



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO n. 65 del 22 ottobre 2010

**OGGETTO: Definizione per l'esercizio 2010 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogata da case di cura private
Rif. punto d) delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010**

PREMESSO:

- che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- che l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: "Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale. E' fatta salva la possibilità per la regione di presentare un nuovo piano di rientro ai sensi della disciplina recata dal presente articolo. A seguito dell'approvazione del nuovo piano cessano i commissariamenti, secondo i tempi e le procedure definiti nel medesimo piano per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale";
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 15 ottobre 2009 il Governo ha nominato il prof. Giuseppe Zuccatelli sub commissario ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di Rientro;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 1, comma 88, della legge n. 191/09;
- che con decreto commissariale n. 25 del 13 aprile 2010 è stato adottato il Programma operativo di cui al summenzionato art. 1, comma 88 legge n. 191/2010, successivamente modificato ed integrato dal decreto commissariale n. 41 del 14 luglio 2010;
- che sia il decreto n. 25/2010, che il decreto n. 41/2010 prevedono la definizione dei limiti di spesa e la stipula dei contratti con i soggetti privati per regolare l'erogazione delle prestazioni sanitarie nell'intero esercizio 2010; in particolare, il decreto n. 41 del 14 luglio 2010 determina in € 122,7 milioni l'effetto economico di riduzione della spesa 2010 per l'acquisto di prestazioni sanitarie da privati accreditati, rispetto all'andamento tendenziale della stessa, che la Regione consegue



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

attraverso la stipula dei contratti che fissano i limiti di produzione e la correlata remunerazione massima delle strutture private;

- che fra gli acta della delibera del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010, al punto 1), lettera d) è richiamata la “definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l’attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto dall’articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;
- che il punto 2) della stessa delibera del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010 fissa il termine del 15 maggio 2010 per la definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati di cui alla lettera d) del punto 1);

DATO ATTO

- che con deliberazione n. 1272 del 28 marzo 2003, pubblicata sul B.U.R.C. n. 16 del 14 aprile 2003, la Giunta Regionale ha individuato, previo accordo con le Associazioni di categoria della sanità privata, l’iter procedurale per l’anno 2003 per la determinazione dei volumi di prestazioni sanitarie da erogarsi nella Regione Campania e dei correlati limiti di spesa, ulteriormente precisato dalle successive delibere regionali in materia;
- che con delibera n. 517 del 30 marzo 2007 la Giunta Regionale, in attuazione del Piano di Rientro dal Disavanzo approvato con DGRC n. 460 del 20 marzo 2007, ha definito i volumi di prestazioni sanitarie ed i correlati limiti di spesa per gli esercizi 2007, 2008, 2009 e 2010, nonché le relative procedure applicative;
- che con delibere n. 1268 del 24 luglio 2008 e n. 1269 del 16 luglio 2009, modificata dal decreto del Presidente Commissario ad Acta n. 3 del 30.9.09, la Giunta Regionale ha aggiornato la programmazione recata dalla DGRC n. 517/07 ed i correlati limiti di spesa, stabilendo diverse modifiche, integrazioni e miglioramenti alla normativa precedente, anche per adeguarla al nuovo assetto territoriale delle ASL campane conseguente alla L.R. 16/08;
- che con decreto n. 34 del 22 giugno 2010 del Commissario ad acta per l’attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono stati aggiornati i limiti di spesa stabiliti dalla DGRC n. 1269/09 per l’assistenza ospedaliera da erogarsi nell’esercizio 2010 da parte delle case di cura private, con i seguenti criteri (meglio descritti nel citato decreto):
 - incremento del budget di macroarea per il 2010, fissato dalla DGRC n. 1269/09, dell’importo di € 9.400.000,00= ed accantonamento di tale importo a fronte dei contenziosi in corso con diverse case di cura per il riconoscimento di maggiori fasce tariffarie e/o di eventuali temporanei accreditamenti;
 - tetto di struttura per singola casa di cura pari a quello già stabilito per l’esercizio 2009 dalla DGRC n. 1269/09 per ciascuna ASL e ripartito da ciascuna ASL alle singole case di cura, incrementato del 2%, come esposto nell’allegato n. 2 al citato decreto commissariale n. 34 del 22 giugno 2010;

CONSIDERATO

- che tra la fine di giugno e la prima metà di ottobre 2010 hanno sottoscritto il contratto previsto dal suddetto decreto n. 34/2010 soltanto otto case di cura, pari a circa il 14% delle case di cura private;
- che in data 4/8/2010 Presidente dell’AIOP ha comunicato le richieste formulate dalle case di cura private in un’apposita assemblea svoltasi il 30 luglio 2010, riportate a pag. 1 dell’allegato verbale dell’incontro intervenuto il 14 ottobre 2010 con il Sub Commissario ad acta;
- che dopo successivi approfondimenti, nell’intento espresso di rendere certa la spesa complessiva eliminando i contenziosi, il Sub Commissario ad acta per l’attuazione del Piano di Rientro dal



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

disavanzo sanitario ed il Presidente dell'AIOIP hanno definito una ipotesi di accordo esposta nell'allegato verbale del 14 ottobre 2010, la quale prevede la condizione essenziale che il conseguente contratto sia sottoscritto da almeno n. 61 (sessantuno) case di cura tra quelle elencate nella tabella allegata al medesimo verbale;

- che tale ipotesi
 - comporta la rinuncia delle case di cura a coltivare contenziosi tariffari per circa € 200 milioni a fronte dell'incremento del limite di spesa 2010 di circa € 17 milioni;
 - prevede espressamente che tale incremento non costituisce diritto per il budget di macroarea degli esercizi 2011 e 2012 (che sarà fissato equamente, ma sulla base delle compatibilità complessive e delle azioni di razionalizzazione e risanamento conseguenti alla attuazione del Piano di Rientro);
- che, secondo quanto comunicato dal Presidente dell'AIOIP, in data 19 ottobre 2010 l'assemblea delle case di cura ha esaminato la proposta di accordo, raccogliendo l'adesione di n. 58 case di cura;
- che il 21 ottobre 2010 n°65 case di cura, pari a circa il 97% delle case di cura private, ha sottoscritto l'allegato schema di contratto per l'esercizio 2010 conforme all'ipotesi di accordo del 14 ottobre 2010, con un'unica modifica richiesta dalle due case di cura sede di pronto soccorso (ai sensi delle DGRC n. 284 e 285/2005), che sospende per due mesi il ricorso ai giudizi nella specifica materia tariffaria di pertinenza di queste due case di cura, rinviando la rinuncia a proseguire o iniziare azioni legali all'esito del tavolo tecnico previsto dal punto 4), lettera c) della allegata ipotesi di accordo;

RITENUTO

- che per l'esercizio 2010, per le motivazioni sopra esposte, debbano essere approvati da questo Commissario ad acta l'allegata ipotesi di accordo di cui al verbale del 14 ottobre 2010 ed i conseguenti contratti sottoscritti secondo lo schema allegato sub B, con l'unica variante delle "ALTRE PATTUZIONI" consentita alle due case di cura sede di pronto soccorso e riportata come allegato sub C al presente decreto;
- che per l'esercizio 2011 le modalità per la definizione dei tetti di struttura per le case di cura temporaneamente accreditate saranno integrate con criteri che valorizzino i livelli qualitativi delle prestazioni di ricovero erogate espressi in termini di appropriatezza, peso medio dei DRG e complessità della struttura;

RIBADITO

- che i limiti di spesa assegnati dal presente decreto a ciascuna ASL hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del SSN, in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente verificare prima della stipula del contratto allegato al presente decreto, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna casa di cura possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo di spesa prefissato dal presente decreto;
- che le ASL sono tenute ad assegnare ai medici prescrittori interni e/o convenzionati il budget delle prestazioni di assistenza ospedaliera sulla base degli importi definiti per l'esercizio 2010 per ciascuna ASL, rispettivamente, nell'allegato n. 2 (colonna D) alla DGRC n. 1269/09; nell'ambito della assegnazione del budget e del successivo controllo di applicazione dello stesso, le ASL devono porre la massima attenzione alla appropriatezza dei ricoveri ed al rispetto delle linee guida regionali, anche al fine di contenere i costi nei limiti programmati;



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DATO ATTO

- che per tutto quanto non precisato e/o modificato dal presente decreto si applicano le disposizioni recate dalle delibere della Giunta Regionale in materia di limiti di spesa dei centri privati con riferimento, in particolare, alle DGRC n. 1268/08 e n. 1269/09 e s.m.i, e dal decreto del Commissario ad acta n. 34 del 22 giugno 2010;

DECRETA

Per tutto quanto esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato:

1. Le premesse e gli allegati formano parte integrante e sostanziale del presente decreto.
2. Di approvare l'allegata ipotesi di accordo di cui al verbale del 14 ottobre 2010 ed i conseguenti contratti sottoscritti secondo lo schema allegato sub B, con l'unica variante delle "ALTRE PATTUIZIONI" consentita alle due case di cura sede di pronto soccorso e riportata come allegato sub C al presente decreto.
3. Di dare atto che, conseguentemente, i contratti sottoscritti tra le Case di Cura, le ASL ed il Sub Commissario ad acta (quest'ultimo per gli aspetti specificati nei contratti medesimi) e conformi agli schemi di cui al punto precedente, acquistano immediatamente piena validità ed efficacia.
4. Di stabilire che il presente decreto sarà immediatamente notificato alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste, a tutte le Associazioni di categoria ed a tutte le case di cura private accreditate o provvisoriamente / temporaneamente accreditate.
5. Di stabilire che per le Case di Cura che risultino prive di contratto per l'esercizio 2010 - fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria - dal 1 novembre 2010 cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008). In caso di contenzioso, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa della macroarea dell'assistenza ospedaliera le somme eventualmente spettanti alla casa di cura ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso.
6. Di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali devono assegnare ai medici prescrittori interni e/o convenzionati il budget delle prestazioni di assistenza ospedaliera sulla base degli importi definiti per l'esercizio 2010 per ciascuna ASL, rispettivamente, nell'allegato n. 2 (colonna D) alla DGRC n. 1269/09; nell'ambito della assegnazione del budget e del successivo controllo di applicazione dello stesso, le ASL devono porre la massima attenzione alla appropriatezza dei ricoveri ed al rispetto delle linee guida regionali, anche al fine di contenere i costi nei limiti programmati. A tal fine, le ASL sono impegnate a produrre alla struttura di supporto del Commissario ad acta idonea documentazione, comprovante l'attuazione del presente disposto.
7. Di stabilire che per l'esercizio 2011 le modalità per la definizione dei tetti di struttura per le case di cura temporaneamente accreditate saranno integrate con criteri che valorizzino i livelli qualitativi delle prestazioni di ricovero erogate espressi in termini di appropriatezza, peso medio dei DRG e complessità della struttura.



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

8. Di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di competenza, alle AA.GG.CC. "Piano Sanitario Regionale", "Assistenza Sanitaria", "Gabinetto Presidente della Giunta Regionale", ed al Settore "Stampa e Documentazione" per la pubblicazione sul BURC.

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

Il Sub Commissario
Dott. Giuseppe Zuccatelli

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

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

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

VERBALE

Il giorno 14 ottobre 2010 si sono incontrati in Napoli, presso la sede dell'Assessorato alla Sanità, il Dott. Giuseppe Zuccatelli, in qualità di Sub Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal Disavanzo Sanitario, assistito dal Dott. Ghidelli e dall'Avv. Natale, ed il Dott. Sergio Crispino, Presidente dell'AIOP Campania.

La riunione fa seguito ad un precedente incontro del 4 agosto scorso, nel quale il Presidente dell'AIOP ha comunicato che le case di cura, in un'apposita assemblea svoltasi il 30 luglio 2010, sarebbero disponibili alla immediata stipula dei contratti per i tetti di spesa 2010, purché la Regione accolga le seguenti richieste:

- a) incremento del limite di spesa di macroarea per l'esercizio 2010, stabilito dal decreto del Commissario ad acta n. 34 del 22 giugno 2010, da € 630.430.000,00= ad € 640.663.000,00= (+1,6%), a fronte di una stima del fatturato preconsuntivo 2010 di circa 650 milioni;
- b) ripartizione del suddetto limite di spesa 2010 per singola casa di cura in modo da distribuire alle altre case di cura la parte di tetto di spesa 2010 non utilizzata da alcune di esse per chiusure temporanee, ed avvicinare il tetto individuale alla effettiva produzione in corso di realizzazione nel corrente anno;
- c) riconoscimento di un percorso specifico per le due strutture sede di pronto soccorso, attraverso l'apertura immediata di un tavolo istituzionale, che preveda la risoluzione delle problematiche relative al riconoscimento di tali strutture quali presidi delle AASSLL (come previsto dalla L.R. 16/2008), e ad una diversa modalità di pagamento della funzione dell'emergenza senza particolari costi aggiuntivi;
- d) inserimento nei contratti di struttura dell'obbligo delle AASSLL, in aggiunta alle modalità di pagamento già previste, di procedere alla certificazione in acconto (secondo la percentuale prevista contrattualmente e secondo le norme approvate dalla Regione Campania per lo smobilizzo dei crediti) nel caso di impossibilità a pagare con rimessa diretta.

A fronte dell'accoglimento di tali richieste, il Presidente dell'AIOP rappresenta che:

- 1) tutte le case di cura sottoscriverebbero senza riserve il contratto di struttura per l'esercizio 2010 entro il 25 ottobre p.v.
- 2) le case di cura che hanno contenziosi in corso, relativi al riconoscimento di fasce tariffarie (A o B) più elevate, della fascia tariffaria prevista dall'allegato B della DGRC n. 8708/94 per tutte le prestazioni eseguite dalle due case di cura sede di pronto soccorso, della maggiore tariffa richiesta per casi particolari (lungodegenza riabilitativa, cucitrice prolasso emorroidario PPH, applicazione DGRC 589/06 e 546/07, primo soccorso, ecc.), rinuncerebbero agli effetti economici sull'anno 2010 in cambio del riconoscimento normativo di quanto richiesto (pertanto se il loro fatturato del 2010 sarà superiore al budget assegnato, accetteranno le regressioni tariffarie conseguenti); il percorso prevederebbe un accordo singolo per ogni struttura, che contempli la presa d'atto della Regione rispetto a quanto richiesto (salvo verifica dell'esistenza dei requisiti da parte della ASL), contro l'obbligo di rinunciare agli effetti economici del riconoscimento per l'anno in corso.



Il Dott. Zuccatelli fa presente, innanzitutto, che è vigente e ben noto a tutte le case di cura il decreto del Commissario ad acta n. 34 del 22 giugno 2010, che ha legittimamente stabilito i limiti di spesa 2010 delle singole case di cura (già sottoscritti da n. 8 case di cura). Pertanto, qualora perduri la mancata sottoscrizione del contratto 2010 ex decreto 34/2010 da parte delle rimanenti case di cura, entro il 19 ottobre 2010 si procederà ad una formale diffida ed alla sospensione dell'accreditamento.

Il Dott. Zuccatelli fa presente, poi, che dopo una attenta valutazione delle richieste delle case di cura, sopra riportate, ritiene possibile sottoporre al Presidente – Commissario ad acta la seguente proposta:

1. Impegno della Regione a definire nel contratto 2010, in subordine al regolare pagamento alla scadenza, modalità automatiche e tempestive di certificazione degli acconti da parte delle ASL, purché tali acconti siano fissati in non più del 95% dei dodicesimi del tetto di spesa individuale e siano supportati dalla documentazione di una produzione non inferiore all'acconto (in tal caso l'acconto dovrà essere ridotto all'importo di produzione documentata).
2. E' ipotizzabile un moderato incremento del limite di spesa 2010 soltanto a fronte della eliminazione dei contenziosi: solo rendendo certa la spesa complessiva, sarà possibile proporre al Commissario ad acta un incremento del budget di macroarea per l'esercizio 2010.
3. Le modifiche proposte alla distribuzione del limite di spesa 2010 tra le diverse case di cura potrebbero essere parzialmente accolte: tenuto conto delle proposte avanzate dall'AIOP, dell'andamento del fatturato preconsuntivo 2010 (fornito dalle ASL), delle situazioni di chiusura totale o parziale di diverse case di cura e, sempre a condizione che si raggiunga un accordo complessivo, il limite di spesa 2010 per singola casa di cura sarà pari a quanto riportato nella tabella allegata (denominata ipotesi 14/10/2010) per complessivi € 647.713.000, senza che ciò costituisca diritto per il budget di macroarea degli esercizi 2011 e 2012 (che sarà fissato equamente, ma sulla base delle compatibilità complessive e delle azioni di razionalizzazione e risanamento conseguenti alla attuazione del Piano di Rientro).
4. Le case di cura, nel sottoscrivere il contratto per il 2010, rinunciano a proseguire (in tal caso le spese di giudizio saranno compensate, mentre rimarranno interamente a carico della casa di cura quelle relative a giudizi arbitrali per i quali, alla data di sottoscrizione del contratto 2009 ex decreto n. 18 del 16/12/09, non era stata ancora completata la costituzione del Collegio Arbitrale) o ad intraprendere qualsiasi contenzioso, ed ai relativi diritti di credito, riguardo al riconoscimento di fasce tariffarie (A o B) più elevate, della fascia tariffaria prevista dall'allegato B della DGRC n. 8708/94 per tutte le prestazioni eseguite dalle due case di cura sede di pronto soccorso, della maggiore tariffa richiesta per casi particolari (lungodegenza riabilitativa, cucitrice prolasso emorroidario PPH, applicazione DGRC 589/06 e 546/07, primo soccorso, ecc.), a fronte di:
 - a) Impegno della Regione a collocare con effetto economico dal 1 gennaio 2010 le case di cura che ne abbiano fatto richiesta e ne abbiano i requisiti nelle fasce tariffarie superiori (A o B), fermo restando per ciascuna casa di cura il limite di spesa 2010 fissato nella tabella allegata (denominata ipotesi 14/10/2010). il riconoscimento sarà istruito da una apposita Commissione regionale, di cui farà parte anche un esperto designato dall'AIOP, da istituirsi entro il 31 ottobre 2010. Le case di cura interessate potranno fatturare da subito i maggiori corrispettivi, previa autocertificazione con atto notorio del possesso dei requisiti dal 1 gennaio 2010 e – costantemente – per tutto il 2010, fino alla data di auto certificazione.
 - b) la Regione si impegna ad aggiornare entro 30 giorni, e con effetto dal 1 gennaio 2011, la tariffa stabilita dalla DGRC n. 401 del 9 marzo 2007, previa rinuncia espressa della case di cura interessate ad ogni retrodatazione della nuova tariffa.



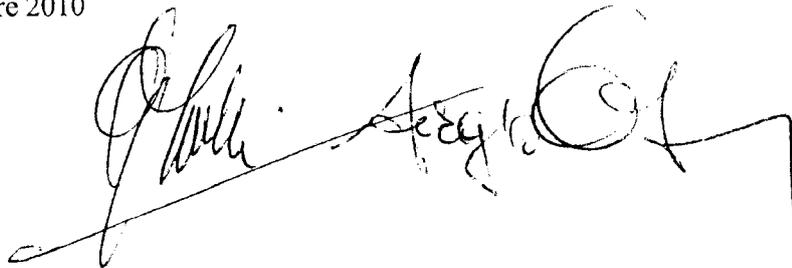
- c) Costituzione immediata di un tavolo paritetico tra la Regione e le rappresentanze delle case di cura, che entro 60 giorni definisca proposte al Presidente Commissario ad acta di adozione di provvedimenti volti a risolvere secondo criteri di equità le problematiche tariffarie specifiche delle due case di cura sede di pronto soccorso, nonché della maggiore tariffa richiesta per i restanti casi particolari (cucitrice prolasso emorroidario PPH, applicazione DGRC 589/06 e 546/07, primo soccorso), con effetto economico dal 1 gennaio 2011 ed entro le compatibilità del Piano di Rientro.
5. La presente proposta è valida fino a martedì 19 ottobre 2010 e si intenderà accettata soltanto se sarà sottoscritta entro tale data da almeno n. 61 (sessantuno) case di cura. In tal caso, la presente proposta sarà resa ufficiale e vigente tramite un apposito decreto di modifica del decreto 34/2010.
6. Le case di cura che non dovessero sottoscrivere la presente proposta, ovvero, che non dovessero firmare i conseguenti contratti, non avranno accesso a nessuno dei benefici derivanti dalla presente proposta, a cominciare dal miglior limite di spesa individuale rispetto a quanto previsto nel decreto 34/2010.

Il Dott. Zuccatelli rappresenta, infine che rimarrebbero, invece, oggetto di specifici giudizi ordinari (non arbitrari) e/o di eventuale trattativa, tutte le altre richieste avanzate dalle case di cura negli ultimi anni.

Il Dott. Crispino si riserva di convocare le case di cura per valutare e deliberare in merito a quanto sopra.

Letto, confermato e sottoscritto:

Napoli, 14 ottobre 2010



Giulio Zuccatelli



A.S.L. AVELLINO	
Villa DEI PINI	7.415.000,00
Villa ESTHER	7.800.000,00
Clinica MALZONI	26.190.000,00
Villa MARIA Baiano	1.550.000,00
Villa MARIA Mirabella	6.700.000,00
Clinica Montevergine	40.938.000,00
Clinica S.RITA	9.080.000,00
TOTALE	99.673.000,00
A.S.L. BENEVENTO	
Clinica GE.PO.S	10.300.000,00
Villa MARGHERITA	8.700.000,00
Clinica S.Francesco	9.600.000,00
Clinica S.RITA	8.500.000,00
CMR	1.970.000,00
TOTALE	39.070.000,00
A.S.L. CASERTA	
Villa DEGLI ULIVI	3.950.000,00
Villa DEI PINI	3.800.000,00
Villa delle Magnolie	11.900.000,00
Villa DEL SOLE	12.200.000,00
Villa FIORITA Aversa	1.300.000,00
Villa FIORITA Capua	10.200.000,00
VILLA ORTENSIA	400.000,00
Clinica PADRE PIO	8.500.000,00
Clinica Pineta Grande	31.000.000,00
Clinica S.ANNA	4.000.000,00
Clinica S. M. della Salute	4.100.000,00
Clinica S.MICHELE	25.000.000,00
Clinica S.PAOLO	3.850.000,00
TOTALE	120.200.000,00
A.S.L. NAPOLI 1 Centro	
Villa ANGELA	1.950.000,00
Staz.Clim. BIANCHI	6.800.000,00
Clinica CAMALDOLI	12.400.000,00
CLINIC CENTER	19.600.000,00
Villa CINZIA	6.000.000,00
Clinica COLUCCI	5.300.000,00
Villa DELLE QUERCE	7.000.000,00
Clinica Mediterranea	35.600.000,00
Ospedale Internazionale	4.500.000,00
Villa RUSSO	8.000.000,00
Clinica SANATRIX	12.000.000,00
Clinica S.PATRIZIA	6.700.000,00
Clinica S.STEFANO	3.000.000,00
Clinica TASSO	6.700.000,00
Clinica VESUVIO	1.700.000,00
Clinica VILLALBA	1.000.000,00
TOTALE	138.250.000,00
A.S.L. NAPOLI 2 Nord	
Villa dei FIORI Acerra	29.000.000,00
Villa dei FIORI Mugnano	17.000.000,00
Villa MAIONE	3.900.000,00
Clinica S.ANTIMO	2.900.000,00
TOTALE	52.800.000,00

attività ridotta per lavori di ristr.
chiusa dal 7 al 28/8/10

chiusa dal 7 al 29/8/10

Attività ridotta a 8/2010

Ripresa il 14/7/10 regime da 9/2010

Sospesa da 9/2009 in riapertura

Attiva dal 5/2/10 con meno P.L.

Attività sospesa da aprile 2010

A.S.L. NAPOLI 3 Sud	
Villa Delle Margherite	1.200.000,00
Villa ELISA	1.350.000,00
Clinica GRIMALDI	9.600.000,00
Clinica La Madonnina	3.300.000,00
Clinica Maria Rosaria	13.400.000,00
Clinica MELUCCIO	3.300.000,00
Clinica N.S. Lourdes	11.500.000,00
Villa STABIA	12.700.000,00
Clinica S.M. del Pozzo	8.600.000,00
Clinica S.M. La Bruna	3.100.000,00
Clinica S.FELICE	2.100.000,00
CLINICA S.LUCIA	20.500.000,00
CLINICA TRUSSO	10.100.000,00
TOTALE	100.750.000,00
A.S.L. SALERNO	
Campolongo H. - GEMFR	23.900.000,00
Villa CHIARUGI	8.000.000,00
Clinica COBELLIS	7.900.000,00
Villa DEL SOLE	8.700.000,00
Clinica LA QUIETE	5.070.000,00
Clinica Malzoni di Agropoli	12.600.000,00
SALUS Battipaglia	13.000.000,00
Clinica TORTORELLA	13.300.000,00
Clinica VENOSA	700.000,00
Villa SILBA (da verificare)	3.800.000,00
TOTALE	96.970.000,00
TOTALE per ASL	
AVELLINO	99.673.000,00
BENEVENTO	39.070.000,00
CASERTA	120.200.000,00
NAPOLI 1 CENTRO	138.250.000,00
NAPOLI 2 NORD	52.800.000,00
NAPOLI 3 SUD	100.750.000,00
SALERNO	96.970.000,00
TOTALE	647.713.000,00

sospesa da giugno 2010






Contratto TRA

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

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

E

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

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza ospedaliera per l'anno 2010, redatto in conformità alla ipotesi di accordo di cui all'allegato verbale del 14 ottobre 2010.

PREMESSO

- che con decreto n. 34 del 22 giugno 2010 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono stati aggiornati i limiti di spesa stabiliti dalla DGRC n. 1269/09 per l'assistenza ospedaliera da erogarsi nell'esercizio 2010 da parte delle case di cura private, con i seguenti criteri (meglio descritti nel citato decreto):
 - incremento del budget di macroarea per il 2010, fissato dalla DGRC n. 1269/09, dell'importo di € 9.400.000,00= ed accantonamento di tale importo a fronte dei contenziosi in corso con diverse case di cura per il riconoscimento di maggiori fasce tariffarie e/o di eventuali temporanei accreditamenti;
 - tetto di struttura per singola casa di cura pari a quello già stabilito per l'esercizio 2009 dalla DGRC n. 1269/09 per ciascuna ASL e ripartito da ciascuna ASL alle singole case di cura, incrementato del 2%, come esposto nell'allegato n. 2 al citato decreto commissariale n. 34 del 22 giugno 2010;

- che il Sub Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario ed il Presidente dell'AIOP hanno definito una ipotesi di accordo esposta nell'allegato verbale del 14 ottobre 2010, la quale prevede la condizione essenziale che il conseguente contratto sia sottoscritto da almeno n. 61 (sessantuno) case di cura tra quelle elencate nella tabella allegata al medesimo verbale;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza ospedaliera da erogarsi nell'anno 2010 da parte della sottoscritta Casa di Cura ed i correlati limiti di spesa, e sostituisce a tutti gli effetti quello previsto dal decreto del Commissario ad acta n. 34 del 22 giugno 2010.
2. Il presente contratto si uniforma alla allegata ipotesi di accordo del 14 ottobre 2010 e sarà valido ed efficace soltanto all'avverarsi di tutte le seguenti condizioni:
 - a) analogo contratto risulti sottoscritto da almeno n. 61 (sessantuno) case di cura tra quelle elencate nella tabella facente parte dell'allegata ipotesi di accordo del 14/10/2010, salvo quanto previsto alla successiva lettera c);
 - b) il Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro approvi con proprio decreto l'allegata ipotesi di accordo e lo schema del presente contratto;
 - c) in caso si raggiunga un numero di sottoscrizioni inferiore, il Commissario ad acta avrà la facoltà unilaterale ed insindacabile di reputare egualmente valido il nuovo contratto, o di acclararne la risoluzione espressa; in tal caso rivivrà interamente la disciplina recata dal decreto del Commissario ad acta n. 34 del 22 giugno 2010 e nessuna casa di cura avrà accesso a nessuno dei benefici derivanti dall'allegata ipotesi di accordo, a cominciare dal miglior limite di spesa individuale rispetto a quanto previsto nel decreto 34/2010;
 - d) il Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro consenta una breve dilazione, dal 19 al 25 ottobre 2010, del termine di validità dell'allegata ipotesi di accordo, atteso che al 20 ottobre 2010 l'AIOP ha comunicato di avere raccolto n. 56 adesioni, e che è prevista nella giornata del 21 ottobre 2010 l'avvio della formale stipula del presente contratto con le case di cura.

Art. 3

1. Il limite complessivo totale entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2010 per il volume di prestazioni di assistenza in regime di ricovero ospedaliero erogate dalla sottoscritta Casa di Cura è fissato in € _____, 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.
2. La sottoscritta Casa di Cura non potrà erogare nel 2010 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 Regione verificherà entro il 31 marzo 2011, tramite le ASL competenti, la sussistenza di una economia complessiva, derivante dai sotto utilizzi del limite di spesa attribuito a ciascuna casa di cura per il 2010. In caso positivo, alle case di cura che abbiano superato il limite di spesa loro assegnato per il 2010 sarà riconosciuto il valore economico dello sfioramento nei limiti della ripartizione proporzionale ed uniforme della suddetta economia, fermo restando il limite complessivo regionale di spesa 2010 stabilito nella allegata ipotesi di accordo del 14 ottobre 2010, e con le seguenti ulteriori eccezioni:
 - a) la suddetta economia complessiva, qualora accertata, sarà utilizzata innanzitutto per coprire eventuali maggiori costi derivanti alla ASL di competenza dalla applicazione dei contratti sottoscritti da alcune case di cura per il 2010 ai sensi del citato decreto n. 34/2010, laddove le stesse case di cura non abbiano poi sottoscritto il contratto conforme all'allegata ipotesi di accordo del 14 ottobre 2010;
 - b) dalla determinazione della suddetta economia complessiva è in ogni caso esclusa la riserva di € 3.800.000,00= iscritta per la ASL di Salerno nella tabella allegata alla ipotesi di accordo del 14 ottobre 2010, finalizzata alla eventuale definizione di una posizione particolare in corso di verifica.

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, 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, fatto salvo quanto previsto al comma 3 dell'art. 3.
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 nel 2010 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 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. Con la finalità di monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto, è istituito un tavolo tecnico composto da n. 5 (cinque) membri di cui n. 2 (due)

- designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e n. 3 (tre) 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 strutture e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto del limite di spesa definiti dall'art. 3;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nel precedente art. 4, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
 4. Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta Casa di Cura si impegna a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; eventuali ritardi comporteranno l'esclusione della struttura dal pagamento dell'acconto mensile di cui al seguente art. 6.

Art. 6

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 non inferiore all'acconto (diversamente, l'acconto dovrà essere ridotto all'importo di produzione documentata).
2. Il diritto al pagamento del suddetto acconto maturerà entro trenta giorni dalla consegna della fatturazione mensile. In subordine al regolare pagamento, entro la stessa scadenza la ASL è tenuta ad emettere idonea certificazione del debito, previo impegno scritto della Casa di Cura a non attivare per sei mesi azioni legali volte ad ottenere il pagamento di tale credito, e fatte salve le procedure di smobilizzo crediti approvate ed approvande dalla Regione Campania.
3. La liquidazione del saldo di tutte le fatture mensili relative alle prestazioni rese nel 2010 dovrà essere effettuata dalla ASL entro il 31 marzo 2011 e, comunque, entro 60 (sessanta) giorni dal completamento della documentazione necessaria per le verifiche ed i controlli, previa comunicazione alla sottoscritta Casa di Cura della determinazione del saldo liquidabile in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, nonché delle eventuali regressioni tariffarie da applicare su base annuale (al netto della eventuale compensazione regionale di macroarea di cui al comma 3 dell'art. 3). Entro trenta giorni dal ricevimento di tale comunicazione, la sottoscritta Casa di Cura dovrà emettere nota credito a storno dell'eventuale fatturato eccedente, fermo restando che, all'esito positivo di eventuali contestazioni, potrà emettere nuovamente l'addebito (per la parte non più in contestazione).
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.

Art. 7

1. La sottoscritta Casa di Cura, per quanto di propria competenza, aderisce a tutto quanto stabilito nella ipotesi di accordo del 14 ottobre 2010 tra Regione e AIOP allegata al presente contratto per farne parte integrante ed essenziale.
2. In conformità a quanto specificato al comma precedente, e sempre per quanto di propria competenza, la sottoscritta Casa di Cura con la firma del presente contratto espressamente rinuncia a proseguire (in tal caso le spese di giudizio saranno compensate, mentre rimarranno interamente a suo carico quelle relative a giudizi arbitrali per i quali, alla data di sottoscrizione del contratto 2009 ex decreto n. 18 del 16/12/09, non era stata ancora completata la costituzione del Collegio Arbitrale) o ad intraprendere qualsiasi contenzioso, ed ai relativi diritti di credito, riguardo al riconoscimento di fasce tariffarie (A o B) più elevate, della fascia tariffaria prevista dall'allegato B della DGRC n. 8708/94 per tutte le prestazioni eseguite dalle due case di cura sede di pronto soccorso, della maggiore tariffa richiesta per casi particolari (lungodegenza riabilitativa, cucitrice prolasso emorroidario PPH, applicazione DGRC 589/06 e 546/07, primo soccorso), a fronte di:
 - a) Impegno della Regione a collocare con effetto economico dal 1 gennaio 2010 le case di cura che ne abbiano fatto richiesta e ne abbiano i requisiti nelle fasce tariffarie superiori (A o B), fermo restando per ciascuna casa di cura il limite di spesa 2010 fissato nella tabella contenuta nella allegata ipotesi di accordo del 14/10/2010. Il riconoscimento sarà istruito da una apposita Commissione regionale, di cui farà parte anche un esperto designato dall'AIOP, da istituirsi entro il 31 ottobre 2010. Le case di cura interessate potranno fatturare da subito i maggiori corrispettivi, previa autocertificazione con atto notorio del possesso dei requisiti dal 1 gennaio 2010 e – costantemente – per tutto il 2010, fino alla data di auto certificazione.
 - b) La Regione si impegna ad aggiornare entro 30 giorni, e con effetto dal 1 gennaio 2011, la tariffa stabilita dalla DGRC n. 401 del 9 marzo 2007, previa rinuncia espressa della case di cura interessate ad ogni retrodatazione della nuova tariffa.
 - c) Costituzione immediata di un tavolo paritetico tra la Regione e le rappresentanze delle case di cura, che entro 60 giorni definisca proposte al Presidente Commissario ad acta di adozione di provvedimenti volti a risolvere secondo criteri di equità le problematiche tariffarie specifiche delle due case di cura sede di pronto soccorso, nonché della maggiore tariffa richiesta per i restanti casi particolari (cucitrice prolasso emorroidario PPH, applicazione DGRC 589/06 e 546/07, primo soccorso), con effetto economico dal 1 gennaio 2011 ed entro le compatibilità del Piano di Rientro.
3. In relazione al precedente comma 2 si chiarisce che nei casi in cui è in corso un giudizio il cui esito potrebbe comportare la ripetizione di somme già incassate dalla sottoscritta casa di cura o suoi dante causa, resta fermo ed impregiudicato il suo diritto a resistere e/o ricorrere in tutti i gradi superiori di giudizio ed a tutte le forme di tutela giurisdizionale, con esclusione della possibilità di ricorrere a nuovi giudizi arbitrali (ovvero, del ricorso a clausole compromissorie).
4. In relazione alle spese di giudizio di cui al precedente comma 2 la sottoscritta Casa di Cura si obbliga a far pervenire alla Regione, entro il termine di 30 giorni dalla sottoscrizione del presente contratto, dichiarazione del difensore di rinuncia al vincolo di solidarietà professionale, ai sensi dell'art. 68 della L.P.
5. La sottoscritta Casa di Cura espressamente riconosce e dà atto che la Regione interviene nel sottoscrivere il presente contratto in quanto le materie di cui al precedente comma 2 coinvolgono direttamente la Regione stessa, nonché per l'espressa rinuncia alla possibilità di avvalersi di clausole compromissorie di cui al successivo art. 9.

Art. 8

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'anno 2010 e sostituisce quello eventualmente sottoscritto ai sensi del citato decreto n. 34 del 22/6/2010.
3. Il presente contratto sarà adeguato alle eventuali ulteriori modifiche della normativa regionale in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 9

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. La sottoscritta Casa di Cura dichiara espressamente di conoscere il citato decreto n. 34 del 22 giugno 2010 del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal Disavanzo Sanitario e l'allegata ipotesi di accordo del 14 ottobre 2010.

_____ , ____ ottobre 2010 (Luogo e data)

Timbro e firma della ASL

Timbro e firma del legale rappresentante della
Casa di Cura:

Per la Regione Campania:
Il Sub Commissario ad acta
Dott. Giuseppe Zuccatelli

Art. 8

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'anno 2010 e sostituisce quello eventualmente sottoscritto ai sensi del citato decreto n. 34 del 22/6/2010.
3. Il presente contratto sarà adeguato alle eventuali ulteriori modifiche della normativa regionale in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 9

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. La sottoscritta Casa di Cura dichiara espressamente di conoscere il citato decreto n. 34 del 22 giugno 2010 del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal Disavanzo Sanitario e l'allegata ipotesi di accordo del 14 ottobre 2010.

ALTRE PATTUZIONI

La sottoscritta Casa di Cura, sede di Pronto Soccorso di II livello inserito nel SIRES ai sensi della DGRC n. _____ del _____ 2005, in considerazione della eccezionale specificità ed importanza del contenzioso in essere con la Regione Campania in merito alla remunerazione della propria attività, accetta tutte le clausole e condizioni del presente contratto con l'unica seguente eccezione: il comma 2 dell'art. 7 è così riformulato:

- a) *"2. In conformità a quanto specificato al comma precedente, e sempre per quanto di propria competenza, la sottoscritta Casa di Cura con la firma del presente contratto, e fino all'esito del tavolo paritetico previsto nel seguito del presente comma, espressamente sospende (in tal caso le eventuali spese maturate nel periodo di sospensione del giudizio saranno compensate, mentre rimarranno interamente a suo carico quelle relative a giudizi arbitrali per i quali, alla data di sottoscrizione del contratto 2009 ex decreto n. 18 del 16/12/09, non era stata ancora completata la costituzione del Collegio Arbitrale) e si impegna a non intraprendere nuove azioni giudiziarie o lodi nel periodo di sospensione, riguardo al riconoscimento di fasce tariffarie (A o B) più elevate, della fascia tariffaria prevista dall'allegato B della DGRC n. 8708/94 per tutte le prestazioni dalla sottoscritta casa di cura, a fronte della costituzione immediata di un tavolo paritetico tra la Regione e la sottoscritta casa di cura, che entro 60 giorni definisca proposte al Presidente Commissario ad acta di adozione di provvedimenti volti a risolvere secondo criteri di equità le problematiche giuridiche e tariffarie specifiche delle due case di cura sede di pronto soccorso, con effetto economico dal 1 gennaio 2011 ed entro le compatibilità del Piano di Rientro."*

ell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 56/1997 e s.m.i.

Conseguentemente, il termine di 30 giorni stabilito al comma 4 dell'art. 7 e prorogato a 60 giorni e, comunque, fino all'esito del suddetto tavolo istituzionale.

Il Sub Commissario ad acta e la ASL prendono atto della modifica richiesta e sottoscrivono il presente accordo con l'espressa riserva della specifica approvazione dello stesso da parte del Presidente Commissario ad acta.

_____, ____ ottobre 2010 (Luogo e data)

Timbro e firma della ASL

Timbro e firma del legale rappresentante della
Casa di Cura:

Per la Regione Campania:
Il Sub Commissario ad acta
Dott. Giuseppe Zuccatelli
