



Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

DECRETO N. 84 DEL 31.10.2018

OGGETTO: Limiti di spesa assegnati agli erogatori privati di prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2018 e altre disposizioni relative all'assistenza ospedaliera erogata dalle strutture private

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017, acta n. xi "definizione e sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, in coerenza con il fabbisogno assistenziale, con la normativa vigente in materia e con quanto previsto dal punto i [riorganizzazione della rete ospedaliera])"

VISTA la legge 30 dicembre 2004, n. 311 recante "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)*" e, in particolare, l'art. 1, comma 180, che ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore ad un triennio;

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle regioni l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale della Campania n. 460 del 20 marzo 2007 "*Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004*";



Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 con la quale il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della Regione Campania quale Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015 con la quale sono stati nominati quale Commissario *ad acta* il dott. Joseph Polimeni e quale subcommissario *ad acta* il dott. Claudio D'Amario;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 luglio 2017 con la quale, all'esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, il Presidente della Giunta Regionale è stato nominato Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente piano di rientro dai disavanzi del SSR campano, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii.;

VISTA la comunicazione assunta al protocollo della Struttura Commissariale n. 430 del 9 febbraio 2018, con la quale il subcommissario *ad acta* dott. Claudio D'Amario ha rassegnato le proprie dimissioni per assumere la funzione di Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria presso il Ministero della Salute;

VISTA la richiamata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 luglio 2017, che:

- assegna *"al Commissario ad acta l'incarico prioritario di attuare i Programmi operativi 2016-2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente"*;
- individua, nell'ambito del più generale mandato sopra specificato, alcune azioni ed interventi come *acta* ai quali dare corso prioritariamente e, segnatamente, al punto xi) la *"definizione e sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, in coerenza con il fabbisogno assistenziale, con la normativa vigente in materia e con quanto previsto dal punto i [riorganizzazione della rete ospedaliera]"*;

RICHIAMATA

la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 secondo cui, *"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"*;



Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

RICHIAMATA, inoltre,

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”*;
- 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”*;

CONSIDERATO

- che con Intesa Stato – Regioni n. 148/CSR e n. 151/CSR del 1 agosto 2018 è stato approvato il finanziamento statale per l'anno 2018 per la spesa sanitaria, relativamente alla quota indistinta ed alla quota premiale introdotta dall'art. 9, comma 2, del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 149;
- che il decreto del Commissario ad acta n. 48 del 21.06.2018 (pubblicato sul BURC n. 44 del 25.06.2018) ha fissato:
 - il quadro della programmazione dei limiti di spesa 2018 e 2019 assegnati agli operatori privati accreditati 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;
 - i limiti di spesa per l'esercizio 2018 e (in via provvisoria) per l'esercizio 2019 ai quali devono attenersi le case di cura private;
- che il decreto del Commissario ad acta n. 89 del 08.08.2016 (pubblicato sul BURC n. 55 del 16.08.2016) ha fissato i limiti di spesa 2016 e 2017 relativi alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture private accreditate;



Regione Campania

Il Commissario ad Acta per l'attuazione

del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

- che con successivo decreto del Commissario ad acta n. 111 del 06.10.2016 (pubblicato sul BURC n. 66 del 10.10.2016), il citato DCA n. 89/2016 è stato integrato per quanto riguarda la definizione di uno specifico schema contrattuale da applicarsi ai laboratori di analisi interessati dal processo di aggregazione di cui ai DCA n. 109/2013 e s.m.i., per tenere conto della successione dell'Aggregazione nel rapporto di accreditamento;
- che nel punto 5) della premessa dello schema di contratto approvato dal medesimo DCA n. 111/2016 per i laboratori di analisi, si è precisato che *"Il Commissario ad acta si riserva di apportare modifiche alla ripartizione dei limiti di spesa 2016 – 2017 tra le diverse ASL, fermo restando il totale complessivo definito dal DCA n. 89/2016 per le prestazioni di Patologia Clinica, quando sarà definito il quadro delle confluenze nei nuovi Soggetti Aggregatori dei Laboratori di Analisi precedentemente operanti in ASL diverse da quella in cui opera il nuovo soggetto"*;
- che, pertanto, la Direzione Generale per la Tutela della Salute con lettera prot. n. 459668 del 16.07.2018 e s.m.i. ha chiesto ai Direttori Generali delle ASL il consuntivo 2016 e 2017, per l'intero anno, e 2018, per il periodo gennaio – luglio, del fatturato (netto ticket e quota ricetta) ricevuto dalle aggregazioni dei Laboratori di Analisi (HUB) operanti nel proprio territorio e riconducibile a laboratori di analisi siti in altre ASL (SPOKE – punti di prelievo);
- che sulla base dei dati relativi al 2016, forniti dalle ASL in riscontro alla suddetta nota prot. n. 459668 del 16.07.2018 e s.m.i. può escludersi l'esigenza di riallocazioni dei tetti di spesa assegnati dal DCA n. 89/2016 a ciascuna ASL per la branca di laboratorio di analisi per l'esercizio 2016;
- che, sulla base dei dati relativi al 2017 e 2018, forniti dalle ASL in riscontro alla suddetta nota, sono state elaborate le stime esposte nell'allegato n. 4, che consentono:
 - per l'esercizio 2017, tenuto conto dei consuntivi di spesa netta dichiarati dalle stesse ASL per la branca di laboratorio di analisi, di determinare in massimo circa euro 725 mila le riclassifiche dei tetti di spesa (netto ticket e quota ricetta) assegnati dal DCA n. 89/2016 a ciascuna ASL per la branca di laboratorio di analisi; tale importo massimo risulterà certamente inferiore, poiché l'ASL di Salerno ha dichiarato di non aver ancora applicato al conteggio consuntivo 2017 tutti gli abbattimenti per: incremento massimo annuo del 10% della produzione e del valore medio della produzione del singolo Laboratorio di Analisi e incremento massimo delle prestazioni lettera "R" del 5% in quantità e del 30% in valore medio, rispetto al consuntivo 2012; pertanto, in considerazione anche della disponibilità residua di accantonamenti ed economie nell'ambito della specialistica ambulatoriale, come accertata dal DCA n. 77/2018, per l'esercizio 2017 si applicano solo gli incrementi massimi indicati in circa euro 725 mila nell'allegato n. 4, senza corrispondenti riduzioni in altre ASL;
 - per l'esercizio 2018, di determinare in più e meno complessivi euro 5.883.248 le riclassifiche dei tetti di spesa (netto ticket e quota ricetta) assegnati a ciascuna ASL per la branca di laboratorio di analisi, rispetto a quelli assegnati per l'esercizio 2017, con il dettaglio per ciascuna ASL esposto nell'allegato n. 4 e riportato, per l'effetto, nell'allegato n. 3 al presente decreto;
- che sulla base di dati forniti dalle ASL in riscontro alla suddetta nota prot. n. 459668 del 16.07.2018 e s.m.i. sono state elaborate anche le variazioni in quantità e correlato valore economico massimo, anch'esse esposte nell'allegato n. 4, che ciascuna ASL deve



Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

considerare ai fini del rispetto delle limitazioni imposte alle prestazioni di laboratorio di genetica dal DCA n. 101/2013 (come confermato ed integrato a tale riguardo per gli esercizi successivi dai DCA n. 129/2014, 8/2016 e 89/2016);

RITENUTO

- che il quadro programmatico 2018 e provvisorio 2019 delle prestazioni acquistate dalle strutture sanitarie private soggette alla *Spending Review*, approvato dal sopra richiamato DCA n. 48/2018, può essere aggiornato secondo quanto esposto nell'allegato n. 1 al presente decreto, nel rispetto dei vincoli complessivi già stabiliti nel DCA n. 48/2018;
- che, pertanto, con il presente decreto si procede a completare l'assegnazione dei limiti di spesa per l'esercizio 2018 con le disposizioni sopra esposte e con le ulteriori disposizioni specificate nelle seguenti Sezioni:
 - nella Sezione I si conferma il quadro generale della programmazione dei limiti di spesa 2018 assegnati agli operatori privati accreditati ai fini del rispetto della cd. *Spending Review*; rispetto alla programmazione già approvata dal DCA n. 48/2018;
 - nella Sezione II si provvede a fornire le indicazioni necessarie per la stipula dei contratti 2018 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 2018 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;
 - infine, nella allegata Sezione IV 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 2018 – 2019 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 Telesse Terme, fissando i criteri ed i limiti di spesa cui devono attenersi tali Enti;

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;



Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

DECRETA

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

1. di **approvare** specificamente tutte le disposizioni di cui alle Sezioni I, II, III e IV allegate al presente decreto.
2. 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.
3. di **precisare** che le strutture sanitarie private che entro il 30 novembre 2018 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° dicembre 2018 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).
4. di **trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, riservandosi di recepire con successivi provvedimenti le valutazioni e/o prescrizioni eventuali prescrizioni, che dovessero pervenire dai suddetti Ministeri.
5. di **trasmettere** il presente provvedimento al Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, alle Aziende Sanitarie Locali, e al BURC per tutti gli adempimenti in materia di pubblicità e trasparenza.

Il Direttore Generale per la
Tutela della Salute
Avv. Antonio Postiglione

DE LUCA


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 2018 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale: quadro della programmazione dei limiti di spesa 2018 assegnati agli operatori privati accreditati ai fini del rispetto della cd. *Spending Review*

Nel decreto del Commissario ad acta n. 48 del 21.06.2018 è stato approvato il quadro della programmazione dei limiti di spesa 2018 e 2019 assegnati 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).

Nel presente decreto, limitatamente all'esercizio 2018, tale quadro viene ulteriormente dettagliato per l'area della specialistica ambulatoriale tra le diverse branche. La programmazione contenuta nella tabella allegata mantiene inalterato il valore economico complessivo dei contratti 2018, rispetto al 2017, con le seguenti eccezioni:

- per la radioterapia viene fissato un incremento medio del tetto di spesa 2018 del 50% rispetto al 2017, corrispondente ad un incremento del 2,52% sul maggiore tra il limite di spesa 2017 stabilito dal DCA n. 89/2016 ed il consuntivo di spesa 2017 accertato dal DCA n. 77 del 09.10.2018;
- per la dialisi viene fissata una riduzione media del 1,5% rispetto al limite di spesa 2017 stabilito dal DCA n. 89/2016, che corrisponde ad un incremento del 2% rispetto al consuntivo di spesa 2017 accertato dal DCA n. 77 del 09.10.2018.

In considerazione del rilevante incremento del tetto di spesa della radioterapia, dell'andamento decrescente delle prestazioni di dialisi, registrato nel 2016 e nel 2017 e accertato dal DCA n. 77/2018 e dell'incremento del tetto 2018 (rispetto al consuntivo 2017) comunque prudenzialmente attribuito alla branca di dialisi, l'accantonamento di euro 6,732 milioni stabilito per il 2018 dal DCA n. 48/2018 viene ridotto ad euro 4,273 milioni.

Le finalità di tale accantonamento sono aggiornate come segue:

- 1) Autorizzazione alle ASL per la stipula, con significativi sconti sulla tariffa vigente, di eventuali contratti integrativi riguardanti l'erogazione da parte delle strutture private accreditate di dialisi ambulatoriale o di radioterapia (si ricorda che le prestazioni di TAC e RMN a pazienti con diagnosi certa di patologia oncologica in corso di stadiazione e monitoraggio di radioterapia o chemioterapia devono essere programmate ed assicurate dalle strutture pubbliche nell'ambito dei percorsi di presa in carico del paziente oncologico fissati dal DCA n. 19 del 05.03.2018, inerente alla attuazione della Rete Oncologica Regionale).



uile case di cura private (come esposto nel DCA n. 48/2016) e di altri eventuali contenitori riguardanti l'assistenza specialistica ambulatoriale acquistata dalle strutture private accreditate.

Si evidenzia, poi, che il Tavolo di Verifica degli Adempimenti Regionali e il Comitato Permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, nella riunione di verifica del Piano di Rientro del 18 luglio 2018 hanno espresso diverse osservazioni sul DCA n. 48/2018. In particolare, in merito alla copertura della spesa prevista per l'acquisto di assistenza ospedaliera dalle strutture private, hanno rilevato quanto segue:

“Tavolo e Comitato osservano come l'ammontare dei budget complessivamente previsti (876,784 mln di euro), risulti superiore di 54 mln di euro alla spesa complessivamente prevista dal PO 2016-2018 (822,784 mln di euro). Chiedono, pertanto, alla struttura commissariale di individuare le coperture di tutti i 54 mln di euro per l'alta specialità, nonché dei costi derivanti da una eventuale riattivazione della Casa di Cura Villa Russo (14,4 mln di euro)”.

Al riguardo va evidenziato che la copertura dei 54 milioni di euro per l'Alta Specialità, in coerenza con le disposizioni già introdotte dal DCA n. 89/2016, è ampiamente assicurata dal complesso delle misure di risparmio già adottate nei Programmi Operativi 2016 – 2018 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).

Si è, infatti, verificato il seguente andamento dei risparmi di spesa conseguiti sulle seguenti voci di costo nel consuntivo dell'intero esercizio 2017 e nel consuntivo del I semestre 2018:

- costo del personale dipendente e non dipendente:
 - consuntivo 2017: euro 2.655,6 milioni con un risparmio di euro 201,7 milioni rispetto all'obiettivo di costo del personale 2017 di euro 2.857,3 milioni fissato nei Programmi Operativi 2016 – 2018;
 - consuntivo I semestre 2018: euro 1.325,6 milioni con un risparmio di euro 164 milioni rispetto all'obiettivo di costo del personale 2018 di euro 1.489,6 milioni (obiettivo annuo rapportato ad un semestre) fissato nei Programmi Operativi 2016 – 2018;
- costo dei prodotti farmaceutici ed emoderivati, della farmaceutica convenzionata e degli altri beni e servizi:
 - consuntivo 2017: euro 3.588,9 milioni con un risparmio di euro 19,2 milioni rispetto all'obiettivo di costo 2017 di euro 3.608,1 milioni fissato nei Programmi Operativi 2016 – 2018;
 - consuntivo I semestre 2018: euro 1.852,4 milioni con un maggior costo di soli euro 22,2 milioni rispetto all'obiettivo di costo 2018 di euro 1.830,2 milioni (obiettivo annuo rapportato ad un semestre) fissato nei Programmi Operativi 2016 – 2018.

Pertanto, proseguendo il positivo andamento dell'esercizio precedente, nel I semestre 2018 risultano maggiori risparmi rispetto al programmatico 2018 di complessivi circa euro 142 milioni, che forniscono ampia copertura al maggior onere (annuo) di euro 54 milioni per l'Alta Specialità. Nella programmazione 2019 – 2021, in corso di istruttoria, si provvederà a dare adeguata evidenza

In merito, infine, alla copertura dei costi di euro 14,4 milioni, inerenti alla riattivazione dei posti letto di lungodegenza ospedaliera della ex casa di cura villa Russo, si richiama la nota del Sub Commissario ad acta pro tempore n. 2666 del 06.07.2015, trasmessa sul Flusso Documentale del Piano di Rientro – SIVEAS con prot. n. 126/A del 06.07.2015, nella quale al punto 2) si è chiarito che fin dall'esercizio 2014 per tale onere la Regione si è avvalsa della legge 9 agosto 2013, n. 98, recante conversione con modifiche del decreto legge n. 69 del 21/6/2013, che ha inserito nel comma 14 dell'articolo 15 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, dopo il primo periodo, la seguente frase: *"Qualora nell'anno 2011 talune strutture private accreditate siano rimaste inoperative a causa di eventi sismici o per effetto di situazioni di insolvenza, le indicate percentuali di riduzione della spesa possono tenere conto degli atti di programmazione regionale riferiti alle predette strutture rimaste inoperative, purché la regione assicuri, adottando misure di contenimento dei costi su altre aree della spesa sanitaria, il rispetto dell'obiettivo finanziario previsto dal presente comma"*. Pertanto, *"... l'esclusione dalla riduzione dei limiti di spesa stabiliti dal DL 95/2012 dei volumi prestazionali derivanti dalla riattivazione dei PL di lungodegenza per gli importi, per il 2013, di euro 4.570.040,00= e, per il 2014, di euro 14.417.870,00= (come da allegati n. 3 e 3 bis al DCA 144/2014), non solo rientra nella fattispecie prevista dalla norma sopra riportata, ma è conforme ai Programmi Operativi"* 2013 – 2015 (come aggiornati dal DCA n. 108/2014), ed è stata confermata per il triennio successivo dai Programmi Operativi 2016 – 2018, approvati dal DCA n. 14 del 01.03.2017. Peraltro, la suddetta spesa di euro 14,4 milioni all'anno è inserita nei conti programmatici 2016 – 2018 approvati dal DCA n. 14/2017.

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 l'esercizio 2018 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. 77 del 09.10.2018 è stato accertato il consuntivo 2016 e 2017 in quantità e valore economico delle prestazioni di dialisi ambulatoriale erogate dalle strutture private accreditate. Rispetto al limite di spesa 2017 fissato dal DCA n. 89/2016, il consuntivo 2017 è risultato complessivamente inferiore del 3,5%. Pertanto, con il presente decreto si provvede prudenzialmente a fissare il tetto di spesa della branca di dialisi ambulatoriale con un incremento del 2% rispetto al consuntivo 2017, come si espone nella seguente tabella:

	A	B	C	D
ASL	Consuntivo 2017 n° prestazioni (come da DCA n. 77/2018)	Consuntivo 2017 spesa netta (con soglia convettive al 20%) come da DCA n. 77/2018	Volumi massimi 2018 di prestazioni di dialisi ambulatoriale (consuntivo 2017 + 2%)	Limite di spesa netta 2018 con soglia convettive al 20% (consuntivo 2017 + 2%)
ASL Avellino	31.861	5.637.629,35	32.498	5.750.400,00
ASL Benevento	30.467	5.409.570,00	31.076	5.517.800,00
ASL Caserta	111.906	19.880.965,62	114.144	20.278.600,00
ASL Napoli 1 Centro	122.873	21.943.116,70	125.330	22.382.000,00
ASL Napoli 2 Nord	145.810	25.949.812,66	148.726	26.468.800,00
ASL Napoli 3 Sud	147.734	26.372.274,45	150.689	26.899.700,00
ASL Salerno	136.575	24.353.716,49	139.307	24.840.800,00
TOTALE	727.226	129.547.085,27	741.770	132.138.100,00

Si dispone, pertanto, che:

1. Per l'esercizio 2018 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 20 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 2018 secondo lo schema allegato "A/1 – DIALISI".



ciascuna ASL stipulare i contratti con le si
ciascuna di esse il volume di prestazioni ed il correlato limite di spesa sulla base del consuntivo 2017 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 2018 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 novembre 2018 dovranno stipulare con le ASL competenti per territorio il contratto di struttura relativo alle prestazioni da erogare nell'esercizio 2018, secondo lo schema allegato "A/2 - DIALISI".
5. Analogamente a quanto stabilito per il 2015 dal DCA n. 8/2016 e per il 2016 e 2017 dal DCA n. 89/2016, anche per l'esercizio 2018, 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, si ribadiscono e confermano le seguenti prescrizioni, stabilite dal DCA n. 89/2016 e che hanno contribuito al contenimento della spesa verificatosi nel 2016 e nel 2017:
 - a) I Centri di Dialisi pubblici e privati devono attenersi alle disposizioni di cui all'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", alla Sezione II del DCA n. 89/2016;
 - b) Sono da 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) I centri di dialisi sia pubblici che privati accreditati sono tenuti ad inserire 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.Arp. (di cui al DCA 20/2013 – BURC n. 12/2013 e DPGRC n. 144/2016 - BURC n. 44/2016). Il portale Sani.Arp 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.Arp le credenziali di accesso al portale ed il relativo manuale.
 - d) 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.

*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 l'esercizio 2018 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 2018 conferma i volumi massimi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa, stabiliti per il 2017 dal DCA 8/2016, con le seguenti eccezioni:

- per la Radioterapia viene fissato un incremento medio del tetto di spesa 2018 del 50% rispetto al 2017, corrispondente ad un incremento del 2,52% sul maggiore tra il limite di spesa 2017 stabilito dal DCA n. 89/2016 ed il consuntivo di spesa 2017 accertato dal DCA n. 77 del 09.10.2018;
- per la branca di Medicina Nucleare, fermo restando il limite di spesa netta complessiva a livello regionale, si procede ad una riduzione temporanea, limitata all'esercizio 2018, per le ASL di Avellino e di Napoli 3 Sud, al fine di tenere conto della mancata produzione da parte di alcune strutture private, e ad un incremento di euro 1,3 milioni per l'ASL Napoli 2 Nord, per corrispondere alle esigenze rappresentate dal Direttore Generale della ASL con nota del 5.10.2018, prot. n. 206230;
- per la branca di Laboratorio di Analisi, fermo restando il limite di spesa netta complessiva a livello regionale, si procede alla riclassifica parziale del tetto di spesa tra alcune ASL, come si evidenzia negli allegati n. 3 e 4, per tenere conto delle Aggregazioni intervenute tra laboratori siti in ASL diverse;

Poiché le riclassifiche tra ASL diverse del tetto di spesa della branca di Laboratorio di Analisi, necessarie per tenere conto delle Aggregazioni intervenute tra laboratori siti in ASL diverse, determinano una significativa riduzione del tetto di spesa netta 2018 delle ASL Napoli 1 Centro e Napoli 3 Sud (e, in misura molto più contenuta, anche del tetto di spesa netta delle ASL di Avellino e di Benevento), si stabilisce quanto segue.

1. Tutte le ASL, non appena ricevuto il presente decreto, devono immediatamente aggiornare e comunicare ai Laboratori di Analisi l'aggiornamento delle previsioni di esaurimento del tetto di spesa 2018.
2. Successivamente, entro febbraio 2019, tutte le ASL devono determinare rigorosamente il consuntivo netto di spesa relativo a tutte le branche della specialistica ambulatoriale e comunicarlo formalmente alla Regione con apposita delibera del Direttore Generale.

5. I sottoumizzi del tetto di spesa che saranno accertati nelle varie ASL per le diverse branche della specialistica ambulatoriale, tenuto conto delle particolari disposizioni vigenti per le branche di radioterapia e dialisi, insieme all'accantonamento di euro 4,273 milioni già operato nel quadro programmatico di cui alla Sezione I del presente decreto, concorreranno a mitigare le maggiori regressioni tariffarie eventualmente determinate nelle ASL Napoli 1 Centro e Napoli 3 Sud dalla suddetta riduzione del limite di spesa netta della branca di Laboratorio di Analisi.

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 inappropriately 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 dai DCA n. 8/2016 e n. 89/2016 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 anche notevolmente superiori al limite massimo annuo del 10%, consentito dalle regole vigenti in materia. Pertanto, negli schemi contrattuali approvati per gli esercizi 2016 e 2017 dal DCA n. 89/2016 si 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"*. Tale limitazione è da intendersi tassativa e inderogabile – per i motivi appena esposti – e, pertanto, questa precisazione viene inserita negli schemi contrattuali allegati al presente decreto.

Analogamente, al fine di evitare comportamenti opportunistici, anche le altre limitazioni previste nell'art. 8, comma 2, per tutte le branche della specialistica ambulatoriale in merito al divieto di incrementare del 10% la produzione rispetto all'anno precedente, nonché al divieto di superare del 10% il valore medio delle prestazioni devono essere applicate rigorosamente: a tal fine si stabilisce che il divieto di superare del 10% il valore medio delle prestazioni è inderogabile; e che costituisce giustificato motivo di deroga al limite dell'incremento della produzione della singola struttura solo la comprovata interruzione dell'attività nell'esercizio precedente per un periodo superiore ad un mese (non derivante dall'esaurimento del tetto di spesa). E che eventuali altre situazioni particolari, se ritenute dalla ASL meritevoli di apprezzamento, dovranno formare oggetto di una delibera del Direttore Generale della ASL di proposta di deroga, da sottoporre all'approvazione della Regione.

Infine, con il DCA n. 89/2016 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). Poiché, per esigenze straordinarie, il Direttore Generale per la Tutela della Salute con nota del 04.09.2018, prot. n. 556538, facendo seguito alle disposizioni impartite dal Commissario ad acta con nota del 28.08.2018, prot. 545493, ha comunicato alle ASL la possibilità di utilizzare anticipatamente le risorse relative all'ultimo trimestre 2018, fermo restando l'impianto del DCA n. 89/2016, risulta opportuno precisare che trattasi di facoltà e non di obbligo. Pertanto, sono fatte salve le applicazioni dei limiti di spesa 2018 operate nel mese di settembre 2018, sia dalle ASL che hanno ritenuto di avvalersi della suddetta anticipazione, sia dalle ASL che non se ne sono avvalse.

Riguardo, infine, alle disposizioni in materia di volumi di prestazioni e correlati limiti di spesa 2018 per la branca di Medicina Fisica e Riabilitativa (art. 44 L. 833/78 - cd. FKT) il presente decreto conferma

integratamente per l'esercizio 2018 la programmazione 2016 – 2017 di cui le prestazioni, stabilite dal DCA n. 89/2016, che si riporta di seguito:

Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT)	Volumi e limiti di spesa 2018		
	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 l'esercizio 2018 ai centri privati accreditati che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale si applicano i limiti di spesa fissati 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 l'esercizio 2018 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. 89/2016 ed esposti nella tabella riportata in premessa.
3. Di stabilire, riguardo alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, esclusa la FKT, che entro 20 giorni 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 novembre 2018, dovranno stipulare con i singoli centri privati i contratti relativi all'esercizio 2018, utilizzando lo schema di contratto allegato "Sezione III – A/2", ovvero, per i Laboratori di Analisi soggetti a processi di Aggregazione, utilizzando lo schema di contratto allegato "Sezione III – A/3".
4. Di stabilire riguardo alle prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa, che le Aziende Sanitarie Locali entro il 30 novembre 2018 dovranno stipulare con i singoli centri privati i contratti relativi all'esercizio 2018, utilizzando lo schema di contratto allegato "Sezione III – A/4".
5. Di approvare specificamente tutte le altre disposizioni sopra esposte nella presente Sezione.

Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

SEZIONE IV: Limiti di spesa per gli esercizi 2018 e 2019 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

In coerenza con il quadro generale della programmazione dei limiti di spesa 2018 e 2019 assegnati agli operatori privati accreditati ai fini del rispetto della cd. *Spending Review*, già approvato dal DCA n. 48/2018 e ribadito per il 2018 nella Sezione I del presente decreto, si conferma per gli esercizi 2018 e 2019 il limite complessivo di spesa di euro 165.368.000, approvato per l'esercizio 2017 per gli Enti in oggetto dal Decreto del Commissario ad acta n. 89 del 08.08 2016, oltre all'incentivo di cui all'art. 1, comma 574, della L. 208/2015, che sia per il 2018 che per il 2019 è incrementato a complessivi euro 9.000.000.

Per quanto sopra disposto, si dà mandato al Direttore Generale per la Tutela della Salute affinché definisca e stipuli (insieme ai Direttori Generali delle ASL in cui tali Enti operano, per quanto di loro competenza) gli accordi per il 2018 - 2019 con gli Enti in oggetto sostanzialmente alle stesse condizioni di quelli vigenti per il 2017, prevedendo le suddette integrazioni in applicazione dell'art. 1, comma 574, della L. 208/2015, e con facoltà di modifica in aumento o in riduzione degli importi da attribuire a ciascun Ente, per tenere conto dell'effettivo andamento economico delle attività di assistenza sanitaria specialistica e ospedaliera da loro erogata, fermo restando il limite complessivo di spesa di cui al periodo precedente.

Allegato n. 1

Quadro delle prestazioni da privato soggette alla Spending Review per il 2018

Limiti di Spesa per privati accreditati (importi in migliaia di euro)	Progr.ne 2016-17 (DCA 89/16)				Programmazione 2018		
	2016	2017	var 2017 - 2016	var %	2018	var 2018 - 2017	var %
Assistenza Specialistica e Ospedaliera da Ospedali Religiosi e IRCCS Maugeri (compreso PACC ed escluso incentivo Alta Specialità)	165.368	165.368	0	0%	165.368	0	0,0%
Diabetologia	8.521	8.521	0	0%	8.521	0	0,0%
Branche a visita	15.650	15.650	0	0%	15.650	0	0,0%
Cardiologia	33.346	33.346	0	0%	33.346	0	0,0%
Patologia Clinica (Laboratorio di analisi)	106.390	106.390	0	0%	106.390	0	0,0%
Medicina nucleare	39.866	39.866	0	0%	39.866	0	0,0%
Radiodiagnostica	128.549	128.549	0	0%	128.549	0	0,0%
Radioterapia	19.584	19.975	391	2,0%	29.963	9.988	50,0% (1)
Dialisi	132.839	134.167	1.328	1,0%	132.138	-2.029	-1,5% (2)
Medicina Fisica e Riabilitazione (FKT)	35.770	35.770	0	0%	35.770	0	0,0%
SUBTOTALE Assistenza Specialistica da altri privati	520.515	522.234	1.719	0,3%	530.192	7.958	1,5%
NOTE: (1) pari al + 2,52% sul maggiore tra il consuntivo 2017 e il limite di spesa 2017; (2) pari al + 2% sul consuntivo 2017							
Assistenza Ospedaliera da case di cura private, escludendo: la riattivazione dei PL di lungodegenza della ex Villa Russo, l'incentivo per Alta Specialità e compresi i PACC	642.713	640.673	-2.040	-0,3%	635.582	-5.090	-0,8%
Accantonamento per contratti integrativi di specialistica ambulatoriale e/o di ass.za ospedaliera	6.820	7.141	321	4,7%	4.273	-2.868	-40,2%
TOTALE GENERALE = LIMITE di LEGGE	1.335.416	1.335.416	0	0,0%	1.335.416	0	0,0%
per memoria:							
Riattivazione PL Villa Russo	14.418	14.418	0	0%	14.418	0	0%
Incentivo Alta Specialità per le case di cura private	24.597	24.597	0	0%	45.000	20.403	83%
Totale tetto di spesa Case di Cura private	681.728	679.687	-2.040	-0,3%	695.000	15.313	2,3%
Incentivo Alta Specialità per altri Ospedali privati	5.403	5.403	0	0%	9.000	3.597	67%

Allegato n. 1**Assistenza Specialistica da strutture private: limiti di spesa 2018 a tariffa vigente (1)**

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)		
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Tetto di Spesa	var % su tetto 2017	Tetto di Spesa LORDA 2017 (da DCA 89/2016)
ASL Avellino						
Diabetologia	1.874.704	30.716	2.483	1.907.903	0%	1.907.903
Branche a visita	45.596	5.941	0	51.537	0%	51.537
Cardiologia	680.817	3.465	0	684.282	0%	684.282
Patologia Clinica (Lab.)	8.543.526	1.543.980	212.328	10.299.833	-3%	10.648.567
Medicina nucleare	168.650	82.296	5.593	256.539	-55%	574.402
Radiodiagnostica	3.348.820	205.335	142.105	3.696.260	0%	3.696.260
Radioterapia	0	0	0	0	0%	0
TOTALE	14.662.113	1.871.733	362.509	16.896.355	-4%	17.562.951
ASL Benevento						
Diabetologia	203.577	10.931	372	214.880	0%	214.880
Branche a visita	0	0	0	0	0%	0
Cardiologia	0	0	0	0	0%	0
Patologia Clinica (Lab.)	4.427.278	403.355	114.927	4.945.560	-1%	5.000.610
Medicina nucleare	537.764	267.389	11.355	816.508	0%	816.508
Radiodiagnostica	5.184.595	1.038.251	128.756	6.351.602	0%	6.351.602
Radioterapia	0	0	0	0	0%	0
TOTALE	10.353.214	1.719.926	255.410	12.328.550	0%	12.383.600
ASL Caserta						
Diabetologia	2.969.743	415.834	10.707	3.396.284	0%	3.396.284
Branche a visita	3.828.427	1.991.780	51.102	5.871.309	0%	5.871.309
Cardiologia	5.306.930	401.141	62.590	5.770.661	0%	5.770.661
Patologia Clinica (Lab.)	18.056.149	1.838.450	399.829	20.294.429	0%	20.322.071
Medicina nucleare	4.397.801	1.822.629	181.458	6.401.888	0%	6.401.888
Radiodiagnostica	19.798.721	3.466.903	1.766.615	25.032.239	0%	25.032.239
Radioterapia	2.161.619	1.033.597	52.357	3.247.573	52%	2.133.423
TOTALE	56.519.390	10.970.334	2.524.658	70.014.383	2%	68.927.875
ASL NA 1 Centro						
Diabetologia	1.458.233	194.148	34	1.652.415	0%	1.652.415
Branche a visita	3.630.439	1.434.102	15.018	5.079.559	0%	5.079.559
Cardiologia	8.851.195	1.756.474	26.895	10.634.564	0%	10.634.564
Patologia Clinica (Lab.)	19.280.935	7.884.372	651.749	27.817.057	-16%	33.080.360
Medicina nucleare	6.743.857	10.533.799	5.135.899	22.413.555	0%	22.413.555
Radiodiagnostica	19.076.037	7.498.682	1.723.376	28.298.095	0%	28.298.095
Radioterapia	2.298.737	1.328.870	49.137	3.676.745	2%	3.587.663
TOTALE	61.339.433	30.630.448	7.602.109	99.571.989	-5%	104.746.211

Allegato n. 1**Assistenza Specialistica da strutture private: limiti di spesa 2018 a tariffa vigente (1)**

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)		
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Tetto di Spesa	var % su tetto 2017	Tetto di Spesa LORDA 2017 (da DCA 89/2016)
ASL NA 2 Nord						
Diabetologia	0	0	0	0	0%	0
Branche a visita	1.766.471	185.722	3.919	1.956.112	0%	1.956.112
Cardiologia	6.550.692	1.286.018	14.822	7.851.532	0%	7.851.532
Patologia Clinica (Lab.)	20.908.271	5.819.255	588.073	27.315.599	5%	25.929.878
Medicina nucleare	2.355.682	2.254.665	10.833	4.621.180	41%	3.278.265
Radiodiagnostica	23.481.274	12.503.258	305.687	36.290.219	0%	36.290.219
Radioterapia	6.855.931	9.869.007	93.660	16.818.598	51%	11.101.609
TOTALE	61.918.321	31.917.925	1.016.994	94.853.240	10%	86.407.615
ASL NA 3 Sud						
Diabetologia	1.220.842	75.813	498	1.297.153	0%	1.297.153
Branche a visita	2.496.508	571.485	6.470	3.074.463	0%	3.074.463
Cardiologia	6.194.677	851.871	7.411	7.053.959	0%	7.053.959
Patologia Clinica (Lab.)	19.965.626	2.560.432	8.564	22.534.622	-10%	24.927.457
Medicina nucleare	2.545.356	1.431.298	250.968	4.227.622	-19%	5.221.786
Radiodiagnostica	20.854.914	4.327.887	372.070	25.554.871	0%	25.554.871
Radioterapia	920.231	194.448	0	1.114.679	18%	943.050
TOTALE	54.198.154	10.013.234	645.981	64.857.369	-5%	68.072.739
ASL Salerno						
Diabetologia	1.085.505	5.929	1.318	1.092.752	0%	1.092.752
Branche a visita	1.521.144	314.621	107.499	1.943.264	0%	1.943.264
Cardiologia	5.790.953	166.966	19.841	5.977.760	0%	5.977.760
Patologia Clinica (Lab.)	24.807.069	8.063.140	174.000	33.044.209	25%	26.342.364
Medicina nucleare	2.282.392	171.914	33.537	2.487.843	0%	2.487.843
Radiodiagnostica	22.451.124	2.579.822	764.213	25.795.159	0%	25.795.159
Radioterapia	4.315.240	1.048.048	251.113	5.614.401	120%	2.552.889
TOTALE	62.253.427	12.350.440	1.351.521	75.955.387	15%	66.192.031
TOTALE REGIONE						
Diabetologia	8.812.604	733.371	15.412	9.561.387	0%	9.561.387
Branche a visita	13.288.585	4.503.651	184.008	17.976.244	0%	17.976.244
Cardiologia	33.375.264	4.465.935	131.559	37.972.758	0%	37.972.758
Patologia Clinica (Lab.)	115.988.854	28.112.984	2.149.471	146.251.308	0%	146.251.307
Medicina nucleare	19.031.502	16.563.990	5.629.643	41.225.136	0%	41.194.247
Radiodiagnostica	114.195.485	31.620.138	5.202.822	151.018.445	0%	151.018.445
Radioterapia	16.551.758	13.473.970	446.267	30.471.996	50%	20.318.634
TOTALE	321.244.052	99.474.039	13.759.182	434.477.273	2%	424.293.022

(1) Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale: Importi in euro a tariffa vigente ai sensi del DCA n. 32/2013

Assistenza Specialistica da strutture private: volumi massimi di prestazioni 2018 (1)

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)		
N° di prestazioni	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Volumi massimi	var % su tetto 2017	Volumi massimi 2017 (da DCA 89/2016)
ASL Avellino						
Diabetologia	199.380	3.266	264	202.910	0%	202.910
Branche a visita	4.357	567	0	4.924	0%	4.924
Cardiologia	19.129	97	0	19.226	0%	19.226
Patologia Clinica (Lab.)	1.858.660	347.770	46.662	2.253.092	-4%	2.341.654
Medicina nucleare	1.544	754	23	2.321	-55%	5.197
Radiodiagnostica	60.526	3.711	2.568	66.805	0%	66.805
Radioterapia	0	0	0	0	0%	0
TOTALE	2.143.597	356.165	49.517	2.549.278	-3%	2.640.716

ASL Benevento						
Diabetologia	31.219	1.676	57	32.952	0%	32.952
Branche a visita	0	0	0	0	0%	0
Cardiologia	0	0	0	0	0%	0
Patologia Clinica (Lab.)	1.184.968	107.891	30.742	1.323.601	-1%	1.337.581
Medicina nucleare	1.451	722	31	2.204	0%	2.204
Radiodiagnostica	97.261	19.477	2.416	119.154	0%	119.154
Radioterapia	0	0	0	0	0%	0
TOTALE	1.314.899	129.766	33.246	1.477.911	-1%	1.491.891

ASL Caserta						
Diabetologia	334.661	46.861	1.206	382.728	0%	382.728
Branche a visita	135.809	70.656	1.813	208.278	0%	208.278
Cardiologia	150.735	11.393	1.778	163.906	0%	163.906
Patologia Clinica (Lab.)	4.845.341	480.249	106.133	5.431.722	0%	5.438.742
Medicina nucleare	15.307	6.344	632	22.283	0%	22.283
Radiodiagnostica	333.670	58.427	29.773	421.870	0%	421.870
Radioterapia	39.676	18.973	961	59.609	52%	39.159
TOTALE	5.855.198	692.903	142.295	6.690.397	0%	6.676.966

ASL NA 1 Centro						
Diabetologia	183.968	24.494	4	208.466	0%	208.466
Branche a visita	143.737	56.779	595	201.111	0%	201.111
Cardiologia	268.254	53.235	814	322.303	0%	322.303
Patologia Clinica (Lab.)	4.701.024	1.957.250	160.153	6.818.427	-16%	8.155.057
Medicina nucleare	18.319	28.615	13.951	60.885	0%	60.885
Radiodiagnostica	301.936	118.688	27.278	447.902	0%	447.902
Radioterapia	37.501	21.680	801	59.982	2%	58.529
TOTALE	5.654.739	2.260.741	203.596	8.119.076	-14%	9.454.253

Assistenza Specialistica da strutture private: volumi massimi di prestazioni 2018 (1)

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)		
N° di prestazioni	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Volumi massimi	var % su tetto 2017	Volumi massimi 2017 (da DCA 89/2016)
ASL NA 2 Nord						
Diabetologia	0	0	0	0	0%	0
Branche a visita	68.379	7.189	151	75.719	0%	75.719
Cardiologia	201.868	39.630	457	241.955	0%	241.955
Patologia Clinica (Lab.)	5.048.885	1.437.293	142.302	6.628.481	6%	6.276.573
Medicina nucleare	8.974	8.589	59	17.622	41%	12.501
Radiodiagnostica	398.783	212.343	5.192	616.318	0%	616.318
Radioterapia	116.404	167.559	1.590	285.553	51%	188.487
TOTALE	5.843.293	1.872.603	149.752	7.865.647	6%	7.411.553
ASL NA 3 Sud						
Diabetologia	180.875	11.232	74	192.181	0%	192.181
Branche a visita	101.845	23.314	264	125.423	0%	125.423
Cardiologia	179.403	24.672	215	204.290	0%	204.290
Patologia Clinica (Lab.)	5.678.641	709.597	3.013	6.391.250	-9%	6.998.917
Medicina nucleare	6.327	3.557	499	10.383	-20%	12.979
Radiodiagnostica	382.459	79.370	6.823	468.652	0%	468.652
Radioterapia	19.442	4.108	0	23.550	18%	19.924
TOTALE	6.548.992	855.849	10.888	7.415.729	-8%	8.022.366
ASL Salerno						
Diabetologia	127.080	695	154	127.929	0%	127.929
Branche a visita	72.902	15.079	5.152	93.133	0%	93.133
Cardiologia	164.092	4.730	563	169.385	0%	169.385
Patologia Clinica (Lab.)	6.208.179	2.042.504	43.668	8.294.351	26%	6.592.399
Medicina nucleare	10.244	771	151	11.166	0%	11.166
Radiodiagnostica	349.789	40.193	11.906	401.888	0%	401.888
Radioterapia	49.461	12.013	2.878	64.352	120%	29.261
TOTALE	6.981.747	2.115.985	64.472	9.162.204	23%	7.425.161
TOTALE REGIONE						
Diabetologia	1.057.183	88.224	1.759	1.147.166	0%	1.147.166
Branche a visita	527.029	173.584	7.975	708.588	0%	708.588
Cardiologia	983.481	133.757	3.827	1.121.065	0%	1.121.065
Patologia Clinica (Lab.)	29.525.698	7.082.554	532.672	37.140.923	0%	37.140.923
Medicina nucleare	62.166	49.352	15.346	126.864	0%	127.215
Radiodiagnostica	1.924.424	532.209	85.956	2.542.589	0%	2.542.589
Radioterapia	262.483	224.333	6.230	493.046	47%	335.360
TOTALE	34.342.464	8.284.012	653.765	43.280.242	0%	43.122.906

(1) Si fa riferimento alla tariffa vigente ai sensi del DCA n. 32/2013 e s.m.i.

Assistenza Specialistica da strutture private: limiti di spesa NETTA 2018 a tariffa vigente (1)

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)			Rettifica x Hub & Spoke				TETTO 2017 DEF da DCA 89/2016			
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Tetto di Spesa	var % su tetto 2017	Tetto di Spesa NETTA 2017 (da DCA 89/2016)	Altre variazioni	riflessa su res ASL	riflessa su altre ASL	riflessa su extra	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Tetto di Spesa
ASL Avellino														
Diabetologia	1.685.253	27.613	2.231	1.715.097	0%	1.715.097					1.685.253	27.613	2.231	1.715.097
Branche a visita	30.879	4.021	0	34.900	0%	34.900					30.879	4.021	0	34.900
Cardiologia	591.958	3.013	0	594.971	0%	594.971					591.958	3.013	0	594.971
Patologia Clinica (Lab.)	6.193.817	1.120.138	153.966	7.467.921	-3%	7.721.605		-429.196	176.140	-628	6.623.013	943.998	154.594	7.721.605
Medicina nucleare	151.782	74.069	5.027	230.878	-55%	516.954	-286.076				344.037	167.890	5.027	516.954
Radiodiagnostica	2.701.526	165.641	114.638	2.981.805	0%	2.981.805					2.701.526	165.641	114.638	2.981.805
Radioterapia	0	0	0	0	0%	0					0	0	0	0
TOTALE	11.355.215	1.394.495	275.862	13.025.572	-4%	13.565.332	-286.076	-429.196	176.140	-628	11.976.666	1.312.176	276.490	13.565.332
ASL Benevento														
Diabetologia	175.223	9.396	324	184.943	0%	184.943					175.223	9.396	324	184.943
Branche a visita	0	0	0	0	0%	0					0	0	0	0
Cardiologia	0	0	0	0	0%	0					0	0	0	0
Patologia Clinica (Lab.)	3.032.261	276.473	78.769	3.387.503	-1%	3.427.549		-40.046	0	0	3.072.307	276.473	78.769	3.427.549
Medicina nucleare	521.736	259.429	11.015	792.180	0%	792.180					521.736	259.429	11.015	792.180
Radiodiagnostica	4.280.101	857.117	106.295	5.243.513	0%	5.243.513					4.280.101	857.117	106.295	5.243.513
Radioterapia	0	0	0	0	0%	0					0	0	0	0
TOTALE	8.009.321	1.402.415	196.403	9.608.139	0%	9.648.185	0	-40.046	0	0	8.049.367	1.402.415	196.403	9.648.185
ASL Caserta														
Diabetologia	2.707.414	379.089	9.766	3.096.269	0%	3.096.269					2.707.414	379.089	9.766	3.096.269
Branche a visita	3.291.517	1.712.444	43.929	5.047.890	0%	5.047.890					3.291.517	1.712.444	43.929	5.047.890
Cardiologia	4.613.617	348.745	54.409	5.016.771	0%	5.016.771					4.613.617	348.745	54.409	5.016.771
Patologia Clinica (Lab.)	13.118.944	1.336.563	290.568	14.746.075	0%	14.766.183		-692.685	626.165	46.412	13.811.629	710.398	244.156	14.766.183
Medicina nucleare	4.254.034	1.763.052	175.519	6.192.605	0%	6.192.605					4.254.034	1.763.052	175.519	6.192.605
Radiodiagnostica	16.856.573	2.951.720	1.504.083	21.312.376	0%	21.312.376					16.856.573	2.951.720	1.504.083	21.312.376
Radioterapia	2.129.011	1.017.998	51.567	3.198.576	52%	2.101.236	1.097.340				1.386.640	663.029	51.567	2.101.236
TOTALE	46.971.110	9.509.611	2.129.841	58.610.562	2%	57.533.330	1.097.340	-692.685	626.165	46.412	46.921.424	8.528.477	2.083.429	57.533.330
ASL NA 1 Centro														
Diabetologia	1.273.289	169.529	23	1.442.841	0%	1.442.841					1.273.289	169.529	23	1.442.841
Branche a visita	3.141.365	1.240.901	13.000	4.395.266	0%	4.395.266					3.141.365	1.240.901	13.000	4.395.266
Cardiologia	7.761.951	1.540.321	23.588	9.325.860	0%	9.325.860					7.761.951	1.540.321	23.588	9.325.860

Assistenza Specialistica da strutture private: limiti di spesa NETTA 2018 a tariffa vigente (1)

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)			Rettifica x Hub & Spoke				TETTO 2017 DEF da DCA 89/2016			
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Tetto di Spesa	var % su tetto 2017	Tetto di Spesa NETTA 2017 (da DCA 89/2016)	Altre variazioni	riflessa su res ASL	riflessa su altre ASL	riflessa su extra	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Tetto di Spesa
Patologia Clinica (Lab.)	14.004.271	5.730.482	473.522	20.208.275	-16%	24.037.032		-5.106.868	1.328.848	-50.737	19.111.139	4.401.634	524.259	24.037.032
Medicina nucleare	6.539.118	10.213.995	4.979.988	21.733.101	0%	21.733.101					6.539.118	10.213.995	4.979.988	21.733.101
Radiodiagnostica	16.393.950	6.444.367	1.481.071	24.319.388	0%	24.319.388					16.393.950	6.444.367	1.481.071	24.319.388
Radioterapia	2.260.338	1.306.687	48.319	3.615.344	2%	3.527.750	87.594				2.204.831	1.274.599	48.319	3.527.750
TOTALE	51.374.282	26.646.282	7.019.511	85.040.075	-4%	88.781.238	87.594	-5.106.868	1.328.848	-50.737	56.425.643	25.285.346	7.070.248	88.781.238

ASL NA 2 Nord

Diabetologia	0	0	0	0	0%	0					0	0	0	0
Branche a visita	1.605.871	168.837	3.560	1.778.268	0%	1.778.268					1.605.871	168.837	3.560	1.778.268
Cardiologia	5.848.141	1.148.093	13.231	7.009.465	0%	7.009.465					5.848.141	1.148.093	13.231	7.009.465
Patologia Clinica (Lab.)	16.495.701	4.432.999	462.503	21.391.203	5%	20.383.169		-743.751	1.754.581	-2.796	17.239.452	2.678.418	465.299	20.383.169
Medicina nucleare	2.285.129	2.187.139	10.503	4.482.771	41%	3.180.076	1.302.695				1.619.510	1.550.063	10.503	3.180.076
Radiodiagnostica	20.451.568	10.890.023	266.238	31.607.829	0%	31.607.829					20.451.568	10.890.023	266.238	31.607.829
Radioterapia	6.733.935	9.693.387	91.994	16.519.316	51%	10.904.059	5.615.257				4.432.113	6.379.952	91.994	10.904.059
TOTALE	53.420.345	28.520.478	848.029	82.788.852	11%	74.862.866	6.917.952	-743.751	1.754.581	-2.796	51.196.655	22.815.386	850.825	74.862.866

ASL NA 3 Sud

Diabetologia	1.073.265	66.649	439	1.140.353	0%	1.140.353					1.073.265	66.649	439	1.140.353
Branche a visita	2.268.595	519.312	5.878	2.793.785	0%	2.793.785					2.268.595	519.312	5.878	2.793.785
Cardiologia	5.515.294	758.443	6.593	6.280.330	0%	6.280.330					5.515.294	758.443	6.593	6.280.330
Patologia Clinica (Lab.)	14.319.267	1.842.612	5.947	16.167.826	-10%	17.908.479		-1.976.421	252.243	-16.475	16.295.688	1.590.369	22.422	17.908.479
Medicina nucleare	2.477.750	1.393.290	195.438	4.066.478	-20%	5.083.097	-1.016.619				3.097.188	1.741.612	244.297	5.083.097
Radiodiagnostica	17.647.169	3.662.204	314.842	21.624.215	0%	21.624.215					17.647.169	3.662.204	314.842	21.624.215
Radioterapia	902.470	190.714	0	1.093.184	18%	924.864	168.320				763.515	161.349	0	924.864
TOTALE	44.203.810	8.433.224	529.137	53.166.171	-5%	55.755.123	-848.299	-1.976.421	252.243	-16.475	46.660.714	8.499.938	594.471	55.755.123

ASL Salerno

Diabetologia	935.312	5.109	1.134	941.555	0%	941.555					935.312	5.109	1.134	941.555
Branche a visita	1.252.629	259.085	88.519	1.600.233	0%	1.600.233					1.252.629	259.085	88.519	1.600.233
Cardiologia	4.958.456	142.958	16.987	5.118.401	0%	5.118.401					4.958.456	142.958	16.987	5.118.401
Patologia Clinica (Lab.)	17.088.010	5.811.636	121.148	23.020.794	27%	18.145.579		0	4.850.989	24.226	17.088.010	960.647	96.922	18.145.579
Medicina nucleare	2.172.049	163.613	31.913	2.367.575	0%	2.367.575					2.172.049	163.613	31.913	2.367.575
Radiodiagnostica	18.678.248	2.146.293	635.791	21.460.332	0%	21.460.332					18.678.248	2.146.293	635.791	21.460.332
Radioterapia	4.255.026	1.033.434	247.619	5.536.079	120%	2.517.282	3.018.797				1.826.141	443.521	247.619	2.517.282

Assistenza Specialistica da strutture private: limiti di spesa NETTA 2018 a tariffa vigente (1)

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)			Rettifica x Hub & Spoke				TETTO 2017 DEF da DCA 89/2016			
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Tetto di Spesa	var % su tetto 2017	Tetto di Spesa NETTA 2017 (da DCA 89/2016)	Altre variazioni	riflessa su res ASL	riflessa su altre ASL	riflessa su extra	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Tetto di Spesa
TOTALE	49.339.730	9.562.128	1.143.111	60.044.969	15%	52.150.957	3.018.797	0	4.850.989	24.226	46.910.845	4.121.226	1.118.885	52.150.957
TOTALE REGIONE														
Diabetologia	7.849.756	657.385	13.917	8.521.058	0%	8.521.058					7.849.756	657.385	13.917	8.521.058
Branche a visita	11.590.856	3.904.600	154.886	15.650.342	0%	15.650.342					11.590.856	3.904.600	154.886	15.650.342
Cardiologia	29.289.417	3.941.573	114.808	33.345.798	0%	33.345.798					29.289.417	3.941.573	114.808	33.345.798
Patologia Clinica (Lab.)	84.252.271	20.550.903	1.586.423	106.389.597	0%	106.389.596		-8.988.967	8.988.966	-1	93.241.238	11.561.937	1.586.421	106.389.596
Medicina nucleare	18.401.598	16.054.587	5.409.403	39.865.588	0%	39.865.588					18.547.672	15.859.654	5.458.262	39.865.588
Radiodiagnostica	97.009.135	27.117.365	4.422.958	128.549.458	0%	128.549.458					97.009.135	27.117.365	4.422.958	128.549.458
Radioterapia	16.280.780	13.242.220	439.499	29.962.499	50%	19.975.190	9.987.309				10.613.239	8.922.452	439.499	19.975.190
TOTALE	264.673.813	85.468.633	12.141.894	362.284.340	3%	352.297.030	9.987.309	-8.988.967	8.988.966	-1	268.141.313	71.964.966	12.190.751	352.297.030

(1) Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale: Importi in euro a tariffa vigente ai sensi del decreto commissariale n. 32/2013, netto ticket e quota ricetta

Laboratorio di Analisi: limiti di spesa 2017 e 2018 e riclassifiche per effetto Aggregazioni**Allegato n. 4****Effetto delle Aggregazioni sui limiti di spesa della branca di Laboratorio di Analisi (netto ticket e quota ricetta) 2017 e 2018**

Branca di Patologia Clinica (Lab. di analisi)	ASL Avellino	ASL Benevento	ASL Caserta	ASL Napoli 1 Centro	ASL Napoli 2 Nord	ASL Napoli 3 Sud	ASL Salerno	TOTALE ASL
Limite di spesa 2017 netto ticket e quota ricetta (DCA 89/2016)								
Limite di spesa NETTA da DCA 89/2016)	7.721.605,00	3.427.549,00	14.766.183,00	24.037.032,00	20.383.169,00	17.908.479,00	18.145.580,00	106.389.597,00
Rettifica per HUB & SPOKE 2017 (teorica)	119.087,00	0,00	59.911,00	-362.112,00	122.206,00	-869.090,00	929.998,00	0,00
Idem, massima applicabile	0,00	0,00	59.911,00	0,00	0,00	0,00	665.228,23	725.139,23
Limite di spesa NETTA 2017 qualora si applichi la rettifica massima per effetto delle Aggregazioni	7.721.605,00	3.427.549,00	14.826.094,00	24.037.032,00	20.383.169,00	17.908.479,00	18.810.808,23	107.114.736,23
Consuntivo di spesa 2017 netto ticket e quota ricetta e al netto di tutti gli altri abbattimenti previsti dalla normativa, escluso la R.T.U. (1)	7.152.964,01	3.347.721,00	15.892.914,32	24.037.032,00	20.209.962,48	22.280.458,60	18.810.808,23	111.731.860,64

(1) L'ASL Napoli 1 Centro ha fornito il dato già abbattuto anche della R.T.U. Le ASL di Salerno e di Napoli 3 Sud hanno dichiarato che il consuntivo di spesa 2017 (netto ticket e quota ricetta), sopra riportato, deve ancora essere ridotto degli abbattimenti per: incremento massimo annuo del 10% della produzione e del valore medio della produzione del singolo Laboratorio di Analisi e incremento massimo delle prestazioni lettera "R" del 5% in quantità e del 30% in valore medio, rispetto al consuntivo 2012. In particolare, lo sfioramento del tetto di spesa rappresentato dalla ASL di Napoli 3 Sud è riconducibile soprattutto al ritardo della ASL nella applicaione di questi istituti contrattuali.

Riclassifica del tetto di spesa NETTA 2018 per tenere conto dell'effetto delle Aggregazioni (2)	-253.684,00	-40.046,00	-20.108,00	-3.828.757,00	1.008.034,00	-1.740.653,00	4.875.214,00	0,00
--	--------------------	-------------------	-------------------	----------------------	---------------------	----------------------	---------------------	-------------

(2) Importi calcolati sulla base dei dati consuntivi forniti dalle ASL per i primi 7 mesi del 2018 (primi 6 mesi per NA2 e NA3), proiettati su base annua tenendo conto della incidenza media regionale del fatturato (netto ticket e quota ricetta) dei primi 7 mesi del 2018 sul totale del limite di spesa 2018 assegnato alla branca (incidenza media regionale dei primi 6 mesi per la proiezione relativa alle ASL NA2 e NA3).

Stima dell'effetto delle Aggregazioni ai fini della applicazione dei vincoli agli incrementi in quantità e valore delle prestazioni di Laboratorio "Lettera R":**per le n. 7 prestazioni a maggior rischio, elencate nel DCA 101/2013:**

Anno 2017: riclassifica quantità	0	0	0	-876	876	0	0	0,00
Anno 2018: riclassifica quantità	-1.431	0	2.753	-6.530	2.308	0	2.902	0,00
Anno 2017: riclassifica importo in euro a tariffa	0,00	0,00	0,00	-101.078,59	101.086,95	-8,35	0,00	0,00
Anno 2018: riclassifica importo in euro a tariffa	-212.964,52	0,00	302.285,08	-723.729,45	314.051,47	-8,35	320.365,78	0,00

per tutte le prestazioni "R"

Anno 2017: riclassifica quantità	0	0	87	-1.317	1.155	1	74	0,00
Anno 2018: riclassifica quantità	-2.062	0	3.937	-8.827	3.219	1	3.732	0,00
Anno 2017: riclassifica importo in euro a tariffa	0,00	0,00	7.591,67	-133.657,92	121.823,99	35,75	4.206,50	0,00
Anno 2018: riclassifica importo in euro a tariffa	-238.883,36	0,00	414.369,95	-910.361,60	360.806,58	88,37	373.980,06	0,00

Sezione III - Allegato A/1

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 2018 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 ____ / ____ / 2018, sono stati stabiliti i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2018 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 2018 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 2018.
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 2018.

Sezione III - Allegato A/1

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 2018.
4. Il volume massimo di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, è determinato in n. _____ prestazioni per l'anno 2018, 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 2018 relativa al volume di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, determinato per l'anno 2018 all'art. 3, comma 4, è fissato in:
 - a) € _____, per l'anno 2018, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio;
 - b) € _____, per l'anno 2018, 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 2018 per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, per l'anno 2018, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2018, 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 2018 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 2018, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2018, 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 2018 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 2018, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2018, 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;

Sezione III - Allegato A/1

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 2018 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

Sezione III - Allegato A/1

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 su base trimestrale)

1. Al fine di garantire la continuità assistenziale per tutti i mesi dell'anno solare, per l'esercizio 2018 la regressione tariffaria di cui al precedente art. 5, comma 4, lettera a), sarà applicata in via trimestrale, ripartendo il limite di spesa 2018 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 2018;
 - 6/11 per il consumo del tetto di spesa al 30 giugno 2018;
 - 8/11 per il consumo del tetto di spesa al 30 settembre 2018, in modo da tenere conto del minore fabbisogno estivo;
 - 11/11 per il consumo del tetto di spesa al 31 dicembre 2018.
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 2018. 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.

Sezione III - Allegato A/1

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

Sezione III - Allegato A/1

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 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.
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.

Sezione III - Allegato A/1

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 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 2018 il valore medio 2012 delle prestazioni "R", calcolato sulla produzione totale 2012 di dette prestazioni da parte dei centri operanti nella ASL.
3. I divieti di cui al comma precedente, lettere b) e c), sono tassativi e inderogabili. Costituisce giustificato motivo di deroga al limite dell'incremento del 10% della produzione della singola struttura solo la comprovata interruzione dell'attività nell'esercizio precedente per un periodo superiore ad un mese (non derivante dall'esaurimento del tetto di spesa). Eventuali altre situazioni particolari, su proposta del Tavolo Tecnico e se ritenute dalla ASL meritevoli di apprezzamento, dovranno formare oggetto di una delibera del Direttore Generale della ASL di proposta di deroga, da sottoporre all'approvazione della Regione.
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.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o disegualianze 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 posti in essere, comprese le attività svolte dai Tavoli Tecnici e le successive attuazioni delle decisioni assunte.

Art. 9

Sezione III - Allegato A/1

(efficacia)

1. Il presente protocollo si riferisce all'esercizio 2018 in esecuzione del decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ____ / 2018 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.

..... , ____ / _____ 2018

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 2018 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 ____ / ____ / 2018.

PREMESSO

- che con decreto n. ____ del ____ / ____ / 2018, 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 2018 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 2018 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 2018.
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 2018.
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 2018.
4. Il volume massimo di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, è determinato in n. _____ prestazioni per l'anno 2018, 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 2018 relativa al volume di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, determinato per l'anno 2018 all'art. 3, comma 4, è fissato in:
 - a) € _____, per l'anno 2018, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio;
 - b) € _____, per l'anno 2018, 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 2018 per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, per l'anno 2018, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2018, 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 2018 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 2018, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2018, 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 2018 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 2018, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2018, 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 2018 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 su base trimestrale)

6. Al fine di garantire la continuità assistenziale per tutti i mesi dell'anno solare, per l'esercizio 2018 la regressione tariffaria di cui al precedente art. 5, comma 4, lettera a), sarà applicata in via trimestrale, ripartendo il limite di spesa 2018 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 2018;
 - 6/11 per il consumo del tetto di spesa al 30 giugno 2018;
 - 8/11 per il consumo del tetto di spesa al 30 settembre 2018, in modo da tenere conto del minore fabbisogno estivo;
 - 11/11 per il consumo del tetto di spesa al 31 dicembre 2018.
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 2018. 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
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.Arp. 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 dichiarare 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 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 2018 il valore medio 2012 delle prestazioni "R", calcolato sulla produzione totale 2012 di dette prestazioni da parte dei centri operanti nella ASL.
3. I divieti di cui al comma precedente, lettere b) e c), sono tassativi e inderogabili. Costituisce giustificato motivo di deroga al limite dell'incremento del 10% della produzione della singola struttura solo la comprovata interruzione dell'attività nell'esercizio precedente per un periodo superiore ad un mese (non derivante dall'esaurimento del tetto di spesa). Eventuali altre situazioni particolari, su proposta del Tavolo Tecnico e se ritenute dalla ASL meritevoli di apprezzamento, dovranno formare oggetto di una delibera del Direttore Generale della ASL di proposta di deroga, da sottoporre all'approvazione della Regione.
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.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o disuguaglianze 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 all'esercizio 2018 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 ____ / ____ / 2018.

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, aventi effetti temporalmente circoscritti alla annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente contratto.

..... , ____ / _____ 2018

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