, nonché a n. _____ prestazioni per l'anno 2017.
3. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2016, nonché a n. _____ prestazioni per l'anno 2017.
4. Il volume massimo di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, è determinato in n. _____ prestazioni per l'anno 2016, nonché a n. _____ prestazioni per l'anno 2017, 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 2016, nonché per l'anno 2017, relativa al volume di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, determinato per l'anno 2016, nonché per l'anno 2017, all'art. 3, comma 4, è fissato in:
 - a) € _____, per l'anno 2016, ed € _____, per l'anno 2017, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio;
 - b) € _____, per l'anno 2016, ed € _____, per l'anno 2017, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, al netto del ticket ed al netto sia della quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i., sia della quota ricetta nazionale ex art. 17, comma 6, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111;

ed è suddiviso come esposto nei successivi commi 2, 3 e 4.

2. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ da acquistare 2016, nonché per l'anno 2017, per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, per l'anno 2016, ed € _____, per l'anno 2017, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2016, ed € _____, per l'anno 2017, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
3. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2016, nonché per l'anno 2017, per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, per l'anno 2016, ed € _____, per l'anno 2017, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2016, ed € _____, per l'anno 2017, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
4. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2016, nonché per l'anno 2017, per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, per l'anno 2016, ed € _____, per l'anno 2017, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2016, ed € _____, per l'anno 2017, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
5. Ai fini del rispetto dei limiti imposti dalla normativa sulla Spending Review, non è consentito un superamento del limite di spesa fissato al comma precedente per i residenti in altre regioni. Potrà, invece, essere consentito che l'eventuale sotto utilizzo dei limiti di cui ai precedenti commi 3 e/o 4 sia utilizzato per compensare superamenti del limite di cui al precedente comma 2; mentre eventuali superamenti del limite di cui al precedente comma 3 possono essere compensati dall'eventuale sotto utilizzo dei limiti di cui ai precedenti commi 2 e/o 4;
6. L'importo di cui al comma 1, lettera a), diviso per il volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4, definisce il valore medio delle prestazioni per la branca di _____, da declinare in conformità alla classificazione delle strutture erogatrici in base alle tipologie funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dal successivo art. 6.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario, al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale (e fatte salve eventuali modifiche delle tariffe che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati con decreto del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro o delibera della Giunta Regionale.
2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale, costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nell'anno 2015 dai centri privati, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza del limite di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui all'art. 4, comma 1, lettera a), ovvero, di residua disponibilità dei volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4; al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa di cui all'art. 4, comma 1, lettere a) e b), le ASL potranno acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.

3. La ASL comunicherà OGNI MESE a ciascun centro privato con lettera raccomandata A.R. (o a mezzo PEC - Posta Elettronica Certificata, secondo accordi da definire tra la ASL e gli operatori stessi):

- la percentuale consuntiva di consumo dei limiti di spesa sopra stabiliti;
- la data consuntiva di raggiungimento di dette percentuali di consumo;

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

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

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

5. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC nn. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 5 bis

(applicazione dei limiti di spesa 2017 in corso d'anno)

6. Al fine di garantire la continuità assistenziale per tutti i mesi dell'anno solare, per l'esercizio 2017 la regressione tariffaria di cui al precedente art. 5, comma 4, lettera a), sarà applicata in via trimestrale, ripartendo il limite di spesa 2017 in undicesimi, per tenere conto del minor fabbisogno che, generalmente, si registra nel periodo estivo. La regressione tariffaria sarà, quindi, applicata in sede di liquidazione dei saldi trimestrali di cui all'art. 7, comma 2, in base all'eccedenza sul tetto di branca commisurato a

- 3/11 per il consumo del tetto di spesa al 31 marzo 2017;

- 6/11 per il consumo del tetto di spesa al 30 giugno 2017;
 - 8/11 per il consumo del tetto di spesa al 30 settembre 2017, in modo da tenere conto del minore fabbisogno estivo;
 - 11/11 per il consumo del tetto di spesa al 31 dicembre 2017.
7. Gli sforamenti del limite trimestrale progressivo di cui al comma precedente, qualora contenuti nella misura massima del 10%, di 3/11 del tetto annuo di branca, potranno essere remunerati soltanto per la parte che dovesse essere recuperata nel trimestre immediatamente successivo e, comunque, entro il 31 dicembre 2017. Le prestazioni rese in eccesso rispetto alla suddetta oscillazione massima non saranno remunerate. A tal fine, la sottoscritta struttura privata potrà emettere le note di credito infrannuali di cui all'art. 7, comma 5, limitatamente al fatturato da considerarsi definitivamente abbattuto ai sensi del presente articolo.

Art. 6

(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente protocollo è istituito un tavolo tecnico composto da n. __ membri di cui n. _ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. _ membri nominati dalla ASL, di cui un membro con funzione di coordinamento.
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 aziendale spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio MENSILE dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici;
 - c) determinazione del valore medio della prestazione differenziato in base alle diverse tipologie funzionali delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza secondo la classificazione seguente:

BRANCA	Tipologia A	Tipologia B	Tipologia C	Tipologia D
Patologia Clinica	Laboratori generali di base con o senza settori specializzati A1e A2	Laboratori generali di base con almeno tre settori specializzati, escluso A6	Laboratori generali di base con almeno tre settori specializzati, incluso A6	Laboratori specializzati

BRANCA	Tipologia A	Tipologia B	Tipologia C	Tipologia D
--------	-------------	-------------	-------------	-------------

Radiodiagn ostica	Radiologia tradizionale di base ed ecografia	Radiologia tradizionale, ecografia e TAC	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN ≤ 1 tesla	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN > 1 tesla
Medicina nucleare	Scintigrafie	Scintigrafie e PET		

4. Il valore medio della branca di Patologia Clinica sarà determinato ed applicato, separatamente, per l'insieme delle prestazioni di patologia clinica contrassegnate dalla lettera "R" e per l'insieme delle altre prestazioni della branca. Analoga distinzione sarà operata nell'ambito delle Branche a Visita per le prestazioni di medicina iperbarica, rispetto alle altre prestazioni della branca.
5. Per le finalità di cui ai commi precedenti le strutture private sono impegnate a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni, anche tramite il portale Regionale Sani.Ar.p. di cui al DCA 20/2013 (BURC n. 12/2013), secondo le istruzioni operative che saranno fornite dal Tavolo Regionale di Coordinamento (TA.RE.C) istituito dal DPGRC n. 144/2016 (BURC n. 44/2016); l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

Art. 7

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari al 90% del fatturato mensile.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 gennaio dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte della struttura privata delle note credito richieste dalla ASL, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5.
1. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
2. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, poiché tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, sarà liquidato entro il 30 aprile dell'anno successivo.
3. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.

4. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
- a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
5. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
6. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiara espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
7. Ai fini del rispetto della normativa sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del presente contratto:

codice IBAN: _____;

presso: _____,

generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: _____

impegnandosi a comunicare tempestivamente, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante, eventuali modifiche.

Art. 8

(variazione del volume e del valore medio delle prestazioni e loro limiti)

1. Il tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza bimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4 e secondo quanto previsto dagli schemi allegati al presente contratto.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private temporaneamente accreditate, non è consentito, se non sulla base di adeguate motivazioni, la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico di cui all'art. 6, ad ogni singola struttura privata:
 - di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente;
 - di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni, determinato secondo i criteri di cui al comma 6 dell'art.4 ed agli allegati schemi che definiscono il case-mix delle strutture facenti capo alla medesima branca/tipologia prestazionale;
 - di superare di oltre il 30% nel 2016 e/o nel 2017 il valore medio 2012 delle prestazioni "R", calcolato sulla produzione totale 2012 di dette prestazioni da parte dei centri operanti nella ASL.
3. Nel caso in cui il tavolo tecnico esprima una valutazione positiva, le prestazioni ed il case-mix eccedenti devono essere conseguentemente remunerate, nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa; in

caso di valutazione negativa si fa obbligo all'ASL del recupero, con emissione di note di credito, delle somme eccedenti, sia per il superamento del 10% del volume di produzione che del superamento del 10% del case-mix (valore medio). Per evitare la concentrazione delle prestazioni nella prima parte dell'anno e garantire un'erogazione prestazionale distribuita per quanto possibile sull'intero anno, il tavolo tecnico esaminerà l'eccedenza prestazionale in occasione del monitoraggio da tenersi almeno 30 giorni prima della data presunta di esaurimento delle prestazioni.

4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria, dandone comunicazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o diseguaglianze applicative del presente contratto le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed all'Ufficio Speciale 60.07.00 "*Servizio Ispettivo Sanitario e Socio Sanitario*" su tutti gli adempimenti previsti dal presente protocollo e messi in essere, comprese le attività svolte dai tavoli tecnici e le successive attuazioni delle decisioni assunte.

Art. 9

(efficacia del contratto)

1. Il presente contratto si riferisce agli esercizi 2016 e 2017 e sarà adeguato ad eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 10

(norme finali)

1. In caso di contenzioso con uno o più centri privati, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza le somme eventualmente spettanti al centro ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso.
2. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto e/o di ogni altro rapporto del sottoscritto centro privato con il servizio sanitario regionale è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il citato decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ____ del ____ / ____ / 2016.

Art. 11

(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la sottoscritta struttura privata accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto per il periodo di efficacia dello stesso.
2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati sub comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia

alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili.

....., ____ / _____ 2016

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. E' da intendersi specificamente approvata, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. l'art. 11 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Contratto tra
Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
con sede in (Prov: ____ ; CAP: _____) – Via n°
rappresentato/a dal/la sottoscritto/a, CF
come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o
della Regione che redige il presente atto;
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 rappresentante legale del soggetto contraente, come
attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante
la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data
recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di
conferimento dei poteri agli Amministratori;
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) di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato
dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. n. del ____/____/2014.

E

L'Azienda Sanitaria Locale con sede in Partita IVA:
rappresentata dal Direttore Generale, nato a il
....., munito dei necessari poteri come da DPGRC di nomina n. ____ del _____,

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti all'area della
assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di medicina fisica e riabilitativa (cd.
riabilitazione ex art 44 della L. 833/78), come definita nell'allegato n. 3 alla DGRC n. 1269 del
16.7.09 e nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"),
da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2016, nonché nel 2017, redatto in conformità al
decreto del Commissario ad Acta per l'Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ____
del ____ / ____ / 2016.

PREMESSO

- che con decreto n. ____ del ____ / ____ / 2016, il Commissario ad Acta per l'Attuazione del Piano
di Rientro del settore sanitario ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le
prestazioni sanitarie di medicina fisica e riabilitativa (cd. riabilitazione ex art 44 della L.
833/78) da erogarsi nel corso del 2016, nonché nel 2017, ed ha emanato anche il relativo
schema contrattuale, cui si uniforma il presente contratto;

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

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

Art. 2**(oggetto)**

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria di medicina fisica e riabilitativa (cd. riabilitazione ex art 44 della L. 833/78) come definita nell'allegato, n 3 alla DGRC n. 1269 del 16.7.09 e nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza") da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2016, nonché nel 2017, da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa.

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

1. Il volume massimo di prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2016, nonché nel 2017, dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre di ciascun anno, è determinato in n. prestazioni

Art. 4**(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)**

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa e, quindi, il fatturato, per il periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2016, nonché nel 2017, per il volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato come segue:
 - a) € _____, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio;
 - b) € _____, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, al netto del ticket ed al netto sia della quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i., sia della quota ricetta nazionale ex art. 17, comma 6, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111;
2. Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare almeno in parte la continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate, il consumo massimo del tetto annuale è fissato al 95% al 30 novembre 2016; pertanto, nulla spetterà alla sottoscritta struttura, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto limite.
3. La sottoscritta struttura potrà recuperare nel mese successivo l'eventuale volume di prestazioni non richiesto dagli aventi diritto, rispetto alla percentuale massima fissata al comma precedente: si precisa, comunque, che nulla spetterà né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per il caso in cui detto volume non sia stato recuperato entro il termine di durata del presente contratto.
4. Al fine di garantire la continuità assistenziale per tutti i dodici mesi dell'anno, per l'esercizio 2017 i limiti di prestazioni e di spesa sopra indicati dovranno essere applicati dalla sottoscritta struttura privata ripartendoli in dodicesimi su base mensile. Il rispetto di questo vincolo sarà

verificato sul progressivo delle prestazioni rese in corso d'anno, con una oscillazione mensile non superiore al 30% del tetto mensile, nei limiti della capacità produttiva massima della struttura, e con obbligo di recuperare lo sfioramento entro i tre mesi successivi e, comunque, entro il 31 dicembre 2017. Le prestazioni rese in eccesso rispetto alla suddetta oscillazione massima mensile non saranno remunerate.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle vigenti tariffe regionali - fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4. Per le strutture interessate dalle riconversioni parziali o totali in strutture socio sanitarie al momento della riconversione la residua quota di dodicesimi del tetto di spesa annuo sarà riservata alle prestazioni riconvertite.
2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa al netto del ticket ed al netto della quota ricetta regionale e nazionale, costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate dalla ASL in ciascun esercizio, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza del limite di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui all'art. 4, comma 1, lettera a), ovvero, di residua disponibilità del volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3; al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa di cui all'art. 4, comma 1, lettere a) e b), l'ASL potrà acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.
3. 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 o del Commissario ad acta, 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.
4. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC n. 6757/96, 377/98, 1270 e 1272/2003, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6

(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto da n. membri di cui n. designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n..... membri nominati dalla ASL.

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) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria, dandone comunicazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute.
5. Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura privata si impegna a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni, anche tramite il portale Regionale Sani.Ar.p. di cui al DCA 20/2013 (BURC n. 12/2013), secondo le istruzioni operative che saranno fornite dal Tavolo Regionale di Coordinamento (TA.RE.C) istituito dal DPGRC n. 144/2016 (BURC n. 44/2016); l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

Art. 7

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari al 90% del fatturato mensile.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 30 giugno per le fatture del primo trimestre; entro il 30 settembre per le fatture relative ai mesi da aprile a luglio; entro il 31 dicembre per le fatture relative ai mesi di agosto, settembre ed ottobre; entro il 31 marzo dell'anno successivo per le fatture di novembre e dicembre. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte della sottoscritta struttura privata delle note credito richieste dalla ASL, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria eventualmente necessaria per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4.
3. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della sottoscritta struttura privata, fermo restando che tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese in corso d'anno non potrà essere liquidato alle scadenze periodiche stabilite nel comma precedente, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione.

4. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
5. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
6. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
7. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
8. Ai fini del rispetto della normativa sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del presente contratto:
codice IBAN: _____;
presso: _____,
generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: _____;
impegnandosi a comunicare tempestivamente, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante, eventuali modifiche.

Art. 8

(efficacia del contratto)

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2016, nonché all'esercizio 2017.
2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 9

(norme finali)

1. Per ogni controversia riguardo l'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.
2. Per qualsiasi controversia tra la sottoscritta struttura privata e la ASL e/o la Regione, anche non inerente al presente contratto, è espressamente escluso il ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il citato decreto del Commissario ad Acta per l'Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ____ del ____ / ____ / 2016.

Art. 10**(Clausola di salvaguardia)**

- Con la sottoscrizione del presente contratto la sottoscritta struttura privata accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto per il periodo di efficacia dello stesso.
- In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati sub comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili.

....., ____ / _____ 2016

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. E' da intendersi specificamente approvata, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. l'art. 11 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata



Regione Campania

*Il Commissario ad acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 11/12/2015)*

SEZIONE IV: Definizione per gli esercizi 2016 e 2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con le case di cura private per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza ospedaliera

Come già esposto nella Sezione I del presente decreto, l'art. 1, comma 574, della legge 23 dicembre 2015, n. 208 (Legge di Stabilità 2016) consente alla Regione di programmare un rilevante incentivo alle case di cura private (nonché agli Ospedali Classificati), affinché sviluppino la loro capacità di erogare prestazioni di ricovero ospedaliero di Alta Specialità, che costituiscono circa il 40% della rilevante mobilità sanitaria ospedaliera passiva per ricoveri di cittadini campani effettuati nelle altre regioni italiane.

Tale incentivo potrà essere determinato a consuntivo 2016, in termini di maggiore tetto di spesa riconoscibile a ciascuna struttura, dopo che le ASL avranno espletato tutti i controlli previsti dalla normativa nazionale e regionale, con il criterio di ripartizione proporzionale applicato nell'allegato n. 3 alla presente Sezione, sostituendo i valori consuntivi 2016, depurati dai controlli delle ASL, ai dati grezzi medi 2014 – 2015 esposti in detta tabella per avere una prima stima. Analogamente si opererà per l'esercizio 2017.

Riguardo, invece, alle prestazioni di ricovero di media e bassa complessità, che formano circa il 60% del valore economico della mobilità sanitaria ospedaliera passiva per ricoveri di cittadini campani effettuati nelle altre regioni italiane, escludendo le prestazioni potenzialmente inappropriate, è stato elaborato l'elenco di 103 DRG che nel 2013 hanno determinato mobilità passiva per oltre 91 milioni di euro, esposto nell'allegato n. 4 alla presente Sezione. A tale riguardo, i Direttori Generali delle ASL sono invitati ad elaborare progetti di sinergie tra le aziende sanitarie pubbliche e le strutture private operanti sul loro territorio, al fine di recuperare mobilità passiva di media e bassa complessità. Di tali progetti si potrà tenere conto in una eventuale revisione della ripartizione 2017 dei limiti di spesa assegnati alle strutture ospedaliere private.

I limiti di spesa da applicare per gli esercizi 2016 e 2017 sono stati definiti nella tabella "Sezione IV - Allegato n. 1" con i seguenti criteri.

Innanzitutto, viene riproposto l'allegato n. 1 alla Sezione V del Decreto del Commissario ad acta n. 8 del 16 febbraio 2016, pubblicato sul BURC n. 12/2016, con marginali rettifiche per errata correge, riguardanti le case di cura I.O.S. S.r.l. (ex Meluccio e San Felice) e S. Anna e Villa dei Pini.

Successivamente, come si espone nella tabella "Sezione IV - Allegato n. 1", si è proceduto a determinare i limiti spesa 2016 e 2017 per le diverse case di cura come segue.

- A) E' stato effettuato per il 2016 un ulteriore, parziale, avvicinamento al budget teorico, in analogia con quanto operato per il 2013 con i DCA 91 e 100/2013, per il 2014 con il DCA 144/2014 e per il 2015 con il DCA 8/2016, applicando scaglioni di variazione percentuale del limite di spesa 2016 rispetto al limite di spesa 2015, determinati in funzione del confronto con il budget teorico. La

variazione netta, così ottenuta per il 2016, è stata applicata nella misura del 50% ai fini della determinazione dei limiti di spesa 2017.

- B) Si è verificato che, tranne casi sporadici, l'unica struttura privata che in Campania contribuisce ad assicurare i ricoveri DH del DRG 381 (Interruzione Volontaria di Gravidanza) è la casa di cura S. Anna di Caserta, che effettua tali interventi per un valore economico di circa 1,2 milioni di euro all'anno. Attesa la rilevanza sociale, la carenza di strutture pubbliche e private e la conseguente mobilità passiva fuori regione (circa 700 mila euro nel 2013), si è ritenuto opportuno incentivare tale attività. Considerato che il budget teorico della casa di cura S. Anna per i ricoveri DH della disciplina di Ostetricia e Ginecologia è di circa euro 996 mila, con il presente decreto viene assegnata alla casa di cura una integrazione del tetto di spesa pari al 50% della differenza tra il consuntivo delle prestazioni in DH del DRG 381 ed il suddetto budget teorico, con un massimo annuo di euro 150 mila.
- C) Le case di cura sede di Pronto Soccorso, come per il 2015, non sono state assoggettate alle variazioni di cui alla precedente lettera A): infatti, per tali case di cure in considerazione della specificità del loro ruolo nella rete dell'emergenza urgenza, si è ritenuto opportuno confermare i limiti di spesa precedenti (approvati dal DCA 3/2015 e confermati dal DCA 8/2016), ammettendo le stesse a partecipare pro quota alla ripartizione dell'incremento del tetto di spesa 2016 e 2017 per prestazioni di Alta Specialità.

Ai fini dell'ulteriore, parziale, avvicinamento al budget teorico, in analogia con quanto operato dal 2013 in poi, sono stati applicati i seguenti scaglioni di variazione del limite di spesa 2016 rispetto al limite di spesa 2015:

- applicazione a tutte le case di cura di una riduzione dello 0,5%, per contribuire alle seguenti variazioni successive, in via cumulativa:
 - riduzione dell'1,5% nei casi in cui il budget teorico è risultato inferiore di oltre il 5% (rispetto al limite di spesa 2015, depurato dell'effetto dei trasferimenti di volumi di prestazioni ex Villa Russo e Villa Alba);
 - riduzione di un ulteriore 2% nei casi in cui il budget teorico è risultato inferiore di oltre il 10% (rispetto al limite di spesa 2015, depurato dell'effetto dei trasferimenti di volumi di prestazioni ex Villa Russo e Villa Alba);
 - incremento dello 0,5% nei casi in cui il budget teorico è risultato superiore di oltre il 20%;
 - incremento di un ulteriore 2,5% nei casi in cui il budget teorico è risultato superiore di oltre il 30%;
 - incremento di un ulteriore 5% nei casi in cui il budget teorico è risultato superiore di oltre il 50%.

Per la casa di cura RUESCH si intende confermato anche per il 2016 il tetto di spesa assegnato dal DCA 85/2013 e s.m.i. Tuttavia, la casa di cura non ha ricominciato ad operare con oneri a carico del SSR e, su richiesta della stessa casa di cura, l'ASL Napoli 1 Centro con delibera n. 1311 del 29/7/2015 ne ha sospeso l'accreditamento. Successivamente, il Commissario Straordinario dell'ASL Napoli 1 Centro ha deliberato la cessazione del temporaneo accreditamento della casa di cura (delibera n. 473 del 3/5/2016). Eventuali sviluppi diversi potranno trovare copertura negli accantonamenti operati nell'allegato n. 1 alla Sezione I e/o attraverso ulteriori provvedimenti regionali.

Pertanto, i limiti di spesa per l'assistenza ospedaliera erogata dalle case di cura nell'esercizio 2016 e 2017, come sopra determinati, sono esposti nella colonna H) dell'allegato n. 1, per l'esercizio 2016, e nella colonna I) dell'allegato n. 1, per l'esercizio 2017; mentre l'importo degli stessi tetti di spesa, valido ai fini del rispetto della normativa sulla Spending Review, è determinato rispettivamente nella colonna L) ed M) della medesima tabella.

In merito alla problematica delle case di cura con meno di 40 posti letto per acuti si rinvia quanto già esposto nella Sezione V del decreto commissariale n. 8/2016. Nella stessa Sezione, poi, si dava atto delle osservazioni che il Tavolo di Verifica degli Adempimenti Regionali ed il Comitato Permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria nel verbale della riunione del 30 luglio 2015 hanno

espresso su diversi aspetti dell'accordo tra la Regione e le Associazioni di Categoria delle case di cura private AIOP e Confindustria, approvato del decreto commissariale n. 47 del 25/5/2015.

In particolare, è stato osservato che:

“In merito alle iniziative per limitare la mobilità passiva (delineata al punto 2) l'accordo di che trattasi prevede la possibilità per le case di cura (previa distinzione dei limiti di spesa tra quota regionale quota extra-regionale) di erogare prestazioni ai non residenti in Regione Campania oltre il limite di spesa, nella misura del quantum riconosciuto dalle altre regioni dopo la verifica della compensazione interregionale. Per tale aspetto l'accordo evidenzia la necessità di un intervento normativo.

Non si tratta pertanto di una disposizione cui gli Uffici regionali possano dar seguito secondo il quadro normativo vigente. Oltre al principio fondamentale secondo il quale ogni erogatore privato non può vedersi riconosciute prestazioni ulteriori rispetto a quelle sottoscritte, occorre evidenziare che la produzione in favore dei pazienti extra regionali concorre alla determinazione della spesa complessiva per l'acquisto di prestazioni da privato che, per quanto attiene le prestazioni di assistenza ospedaliera, è oggetto dei vincoli imposti dall'art. 15, comma 14, del decreto-legge n. 95/2012.

Non si condivide inoltre la previsione di cui al punto 6 dell'Accordo, che consente il riconoscimento di prestazioni ulteriori a quelle concordate e sottoscritte dalle strutture private, pur se in presenza di economie di spesa realizzate da altre strutture. Ogni erogatore privato, in relazione anche a quanto disposto dal decreto-legge n. 95/2012 in merito all'assistenza ospedaliera, non può che attenersi al proprio budget assegnato indipendentemente da quanto erogato dagli altri soggetti privati.

In relazione al punto 7 si ritiene utile che la struttura commissariale fornisca ulteriori elementi di approfondimento relativamente alla riportata tematica dei ricoveri ripetuti, nonché delucidazioni in merito alla previsione di modifica del “sistema di controllo logico-formale attualmente in vigore”. Si rappresenta altresì che riguardo alla modalità di accesso ai reparti di lungodegenza ospedaliera anche attraverso prescrizioni del MMG è opportuno ribadire che il piano d'indirizzo per la riabilitazione del 10.02.2011 prevede lo svolgimento dell'attività riabilitativa unicamente in presenza di un piano di riabilitazione individuale elaborato dal medico specialista in riabilitazione”.

Successivamente, Tavolo e Comitato nel, verbale della riunione del 7 aprile 2016 hanno precisato che: *“In merito alla richiesta di avvalersi del punto 6 dell'accordo AIOP 2015 ... ritengono possibile esclusivamente l'attribuzione di un “budget integrativo” a talune strutture, entro i limiti delle economie registrate per singolo setting assistenziale, in relazione a riconosciute e specifiche esigenze assistenziali che la gestione commissariale, tenendo in considerazione i fabbisogni assistenziali espressi nel tempo dai cittadini dei singoli territori, potrà valutare, fermo restando la necessaria individuazione ex ante del corretto budget in ordine ai fabbisogni assistenziali”.*

Pertanto, a decorrere dal consuntivo dell'esercizio 2016, le ASL in cui operano le case di cura in cui si siano verificati sotto utilizzi del tetto di spesa sono chiamate a fornire alla Regione, entro il 30 giugno dell'anno successivo, una istruttoria volta, innanzitutto, ad accertare se tale situazione sia da ritenersi temporanea o strutturale, nonché a proporre l'attribuzione compensativa di “budget integrativi”, in coerenza con il punto 6 dell'accordo approvato dal DCA 47/2015 e con le prescrizioni dettate da tavolo e Comitato e sopra richiamate

Infine, con il presente decreto, allo scopo di ridurre il tasso di ospedalizzazione e di eliminare dei ricoveri certamente non appropriati, si stabilisce che dal 1° gennaio 2016 la remunerazione delle prestazioni di Prima Assistenza, previste dall'art. 1, lettera C) dell'accordo Regione AIOP approvato dalla DGRC n. 6884/1998, siano regolate secondo quanto previsto nella ipotesi condivisa con AIOP e Confindustria, di cui al verbale dell'incontro del 2 settembre 2014 tra Regione, AIOP e Confindustria, allegato al DCA 144/2014 (BURC n. 80/2014).

A tal fine, i Direttori Generali delle ASL dovranno approvare ed inviare in Regione entro il 30 settembre 2016 una delibera ricognitiva che accerti:

- a) Quali case di cura al 1/1/2016 risultano autorizzate dalla ASL competente ad effettuare le suddette Prestazioni di Prima Assistenza e ne posseggono i requisiti stabiliti dalla DGRC 6884/98.

- b) Se, nel quadro del Piano Ospedaliero vigente, intendono confermare o revocare tale autorizzazione, fermo restando che la revoca avrà effetto dal 1/1/2017.
- c) Il calcolo del budget forfetario previsto dalla ipotesi di accordo del 2/9/2014, sopra richiamata, calcolato in base all'attività svolta nel 2012 e lo stesso importo, calcolato in base all'attività svolta nel 2015.

Sulla base di tali elementi di istruttoria, con successivo provvedimento commissariale si provvederà – se del caso – a scorporare dal tetto di spesa assegnato dal presente decreto l'importo forfetario da riconoscere per il 2016 ed, eventualmente, anche per gli anni successivi, in funzione dei volumi di tale attività.

La programmazione 2016 e 2017 potrà essere comunque modificata per dare attuazione ai processi di razionalizzazione della rete ospedaliera e di riconversione delle strutture neuropsichiatriche, in attuazione del Piano Ospedaliero, del DM 70/2015 e, più in generale, del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera pubblica e privata.

Sulla base di tutto quanto sopra esposto, si stabilisce quanto segue.

1. I limiti di spesa per l'esercizio 2016 e 2017 per l'assistenza ospedaliera erogata dalle case di cura di cui all'elenco contenuto nell'allegato n. 1 al DCA n. 144/2014 sono fissati secondo quanto esposto nell'allegato n. 2 alla presente Sezione, nella colonna H), per l'esercizio 2016, e nella colonna I), per l'esercizio 2017; mentre l'importo degli stessi tetti di spesa, valido ai fini del rispetto della normativa sulla Spending Review, è determinato rispettivamente nella colonna L) ed M) della medesima tabella. Le ASL e le case di cura dovranno sottoscrivere i relativi contratti entro il 30 settembre 2016 utilizzando lo schema "Sezione IV – Allegato A/1".
2. I limiti di spesa per l'esercizio 2016 e 2017 per l'assistenza ospedaliera erogata dalle case di cura sede di Pronto soccorso: "Pineta Grande" di Castelvoturno (CE) e "Villa dei Fiori" di Acerra (NA) sono confermati nella stessa misura ed alle stese condizioni già approvate per il 2014 dal DCA n. 3 del 26/1/2015 e confermate per il 2015 dal DCA 8/2016. Le ASL competenti e le case di cura dovranno sottoscrivere il relativo contratto entro il 30 settembre 2016 utilizzando lo schema "Sezione IV – Allegato A/2".
3. I limiti di spesa di cui ai precedenti punti 1 e 2 saranno integrati per il 2016 con la ripartizione a consuntivo, in termini di maggiore tetto di spesa riconoscibile a ciascuna struttura, da un incentivo per i ricoveri di 'Alta Specialità, dopo che le ASL avranno espletato tutti i controlli previsti dalla normativa nazionale e regionale, con il criterio di ripartizione proporzionale applicato nell'allegato n. 3 alla presente Sezione, sostituendo i valori consuntivi 2016, depurati dai controlli delle ASL, ai dati grezzi medi 2014 – 2015 esposti in detta tabella per avere una prima stima. Analogamente si opererà per l'esercizio 2017. A tal fine, le ASL dovranno fornire alla Regione i dati necessari, depurati di tutti i controlli, entro il 30 giugno dell'anno successivo. Sulla base di tali dati sarà emesso dalla Regione apposito provvedimento ricognitivo entro il 31 luglio 2017 (per il 2016) ed entro il 31 luglio 2018 (per il 2017).
4. A decorrere dal consuntivo dell'esercizio 2016, le ASL in cui operano le case di cura in cui si siano verificati sotto utilizzi del tetto di spesa sono chiamate a fornire alla Regione, entro il 30 giugno dell'anno successivo, una istruttoria volta, innanzitutto, ad accertare se tale situazione sia da ritenersi temporanea o strutturale, nonché a proporre l'attribuzione compensativa di "budget integrativi", in coerenza con il punto 6 dell'accordo approvato dal DCA 47/2015 e con le prescrizioni dettate da Tavolo e Comitato nella riunione del 7 aprile 2016. Sulla base di tali istruttorie sarà emesso dalla Regione apposito provvedimento ricognitivo entro il 31 luglio 2017 (per il 2016) ed entro il 31 luglio 2018 (per il 2017).
5. Entro il 30 settembre 2016 i Direttori Generali delle ASL dovranno approvare ed inviare in Regione la delibera ricognitiva della "Prima Assistenza", una delibera ricognitiva che accerti:

- a) Quali case di cura al 1/1/2016 risultano autorizzate dalla ASL competente ad effettuare le suddette Prestazioni di Prima Assistenza e ne posseggono i requisiti stabiliti dalla DGRC 6884/98.
- b) Se, nel quadro del Piano Ospedaliero vigente, intendono confermare o revocare tale autorizzazione, fermo restando che la revoca avrà effetto dal 1/1/2017.
- c) Il calcolo del budget forfetario previsto dalla ipotesi di accordo del 2/9/2014, sopra richiamata, calcolato in base all'attività svolta nel 2012 e lo stesso importo, calcolato in base all'attività svolta nel 2015.

Sulla base di tali elementi di istruttoria, con successivo provvedimento commissariale si provvederà – se del caso – a scorporare dal tetto di spesa assegnato dal presente decreto l'importo forfetario da riconoscere per il 2016 ed, eventualmente, anche per gli anni successivi, in funzione dei volumi di tale attività.

- 6. Entro il 30 novembre 2016 i Direttori Generali delle ASL dovranno elaborare progetti di sinergie tra le aziende sanitarie pubbliche e le strutture private operanti sul loro territorio, al fine di recuperare mobilità passiva di media e bassa complessità. Di tali progetti si potrà tenere conto in una eventuale revisione della ripartizione 2017 dei limiti di spesa assegnati alle strutture ospedaliere private.
- 7. Di ribadire che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna casa di cura privata è subordinata alla sottoscrizione da parte della stessa di specifico contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i. con la ASL nel cui territorio la casa di cura è ubicata, e non può eccedere i limiti di spesa fissati nel medesimo contratto.
- 8. Di precisare che i limiti di spesa assegnati dal presente decreto a ciascuna Casa di Cura hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna Casa di Cura possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo di spesa prefissato dal presente decreto.
- 9. Di precisare che, in particolare, gli elenchi delle case di cura esposti negli allegati al presente decreto non costituiscono titolo per l'accreditamento provvisorio e/o definitivo delle stesse, essendo formulati, innanzitutto, per esigenze di calcolo dell'onere massimo derivante dai tetti di spesa. Pertanto, le Aziende Sanitarie Locali competenti per territorio non sono esentate dal verificare lo stato dell'accreditamento di ciascuna casa di cura e, se del caso, dal rifiutare la stipula del contratto ex art. 8 quinquies del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. ed ogni addebito di prestazioni con oneri a carico del SSR.
- 10. Di approvare specificamente tutte le altre disposizioni sopra esposte nella presente Sezione.

Esercizi 2016 e 2017 - Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i. per le case di cura private**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,
come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o della Regione che redige il presente atto, in qualità di legale rappresentante/Amministratore Unico/Delegato p.t., munito dei necessari poteri. A tale riguardo il legale rappresentante p.t., 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 rappresentante legale /Amministratore Unico/Delegato del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci/ Consiglio di Amministrazione di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- 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) di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. n. del __/__/_____.

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 _____ di nomina n. ____ del _____,

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza ospedaliera per l'anno 2016, nonché per il 2017.

PREMESSO

- che con decreto commissariale n. ____ del ____ / ____ / 2016 sono stati fissati i tetti di struttura delle Case di cura per l'esercizio 2016, nonché per il 2017, fatti salvi gli importi integrativi previsti ai punti 3 e 4 della Sezione IV del medesimo decreto.

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Esercizi 2016 e 2017 - Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i. per le case di cura private**Art. 2**

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei limiti di spesa per i volumi di prestazioni di assistenza ospedaliera da erogarsi nell'anno 2016, nonché nel 2017, da parte della sottoscritta Casa di Cura.
2. L'importo globale indicato dal presente contratto è suscettibile di modificazione per effetto delle seguenti circostanze:
 - a) redistribuzione successiva, a chiusura dell'esercizio di riferimento, dell'incentivo per le prestazioni di Alta Specialità (ai sensi dell'art. 1, comma 574, della legge 28 dicembre 2015, n. 208), secondo quanto disposto al punto 3 della Sezione IV del sopra citato DCA n. ____/2016;
 - b) possibilità di redistribuzione successiva, a chiusura dell'esercizio di riferimento, della spesa eventualmente risultata inutilizzata da parte di altre Case di Cura, in favore delle Case di Cura che hanno ecceduto il budget, secondo quanto disposto al punto 4 della Sezione IV del sopra citato DCA n. ____/2016.

Art. 3

1. Il limite complessivo totale entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2016, nonché per il 2017, per il volume di prestazioni di assistenza in regime di ricovero ospedaliero erogate dalla sottoscritta Casa di Cura è fissato, rispettivamente, in € _____, per il 2016, ed in € _____, per il 2017, e comprende tutte le prestazioni erogate a qualsiasi tipologia di pazienti: residenti della ASL o di altre ASL regionali, residenti fuori regione, residenti all'estero e STP (*limitatamente alla casa di cura S. Anna: comprende, inoltre un incentivo annuo massimo di euro 150.000, da rideterminarsi a consuntivo con il criterio stabilito nella Sezione IV del DCA n. ____/2016 sopra citato*).
2. La sottoscritta Casa di Cura non potrà erogare nel 2016, nonché nel 2017, un volume di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero che comporti un onere economico a carico della ASL in cui opera maggiore del limite di spesa fissato al comma precedente, fermo restando che la Casa di Cura è soggetta all'osservanza della normativa nazionale e regionale in materia di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri e rispetto delle soglie di appropriatezza.
3. La sottoscritta casa di cura è tenuta a programmare la propria attività, anche avvalendosi di apposite liste di attesa, in modo da assicurare all'utenza l'erogazione delle prestazioni oggetto del presente contratto con continuità, per l'intero anno solare, rimanendo nel limite di spesa invalicabile fissato al precedente comma 1.
4. Al fine di garantire la continuità assistenziale per tutti i dodici mesi dell'anno, per l'esercizio 2017 il limite di spesa sopra indicato dovrà essere applicato dalla sottoscritta struttura privata ripartendoli in dodicesimi su base mensile. Il rispetto di questo vincolo sarà verificato sul progressivo delle prestazioni rese in corso d'anno, con una oscillazione mensile non superiore al 30% del tetto mensile, nei limiti della capacità produttiva massima della struttura, e con obbligo di recuperare lo sfioramento entro i tre mesi successivi e, comunque, entro il 31 dicembre 2017. Le prestazioni rese in eccesso rispetto alla suddetta oscillazione massima mensile non saranno remunerate.

Art. 4

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. 3.

Esercizi 2016 e 2017 - Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i. per le case di cura private

2. Le prestazioni eccedenti il limite di spesa di cui al precedente art. 3 non saranno riconosciute a carico della ASL in cui opera la Casa di Cura e, se fatturate, dovranno essere stornate con apposite note credito di pari importo.
3. 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 erogabili di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento del limite di spesa fissato nel medesimo art. 3. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sforamento del limite di spesa, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento (decreto del Commissario ad acta o delibera 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 della regressione tariffaria derivanti dalla applicazione del tetto di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.

Art. 5

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla Casa di Cura entro 60 (sessanta) giorni dall'emissione della fattura mensile un acconto pari al 90% di 1/12 (un dodicesimo) del limite di spesa fissato al comma 1 dell'art. 3, purché tali acconti siano supportati dalla documentazione di una produzione non inferiore all'acconto (diversamente, l'acconto dovrà essere ridotto al 90% dell'importo di produzione documentata). Ai fini del pagamento delle prestazioni, restano fermi i chiarimenti forniti dalla Struttura Commissariale ai Direttori Generali delle AASSLL, con nota n.7626/C del 1/12/2011.
2. Il diritto al pagamento del suddetto acconto maturerà entro 60 (sessanta) giorni dalla consegna della fatturazione mensile. In subordine al regolare pagamento, entro la stessa scadenza e previo accordo con la sottoscritta casa di cura, la ASL potrà emettere idonea certificazione del debito, purché autorizzata nell'ambito del Piano dei Pagamenti di cui al decreto commissariale n. 12 del 21 febbraio 2011 e s.m.i.
3. La liquidazione del saldo di tutte le fatture mensili relative alle prestazioni rese nel 2016, nonché nel 2017, dovrà essere effettuata dalla ASL entro il 30 aprile dell'anno successivo, 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 quindici giorni dal ricevimento di tale comunicazione, la sottoscritta la Casa di Cura si impegna ad emettere nota credito a storno dell'eventuale fatturato eccedente, fermo restando che, all'esito positivo di eventuali contestazioni, potrà emettere nuovamente l'addebito (per la parte non più in contestazione). Solo in caso di documentate ragioni eccezionali, che dovranno essere espressamente indicate da parte della ASL, il predetto termine del 30 aprile potrà essere prorogato di ulteriori 60 (sessanta) giorni per consentire alla ASL il completamento della documentazione necessaria per le verifiche ed i controlli. I conguagli derivanti dalla applicazione del comma 2 del precedente art. 2 sono subordinati alla istruttoria ed approvazione di appositi provvedimenti regionali, necessitando dei dati di tutte le strutture di ricovero private operanti nella regione, e saranno, quindi, liquidabili subito dopo l'adozione di tali provvedimenti, che la Regione adotterà con i criteri e nei tempi specificati ai punti 3 e 4 della Sezione IV del sopra citato DCA n. ____/2016.

Esercizi 2016 e 2017 - Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i. per le case di cura private

4. 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.
5. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
6. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
7. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
8. Ai fini del rispetto della normativa sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del presente contratto:
codice IBAN: _____;
presso: _____,
generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: _____

impegnandosi a comunicare tempestivamente ogni modifica con apposita lettera firmata dal legale rappresentante.

Art. 6

1. La remunerazione a carico del Servizio sanitario regionale delle prestazioni erogate dalla sottoscritta Casa di Cura è subordinata alla sottoscrizione del presente contratto.
2. Il presente contratto si riferisce all'anno 2016, nonché al 2017.
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. 7

1. Al fine di consentire il monitoraggio in tempo reale della propria attività nel contesto della rete ospedaliera del SSR, la sottoscritta casa di cura si impegna ad inserire entro le 24 ore la notizia dell'avvenuto ricovero con i dati anagrafici dell'assistito, la motivazione clinica del ricovero (con l'ICD9) e le modalità di ingresso (ricetta, altra struttura pubblica o privata di provenienza), nonché della dimissione in caso di trasferimento ad altra struttura sanitaria,

Esercizi 2016 e 2017 - Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i. per le case di cura private

via WEB e ON LINE sul portale Regionale Sani.Arp. di cui al DCA 20/2013 – BURC n. 12/2013 e DPGRC n. 144/2016 - BURC n. 44/2016. I pagamenti degli acconti mensili di cui al precedente art. 5 sono subordinati al completo e puntuale adempimento del debito informativo della sottoscritta casa di cura, in base alla normativa nazionale e regionale, comprensivo della alimentazione in tempo reale di Sani.Arp.

2. La sottoscritta casa di cura si impegna alla regolare tenuta di liste di attesa ed a partecipare al sistema CUP – CUREP regionale secondo le modalità e le prescrizioni della Regione.

Art. 8

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 ASL, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti del presente atto o loro danti causa (convenzioni firmate a suo tempo stipulate con le disciolte Unità Sanitarie Locali e/o con la stessa Regione Campania).
3. Il Foro competente, individuato nel comma precedente, è inderogabile: eventuali cessioni di credito che prevedano un Foro diverso sono fin d'ora da intendersi respinte dalla ASL a tutti gli effetti di legge.
4. La sottoscritta Casa di Cura dichiara espressamente di conoscere i sopra citati decreti del Presidente Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro dal Disavanzo Sanitario.

Art. 9**(Clausola di salvaguardia)**

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la sottoscritta struttura privata accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto per il periodo di efficacia dello stesso.
2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati sub comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili.

Art. 10**(Altri Obblighi)****Paragrafo 1
Altri obblighi**

1. La sottoscritta struttura privata si impegna :

Esercizi 2016 e 2017 - Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i. per le case di cura private

- ad adeguare la propria organizzazione interna ai principi di programmazione regionale in materia di “reti cliniche”, agli standard di profilo ed ai percorsi assistenziali concernenti le prestazioni oggetto del presente contratto, definiti a livello nazionale e regionale;
- ad invitare formalmente e a non ostacolare la partecipazione i propri operatori ad eventuali iniziative formative promosse dalle AA.SS.LL e dalla Regione, concordando con l'ASL le ore di formazione concedibili;
- ad adottare strumenti di formazione e comunicazione ai cittadini/carta dei servizi, di rilevazione/valutazione della qualità percepita da utenti/cittadini e gestione del rischio clinico come da Programma Operativo 2016 - 2018;
- a rispettare puntualmente la normativa in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro ed in materia previdenziale;
- a dotarsi di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi (RCT) e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera (RCO), a tutela dei pazienti e del personale ai sensi dell'art. 27 comma 1-bis DL n. 90 del 24/06/2014, convertito nella legge n. 114 del 11/08/2014;
- a trasmettere al CUP aziendale, per la condivisione telematica, le agende di prenotazione e monitoraggio delle prestazioni al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sui sistemi aziendali e regionali secondo quanto verrà specificato dall'Amministrazione Regionale e a dare riscontro sul relativo campo SDO della data di prenotazione del ricovero;
- ad aderire al progetto fascicolo sanitario elettronico attraverso la predisposizione di soluzioni telematiche tese alla trasmissione, che garantiscano alla corretta gestione del consenso informato, dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito;
- a pubblicare sul sito web in apposita area dedicata dei tempi previsti e di quelli medi effettivi per ciascuna tipologia di prestazione erogata o, in assenza di sito web autonomo, a concordare con la ASL territorialmente competente le modalità per la pubblicazione nel sito aziendale della stessa, nell'apposita sezione denominata “Liste di Attesa”, dei richiamati tempi di attuazione dell'art. 41, c. 6, D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- ad effettuare, nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii., l'invio mediante strumenti telematici alla A.S.L. nel cui ambito territoriale è ubicata la struttura, nonché tramite il portale SANIARP (DCA 20/2013 e DPGRC 144/2016), delle informazioni inerenti i ricoveri effettuati secondo quanto previsto dalle vigenti norme regionali, ed in particolare nel rispetto di quanto stabilito dall'art. 2 comma 2 della DGRC 6884/98, fornendo le informazioni di seguito dettagliate :

a) Impegnativa di richiesta della prestazione

b) Numero dei presenti dalle ore 00,00 alle ore 24,00 del giorno precedente, suddivisi in relazione alle singole discipline ed ai relativi posti letto accreditati specificando il numero dei ricoveri ordinari e diurni a carico del SSR;

c) Numero ed orario dei ricoveri effettuati nel giorno precedente, suddivisi in relazione alle singole discipline ed ai relativi posti letto accreditati, specificando il numero dei ricoveri ordinari e diurni a carico del SSR;

d) Numero ed orario delle dimissioni effettuate nel giorno precedente, suddivise in relazione alle singole discipline ed ai relativi posti letto accreditati, specificando il numero dei ricoveri ordinari e diurni a carico del SSR,

Esercizi 2016 e 2017 - Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i. per le case di cura private

e) La Struttura ha l'obbligo di istituire dei fascicoli personali contenenti tutta la documentazione sanitaria degli utenti nei quali dovrà conservare, nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di privacy:

- Tutta la documentazione sanitaria (cartella clinica) relativa a ciascun paziente;
 - Tutta la documentazione amministrativa relativa a ciascun paziente.
 - Le operazioni sui dati personali e sanitari del cittadino necessarie per l'alimentazione e l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico rientrano tra i trattamenti di dati sensibili effettuati mediante strumenti elettronici in coerenza con le misure di sicurezza espressamente previste nel D.Lgs. n. 196/2003.
2. La Struttura si impegna ad erogare le prestazioni sanitarie utilizzando il personale e le figure professionali del ruolo sanitario, tecnico e amministrativo previste dalla normativa vigente in materia di autorizzazione e accreditamento.
 3. La Struttura garantisce l'impiego, anche per le attività di consulenza, di personale in possesso dei titoli abilitanti che non versi in situazioni di incompatibilità ai sensi della legge 23.12.1996 n. 662 e dell'art. 53, comma 16 ter del D.Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii.
 4. Le parti si danno atto che eventuali fattispecie di incompatibilità e/o l'accertamento della insussistenza della capacità di garantire le prestazioni nei termini di cui al presente articolo, determinano l'apertura del procedimento amministrativo finalizzato all'irrogazione delle sanzioni previste dall'art. 1, comma 19, della legge n. 662/1996.
 5. L'elenco della dotazione organica della Struttura controfirmato dal Legale Rappresentante, indicante, ai sensi della normativa vigente, la tipologia del rapporto di lavoro (es. dipendente, collaborazione, consulenza, etc.) il codice fiscale di ogni singolo dipendente / collaboratore / consulente, la relativa qualifica, la mansione svolta, il monte ore settimanali ed eventuali, successive, variazioni deve essere comunicato semestralmente (con cadenza gennaio – luglio, relativamente al semestre precedente) all'ASL di pertinenza oltre che al Servizio Ispettivo Sanitario e Socio Sanitario della Regione (Isola C/3 – Centro Direzionale di Napoli). L'elenco dovrà essere comprensivo anche del personale in regime libero professionale per il quale la Struttura dovrà specificare: le generalità del professionista, la durata della collaborazione indicando la data di inizio e di conclusione del rapporto. 4.1.La ASL si impegna a comunicare nel semestre successivo eventuali situazioni di incompatibilità, per i provvedimenti conseguenti.
 6. La Struttura si impegna a mantenere per tutta la durata del contratto l'applicazione del C.C.N.L. di categoria che deve essere dichiarato dalla Struttura nell'elenco di cui al punto 4 del presente articolo.

Paragrafo 2**Obblighi informativi della Struttura:**

1. La Struttura fornisce alla A.S.L. competente per territorio, entro il quindicesimo giorno del mese successivo a quello di riferimento, unitamente alla fattura mensile i file di produzione (SDO e, se autorizzata: PACC) relativo alle prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di ricovero, come disciplinato dalle disposizioni regionali.
2. Il conferimento del file SDO e, se autorizzata: PACC, costituisce, oltre che obbligo informativo, anche allegato elettronico analitico alla fattura, chiarendosi che sono oggetto di fatturazione tutte le prestazionirogate a carico del S.S.R. nel mese di competenza, nel rispetto dei limiti di cui agli artt. 3 e 4 del presente contratto.
3. Per prestazioni erogate sono da intendersi le dimissioni avvenute nel mese di riferimento, fatte salve le prestazioni remunerate a tariffa pro die.

Esercizi 2016 e 2017 - Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i. per le case di cura private

4. Con ulteriori campi aggiuntivi al tracciato record, di cui al punto 1, la Struttura specifica per ogni prestazione:

- il valore dell'importo fatturato;
- il numero progressivo e la data di emissione di fattura.

5. La Struttura si impegna, altresì, a rispettare, nei tempi e nei modi previsti, gli ulteriori obblighi informativi stabiliti dalle normative ministeriali (NSIS) e regionali ed, in particolare, i modelli HSP11, HSP13, HSP14, HSP23. Per quanto concerne la rilevazione del personale si obbliga ad inviare il modello di rilevazione di cui all'allegato 1 al DM 29.01.0213 direttamente all'Ispettorato Generale per gli Ordinamenti del Personale (IGOP) del Dipartimento della Ragioneria dello Stato, mediante il sistema conoscitivo del personale dipendente delle amministrazioni pubbliche (sistema informativo SICO).

6. A garanzia di un preciso efficace monitoraggio della produzione, la Struttura è tenuta ad allegare al file di produzione SDO l'elenco analitico dei posti letto attivi al primo giorno del mese di riferimento, distinti per disciplina e regime di ricovero secondo la struttura del modello ministeriale HSP13.

7. La Struttura ha l'obbligo di comunicare eventuali ritardi nella trasmissione delle informazioni; l'omissione dei suddetti obblighi informativi, se protratta per due mesi consecutivi o mantenuta nell'arco di complessivi 90 giorni dell'anno di riferimento, costituisce inadempimento grave e causa di risoluzione del presente contratto.

Paragrafo 3 Cessione dei crediti

1. La struttura ha l'obbligo di notificare la cessione a qualsiasi titolo dei crediti derivanti dall'esecuzione del presente contratto all'A.S.L. competente territorialmente:

2. Al fine di evitare disguidi, le parti convengono che l'efficacia della cessione è condizionata all'accettazione espressa da parte della ASL nel termine di 20 giorni dalla relativa notifica, fermo restando che l'ASL nel medesimo termine è obbligata a comunicare, motivandolo, l'eventuale rifiuto. Salvo diversa comunicazione della ASL alla sottoscritta casa di cura, la cessione si intende fin d'ora rifiutata dalla ASL qualora determini un Foro competente diverso da quello specificato ed accettato dalle parti nell'art. 8 del presente contratto.

3. La cessione del credito potrà essere accettata esclusivamente nei limiti delle prestazioni verificate positivamente. In conseguenza di quanto sopra la struttura si impegna a mantenere indenne la A.S.L. per eventuali cessioni effettuate al di fuori delle forme e condizioni di cui ai precedenti commi del presente articolo.

4. Sono inefficaci le cessioni di credito non conformi alle prescrizioni del presente articolo ed in conseguenza di quanto sopra la struttura si impegna a mantenere indenne la ASL per eventuali cessioni effettuate al di fuori delle forme e condizioni sopra specificate.

Paragrafo 4 Incedibilità del contratto

1. Il presente contratto è incedibile in tutto o in parte.
2. La cessione costituisce grave inadempimento e causa di risoluzione.

Paragrafo 5 Risoluzione del contratto

Esercizi 2016 e 2017 - Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i. per le case di cura private

1. Fermo ogni altro rimedio e sanzione previsti dal presente contratto e dalla normativa ad esso applicabile, costituiscono grave inadempimento e cause di risoluzione del presente accordo:

- l'accertata falsità di dichiarazioni rese dalla Struttura ai fini della stipula e della esecuzione del presente contratto;
- l'impedimento ai controlli previsti dalle normative vigenti;
- la mancata ottemperanza agli obblighi informativi;
- la cessione del presente contratto senza il consenso scritto della ASL;
- l'inosservanza dell'obbligo di conservazione e custodia dei documenti relativi alla prestazioni rese;
- l'accertata violazione degli obblighi in materia previdenziale e di sicurezza nei luoghi di lavoro;
- la reiterata mancata emissione delle note di credito previste dagli art. 4 e 5 del contratto;
- la revoca dei provvedimenti di autorizzazione o accreditamento provvisori, ovvero definitivi, che determinano l'automatica interruzione degli effetti del presente contratto;
- il rilascio di documentazione antimafia interdittiva ai sensi e per gli effetti previsti dal D.Lgs. 159/2011.

2. Le predette inadempienze sono contestate dalle parti per iscritto con fissazione di un termine per le eventuali repliche.

3. In caso di definitivo accertamento, le inadempienze sono contestate dalla Regione e/o dalla ASL di competenza, che potrà richiedere la risoluzione di diritto del presente contratto previa comunicazione scritta alla Struttura ai sensi dell'art. 1456 c.c.

4. Resta fermo il diritto della Regione e dell'A.S.L. competente al risarcimento dei danni derivanti da inadempimento della Struttura.

....., ____ / _____ 2016

Timbro e firma della ASL _____
Il Commissario Straordinario

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. E' da intendersi specificamente approvata, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. l'art. 9 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____
Il Commissario Straordinario

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della casa di cura privata

Esercizi 2016 e 2017 - Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i. per le case di cura sede di Pronto Soccorso**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

come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o della Regione che redige il presente atto, in qualità di legale rappresentante/Amministratore Unico/Delegato p.t., munito dei necessari poteri. A tale riguardo il legale rappresentante p.t., 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 rappresentante legale /Amministratore Unico/Delegato del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci/ Consiglio di Amministrazione di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- 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) di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. n. del ____/____/____.

E

L'Azienda Sanitaria Locale con sede in

Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):

rappresentata dal, nato a il,
munito dei necessari poteri come da _____ di nomina n. ____ del _____,

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza ospedaliera per l'anno 2016, nonché per il 2017.

PREMESSO

- che con decreto n. 61 del 4 agosto 2011 del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario è stato approvato l'Accordo tra la Regione Campania e le Case di Cura "Pineta Grande" di Castelvolturmo (CE) e "Villa dei Fiori" di Acerra (NA) in attuazione del decreto commissariale n. 65 del 22 ottobre 2010, sottoscritto il 21 luglio 2011 ed allegato sub "A" al medesimo decreto;
- che nel suddetto Accordo approvato dal decreto commissariale n. 61/2011, tenuto conto delle funzioni di Pronto Soccorso di II livello nell'ambito della rete SIRES – 118 svolte dalle due strutture, sono stati stabiliti specifici criteri di remunerazione e di pagamento dei corrispettivi dovuti dalla ASL competente alle suddette Case di Cura;

Esercizi 2016 e 2017 - Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i. per le case di cura sede di Pronto Soccorso

- che con decreti commissariali n. 86/2012, 123/2012 e 4/2013 il limite complessivo massimo di spesa per l'esercizio 2012 è stato ridotto del 1,7385% (rispetto a quello fissato per il 2011 dal DCA n. 61/2011) in applicazione dell'art. 15, comma 14, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95;
- che con decreto commissariale n. 91/2013, come modificato dai decreti commissariali n. 100/2013 e n. 144/2015, è stato rideterminato in aumento il limite di spesa dell'attività di assistenza ospedaliera da erogarsi nell'esercizio 2013 da parte della sottoscritta casa di cura, fermi restando i criteri di remunerazione delle funzioni di Pronto Soccorso di II livello nell'ambito della rete SIRES – 118, stabiliti nel suddetto Accordo approvato dal decreto commissariale n. 61/2011;
- che con decreto commissariale n. 3 del 26 gennaio 2015 è stato approvato l'accordo tra la Regione e la sottoscritta casa di cura raggiunto il 27 ottobre 2014, giusto verbale allegato al medesimo decreto, con il quale, oltre ad incrementare il limite di spesa complessivo, sono stati innovati i criteri di remunerazione delle funzioni di Pronto Soccorso di II livello nell'ambito della rete SIRES – 118;
- che con decreto commissariale n. 8 del 16 febbraio 2016 è stata disposta la conferma per l'esercizio 2015 dei limiti di spesa approvati per il 2014 dal suddetto decreto n. 3/2015, nella stessa misura ed alle stesse condizioni;
- che con decreto commissariale n. ____ del ____ / ____ / 2016 è stata disposta la conferma per l'esercizio 2016, nonché per il 2017 dei limiti di spesa approvati per il 2014 dal suddetto decreto n. 3/2015, nella stessa misura ed alle stesse condizioni, fatti salvi gli importi integrativi previsti ai punti 3 e 4 della Sezione IV del medesimo decreto;

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

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

Art. 2

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei limiti di spesa per i volumi di prestazioni di assistenza ospedaliera da erogarsi nell'anno 2016, nonché nel 2017, da parte della sottoscritta Casa di Cura.
1. L'importo globale indicato dal presente contratto è suscettibile di modificazione per effetto delle seguenti circostanze:
 - a) redistribuzione successiva, a chiusura dell'esercizio di riferimento, dell'incentivo per le prestazioni di Alta Specialità (ai sensi dell'art. 1, comma 574, della legge 28 dicembre 2015, n. 208), secondo quanto disposto al punto 3 della Sezione IV del sopra citato DCA n. ____/2016;
 - b) possibilità di redistribuzione successiva, a chiusura dell'esercizio di riferimento, della spesa eventualmente risultata inutilizzata da parte di altre Case di Cura, in favore delle Case di Cura che hanno ecceduto il budget, secondo quanto disposto al punto 4 della Sezione IV del sopra citato DCA n. ____/2016.

Art. 3

1. Il limite complessivo totale entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2016, nonché per il 2017, per le prestazioni di assistenza in regime di ricovero ospedaliero erogate dalla sottoscritta Casa di Cura, comprensivo di tutte le prestazioni erogate a qualsiasi tipologia di pazienti: residenti della ASL o di altre ASL regionali, residenti fuori regione,

Esercizi 2016 e 2017 - Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i. per le case di cura sede di Pronto Soccorso

residenti all'estero e STP, nonché per la remunerazione delle funzioni di emergenza – urgenza e per l'incentivo per la complessità della casistica trattata, è fissato in € _____ [indicare: euro 39.270.000,00= per Pineta Grande ed euro 36.793.730,00= per Villa dei Fiori di Acerra], (per la sola Villa dei Fiori di Acerra: “comprensivo dell'importo di euro 1.393.730,00=, relativo ai n. 29 posti letto di lungodegenza ex Villa Russo, determinato in base agli elementi di calcolo esposti nell'allegato n. 3bis al DCA 91/2013 come rettificato dal DCA n. 144/2015), da liquidarsi secondo i criteri e nei nuovi importi massimi stabiliti dal sopra richiamato verbale del 27 ottobre 2014, approvato dal DCA n. 3/2015, e, per quanto non modificato dal medesimo verbale, secondo quanto stabilito dall'Accordo tra la Regione Campania e la sottoscritta Casa di Cura, firmato il 21 luglio 2011 ed approvato dal decreto commissariale n. 61/2011.

2. La sottoscritta Casa di Cura non potrà erogare nel 2016, nonché nel 2017, un volume di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero che comporti un onere economico a carico della ASL in cui opera maggiore del limite di spesa fissato al comma precedente, fermo restando che la Casa di cura è soggetta all'osservanza della normativa nazionale e regionale in materia di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri e rispetto delle soglie di appropriatezza.
3. La sottoscritta casa di cura è tenuta a programmare la propria attività, anche avvalendosi di apposite liste di attesa, in modo da assicurare all'utenza l'erogazione delle prestazioni oggetto del presente contratto con continuità, per l'intero anno solare, rimanendo nel limite di spesa invalicabile fissato al precedente comma 1.
4. Al fine di garantire la continuità assistenziale per tutti i dodici mesi dell'anno, per l'esercizio 2017 il limite di spesa sopra indicato dovrà essere applicato dalla sottoscritta struttura privata ripartendoli in dodicesimi su base mensile. Il rispetto di questo vincolo sarà verificato sul progressivo delle prestazioni rese in corso d'anno, con una oscillazione mensile non superiore al 30% del tetto mensile, nei limiti della capacità produttiva massima della struttura, e con obbligo di recuperare lo sfioramento entro i tre mesi successivi e, comunque, entro il 31 dicembre 2017. Le prestazioni rese in eccesso rispetto alla suddetta oscillazione massima mensile non saranno remunerate.

Art. 4

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle tariffe vigenti previste dall'allegato B alla DGRC n° 8708/94 e s.m. e i. (attualmente: 95% delle tariffe massime nazionali stabilite dal DM 18 ottobre 2012 e recepite con decreto commissariale n. 32 del 27 marzo 2013), fatte salve eventuali variazioni tariffarie che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 3, se non espressamente modificato con decreto del Commissario ad acta o delibera dalla Giunta Regionale.
2. Le prestazioni eccedenti il limite di spesa di cui al precedente art. 3 non saranno riconosciute a carico della ASL in cui opera la Casa di Cura e, se fatturate, dovranno essere stornate con apposite note credito di pari importo.
3. 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 erogabili di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento del limite di spesa fissato nel medesimo art. 3. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento del limite di spesa, a meno che non sia intervenuto anche un

Esercizi 2016 e 2017 - Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i. per le case di cura sede di Pronto Soccorso

espresso provvedimento (decreto del Commissario ad acta o delibera 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 della regressione tariffaria derivanti dalla applicazione del tetto di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.

Art. 5

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla Casa di Cura un acconto pari al 90% di 1/12 (un dodicesimo) del limite di spesa fissato al comma 1 dell'art. 3, purché tali acconti siano supportati dalla documentazione di una produzione cumulata dall'inizio dell'anno non inferiore agli stessi acconti (diversamente, l'acconto dovrà essere ridotto all'importo di produzione documentata). Ai fini del pagamento delle prestazioni, restano fermi i chiarimenti forniti dalla Struttura Commissariale ai Direttori Generali delle AASSLL, con nota n.7626/C del 1/12/2011.
2. Il diritto al pagamento del suddetto acconto maturerà entro sessanta giorni dalla consegna della fatturazione mensile. In caso di ritardato pagamento, si applicano le disposizioni di cui ai punti 5 e 6 del citato Accordo del 21 luglio 2011.
3. La liquidazione del saldo di tutte le fatture mensili relative alle prestazioni rese nel 2016, nonché nel 2017, dovrà essere effettuata dalla ASL entro il 30 aprile dell'anno successivo, 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 quindici giorni dal ricevimento di tale comunicazione, la sottoscritta la Casa di Cura si impegna ad emettere nota credito a storno dell'eventuale fatturato eccedente, fermo restando che, all'esito positivo di eventuali contestazioni, potrà emettere nuovamente l'addebito (per la parte non più in contestazione). Solo in caso di documentate ragioni eccezionali, che dovranno essere espressamente indicate da parte della ASL, il predetto termine del 30 aprile potrà essere prorogato di ulteriori 60 (sessanta) giorni per consentire alla ASL il completamento della documentazione necessaria per le verifiche ed i controlli. I conguagli derivanti dalla applicazione del comma 2 del precedente art. 2 sono subordinati alla istruttoria ed approvazione di appositi provvedimenti regionali, necessitando dei dati di tutte le strutture di ricovero private operanti nella regione, e saranno, quindi, liquidabili subito dopo l'adozione di tali provvedimenti, che la Regione adotterà con i criteri e nei tempi specificati ai punti 3 e 4 della Sezione IV del sopra citato DCA n. ____/2016.
4. 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.
5. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;

Esercizi 2016 e 2017 - Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i. per le case di cura sede di Pronto Soccorso

d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.

6. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
7. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
8. Ai fini del rispetto della normativa sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del presente contratto:
codice IBAN: _____;
presso: _____,
generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: _____

impegnandosi a comunicare tempestivamente ogni modifica con apposita lettera firmata dal legale rappresentante.

Art. 6

1. La remunerazione a carico del Servizio sanitario regionale delle prestazioni erogate dalla sottoscritta Casa di Cura è subordinata alla sottoscrizione del presente contratto.
2. Il presente contratto si riferisce a tutto l'esercizio 2016, nonché al 2017, e sarà adeguato alle eventuali ulteriori modifiche della normativa regionale in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 7

1. Al fine di consentire il monitoraggio in tempo reale della propria attività nel contesto della rete ospedaliera del SSR, la sottoscritta casa di cura si impegna ad inserire entro le 24 ore la notizia dell'avvenuto ricovero con i dati anagrafici dell'assistito e la motivazione clinica del ricovero (con l'ICD9) e le modalità di ingresso (ricetta, altra struttura pubblica o privata di provenienza, servizio 118, accesso al P.S.), nonché della dimissione in caso di trasferimento ad altra struttura sanitaria, via WEB e ON LINE sul portale Regionale Sani.Ar.p. di cui al DCA 20/2013 – BURC n. 12/2013 e DPGRC n. 144/2016 - BURC n. 44/2016. I pagamenti degli acconti mensili di cui al precedente art. 5 sono subordinati al completo e puntuale adempimento del debito informativo della sottoscritta casa di cura, in base alla normativa nazionale e regionale, comprensivo della alimentazione in tempo reale di Sani.Ar.p.
2. La sottoscritta casa di cura si impegna alla regolare tenuta di liste di attesa ed a partecipare al sistema CUP – CUREP regionale secondo le modalità e le prescrizioni della Regione.

Art. 8

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.

Esercizi 2016 e 2017 - Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i. per le case di cura sede di Pronto Soccorso

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 ASL, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti del presente atto o loro danti causa (convenzioni firmate a suo tempo stipulate con le disciolte Unità Sanitarie Locali e/o con la stessa Regione Campania).
3. Il Foro competente, individuato nel comma precedente, è inderogabile: eventuali cessioni di credito che prevedano un Foro diverso sono fin d'ora da intendersi respinte dalla ASL a tutti gli effetti di legge.
4. La sottoscritta Casa di Cura dichiara espressamente di conoscere i sopra citati decreti del Presidente Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro dal Disavanzo Sanitario.

Art. 9

(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la sottoscritta struttura privata accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto per il periodo di efficacia dello stesso.
2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati sub comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili.

Art. 10

(Altri Obblighi)

Paragrafo 1

Altri obblighi

1. La sottoscritta struttura privata si impegna :
 - ad adeguare la propria organizzazione interna ai principi di programmazione regionale in materia di “reti cliniche”, agli standard di profilo ed ai percorsi assistenziali concernenti le prestazioni oggetto del presente contratto, definiti a livello nazionale e regionale;
 - ad invitare formalmente e a non ostacolare la partecipazione i propri operatori ad eventuali iniziative formative promosse dalle AA.SS.LL e dalla Regione, concordando con l'ASL le ore di formazione concedibili;
 - ad adottare strumenti di formazione e comunicazione ai cittadini/carta dei servizi, di rilevazione/valutazione della qualità percepita da utenti/cittadini e gestione del rischio clinico come da Programma Operativo 2016 - 2018;
 - a rispettare puntualmente la normativa in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro ed in materia previdenziale;

Esercizi 2016 e 2017 - Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i. per le case di cura sede di Pronto Soccorso

- a dotarsi di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi (RCT) e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera (RCO), a tutela dei pazienti e del personale ai sensi dell'art. 27 comma 1-bis DL n. 90 del 24/06/2014, convertito nella legge n. 114 del 11/08/2014;
- a trasmettere al CUP aziendale, per la condivisione telematica, le agende di prenotazione e monitoraggio delle prestazioni al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sui sistemi aziendali e regionali secondo quanto verrà specificato dall'Amministrazione Regionale e a dare riscontro sul relativo campo SDO della data di prenotazione del ricovero;
- ad aderire al progetto fascicolo sanitario elettronico attraverso la predisposizione di soluzioni telematiche tese alla trasmissione, che garantiscano alla corretta gestione del consenso informato, dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito;
- a pubblicare sul sito web in apposita area dedicata dei tempi previsti e di quelli medi effettivi per ciascuna tipologia di prestazione erogata o, in assenza di sito web autonomo, a concordare con la ASL territorialmente competente le modalità per la pubblicazione nel sito aziendale della stessa, nell'apposita sezione denominata "Liste di Attesa", dei richiamati tempi di attuazione dell'art. 41, c. 6, D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- ad effettuare, nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii., l'invio mediante strumenti telematici alla A.S.L. nel cui ambito territoriale è ubicata la struttura, nonché tramite il portale SANIARP (DCA 20/2013 e DPGRC 144/2016), delle informazioni inerenti i ricoveri effettuati secondo quanto previsto dalle vigenti norme regionali, ed in particolare nel rispetto di quanto stabilito dall'art. 2 comma 2 della DGRC 6884/98, fornendo le informazioni di seguito dettagliate :
 - a) Impegnativa di richiesta della prestazione
 - b) Numero dei presenti dalle ore 00,00 alle ore 24,00 del giorno precedente, suddivisi in relazione alle singole discipline ed ai relativi posti letto accreditati specificando il numero dei ricoveri ordinari e diurni a carico del SSR;
 - c) Numero ed orario dei ricoveri effettuati nel giorno precedente, suddivisi in relazione alle singole discipline ed ai relativi posti letto accreditati, specificando il numero dei ricoveri ordinari e diurni a carico del SSR;
 - d) Numero ed orario delle dimissioni effettuate nel giorno precedente, suddivise in relazione alle singole discipline ed ai relativi posti letto accreditati, specificando il numero dei ricoveri ordinari e diurni a carico del SSR,
 - e) La Struttura ha l'obbligo di istituire dei fascicoli personali contenenti tutta la documentazione sanitaria degli utenti nei quali dovrà conservare, nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di privacy:
 - Tutta la documentazione sanitaria (cartella clinica) relativa a ciascun paziente;
 - Tutta la documentazione amministrativa relativa a ciascun paziente.
 - Le operazioni sui dati personali e sanitari del cittadino necessarie per l'alimentazione e l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico rientrano tra i trattamenti di dati sensibili effettuati mediante strumenti elettronici in coerenza con le misure di sicurezza espressamente previste nel D.Lgs. n. 196/2003.

Esercizi 2016 e 2017 - Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i. per le case di cura sede di Pronto Soccorso

2. La Struttura si impegna ad erogare le prestazioni sanitarie utilizzando il personale e le figure professionali del ruolo sanitario, tecnico e amministrativo previste dalla normativa vigente in materia di autorizzazione e accreditamento.
3. La Struttura garantisce l'impiego, anche per le attività di consulenza, di personale in possesso dei titoli abilitanti che non versino in situazioni di incompatibilità ai sensi della legge 23.12.1996 n. 662 e dell'art. 53, comma 16 ter del D.Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii.
4. Le parti si danno atto che eventuali fattispecie di incompatibilità e/o l'accertamento della insussistenza della capacità di garantire le prestazioni nei termini di cui al presente articolo, determinano l'apertura del procedimento amministrativo finalizzato all'irrogazione delle sanzioni previste dall'art. 1, comma 19, della legge n. 662/1996.
5. L'elenco della dotazione organica della Struttura controfirmato dal Legale Rappresentante, indicante, ai sensi della normativa vigente, la tipologia del rapporto di lavoro (es. dipendente, collaborazione, consulenza, etc.) il codice fiscale di ogni singolo dipendente / collaboratore / consulente, la relativa qualifica, la mansione svolta, il monte ore settimanali ed eventuali, successive, variazioni deve essere comunicato semestralmente (con cadenza gennaio – luglio, relativamente al semestre precedente) all'ASL di pertinenza oltre che al Servizio Ispettivo Sanitario e Socio Sanitario della Regione (Isola C/3 – Centro Direzionale di Napoli). L'elenco dovrà essere comprensivo anche del personale in regime libero professionale per il quale la Struttura dovrà specificare: le generalità del professionista, la durata della collaborazione indicando la data di inizio e di conclusione del rapporto. 4.1. La ASL si impegna a comunicare nel semestre successivo eventuali situazioni di incompatibilità, per i provvedimenti conseguenti.
6. La Struttura si impegna a mantenere per tutta la durata del contratto l'applicazione del C.C.N.L. di categoria che deve essere dichiarato dalla Struttura nell'elenco di cui al punto 4 del presente articolo.

Paragrafo 2

Obblighi informativi della Struttura:

1. La Struttura fornisce alla A.S.L. competente per territorio, entro il quindicesimo giorno del mese successivo a quello di riferimento, unitamente alla fattura mensile i file di produzione (SDO e, se autorizzata: PACC) relativo alle prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di ricovero, come disciplinato dalle disposizioni regionali.
2. Il conferimento del file SDO e, se autorizzata: PACC, costituisce, oltre che obbligo informativo, anche allegato elettronico analitico alla fattura, chiarendosi che sono oggetto di fatturazione tutte le prestazionirogate a carico del S.S.R. nel mese di competenza, nel rispetto dei limiti di cui agli artt. 3 e 4 del presente contratto.
3. Per prestazioni erogate sono da intendersi le dimissioni avvenute nel mese di riferimento, fatte salve le prestazioni remunerate a tariffa pro die.
4. Con ulteriori campi aggiuntivi al tracciato record, di cui al punto 1, la Struttura specifica per ogni prestazione:
 - il valore dell'importo fatturato;
 - il numero progressivo e la data di emissione di fattura.
5. La Struttura si impegna, altresì, a rispettare, nei tempi e nei modi previsti, gli ulteriori obblighi informativi stabiliti dalle normative ministeriali (NSIS) e regionali ed, in particolare, i modelli HSP11, HSP13, HSP14, HSP23. Per quanto concerne la rilevazione del personale si obbliga ad inviare il modello di rilevazione di cui all'allegato 1 al DM 29.01.0213 direttamente

Esercizi 2016 e 2017 - Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i. per le case di cura sede di Pronto Soccorso

all'Ispettorato Generale per gli Ordinamenti del Personale (IGOP) del Dipartimento della Ragioneria dello Stato, mediante il sistema conoscitivo del personale dipendente delle amministrazioni pubbliche (sistema informativo SICO).

6. A garanzia di un preciso efficace monitoraggio della produzione, la Struttura è tenuta ad allegare al file di produzione SDO l'elenco analitico dei posti letto attivi al primo giorno del mese di riferimento, distinti per disciplina e regime di ricovero secondo la struttura del modello ministeriale HSP13.

7. La Struttura ha l'obbligo di comunicare eventuali ritardi nella trasmissione delle informazioni; l'omissione dei suddetti obblighi informativi, se protratta per due mesi consecutivi o mantenuta nell'arco di complessivi 90 giorni dell'anno di riferimento, costituisce inadempimento grave e causa di risoluzione del presente contratto.

Paragrafo 3
Cessione dei crediti

1. La struttura ha l'obbligo di notificare la cessione a qualsiasi titolo dei crediti derivanti dall'esecuzione del presente contratto all'A.S.L. competente territorialmente:
2. Al fine di evitare disguidi, le parti convengono che l'efficacia della cessione è condizionata all'accettazione espressa da parte della ASL nel termine di 20 giorni dalla relativa notifica, fermo restando che l'ASL nel medesimo termine è obbligata a comunicare, motivandolo, l'eventuale rifiuto. Salvo diversa comunicazione della ASL alla sottoscritta casa di cura, la cessione si intende fin d'ora rifiutata dalla ASL qualora determini un Foro competente diverso da quello specificato ed accettato dalle parti nell'art. 8 del presente contratto.
3. La cessione del credito potrà essere accettata esclusivamente nei limiti delle prestazioni verificate positivamente. In conseguenza di quanto sopra la struttura si impegna a mantenere indenne la A.S.L. per eventuali cessioni effettuate al di fuori delle forme e condizioni di cui ai precedenti commi del presente articolo.
4. Sono inefficaci le cessioni di credito non conformi alle prescrizioni del presente articolo ed in conseguenza di quanto sopra la struttura si impegna a mantenere indenne la ASL per eventuali cessioni effettuate al di fuori delle forme e condizioni sopra specificate.

Paragrafo 4
Incedibilità del contratto

1. Il presente contratto è incedibile in tutto o in parte.
2. La cessione costituisce grave inadempimento e causa di risoluzione.

Paragrafo 5
Risoluzione del contratto

1. Fermo ogni altro rimedio e sanzione previsti dal presente contratto e dalla normativa ad esso applicabile, costituiscono grave inadempimento e cause di risoluzione del presente accordo:
 - l'accertata falsità di dichiarazioni rese dalla Struttura ai fini della stipula e della esecuzione del presente contratto;
 - l'impedimento ai controlli previsti dalle normative vigenti;
 - la mancata ottemperanza agli obblighi informativi;

Esercizi 2016 e 2017 - Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i. per le case di cura sede di Pronto Soccorso

- la cessione del presente contratto senza il consenso scritto della ASL;
- l'inosservanza dell'obbligo di conservazione e custodia dei documenti relativi alla prestazioni rese;
- l'accertata violazione degli obblighi in materia previdenziale e di sicurezza nei luoghi di lavoro;
- la reiterata mancata emissione delle note di credito previste dagli art. 4 e 5 del contratto;
- la revoca dei provvedimenti di autorizzazione o accreditamento provvisori, ovvero definitivi, che determinano l'automatica interruzione degli effetti del presente contratto;
- il rilascio di documentazione antimafia interdittiva ai sensi e per gli effetti previsti dal D.Lgs. 159/2011.

2. Le predette inadempienze sono contestate dalle parti per iscritto con fissazione di un termine per le eventuali repliche.

3. In caso di definitivo accertamento, le inadempienze sono contestate dalla Regione e/o dalla ASL di competenza, che potrà richiedere la risoluzione di diritto del presente contratto previa comunicazione scritta alla Struttura ai sensi dell'art. 1456 c.c.

4. Resta fermo il diritto della Regione e dell'A.S.L. competente al risarcimento dei danni derivanti da inadempimento della Struttura.

....., ____ / _____ 2016

Timbro e firma della ASL _____
Il Commissario Straordinario

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. E' da intendersi specificamente approvata, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. l'art. 9 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____
Il Commissario Straordinario

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della casa di cura privata

Limiti di spesa 2015 delle case di cura private

(All n. 1 alla Sez. V del DCA 8/2016 rettificato per errata corrige)

	Importi in euro	A	B	C	D = B + C	E	F	G	H	I = D + G + H	J	K	L = I + J - K
Codice ASL / Casa di Cura	Case di Cura private (1)	Budget teorico ricalcolato dal DCA 144 del 18/11/2014	Tetto di spesa 2014 ex DCA 144/2014 e 3/2015	Residuo trasferimento volumi ex Villa Russo	Tetto di spesa 2015 "base"	% BDG teorico vs. TETTO 2014 (2)	Ulteriore variazione % 2015 per scaglioni (3)	Importo della ulteriore variaz. 2015 per scaglioni	Manovra correttiva 2015 per chiusura punti nascita	Importo del contratto 2015	Accantoname nti 2015 ex All. 6 al DCA 144/2014	Importo tetto per PL LGD ex Villa Russo	Tetto 2015 valido ai fini della Spending review
201143	CdC Villa Ester - Avellino	7.013.850,00	7.431.410,00		7.431.410,00	-5,6%	-2,0%	-148.620,00		7.282.790,00			7.282.790,00
201144	CdC Villa Maria - Baiano	2.150.670,00	1.630.130,00		1.630.130,00	31,9%	1,0%	16.300,00		1.646.430,00			1.646.430,00
201145	CdC Santa Rita - Atripalda	11.760.490,00	9.021.010,00		9.021.010,00	30,4%	1,0%	90.210,00		9.111.220,00			9.111.220,00
201146	CdC Villa Maria - Mirabella Eclano	6.883.700,00	6.260.360,00		6.260.360,00	10,0%	-1,0%	-62.600,00		6.197.760,00			6.197.760,00
201147	CdC Villa dei Pini - Avellino	6.988.110,00	6.490.130,00		6.490.130,00	7,7%	-1,0%	-64.900,00		6.425.230,00			6.425.230,00
201148	CdC Montevergine - Mercogliano	33.062.790,00	39.268.920,00		39.268.920,00	-15,8%	-2,0%	-785.380,00		38.483.540,00			38.483.540,00
201149	CdC Malzoni Villa dei Platani - Avellino	24.882.570,00	23.861.550,00		23.861.550,00	4,3%	-1,0%	-238.620,00		23.622.930,00			23.622.930,00
20233	CdC Salus GE.POS. - Telesse	7.357.330,00	9.717.520,00		9.717.520,00	-24,3%	-2,0%	-194.360,00		9.523.160,00			9.523.160,00
20234	CdC Santa Rita - Benevento	9.724.230,00	8.307.650,00		8.307.650,00	17,1%	0,0%	0,00		8.307.650,00			8.307.650,00
20235	CdC San Francesco - Telesse	7.473.800,00	9.058.570,00		9.058.570,00	-17,5%	-2,0%	-181.180,00		8.877.390,00			8.877.390,00
202350	CdC C.M.R. - Sant'Agata dei Goti	2.292.550,00	1.916.550,00		1.916.550,00	19,6%	0,0%	0,00		1.916.550,00			1.916.550,00
202371	CdC Villa Margherita - Benevento	10.109.340,00	8.654.320,00		8.654.320,00	16,8%	0,0%	0,00		8.654.320,00			8.654.320,00
20314	CdC Sant'Anna - Caserta	4.202.390,00	3.968.970,00		3.968.970,00	5,9%	-1,0%	-39.690,00		3.929.280,00	19.245,00		3.948.525,00
20316	CdC Villa del Sole - Caserta	15.162.560,00	11.923.610,00		11.923.610,00	27,2%	0,0%	0,00		11.923.610,00			11.923.610,00
20317	CdC Villa Fiorita - Aversa	2.862.490,00	2.917.770,00		2.917.770,00	-1,9%	-1,0%	-29.180,00		2.888.590,00			2.888.590,00
20318	CdC San Paolo - Aversa	6.360.850,00	4.062.170,00		4.062.170,00	56,6%	2,5%	101.550,00		4.163.720,00			4.163.720,00
20319	CdC Villa Fiorita - Capua	10.235.620,00	9.808.760,00		9.808.760,00	4,4%	-1,0%	-98.090,00		9.710.670,00			9.710.670,00
20320	CdC San Michele - Maddaloni	30.559.460,00	25.222.300,00		25.222.300,00	21,2%	0,0%	0,00		25.222.300,00			25.222.300,00
20322	CdC Santa Maria della Salute - Santa I	6.811.020,00	4.736.580,00		4.736.580,00	43,8%	1,0%	47.370,00		4.783.950,00	47.370,00		4.831.320,00
20323	CdC Villa dei Pini - Piedimonte Matese	4.445.530,00	4.014.030,00		4.014.030,00	10,7%	0,0%	0,00		4.014.030,00	431.206,15		4.445.236,15
20324	CdC Villa Ortensia - Capua	1.990.560,00	1.579.800,00		1.579.800,00	26,0%	0,0%	0,00		1.579.800,00			1.579.800,00
20325	CdC Villa Ulivi - Caserta	4.605.070,00	3.957.660,00		3.957.660,00	16,4%	0,0%	0,00		3.957.660,00			3.957.660,00
20328	CdC Villa delle Magnolie - Castel Morr	14.231.300,00	12.151.170,00		12.151.170,00	17,1%	0,0%	0,00		12.151.170,00			12.151.170,00
203423	CdC Padre Pio - Mondragone	9.332.910,00	8.306.840,00		8.306.840,00	12,4%	0,0%	0,00		8.306.840,00			8.306.840,00
204104	CdC Villa Cinzia - Napoli	7.772.020,00	5.323.540,00		5.323.540,00	46,0%	1,0%	53.240,00		5.376.780,00			5.376.780,00
204106	C. di C. Villa Bianca	7.531.060,00	6.763.880,00		6.763.880,00	11,3%	0,0%	0,00		6.763.880,00			6.763.880,00
204109	CdC Clinica Sanatrix - Napoli	14.217.070,00	11.714.490,00		11.714.490,00	21,4%	0,0%	0,00		11.714.490,00			11.714.490,00
20475	CdC Internazionale Villa Bentina - Na	4.718.510,00	5.669.550,00		5.669.550,00	-6,4%	-2,0%	-113.400,00		5.556.150,00			5.556.150,00
20478	CdC Alma Mater - Villa Camaldoli - Na	11.771.200,00	13.579.620,00		13.579.620,00	-1,9%	-1,0%	-135.800,00		13.443.820,00		1.585.970,00	11.857.850,00
20479	CdC Villa Angela - Napoli	1.404.320,00	1.856.420,00		1.856.420,00	-24,4%	-2,0%	-37.120,00		1.819.300,00			1.819.300,00
20481	CdC Clinic Center - Napoli	21.380.450,00	20.082.170,00		20.082.170,00	6,5%	-1,0%	-200.820,00		19.881.350,00			19.881.350,00
20488	CdC Colucci Hermitage - Napoli	7.278.980,00	11.987.120,00		11.987.120,00	26,8%	0,0%	0,00		11.987.120,00		6.247.740,00	5.739.380,00
20492	CdC Villa delle Querce	7.375.660,00	7.009.040,00		7.009.040,00	5,2%	-1,0%	-70.090,00		6.938.950,00			6.938.950,00
20494	CdC Vesuvio - Napoli	2.714.370,00	1.642.270,00		1.642.270,00	65,3%	4,5%	73.900,00		1.716.170,00			1.716.170,00
20495	CdC Clinica Mediterranea - Napoli	42.545.670,00	38.132.443,00		38.132.443,00	18,7%	0,0%	0,00		38.132.443,00			38.132.443,00
20499	CdC Santa Patrizia - Napoli	8.259.560,00	6.924.510,00		6.924.510,00	19,3%	0,0%	0,00		6.924.510,00			6.924.510,00
205101	CdC Clinica S. Antimo - Casandrino	4.217.010,00	2.928.790,00		2.928.790,00	44,0%	1,0%	29.290,00		2.958.080,00			2.958.080,00
205116	CdC Villa dei Fiori - Mugnano	13.473.020,00	16.749.373,00		16.749.373,00	-14,9%	-2,0%	-334.980,00		16.414.393,00			16.414.393,00
20597	CdC Villa Maione - Villaricca	5.435.060,00	4.900.460,00		4.900.460,00	10,9%	0,0%	0,00		4.900.460,00			4.900.460,00
206100	CdC NS di Lourdes - Massa di Somma	16.077.120,00	11.415.090,00		11.415.090,00	40,8%	1,0%	114.150,00	150.000,00	11.679.240,00			11.679.240,00
206102	CdC Santa Maria La Bruna - Torre del	4.144.420,00	3.075.870,00		3.075.870,00	34,7%	1,0%	30.760,00	190.000,00	3.296.630,00			3.296.630,00
206105	CdC Villa Stabia - Castellammare di St	15.703.800,00	12.479.780,00		12.479.780,00	25,8%	0,0%	0,00		12.479.780,00			12.479.780,00

N.B.: Il presente elenco non esime le ASL competenti dal verificare l'accreditamento della casa di cura e, se del caso, dal rifiutare la stipula del contratto ed i relativi oneri.

Limiti di spesa 2015 delle case di cura private

(All n. 1 alla Sez. V del DCA 8/2016 rettificato per errata corrige)

	Importi in euro	A	B	C	D = B + C	E	F	G	H	I = D + G + H	J	K	L = I + J - K
Codice ASL / Casa di Cura	Case di Cura private (1)	Budget teorico ricalcolato dal DCA 144 del 18/11/2014	Tetto di spesa 2014 ex DCA 144/2014 e 3/2015	Residuo trasferimento volumi ex Villa Russo	Tetto di spesa 2015 "base"	% BDG teorico vs. TETTO 2014 (2)	Ulteriore variazione % 2015 per scaglioni (3)	Importo della ulteriore variaz. 2015 per scaglioni	Manovra correttiva 2015 per chiusura punti nascita	Importo del contratto 2015	Accantoname nti 2015 ex All. 6 al DCA 144/2014	Importo tetto per PL LGD ex Villa Russo	Tetto 2015 valido ai fini della Spending review
206107	CdC Villa Elisa - Casamarciano	1.337.680,00	1.362.190,00		1.362.190,00	-1,8%	-1,0%	-13.620,00		1.348.570,00			1.348.570,00
206108	CdC Trusso - Ottaviano	7.115.340,00	11.503.820,00		11.503.820,00	-25,7%	-2,0%	-230.080,00	-480.000,00	10.793.740,00		1.922.380,00	8.871.360,00
206110	CdC Maria Rosaria - Pompei	13.977.140,00	12.978.910,00		12.978.910,00	7,7%	-1,0%	-129.790,00		12.849.120,00			12.849.120,00
206111	CdC Stazione Climatica Bianchi - Porti	6.272.220,00	6.432.020,00		6.432.020,00	-2,5%	-1,0%	-64.320,00		6.367.700,00			6.367.700,00
206113	CdC Santa Lucia - San Giuseppe Ves.	15.885.660,00	19.372.190,00		19.372.190,00	-18,0%	-2,0%	-387.440,00	-370.000,00	18.614.750,00			18.614.750,00
206114	CdC A.Grimaldi - San Giorgio a Crema	12.415.100,00	9.603.710,00		9.603.710,00	29,3%	0,0%	0,00		9.603.710,00			9.603.710,00
206117	CdC I.O.S. S.r.l.	8.207.190,00	7.900.378,47	863.631,53	8.764.010,00	42,4%	1,0%	87.640,00		8.851.650,00			8.851.650,00
206192	CdC Santa Maria del Pozzo - Somma '	9.438.140,00	11.903.740,00		11.903.740,00	9,3%	-1,0%	-119.040,00		11.784.700,00		3.268.050,00	8.516.650,00
20682	CdC La Madonnina - San Gennaro Ves.	6.828.340,00	3.801.460,00		3.801.460,00	79,6%	4,5%	171.060,00	300.000,00	4.272.520,00			4.272.520,00
207167	CdC Villa del Sole - Salerno	9.249.960,00	8.481.680,00		8.481.680,00	9,1%	-1,0%	-84.820,00	210.000,00	8.606.860,00			8.606.860,00
207170	CdC Malzoni - Agropoli	14.029.610,00	12.313.620,00		12.313.620,00	13,9%	0,0%	0,00		12.313.620,00			12.313.620,00
207171	CdC La Quiete - Pellezzano	6.429.880,00	4.985.700,00		4.985.700,00	29,0%	0,0%	0,00		4.985.700,00			4.985.700,00
207173	CdC Salus - Battipaglia	14.265.720,00	12.704.630,00		12.704.630,00	12,3%	0,0%	0,00		12.704.630,00			12.704.630,00
207175	CdC Campolongo Hospital CEMFR - E	25.110.240,00	23.508.790,00		23.508.790,00	6,8%	-1,0%	-235.090,00		23.273.700,00			23.273.700,00
207176	CdC Cobellis - Vallo della Lucania	9.868.720,00	9.629.630,00		9.629.630,00	2,5%	-1,0%	-96.300,00		9.533.330,00			9.533.330,00
207177	CdC Tortorella - Salerno	19.091.720,00	13.129.170,00		13.129.170,00	45,4%	1,0%	131.290,00		13.260.460,00			13.260.460,00
207178	CdC Villa Chiarugi - Nocera Inferiore	8.113.750,00	7.668.390,00		7.668.390,00	5,8%	-1,0%	-76.680,00		7.591.710,00			7.591.710,00
207420	CdC Villa Silvia Montesano - Rocca Pi	3.264.700,00	3.650.110,00		3.650.110,00	-10,6%	-2,0%	-73.000,00		3.577.110,00			3.577.110,00
	Subtotale	627.419.600,00	587.432.334,47	863.631,53	588.295.966,00			-3.298.250,00	0,00	584.997.716,00	497.821,15	13.024.140,00	572.471.397,15
20321	CdC Pineta Grande - Castel Volturno	34.857.910,00	39.270.000,00 (4)		39.270.000,00 (4)					39.270.000,00			39.270.000,00
20584	CdC Villa dei Fiori - Acerra	35.207.660,00	36.793.730,00 (4)		36.793.730,00 (4)					36.793.730,00		1.393.730,00	35.400.000,00
	Totale	697.485.170,00	663.496.064,47	863.623,53	664.359.696,00			-3.298.250,00	0,00	661.061.446,00	497.821,15	14.417.870,00	647.141.397,15

(1) Esclusa la casa di cura RUESCH, il cui tetto di spesa, stabilito dal DCA n. 85/2013 e s.m.i., non è stato utilizzato nel 2015 (su richiesta della stessa l'ASL NA1 con delibera n. 1311 del 29/7/2015 ne ha sospeso l'accreditamento)

(2) Dal calcolo delle percentuali sono esclusi i trasferimenti dei volumi prestazionali e dei tetti di spesa ex Villa Russo e Villa Alba

(3) Gli scaglioni di variazione 2015 sono stabiliti ed esposti nella Sezione V del presente decreto

(4) Compresa la remunerazione aggiuntiva dell'attività e delle funzioni di Pronto Soccorso di Il Livello, inserito nella rete del SIRES 118, stabilita con i criteri approvati dal DCA 3/2015

N.B.: Il presente elenco non esime le ASL competenti dal verificare l'accreditamento della casa di cura e, se del caso, dal rifiutare la stipula del contratto ed i relativi oneri.

6 - 2017 delle case di cura private

... Allegato n. 2

	Importi in euro	A	B	C	D = B + C	E	F	G	H = D + G	I = H+(G x 0,5)	J	K	L = H + J - K	M=L+(G x 0,5)
Codice ASL / Casa di Cura	Case di Cura private (1)	Budget teorico ricalcolato dal DCA 144 del 18/11/2014	Tetto di spesa 2015 ex all. 1 alla Sez. V del DCA 8/2016, come rettificato dal presente decreto	Integrazion e per IVG	Tetto di spesa 2016 "base"	% BDG teorico vs. TETTO 2016 (2)	Ulteriore variazion e % 2016 per scaglioni (3)	Importo della ulteriore variazione 2016 per scaglioni	Importo del contratto 2016	Importo del contratto 2017 applicando il 50% di col. G)	Accantoname nti 2016 in conformità ai criteri di cui all'All. 6 al DCA 144/2014	Importi da detrarre ai fini della Spending Review: LGD ex Villa Russo	Tetto 2016 valido ai fini della Spending review	Tetto 2017 valido ai fini della Spending review
201143	CdC Villa Ester - Avellino	7.013.850,00	7.282.790,00		7.282.790,00	-3,7%	-0,5%	-36.410,00	7.246.380,00	7.228.175,00			7.246.380,00	7.228.175,00
201144	CdC Villa Maria - Baiano	2.150.670,00	1.646.430,00		1.646.430,00	30,6%	2,5%	41.160,00	1.687.590,00	1.708.170,00			1.687.590,00	1.708.170,00
201145	CdC Santa Rita - Atripalda	11.760.490,00	9.111.220,00		9.111.220,00	29,1%	0,0%	0,00	9.111.220,00	9.111.220,00			9.111.220,00	9.111.220,00
201146	CdC Villa Maria - Mirabella Eclano	6.883.700,00	6.197.760,00		6.197.760,00	11,1%	-0,5%	-30.990,00	6.166.770,00	6.151.275,00			6.166.770,00	6.151.275,00
201147	CdC Villa dei Pini - Avellino	6.988.110,00	6.425.230,00		6.425.230,00	8,8%	-0,5%	-32.130,00	6.393.100,00	6.377.035,00			6.393.100,00	6.377.035,00
201148	CdC Montevergine - Mercogliano	33.062.790,00	38.483.540,00		38.483.540,00	-14,1%	-4,0%	-1.539.340,00	36.944.200,00	36.174.530,00			36.944.200,00	36.174.530,00
201149	CdC Malzoni Villa dei Platani - Avellinc	24.882.570,00	23.622.930,00		23.622.930,00	5,3%	-0,5%	-118.110,00	23.504.820,00	23.445.765,00			23.504.820,00	23.445.765,00
20233	CdC Salus GE.POS. - Telesse	7.357.330,00	9.523.160,00		9.523.160,00	-22,7%	-4,0%	-380.930,00	9.142.230,00	8.951.765,00			9.142.230,00	8.951.765,00
20234	CdC Santa Rita - Benevento	9.724.230,00	8.307.650,00		8.307.650,00	17,1%	-0,5%	-41.540,00	8.266.110,00	8.245.340,00			8.266.110,00	8.245.340,00
20235	CdC San Francesco - Telesse	7.473.800,00	8.877.390,00		8.877.390,00	-15,8%	-4,0%	-355.100,00	8.522.290,00	8.344.740,00			8.522.290,00	8.344.740,00
202350	CdC C.M.R. - Sant'Agata dei Goti	2.292.550,00	1.916.550,00		1.916.550,00	19,6%	-0,5%	-9.580,00	1.906.970,00	1.902.180,00			1.906.970,00	1.902.180,00
202371	CdC Villa Margherita - Benevento	10.109.340,00	8.654.320,00		8.654.320,00	16,8%	-0,5%	-43.270,00	8.611.050,00	8.589.415,00			8.611.050,00	8.589.415,00
20314	CdC Sant'Anna - Caserta	4.202.390,00	3.929.280,00	150.000,00	4.079.280,00	3,0%	-0,5%	-20.400,00	4.058.880,00	4.048.680,00	0,00		4.058.880,00	4.048.680,00
20316	CdC Villa del Sole - Caserta	15.162.560,00	11.923.610,00		11.923.610,00	27,2%	0,0%	0,00	11.923.610,00	11.923.610,00			11.923.610,00	11.923.610,00
20317	CdC Villa Fiorita - Aversa	2.862.490,00	2.888.590,00		2.888.590,00	-0,9%	-0,5%	-14.440,00	2.874.150,00	2.866.930,00			2.874.150,00	2.866.930,00
20318	CdC San Paolo - Aversa	6.360.850,00	4.163.720,00		4.163.720,00	52,8%	7,5%	312.280,00	4.476.000,00	4.632.140,00			4.476.000,00	4.632.140,00
20319	CdC Villa Fiorita - Capua	10.235.620,00	9.710.670,00		9.710.670,00	5,4%	-0,5%	-48.550,00	9.662.120,00	9.637.845,00			9.662.120,00	9.637.845,00
20320	CdC San Michele - Maddaloni	30.559.460,00	25.222.300,00		25.222.300,00	21,2%	0,0%	0,00	25.222.300,00	25.222.300,00			25.222.300,00	25.222.300,00
20322	CdC Santa Maria della Salute - Santa I	6.811.020,00	4.783.950,00		4.783.950,00	42,4%	2,5%	119.600,00	4.903.550,00	4.963.350,00	168.150,00		5.071.700,00	5.131.500,00
20323	CdC Villa dei Pini - Piedimonte Matese	4.445.530,00	4.014.030,00		4.014.030,00	10,7%	-0,5%	-20.070,00	3.993.960,00	3.983.925,00	764.596,15		4.758.556,15	4.748.521,15
20324	CdC Villa Ortensia - Capua	1.990.560,00	1.579.800,00		1.579.800,00	26,0%	0,0%	0,00	1.579.800,00	1.579.800,00			1.579.800,00	1.579.800,00
20325	CdC Villa Ulivi - Caserta	4.605.070,00	3.957.660,00		3.957.660,00	16,4%	-0,5%	-19.790,00	3.937.870,00	3.927.975,00			3.937.870,00	3.927.975,00
20328	CdC Villa delle Magnolie - Castel Morr	14.231.300,00	12.151.170,00		12.151.170,00	17,1%	-0,5%	-60.760,00	12.090.410,00	12.060.030,00			12.090.410,00	12.060.030,00
203423	CdC Padre Pio - Mondragone	9.332.910,00	8.306.840,00		8.306.840,00	12,4%	-0,5%	-41.530,00	8.265.310,00	8.244.545,00			8.265.310,00	8.244.545,00
204104	CdC Villa Cinzia - Napoli	7.772.020,00	5.376.780,00		5.376.780,00	44,5%	2,5%	134.420,00	5.511.200,00	5.578.410,00			5.511.200,00	5.578.410,00
204106	C. di C. Villa Bianca	7.531.060,00	6.763.880,00		6.763.880,00	11,3%	-0,5%	-33.820,00	6.730.060,00	6.713.150,00			6.730.060,00	6.713.150,00
204109	CdC Clinica Sanatrix - Napoli	14.217.070,00	11.714.490,00		11.714.490,00	21,4%	0,0%	0,00	11.714.490,00	11.714.490,00			11.714.490,00	11.714.490,00
20475	CdC Internazionale Villa Bentinck - Na	4.718.510,00	5.556.150,00		5.556.150,00	-4,2%	-0,5%	-27.780,00	5.528.370,00	5.514.480,00			5.528.370,00	5.514.480,00
20478	CdC Alma Mater - Villa Camaldoli - Na	11.771.200,00	13.443.820,00		13.443.820,00	-0,7%	-0,5%	-67.220,00	13.376.600,00	13.342.990,00		1.585.970,00	11.790.630,00	11.757.020,00
20479	CdC Villa Angela - Napoli	1.404.320,00	1.819.300,00		1.819.300,00	-22,8%	-4,0%	-72.780,00	1.746.520,00	1.710.130,00			1.746.520,00	1.710.130,00
20481	CdC Clinic Center - Napoli	21.380.450,00	19.881.350,00		19.881.350,00	7,5%	-0,5%	-99.410,00	19.781.940,00	19.732.235,00			19.781.940,00	19.732.235,00
20488	CdC Colucci Hermitage - Napoli	7.278.980,00	11.987.120,00		11.987.120,00	26,8%	0,0%	0,00	11.987.120,00	11.987.120,00		6.247.740,00	5.739.380,00	5.739.380,00
20492	CdC Villa delle Querce	7.375.660,00	6.938.950,00		6.938.950,00	6,3%	-0,5%	-34.690,00	6.904.260,00	6.886.915,00			6.904.260,00	6.886.915,00
20494	CdC Vesuvio - Napoli	2.714.370,00	1.716.170,00		1.716.170,00	58,2%	7,5%	128.710,00	1.844.880,00	1.909.235,00			1.844.880,00	1.909.235,00
20495	CdC Clinica Mediterranea - Napoli	42.545.670,00	38.132.443,00		38.132.443,00	18,7%	-0,5%	-190.660,00	37.941.783,00	37.846.453,00			37.941.783,00	37.846.453,00
20499	CdC Santa Patrizia - Napoli	8.259.560,00	6.924.510,00		6.924.510,00	19,3%	-0,5%	-34.620,00	6.889.890,00	6.872.580,00			6.889.890,00	6.872.580,00
205101	CdC Clinica S. Antimo - Casandrino	4.217.010,00	2.958.080,00		2.958.080,00	42,6%	2,5%	73.950,00	3.032.030,00	3.069.005,00			3.032.030,00	3.069.005,00
205116	CdC Villa dei Fiori - Mugnano	13.473.020,00	16.414.393,00		16.414.393,00	-13,1%	-4,0%	-656.580,00	15.757.813,00	15.429.523,00			15.757.813,00	15.429.523,00
20597	CdC Villa Maione - Villaricca	5.435.060,00	4.900.460,00		4.900.460,00	10,9%	-0,5%	-24.500,00	4.875.960,00	4.863.710,00			4.875.960,00	4.863.710,00
206100	CdC NS di Lourdes - Massa di Somma	16.077.120,00	11.679.240,00		11.679.240,00	37,7%	2,5%	291.980,00	11.971.220,00	12.117.210,00			11.971.220,00	12.117.210,00
206102	CdC Santa Maria La Bruna - Torre del	4.144.420,00	3.296.630,00		3.296.630,00	25,7%	0,0%	0,00	3.296.630,00	3.296.630,00			3.296.630,00	3.296.630,00
206105	CdC Villa Stabia - Castellammare di St	15.703.800,00	12.479.780,00		12.479.780,00	25,8%	0,0%	0,00	12.479.780,00	12.479.780,00			12.479.780,00	12.479.780,00
206107	CdC Villa Elisa - Casamarciano	1.337.680,00	1.348.570,00		1.348.570,00	-0,8%	-0,5%	-6.740,00	1.341.830,00	1.338.460,00			1.341.830,00	1.338.460,00
206108	CdC Trusso - Ottaviano	7.115.340,00	10.793.740,00		10.793.740,00	-19,8%	-4,0%	-431.750,00	10.361.990,00	10.146.115,00		1.922.380,00	8.439.610,00	8.223.735,00
206110	CdC Maria Rosaria - Pompei	13.977.140,00	12.849.120,00		12.849.120,00	8,8%	-0,5%	-64.250,00	12.784.870,00	12.752.745,00			12.784.870,00	12.752.745,00
206111	CdC Stazione Climatica Bianchi - Porti	6.272.220,00	6.367.700,00		6.367.700,00	-1,5%	-0,5%	-31.840,00	6.335.860,00	6.319.940,00			6.335.860,00	6.319.940,00
206113	CdC Santa Lucia - San Giuseppe Vesu	15.885.660,00	18.614.750,00		18.614.750,00	-14,7%	-4,0%	-744.590,00	17.870.160,00	17.497.865,00			17.870.160,00	17.497.865,00
206114	CdC A.Grimaldi - San Giorgio a Crema	12.415.100,00	9.603.710,00		9.603.710,00	29,3%	0,0%	0,00	9.603.710,00	9.603.710,00			9.603.710,00	9.603.710,00

N.B.: Il presente elenco non esime le ASL competenti dal verificare l'accreditamento della casa di cura e, se del caso, dal rifiutare la stipula del contratto ed i relativi oneri.

pag. n. 1 di 2

fonte: <http://burc.regione.campania.it>

6 - 2017 delle case di cura private

Allegato n. 2

	Importi in euro	A	B	C	D = B + C	E	F	G	H = D + G	I = H+(G x 0,5)	J	K	L = H + J - K	M=L+(G x 0,5)
Codice ASL / Casa di Cura	Case di Cura private (1)	Budget teorico ricalcolato dal DCA 144 del 18/11/2014	Tetto di spesa 2015 ex all. 1 alla Sez. V del DCA 8/2016, come rettificato dal presente decreto	Integrazion e per IVG	Tetto di spesa 2016 "base"	% BDG teorico vs. TETTO 2016 (2)	Ulteriore variazion e % 2016 per scaglioni (3)	Importo della ulteriore variazione 2016 per scaglioni	Importo del contratto 2016	Importo del contratto 2017 applicando il 50% di col. G)	Accantoname nti 2016 in conformità ai criteri di cui all'All. 6 al DCA 144/2014	Importi da detrarre ai fini della Spending Review: LGD ex Villa Russo	Tetto 2016 valido ai fini della Spending review	Tetto 2017 valido ai fini della Spending review
206117	CdC I.O.S. S.r.l.	8.207.190,00	8.851.650,00		8.851.650,00	22,3%	0,0%	0,00	8.851.650,00	8.851.650,00			8.851.650,00	8.851.650,00
206192	CdC Santa Maria del Pozzo - Somma	9.438.140,00	11.784.700,00		11.784.700,00	10,8%	-0,5%	-58.920,00	11.725.780,00	11.696.320,00		3.268.050,00	8.457.730,00	8.428.270,00
20682	CdC La Madonnina - San Gennaro Ves	6.828.340,00	4.272.520,00		4.272.520,00	59,8%	7,5%	320.440,00	4.592.960,00	4.753.180,00			4.592.960,00	4.753.180,00
207167	CdC Villa del Sole - Salerno	9.249.960,00	8.606.860,00		8.606.860,00	7,5%	-0,5%	-43.030,00	8.563.830,00	8.542.315,00			8.563.830,00	8.542.315,00
207170	CdC Malzoni - Agropoli	14.029.610,00	12.313.620,00		12.313.620,00	13,9%	-0,5%	-61.570,00	12.252.050,00	12.221.265,00			12.252.050,00	12.221.265,00
207171	CdC La Quiete - Pellezzano	6.429.880,00	4.985.700,00		4.985.700,00	29,0%	0,0%	0,00	4.985.700,00	4.985.700,00			4.985.700,00	4.985.700,00
207173	CdC Salus - Battipaglia	14.265.720,00	12.704.630,00		12.704.630,00	12,3%	-0,5%	-63.520,00	12.641.110,00	12.609.350,00			12.641.110,00	12.609.350,00
207175	CdC Campolongo Hospital CEMFR - E	25.110.240,00	23.273.700,00		23.273.700,00	7,9%	-0,5%	-116.370,00	23.157.330,00	23.099.145,00			23.157.330,00	23.099.145,00
207176	CdC Cobellis - Vallo della Lucania	9.868.720,00	9.533.330,00		9.533.330,00	3,5%	-0,5%	-47.670,00	9.485.660,00	9.461.825,00			9.485.660,00	9.461.825,00
207177	CdC Tortorella - Salerno	19.091.720,00	13.260.460,00		13.260.460,00	44,0%	2,5%	331.510,00	13.591.970,00	13.757.725,00			13.591.970,00	13.757.725,00
207178	CdC Villa Chiarugi - Nocera Inferiore	8.113.750,00	7.591.710,00		7.591.710,00	6,9%	-0,5%	-37.960,00	7.553.750,00	7.534.770,00			7.553.750,00	7.534.770,00
207420	CdC Villa Silvia Montesano - Rocca Pi	3.264.700,00	3.577.110,00		3.577.110,00	-8,7%	-2,0%	-71.550,00	3.505.560,00	3.469.785,00			3.505.560,00	3.469.785,00
	Subtotale	627.419.600,00	584.997.716,00	150.000,00	585.147.716,00			-4.080.710,00	581.067.006,00	579.026.651,00	932.746,15	13.024.140,00	568.975.612,15	566.935.257,15
20321	CdC Pineta Grande - Castel Volturno	34.857.910,00	39.270.000,00 (4)		39.270.000,00 (4)				39.270.000,00	39.270.000,00			39.270.000,00	39.270.000,00
20584	CdC Villa dei Fiori - Acerra	35.207.660,00	36.793.730,00 (4)		36.793.730,00 (4)				36.793.730,00	36.793.730,00		1.393.730,00	35.400.000,00	35.400.000,00
	Totale	697.485.170,00	661.061.446,00	150.000,00	661.211.446,00			-4.080.710,00	657.130.736,00	655.090.381,00	932.746,15	14.417.870,00	643.645.612,15	641.605.257,15

(1) Esclusa la casa di cura RUESCH, che non ha mai stipulato con l'ASL Napoli 1 Centro il contratto ex art. 8 quinquies per utilizzare il tetto di spesa assegnatole dal DCA n. 85/2013 e s.m.i. L'ASL con provvedimento del Commissario Straordinario n. 473 del 3/5/2016 ha deliberato di cessare il rapporto di temporaneo accreditamento. Allo stato non si può, quindi, prevedere se e quando la casa di cura stipulerà il contratto ex art. 8 quinquies con l'ASL Napoli 1 Centro.

(2) Dal calcolo delle percentuali sono esclusi i trasferimenti dei volumi prestazionali e dei tetti di spesa ex Villa Russo e Villa Alba

(3) Gli scaglioni di variazione 2016 sono stabiliti ed esposti nella Sezione IV del presente decreto

(4) Compresa la remunerazione aggiuntiva dell'attività e delle funzioni di Pronto Soccorso di Il Livello, inserito nella rete del SIREs 118, stabilita con i criteri approvati dal DCA 3/2015

N.B.: Il presente elenco non esime le ASL competenti dal verificare l'accreditamento della casa di cura e, se del caso, dal rifiutare la stipula del contratto ed i relativi oneri.

pag. n. 2 di 2

fonte: <http://burc.regione.campania.it>

ASL	chiave	Istituto di ricovero - Descrizione	DRG "ad Alta Complessità" TUC: importo medio 2014 + 2015	Idem in % sul totale	N° Dimessi media 2014 + 2015	Peso Drg 24 MEDIA 2014 + 2015	Peso MEDIO Drg 24 2014 + 2015	Ipotesi di riparto integrazione del limite di spesa 2016 e 2017 (da ridefinire a consuntivo dopo i controlli delle ASL)
201	201143	CdC Villa Ester - Avellino	3.010.428,58	1,9%	370	784	2,119	562.800,00
201	201144	CdC Villa Maria - Baiano	220.703,73	0,1%	39	78	1,990	41.300,00
201	201145	CdC Santa Rita - Atripalda	1.680.302,70	1,1%	188	480	2,558	314.100,00
201	201146	CdC Villa Maria - Mirabella Eclano	1.669.015,44	1,0%	208	436	2,098	312.000,00
201	201148	CdC Montevergine - Mercogliano	21.843.307,10	13,7%	1.092	5.444	4,986	4.083.300,00
201	201149	CdC Malzoni Villa dei Platani - Avellinc	6.499.669,39	4,1%	753	1.770	2,352	1.215.000,00
202	202033	CdC Salus GE.POS. - Telese	3.652.521,30	2,3%	391	1.010	2,583	682.800,00
202	202034	CdC Santa Rita - Benevento	1.611.876,15	1,0%	196	439	2,238	301.300,00
202	202035	CdC San Francesco - Telese	959.102,43	0,6%	137	292	2,137	179.300,00
203	203014	CdC Sant'Anna - Caserta	340.873,88	0,2%	35	98	2,841	63.700,00
203	203016	CdC Villa del Sole - Caserta	1.036.702,08	0,6%	126	276	2,191	193.800,00
203	203017	CdC Villa Fiorita - Aversa	350.609,61	0,2%	61	127	2,076	65.500,00
203	203018	CdC San Paolo - Aversa	137.901,15	0,1%	20	45	2,294	25.800,00
203	203019	CdC Villa Fiorita - Capua	1.944.840,15	1,2%	238	549	2,307	363.600,00
203	203020	CdC San Michele - Maddaloni	11.710.831,84	7,3%	875	2.906	3,321	2.189.200,00
203	203021	CdC Pineta Grande - Castel Volturno	21.919.121,22	13,7%	1.576	5.622	3,567	4.097.500,00
203	203022	CdC Santa Maria della Salute - Santa M	175.674,69	0,1%	18	50	2,797	32.800,00
203	203023	CdC Villa dei Pini - Piedimonte Matese	643.105,80	0,4%	78	185	2,366	120.200,00
203	203423	CdC Padre Pio - Mondragone	1.391.558,40	0,9%	112	395	3,546	260.100,00
204	204075	CdC Internazionale Villa Bentinck - Na	55.476,41	0,0%	8	17	2,167	10.400,00
204	204092	CdC Villa delle Querce	570.655,13	0,4%	77	177	2,294	106.700,00
204	204094	CdC Vesuvio - Napoli	68.075,28	0,0%	15	28	1,906	12.700,00
204	204095	CdC Clinica Mediterranea - Napoli	14.013.248,85	8,8%	839	3.489	4,158	2.619.600,00
204	204099	CdC Santa Patrizia - Napoli	560.836,38	0,4%	73	177	2,444	104.800,00
204	204104	CdC Villa Cinzia - Napoli	875.303,52	0,5%	125	261	2,094	163.600,00
204	204106	C. di C. Villa Bianca	265.963,28	0,2%	35	80	2,299	49.700,00
204	204109	CdC Clinica Sanatrix - Napoli	3.491.553,24	2,2%	356	960	2,699	652.700,00
205	205084	CdC Villa dei Fiori - Acerra	7.841.650,13	4,9%	523	2.148	4,111	1.465.900,00
205	205097	CdC Villa Maione - Villaricca	240.604,65	0,2%	27	69	2,550	45.000,00
205	205101	CdC Clinica S. Antimo - Casandrino	2.802,15	0,0%	1	1	1,862	500,00
205	205116	CdC Villa dei Fiori - Mugnano	2.252.720,70	1,4%	215	603	2,812	421.100,00
206	206082	CdC La Madonnina - San Gennaro Ves	95.730,75	0,1%	12	26	2,294	17.900,00
206	206100	CdC NS di Lourdes - Massa di Somma	1.398.514,50	0,9%	166	405	2,446	261.400,00
206	206102	CdC Santa Maria La Bruna - Torre del S	25.890,75	0,0%	5	14	2,818	4.800,00
206	206105	CdC Villa Stabia - Castellammare di St	639.883,67	0,4%	76	198	2,602	119.600,00
206	206108	CdC Trusso - Ottaviano	1.364.986,80	0,9%	147	372	2,532	255.200,00
206	206110	CdC Maria Rosaria - Pompei	832.266,45	0,5%	101	217	2,150	155.600,00
206	206111	CdC Stazione Climatica Bianchi - Porti	3.233,25	0,0%	1	1	1,862	600,00

Ospedali Classificati:

202	202032	POC Sacro Cuore di Gesu' Fatebenefr	10.202.230,56	6,4%	897	2.652	2,958	1.907.200,00
204	204073	POC Ospedale Fatebenefratelli - Napo	8.757.967,54	5,5%	723	2.333	3,229	1.637.200,00
204	204196	POC Fondazione Evangelica Betania	8.101.003,64	5,1%	616	2.190	3,556	1.514.400,00
205	205118	POC Istituto di cura Santa Maria della	1.106.414,10	0,7%	123	315	2,563	206.800,00
		SUBTOTALE	28.167.615,84	17,6%	2.358	7.491	3,177	5.265.600,00

TOTALE DRG di "Alta Complessità" TUC	159.746.384,53	100,0%	2.358	7.491	3,177	29.862.400,00
--------------------------------------	----------------	--------	-------	-------	-------	---------------

IRRCs: Fondazione Maugeri di Telesse Terme	Valore 2015 ricoveri a residenti in altre regioni	
	735.370,51	137.600,00

TOTALE della base di riparto	160.481.755,04	Integrazione del tetto di spesa	30.000.000,00
------------------------------	----------------	---------------------------------	---------------

**Ricoveri di media e bassa complessità, incentivabili
ai fini del recupero della mobilità passiva****Sezione IV - Allegato n. 4**

DRG	DRG non di alta complessità, da incentivare: > 300 mila euro di mobilità passiva 2013	Rimborsi_TOT	Ricoveri_TOT	Rimborso_ORD	Ricoveri_ORD	Rimborso_DH	Ricoveri_DH
009	Malattie e traumatismi del midollo spinale	532.180,53	368	405.805,18	80	126.375,35	288
010	Neoplasie del sistema nervoso con CC	510.108,50	119	501.987,47	109	8.121,03	10
011	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	456.815,10	265	403.747,59	159	53.067,51	106
012	Malattie degenerative del sistema nervoso	2.515.229,57	877	2.392.151,03	661	123.078,54	216
014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	1.258.791,53	363	1.258.542,55	362	248,98	1
016	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	682.777,12	216	663.264,88	197	19.512,24	19
017	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	423.875,50	198	397.134,43	161	26.741,07	37
026	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	778.076,39	677	671.107,98	397	106.968,41	280
034	Altre malattie del sistema nervoso con CC	354.330,59	148	331.323,57	97	23.007,02	51
035	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	713.486,36	721	611.350,33	313	102.136,03	408
053	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	590.160,51	273	508.863,53	230	81.296,98	43
063	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	647.224,84	199	461.256,45	131	185.968,39	68
077	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	328.543,13	122	252.099,99	89	76.443,14	33
079	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	778.012,83	139	771.041,07	126	6.971,76	13
082	Neoplasie dell'apparato respiratorio	1.380.752,30	461	1.351.803,45	423	28.948,85	38
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	2.416.466,70	900	2.373.224,46	813	43.242,24	87
089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	613.346,15	189	613.146,05	187	200,10	2
092	Malattia polmonare interstiziale con CC	339.448,16	99	330.769,35	78	8.678,81	21
113	Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	753.566,20	74	753.566,20	74		
118	Sostituzione di pacemaker cardiaco	474.494,12	73	365.782,98	53	108.711,14	20
120	Altri interventi sull'apparato circolatorio	1.094.771,83	157	1.025.040,31	145	69.731,52	12
122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	309.065,84	102	309.065,84	102		
124	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	725.322,76	190	661.383,02	170	63.939,74	20
125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	898.592,10	475	861.069,40	451	37.522,70	24
127	Insufficienza cardiaca e shock	1.592.769,29	589	1.579.538,31	566	13.230,98	23
130	Malattie vascolari periferiche con CC	409.332,78	145	399.341,91	138	9.990,87	7
138	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	360.271,43	141	357.134,58	132	3.136,85	9
144	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	461.484,46	154	426.413,69	118	35.070,77	36
155	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	458.007,12	88	453.931,07	87	4.076,05	1
170	Altri interventi sull'apparato digerente con CC	559.721,67	73	559.721,67	73		
172	Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	698.839,31	215	684.469,95	197	14.369,36	18
173	Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	458.618,52	176	434.659,98	140	23.958,54	36
174	Emorragia gastrointestinale con CC	365.519,34	118	364.858,05	117	661,29	1
179	Malattie infiammatorie dell'intestino	498.107,93	297	461.931,03	156	36.176,90	141
194	Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	391.789,96	54	380.868,10	52	10.921,86	2
202	Cirrosi e epatite alcolica	1.283.622,13	416	1.194.744,90	335	88.877,23	81
203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	1.884.788,57	754	1.774.011,08	578	110.777,49	176
204	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	455.106,79	187	449.416,95	165	5.689,84	22
205	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	517.058,83	168	499.301,03	141	17.757,80	27
207	Malattie delle vie biliari con CC	472.171,87	180	468.343,13	165	3.828,74	15
210	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	1.027.663,81	124	1.021.346,17	123	6.317,64	1
211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	1.842.201,45	425	1.662.031,59	375	180.169,86	50
212	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	686.579,25	103	681.696,64	102	4.882,61	1
216	Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	620.252,57	130	525.147,07	107	95.105,50	23
217	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	1.043.982,85	126	1.022.179,81	117	21.803,04	9
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	1.093.244,04	390	1.044.511,10	368	48.732,94	22
223	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	565.132,95	229	555.882,19	224	9.250,76	5
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	617.339,38	313	594.879,46	300	22.459,92	13
225	Interventi sul piede	2.129.723,57	987	1.760.416,33	784	369.307,24	203
234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	1.249.510,86	384	1.090.795,62	328	158.715,24	56
239	Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	529.204,84	211	481.440,46	156	47.764,38	55
240	Malattie del tessuto connettivo con CC	1.301.356,70	322	1.265.990,64	290	35.366,06	32
257	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	323.436,98	69	323.436,98	69		
260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	420.852,08	182	348.313,66	146	72.538,42	36
273	Malattie maggiori della pelle senza CC	445.063,10	206	427.981,99	176	17.081,11	30
288	Interventi per obesità	1.579.879,71	396	1.579.879,71	394	-	2

**Ricoveri di media e bassa complessità, incentivabili
ai fini del recupero della mobilità passiva****Sezione IV - Allegato n. 4**

DRG	DRG non di alta complessità, da incentivare: > 300 mila euro di mobilità passiva 2013	Rimborsi_TOT	Ricoveri_TOT	Rimborso_ORD	Ricoveri_ORD	Rimborso_DH	Ricoveri_DH
290	Interventi sulla tiroide	1.976.636,03	775	1.951.101,99	763	25.534,04	12
296	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	328.762,40	116	316.372,57	108	12.389,83	8
297	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	449.620,09	313	419.180,74	205	30.439,35	108
298	Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	304.808,59	354	256.126,51	177	48.682,08	177
300	Malattie endocrine con CC	315.442,84	123	308.543,77	102	6.899,07	21
305	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	1.734.996,44	327	1.665.885,66	311	69.110,78	16
309	Interventi minori sulla vescica senza CC	386.951,28	112	354.685,76	101	32.265,52	11
310	Interventi per via transuretrale con CC	730.659,21	189	702.577,39	180	28.081,82	9
311	Interventi per via transuretrale senza CC	1.234.207,56	603	998.888,74	470	235.318,82	133
315	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	557.604,67	87	512.906,05	78	44.698,62	9
316	Insufficienza renale	1.845.467,27	658	1.753.043,09	489	92.424,18	169
334	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	462.969,57	77	462.969,57	77		
335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	1.352.050,41	302	1.352.050,41	302		
337	Prostatectomia transuretrale senza CC	547.260,19	206	547.260,19	206		
341	Interventi sul pene	629.671,64	178	550.702,57	149	78.969,07	29
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	1.895.021,23	799	1.229.055,29	488	665.965,94	311
365	Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	357.148,04	111	201.207,89	63	155.940,15	48
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	737.951,03	538	737.676,61	537	274,42	1
394	Altri interventi sugli organi emopoietici	335.530,87	85	250.869,73	59	84.661,14	26
402	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	829.728,34	227	599.031,81	154	230.696,53	73
408	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	2.004.437,52	393	1.474.529,92	264	529.907,60	129
430	Psicosi	1.168.369,41	561	1.029.689,61	400	138.679,80	161
431	Disturbi mentali dell'infanzia	815.014,81	647	703.866,20	400	111.148,61	247
443	Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC	435.802,79	106	375.282,21	87	60.520,58	19
461	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	831.262,30	302	608.726,46	208	222.535,84	94
468	Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	429.840,40	72	389.011,14	64	40.829,26	8
479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	1.267.380,78	326	1.223.551,81	310	43.828,97	16
482	Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo	882.855,20	76	882.855,20	76		
492	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	855.215,04	117	631.564,74	76	223.650,30	41
493	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	380.973,93	72	380.973,93	72		
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	1.068.775,44	364	1.040.072,64	352	28.702,80	12
500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	1.713.338,48	675	1.675.468,36	636	37.870,12	39
518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	2.757.321,36	458	2.757.321,36	458		
524	Ischemia cerebrale transitoria	598.727,76	319	566.931,98	280	31.795,78	39
534	Interventi vascolari extracranici senza CC	367.461,48	76	367.461,48	76		
540	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	583.439,81	84	578.841,95	81	4.597,86	3
552	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	938.230,65	128	938.230,65	128		
554	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	1.237.941,73	198	1.213.483,80	193	24.457,93	5
555	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	1.248.886,86	134	1.248.886,86	134		
557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	1.890.949,43	171	1.890.949,43	171		
558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	2.759.619,13	311	2.745.040,12	309	14.579,01	2
566	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	330.625,72	84	320.790,22	62	9.835,50	22
567	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	439.681,22	37	439.681,22	37		
568	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	948.193,16	87	921.488,84	84	26.704,32	3
574	Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	1.160.957,18	253	628.254,50	105	532.702,68	148
576	Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	765.707,19	183	763.798,28	179	1.908,91	4
577	Inserzione di stent carotideo	395.707,63	74	395.707,63	74		
TOTALE		91.207.276,91	28.245	84.511.738,84	23.162	6.695.538,07	5.083



Regione Campania

*Il Commissario ad acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 11/12/2015)*

SEZIONE V: Limiti di spesa per gli esercizi 2016 e 2017 per l'assistenza ospedaliera e specialistica erogata dall'Ente Fatebenefratelli negli Ospedali di Benevento e di Napoli, dalla Fondazione Evangelica Betania, nell'Ospedale Villa Betania di Napoli, e dalla Provincia Sicula dei Chierici Regolari Ministri degli Infermi - Religiosi Camilliani, nel Presidio Ospedaliero S. Maria della Pietà di Casoria, nonché per l'assistenza ospedaliera riabilitativa erogata dall'IRCCS Maugeri di Telese Terme

Si confermano per gli esercizi 2016 e 2017 i limiti di spesa approvati per l'esercizio 2015 per gli Enti in oggetto dal Decreto del Commissario ad acta n. 8 del 16 febbraio 2016.

I limiti di spesa degli Ospedali Classificati, tuttavia, saranno integrati con la procedura prevista dal punto 3 della Sezione IV del presente decreto, al fine di promuovere le prestazioni di assistenza ospedaliera di Alta Specialità.

Inoltre, per l'IRCCS Maugeri saranno attivate le procedure necessarie per incentivare le prestazioni rese a residenti di altre regioni e ricadenti negli accordi interregionali di regolazione della mobilità sanitaria, utilizzando a tal fine l'accantonamento stimato nella tabella che costituisce l'allegato n. 3 alla Sezione IV del presente decreto.

Per quanto sopra disposto, si dà mandato al Direttore Generale per la Tutela della Salute e ai Direttori Generali delle ASL in cui tali Enti operano, affinché congiuntamente definiscano e stipolino gli accordi 2016 e 2017 con gli Enti in oggetto, sostanzialmente alle stesse condizioni di quelli vigenti per il 2015, prevedendo le suddette integrazioni in applicazione dell'art. 1, comma 574, della L. 208/2015.

A tale riguardo, al fine di migliorare l'appropriatezza dell'assistenza farmaceutica erogata da questi Enti (ricompresa negli accordi in vigore fino al 2015), i nuovi accordi dovranno privilegiare forme di collaborazione tra ciascun Ente e l'ASL in cui opera, che prevedano comunque l'acquisto centralizzato da parte della ASL (e, quindi, tramite la centrale regionale di committenza e di acquisto) dei farmaci successivamente somministrati dagli Enti in oggetto.



Regione Campania

*Il Commissario ad acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 11/12/2015)*

SEZIONE VI: Limiti di spesa per gli esercizi 2016 e 2017 per l'assistenza termale erogata dalle strutture private accreditate

Si confermano per gli esercizi 2016 e 2017 i volumi massimi di produzione ed i correlati limiti di spesa approvati per l'esercizio 2015 per l'assistenza termale dal Decreto del Commissario ad acta n. 44 del 14 maggio 2015 (BURC n. 31/2015).

In merito ai criteri di applicazione dei tetti di spesa 2016 e 2017, si richiamano le osservazioni espresse sul DCA 44/2015 dal Tavolo di Verifica degli Adempimenti Regionali e dal Comitato Permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria nel verbale della riunione del 30 luglio 2015:

“Al riguardo, Tavolo e Comitato, nell'osservare come i limiti di spesa per l'anno 2015 fissati con il provvedimento citato siano determinati entro i limiti di spesa programmati, rilevano tuttavia come la riserva di un ulteriore budget di due milioni di euro prevista in favore dello stabilimento termale di Castellammare di Stabia potrebbe comportare, a fine anno, il superamento della spesa consuntivata rispetto a quella determinata con il Programma Operativo; alla luce di quanto detto si chiede alla struttura commissariale di chiarire come la stessa intenda garantire il rispetto dell'equilibrio economico programmato nel caso della riattivazione della struttura attualmente non operativa. Non è assentibile inoltre, in linea di principio, la previsione di una disposizione che consenta il riconoscimento di prestazioni ulteriori a quelle concordate e sottoscritte dalle strutture private, pur se in presenza di economie di spesa realizzate da altre strutture. Ogni erogatore privato non può che attenersi al proprio budget assegnato indipendentemente da quanto erogato dagli altri soggetti privati. Solo in presenza di particolari accadimenti e di particolari necessità assistenziali che non potevano essere quantificate nella stima del fabbisogno, la struttura commissariale potrà, con proprio provvedimento motivato, modificare ex post i budget assegnati, individuando comunque le coperture necessarie. Non è assentibile altresì la possibilità, prevista dall'articolo 4, comma 2, dello schema di contratto allegato al Decreto in esame, di un superamento del limite di spesa assegnato agli erogatori privati per le prestazioni erogate ai residenti fuori regione, pur se subordinato alle condizioni di riconoscimento dell'addebito alle altre Regioni ed asseverate dalle strutture regionali che gestiscono gli addebiti e gli accrediti della compensazione della mobilità sanitaria tra le Regioni. Si ritiene pertanto che tale previsione debba essere espunta dallo schema di contratto. Inoltre, lo schema di contratto non accoglie la formulazione della clausola di salvaguardia nei termini indicati da Tavolo e Comitato. Si chiede quindi alla struttura commissariale di apportare le modifiche al provvedimento in esame in coerenza con quanto sopra riportato”.

Risulta, pertanto, necessario adeguare i criteri di applicazione dei tetti di spesa 2016 e 2017 ed i conseguenti schemi contrattuali, rispetto alle osservazioni sopra riportate. A tal fine, entro settembre 2016 la Direzione Generale per la Tutela della Salute, sentite le Associazioni di categoria, formulerà apposite proposte, da approvarsi con successivo decreto commissariale.