Regione Campania
Il Presidente

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

DECRETO n. 68 del 22.06.2012

Rif. punto d) delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010

OGGETTO: Definizione per l'esercizio 2012 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26, ex art 44 e/o alla macroarea della salute mentale e socio sanitario

PREMESSO:

che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;

che l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: *"Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale. E' fatta salva la possibilità per la regione di presentare un nuovo piano di rientro ai sensi della disciplina recata dal presente articolo. A seguito dell'approvazione del nuovo piano cessano i commissariamenti, secondo i tempi e le procedure definiti nel medesimo piano per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale"*;

che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;

che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario *ad acta* per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 1, comma 88, della legge n. 191/09;

che con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il Governo ha nominato il dr. Mario Morlacco ed il dr. Achille Coppola sub commissari ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di Rientro;

che con delibera del 23 marzo 2012 il Consiglio dei Ministri ha consolidato nella persona del sub commissario ad acta dr. Mario Morlacco i compiti in precedenza già attribuiti al sub commissario dimissionario dr. Achille Coppola;

che fra gli *acta* della delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, alla lettera d) è richiamata la "*definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del*

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

Regione Campania
Il Presidente

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

fabbisogno, con l'attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

PRESO ATTO che

con decreto commissariale n. 25, del 5 aprile 2011 sono stati definiti i limiti di spesa per l'esercizio 2011 ed i relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26, ex art 44 e/o alla macroarea della salute mentale e socio sanitario;

le Associazioni di Categoria dei centri privati e diverse strutture che erogano le prestazioni regolate dal decreto 25/2011, dopo l'emanazione del decreto hanno presentato alla Regione diverse istanze, volte ad ottenere una revisione del decreto;

sulla base di successivi incontri con le Associazioni di Categoria e di ulteriori approfondimenti tecnici, è stato possibile pervenire alla formulazione di specifiche modifiche al decreto 25/2011 - e, per alcuni casi, anche del tetto di spesa 2010 ex decreti 37/2010 e 74/2010 - che, sottoposte al Commissario ad acta, sono state approvate con decreto commissariale n. 86 del 20.12.2011;

che con decreto commissariale n. 8 del 10.02.2012 sono state apportate ulteriori modifiche al decreto commissariale n. 25/2011 con riferimento alla situazione della società CAMAD s.r.l. con sede in Nola (NA) che, per mero errore materiale, non era stata inserita nell'elenco delle "*Correzioni per fattori particolari*", secondo criteri di equità e ragionevolezza applicati con il decreto n. 86 ad una serie di casistiche analoghe;

DATO ATTO che

sebbene le modifiche al suddetto decreto n. 25/2011 recate dal decreto n. 862011 fossero state ampiamente condivise in sede regionale con le associazioni maggiormente rappresentative, sono state parimenti proposte numerose azioni giudiziarie avverso e per l'annullamento del decreto commissariale n. 86/2011;

in data 29 febbraio, 8 marzo e 15 marzo 2012 si sono tenuti appositi incontri con le associazioni di categoria, volti a condividere modalità e termini della programmazione 2012 delle prestazioni di riabilitazione ex art. 26, 44 legge 833/78 e sociosanitarie. All'esito di tali incontri, nella riunione conclusiva del 15 marzo 2012 è stata condivisa dalle Associazioni l'allegata lettera del Sub Commissario ad acta dell'8 marzo 2012, prot. n. 1658/C, integrata con una precisazione nel punto 1, e sottoscritta dai rappresentanti delle Associazioni; tale accordo viene approvato dal presente decreto;

parallelamente all'Intesa di cui sopra, si ritiene opportuno promuovere un più significativo coinvolgimento delle aziende sanitarie nella programmazione della fornitura di prestazioni da parte delle diverse strutture, quale strumento utile a rendere coerente l' Intesa con le realtà territoriali e per garantire la possibilità, all'interno del tetto di spesa di condividere con gli erogatori eventuali adattamenti;

DATO ATTO

Regione Campania
Il Presidente

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

che, allegata all'Intesa del 8 e 15 marzo 2012, è riportato il documento presentato nell'incontro del 29 febbraio 2012 dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, che hanno sottoposto all'attenzione del Sub Commissario ad acta una "*Proposta*" inerente i tetti di spesa, volta, sostanzialmente, a confermare per l'esercizio 2012 i volumi del 2011;
che detta "*Proposta*" prevedeva, altresì, la successiva definizione dei criteri di riconversione delle strutture che erogano prestazioni ex art. 26 in RSA attraverso la costituzione di un tavolo regionale, nonché la rettifica di singoli tetti di struttura, laddove erroneamente determinati, per eccesso o per difetto;
che con l'allegata Intesa del 8 e 15 marzo 2012 si è precisato che sono confermati per il 2012 i limiti di spesa complessivi e per singola struttura, già attribuiti dai decreti del Commissario ad acta per l'esercizio 2011 e, attesa la prevista evoluzione del settore in conseguenza delle riconversioni e dell' accreditamento definitivo, i volumi di prestazioni saranno riconoscibili fino al massimo del 75% del limite di spesa, relativamente al periodo 1° gennaio - 30 settembre 2012, ovvero, nella minore percentuale calcolata su base mensile, qualora le riconversioni intervengano prima di quella data; nel medesimo verbale è disposto che entro il 30 settembre le parti si rincontreranno per l'analisi dello stato delle procedure e per condividere eventuali integrazioni all'accordo ai fini dell'utilizzo dell'ulteriore 25% del tetto di spesa; e che per le strutture non interessate alla riconversione resta fermo il tetto annuo;

che l'allegata Intesa del 8 e 15 marzo 2012 prevede, poi, i seguenti punti 2, 3 , 4 e 5:
2) *I criteri di riconversione delle strutture in RSA saranno definiti dalla Regione, sentite le Associazioni di Categoria. Nell'ambito di tale attività potranno essere analizzate e definite le eventuali criticità in merito agli attuali requisiti organizzativi e strutturali.*
3) Sulla base dei criteri di riconversione, come sopra stabiliti, dovranno essere stipulati gli accordi di riconversione con le singole strutture. In mancanza, la Regione applicherà l'art. 8-quater, comma 8, del Dlgs 502/92 e s.m.i.
4) La Regione verificherà entro il 30 settembre 2012 la sussistenza di economie realizzate o realizzabili in funzione delle riconversioni, delle compartecipazioni (di Comuni e/o utenti) e dell'appropriatezza (con particolare. riferimento ai decreti 64, 77 e 81 del 2011), ferma restando la prerogativa della Regione di determinare l'eventuale utilizzo di tali economie.
5) Entro il 31 dicembre 2012 dovrà essere approvata la programmazione dei limiti di spesa per 'esercizio 2013.

VALUTATO
che le strutture riabilitative operanti sul territorio campano sono soggette ad un processo di ristrutturazione e di riconversione della propria *mission*, volto a rendere l'offerta assistenziale maggiormente coerente con la domanda di salute della popolazione in uno con il rispetto dell'equilibrio di bilancio nell'erogazione dei LEA;

che le AASSLL, nell'ambito delle scelte programmatiche effettuate dalla Regione, appaiono i soggetti istituzionali deputati ad intercettare le istanze del territorio ed a tradurle in un'offerta sanitaria adeguata;

EVIDENZIATO
che, in ogni caso, i volumi massimi riconoscibili nell'esercizio 2012 per singola ASL sono quelli previsti dal decreto n. 25/2011 così come integrato e modificato dai decreti n. 86/2011 e n. 8/2012, al netto dei volumi relativi a strutture che hanno cessato l'attività;

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

Regione Campania
Il Presidente

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

RILEVATO
che il decreto commissariale n. 86 del 20 dicembre 2011, tra l'altro, negli allegati n. 2 e n. 3 ha rideterminato i tetti di spesa 2010, e quindi, 2011, dei centri privati La Primula, Abatese CRH, CMR Pompei, Horizon, Riabilitazione Pompeiana, operanti nell'ASL Napoli 3 Sud in base ai dati di fatturato 2009, depurato dall'*overcom*, forniti dalla medesima ASL con nota prot. n. 42942 del 15.12.2011 ;

che il medesimo decreto commissariale n. 86/2011 ha prescritto alla ASL Napoli 3 Sud di accantonare nel proprio bilancio le economie conseguenti alla riduzione dei limiti di spesa 2010 e 2011 dei suddetti centri La Primula, Abatese CRH, CMR Pompei, Horizon, Riabilitazione Pompeiana, fino all'esito dei contenziosi attivati avverso i decreti commissariali n. 37 /2010, 74/2010, 25/2011 e s.m.i.;

che, in seguito ai ricorsi dei centri Abatese CRH e Horizon contro le riduzioni del tetto di spesa 2010 e 2011, operate dal decreto n. 86/2011, il TAR Campania con Ordinanze n. 545/2012 e n. 546/2012 ha sospeso in via cautelare il DCA n. 86/2011 per le posizioni di parte ricorrente;

che in seguito ai chiarimenti richiesti dal Settore programmazione con nota del 30/1/2012, prot. n. 71607, la ASL Napoli 3 Sud con nota del 2/2/2012, prot. n. 6539, ha precisato di avere avviato con nota del 28/9/2009, prot. n. 1435, un procedimento di rivalutazione della COM al 31/12/2008 per i centri privati erogatori di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 e 44; nella medesima nota, la ASL Napoli 3 Sud ha chiarito che per i sopra citati n. 5 centri privati, interessati dalla riduzione del tetto di spesa 2010 e 2011 operata dal decreto n. 86/2011, il tetto di spesa stabilito, rispettivamente, per il 2010 dal decreto n. 37/2010 e per il 2011 dal decreto n. 25/2011, rientra "… *nelle COM riconosciute per l'esercizio 2011 o 2012 per i requisiti posseduti al 31.12.2010 … gli stessi requisiti erano posseduti al 31.12.2009 tranne che* [per] *il centro Horizon …"*, per il quale deve essere ancora concluso il sopra citato procedimento di rivalutazione della COM al 31/12/2008, avviato dalla ASL Napoli 3 Sud del 28/9/2009, prot. n. 1435;

che, alla luce dei chiarimenti forniti dalla ASL Napoli 3 Sud con la sopra citata nota del 2/2/2012, prot. n. 6539, la situazione dei centri La Primula, Abatese CRH, CMR Pompei, Horizon, Riabilitazione Pompeiana risulta analoga a quella di altre strutture private alle quali nel decreto 37/2010, in considerazione del riconoscimento di una maggiore COM per l'esercizio 2010, è stato attribuito un tetto di spesa che ha preso a riferimento il fatturato 2009 non abbattuto dall'extra COM (tetto 2010 sul quale poi si è basato il tetto di spesa 2011 ex decreto 25/2011); pertanto, le riduzioni dei limiti di spesa 2010 e 2011 operate negli allegati n. 2 e n. 3 del decreto n. 86/2011 per i centri La Primula, Abatese CRH, CMR Pompei e Riabilitazione Pompeiana devono essere revocate con il presente decreto; mentre per il centro Horizon si intenderanno revocate ora per allora, qualora l'esito del procedimento di rivalutazione della COM al 31/12/2008 o al 31/12/2009, ancora in corso, asseveri che i requisiti posseduti dal centro al 31/12/2009 siano capienti rispetto al tetto di spesa assegnato per l'esercizio 2010 dal decreto n. 37/2010;

CONSIDERATO

che Il decreto commissariale n°37 del 6 luglio 201 0 ha precisato che: "… *come già previsto dalla DGRC n. 6757/1996, il numero delle prestazioni domiciliari erogate da ciascun centro privato non potrà essere riconosciuto a carico della ASL per la parte eventualmente superiore a quello delle prestazioni*

Regione Campania
Il Presidente

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

ambulatoriali erogate dalla stessa struttura, salvo specifica autorizzazione da parte della Regione, su motivata proposta della ASL competente: al riguardo, si richiamano le Linee Guida per la riabilitazione emanate con delibera della Giunta Regionale n. 482 del 25 marzo 2004 (BURC n. 22/2004), che al punto 5.2 prevedono che "… la terapia domiciliare è prescritta in maniera tecnicamente motivata, limitatamente a pazienti intrasportabili o quando, anche temporaneamente, la situazione logistica aggraverebbe ulteriormente la condizione patologica del paziente";

che la ASL di Benevento non ha finora avuto accesso alle deroghe successivamente concesse dai decreti n. 74/2010 e n. 86/2011 per specifiche e motivate situazioni in quanto, da ultimo, come affermato nel decreto n. 86/2011 "… *la ASL non ha definito per quali dei n° 10 centri o peranti sul suo territorio ritiene che sussistano particolari caratteristiche del loro bacino di utenza, tali da giustificare il maggiore ricorso alle terapie domiciliari, né ha specificato quali siano tali caratteristiche. Si rimane, pertanto, in attesa di eventuali integrazioni istruttorie da parte della ASL*";

che la ASL di Benevento con nota del Direttore Generale n. 38669 del 21/3/2012 ha relazionato sulla sussistenza delle particolari situazioni disagio logistico e di bacino di utenza, richieste per la deroga, riguardo ai centri Relax di Morcone, Medico ERRE e Riabilitazione di San Marco;

che, pertanto, con il presente decreto può essere concessa la suddetta deroga richiesta dalla ASL di Benevento;

RICHIAMATA
Per la parte non contemplata dal presente decreto la disciplina di cui al decreto n. 25 /2011 così come modificato ed integrato dal decreto n. 86/2011 ;

RIBADITO
che nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti negli allegati 1 e 2 per ciascun soggetto giuridico (che eroga prestazioni ex art. 26, ex art.44 e socio-sanitarie RSA) è consentita una osmosi tra le tre branche;

che, come già previsto dalla DGRC n. 6757/1996, il numero delle prestazioni domiciliari erogate da ciascun centro privato non potrà essere riconosciuto a carico della A.S.L per la parte eventualmente superiore a quello delle prestazioni ambulatoriali erogate dalla stessa struttura, salvo specifica autorizzazione da parte della Regione, su motivata proposta della ASL competente: al riguardo, si richiamano le Linee Guida per la riabilitazione emanate con delibera della Giunta Regionale n. 482 del 25 marzo 2004 (BURC n. 22/2004), che al punto 5.2 prevedono che "... la terapia domiciliare è prescritta in maniera tecnicamente motivata, limitatamente a pazienti intrasportabili o quando, anche temporaneamente, la situazione logistica aggraverebbe ulteriormente la condizione patologica del paziente";

RIBADITO
che con riferimento alle prestazioni soggette a compartecipazione ai sensi del DPCM del 29.11.2001 ed all'allegato C del decreto commissariale n. 6/2010, si applica quanto disposto con i decreti commissariali n. 77 /2011, n. 81/2011 e con delibera di Giunta regionale della Campania n. 50 del 28 febbraio 2012; a tale riguardo, si ritiene opportuno approvare le istruzioni fornite dai Sub Commissari ad acta con nota del

Regione Campania
Il Presidente

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

14/3/2012, prot. n. 1839, che si allega, e la proposta tecnica di cui all'allegata nota prot. n. 1502 del 14 maggio 2012 dell'Agenzia Sanitaria Regionale, con particolare riferimento alle istruzioni tecniche ivi contenute ed alla seguente tabella:

ASSISTENZA TIPO	CODICE	pre_descrizione	IMPORTO della tariffa	% di compar.ne a carico della ASL	IMPORTO NETTO da fatturare alla ASL	Importo della compar.ne sociale
RSD	001.009	RSA disabili - Alto Livello (per disabili privi di sostegno)	115,06	40	46,02	69,04
RSD	001.010	RSA disabili - Medio Livello (per disabili privi di sostegno)	92,01	40	36,80	55,21
RSD	001.011	Centro diurno disabili	69,51	70	48,66	20,85
RSD	**001.012**	**RSA disabili - Alto Livello (per disabili gravi)**	**115,06**	**70**	**80,54**	**34,52**
RSD	**001.013**	**RSA disabili - Medio Livello (per disabili gravi)**	**92,01**	**70**	**64,41**	**27,60**
ANZ	004.001	RSA Anziano - Alto Livello	104,7	50	52,35	52,35
ANZ	004.002	RSA Anziano - Medio Livello	90,9	50	45,45	45,45
ANZ	004.003	RSA Anziano - Per demenze	105,09	50	52,54	52,55
ANZ	004.004	Centro diurno Anziani	57,6	50	28,80	28,80
ANZ	004.005	Centro diurno Anziani per demenze	62,55	50	31,27	31,28

che pertanto, in attuazione di quanto sopra, le prestazioni soggette a compartecipazione dovranno essere fatturate all'ASL per la quota dovuta per la componente sanitaria ed all'utente / comune per quella dovuta per la componente sociale;

CONSIDERATO
che - con riferimento ad alcune strutture che insistono sul territorio dell'ASL NA1 ed all'obbligo, su di esse gravante, di restituzione degli importi *extracom* di cui, *ex multis,* alla sentenza del C.d.S n. 6334/2008 e n. 3637/2011 - nel corso degli incontri preordinati al raggiungimento dell'Intesa, le Associazioni di categoria hanno ribadito la richiesta di adeguamento dei piani di rateizzazione in atto, predisposti in conformità alla DGRC 1270/03 e alle delibere ASL NA1 n. 1163 del 30/12/2005 e n. 275 del 8/06/2009;

RITENUTO
di dover applicare il principio di buona fede nell'esecuzione del contratto, principio che implica un generale obbligo di solidarietà ed impone a ciascuna delle parti di preservare gli interessi dell'altra parte a prescindere, tanto da specifici obblighi contrattuali che dal dovere extracontrattuale del *neminem laedere*;

che la salvaguardia dell'interesse delle strutture private alla ulteriore dilazione del pagamento, nei limiti di un apprezzabile sacrificio, è funzionale anche alla salvaguardia dell'iniziativa imprenditoriale e quindi dell'integrale recupero del credito stesso, e costituisce garanzia dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza;

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

Regione Campania
Il Presidente

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

DATO ATTO
che i recuperi degli importi dovuti sono avvenuti a partire dalle competenze relative alla mensilità di luglio 2009 e sono dilazionati in 120 rate costanti al tasso di interesse legale;

che appare possibile modificare *in parte qua* la delibera di giunta regionale n. 1270/03 prevedendo l'ulteriore dilazione del debito ancora non estinto in un arco temporale complessivo massimo di quattordici anni, rispetto ai dieci originari; pertanto, fermo restando l'importo delle residue rate già incassate dalla ASL, rateizzare il residuo debito in dodici anni;

PRECISATO, inoltre,
che è interesse dell'amministrazione garantire la distribuzione temporale delle prestazioni in corso d'anno in modo il più possibile omogeneo, al fine dì evitare che il precoce esaurimento dei limiti di spesa possa compromettere il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza;

che, a tal fine, l'indirizzo, più volte affermato dalla giurisprudenza amministrativa (v. TAR Campania, Sezione I, sentenze 16592/2007 e 3821/2008; Consiglio di Stato, Sezione V, sentenza n. 3904/2009) secondo il quale la verifica del rispetto della C.O.M, su base annua (anziché mensile, o settimanale, o giornaliera) è maggiormente idonea "… *a garantire gli equilibri di gestione di una struttura sanitaria, salvaguardandone l'attività da conseguenze derivanti da eventuali ed improvviso aumenti della domanda dì prestazioni; evitandone viceversa la caduta nei periodi di forzata sospensione dell'attività lavorativa* ,.."', deve essere contemperato con l'interesse generale a che, nell'ambito dei limiti di spesa programmati, i centri privati che erogano prestazioni pubbliche riservino almeno in parte il budget annuale all'esigenza di assicurare la continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate;

che per tale finalità, analogamente a quanto previsto per l'esercizio 2011, il contratto allegato limita il consumo del tetto annuale al 95% al 30 novembre dell'anno 2012;

che, pertanto, nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto limite del 95% al 30 novembre del 2012;

che per le strutture interessate dalle riconversioni parziali o totali in strutture socio sanitarie, come previsto dal richiamato ed allegato accordo dell'8 e 15 marzo 2012, si applica la disposizione prevista al punto 1 di detta intesa; pertanto, per tali strutture, al momento della riconversione la residua quota di dodicesimi del tetto di spesa annuo sarà riservata alle prestazioni riconvertite, valorizzate al lordo della compartecipazione e nel rispetto della potenzialità erogativa;

RITENUTO, per tutto quanto sopra esposto,

di confermare per l'esercizio 2012 i volumi finanziari e di prestazioni attribuiti singolarmente alle strutture sanitarie dal decreto n. 25 /2011 così come modificato ed integrato dai decreti n. 86/2011 e n. 8 /2012, con le modifiche recate dal presente decreto per i sopra citati centri della ASL Napoli 3 Sud;
di stabilire che le AA.SSLL entro 15 giorni dalla notifica del presente decreto devono assegnare alle strutture di riabilitazione che erogano prestazioni ex art. 26 e/o art. 44 e/o socio sanitarie il limite di

Regione Campania
Il Presidente

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

spesa per l'esercizio 2012, stipulando i relativi contratti secondo gli schemi allegati: A/1 (per strutture eroganti prestazioni di riabilitazione ex art. 26 e/o ex art. 44 e/o socio sanitario); A/2 (per strutture eroganti solo prestazioni di riabilitazione ex art. 44); A/3 (per strutture eroganti solo prestazioni di salute mentale e socio sanitario);
di stabilire che le AA.SSLL entro il suddetto termine di sottoscrizione, alla luce dei dati di consuntivo 2011, nonché di ulteriori elementi particolari, ritenuti significativi e da considerare con ragionevolezza ed equità, nell'ambito della loro autonomia, previa apposita e motivata delibera del Commissario Straordinario / Direttore Generale, acquisito il parere espresso del dirigente responsabile, potranno attribuire a singoli centri privati limiti di spesa per l'esercizio 2012 diversi da quelli relativi al 2011, fermo restando il tetto complessivo attribuito alla ASL dai decreti commissariali sopra richiamati e al netto delle strutture che hanno cessato l'attività, il cui relativo importo la Regione si riserva di ridistribuire con successivo provvedimento in funzione delle esigenze emergenti dai processi in corso di riconversione verso l'area delle prestazioni socio sanitarie e di accreditamento istituzionale;

PRECISATO

che i limiti di spesa assegnati dal presente decreto hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo di spesa prefissato dal presente decreto;

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

DECRETA

1. Le premesse e gli allegati formano parte integrante e sostanziale del presente decreto.
2. Di approvare l'allegata Intesa del 8 e 15 marzo 2012.
3. Di confermare per l'esercizio 2012 i volumi finanziari e di prestazioni attribuiti singolarmente alle strutture sanitarie dal decreto n. 25 /2011 così come modificato ed integrato dai decreti n. 86/2011 e n. 8 /2012, con le modifiche recate dal presente decreto per i sopra citati centri della ASL Napoli 3 Sud.
4. Di stabilire che le AA.SSLL entro 15 giorni dalla notifica del presente decreto devono assegnare alle strutture di riabilitazione che erogano prestazioni ex art. 26 e/o art. 44 legge 833/78 e/o socio sanitarie il limite di spesa per l'esercizio 2012, stipulando i relativi contratti secondo gli schemi allegati: A/1 (per strutture eroganti prestazioni di riabilitazione ex art. 26 e/o ex art. 44 e/o socio sanitario); A/2 (per strutture eroganti solo prestazioni di riabilitazione ex art. 44); A/3 (per strutture eroganti solo prestazioni di salute mentale e socio sanitario).
5. Di stabilire che le AA.SSLL entro il suddetto termine di sottoscrizione, alla luce dei dati di consuntivo 2011, nonché di ulteriori elementi particolari, ritenuti significativi e da considerare

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

Regione Campania
Il Presidente

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

con ragionevolezza ed equità, nell'ambito della loro autonomia, previa apposita e motivata delibera del Commissario Straordinario / Direttore Generale, acquisito il parere espresso del dirigente responsabile, potranno attribuire a singoli centri privati limiti di spesa per l'esercizio 2012 diversi da quelli relativi al 2011, fermo restando il tetto complessivo attribuito alla ASL dai decreti commissariali sopra richiamati e al netto delle strutture che hanno cessato l'attività, il cui relativo importo la Regione si riserva di ridistribuire con successivo provvedimento in funzione delle esigenze emergenti dai processi in corso di riconversione verso l'area delle prestazioni socio sanitarie e di accreditamento istituzionale.

6. Di stabilire che il tetto di struttura al 30 novembre dell'anno 2012 potrà essere consumato in misura non superiore al 95% e che, pertanto, nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto limite del 95% al 30 novembre del 2012;
7. Di stabilire che per le strutture interessate dalle riconversioni parziali o totali in strutture socio sanitarie, come previsto dal richiamato ed allegato accordo dell'8 e 15 marzo 2012, si applica la disposizione prevista al punto 1 di detta intesa; pertanto, per tali strutture, al momento della riconversione la residua quota di dodicesimi del tetto di spesa annuo sarà riservata alle prestazioni riconvertite, valorizzate al lordo della compartecipazione e nel rispetto della potenzialità erogativa.
8. Di revocare, per i motivi esposti in premessa, le riduzioni dei limiti di spesa 2010 e 2011 operate negli allegati n. 2 e n. 3 del decreto n. 86/2011 per i seguenti centri operanti nella ASL Napoli 3 Sud: La Primula, Abatese CRH, CMR Pompei e Riabilitazione Pompeiana; mentre per il centro Horizon tali riduzioni si intenderanno revocate ora per allora, qualora l'esito del procedimento di rivalutazione della COM al 31/12/2008 o al 31/12/2009, avviato dalla ASL Napoli 3 Sud con nota del 28/9/2009, prot. n. 1435 ed ancora in corso, asseveri che i requisiti posseduti dal centro al 31/12/2009 siano capienti rispetto al tetto di spesa assegnato per l'esercizio 2010 dal decreto n. 37/2010.
9. Di approvare la deroga, richiesta dalla ASL di Benevento al divieto di erogare prestazioni di riabilitazione ex art. 26 domiciliari in numero superiore rispetto a quelle ambulatoriali, di cui in premessa e fermo restando il limite complessivo di spesa delle strutture interessate.
10. Di dare atto che il tetto massimo regionale per l'esercizio 2012 è pari al tetto previsto dal decreto n. 25 /2011 così come modificato ed integrato dai decreti n. 86/2011 e n. 8 /2012, decurtato per la quota relativa alle strutture che hanno cessato l'attività. Tale quota di economie sarà ridestinata con separato provvedimento.
11. Di prevedere che con riferimento alle prestazioni soggette a compartecipazione ai sensi del DPCM del 29.11.2001 ed all'allegato C del decreto commissariale n. 6/2010, si applica quanto disposto con i decreti commissariali n. 77 /2011, n. 81/2011 e con delibera di Giunta regionale della Campania n. 50 del 28 febbraio 2012 e che, pertanto, le prestazioni soggette a compartecipazione dovranno essere fatturate separatamente all'ASL per la quota dovuta per la componente sanitaria ed all'utente / Comune per quella dovuta per la componente sociale.
12. Di approvare le istruzioni fornite dai Sub Commissari ad acta con nota del 14/3/2012, prot. n. 1839, che si allega, e la proposta tecnica di cui all'allegata nota prot. n. 1502 del 14 maggio 2012 dell'Agenzia Sanitaria Regionale, con particolare riferimento alle istruzioni tecniche ivi contenute ed alla tabella seguente:

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

Regione Campania
Il Presidente

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

ASSISTENZA TIPO	CODICE	pre_descrizione	IMPORTO della tariffa	% di compar.ne a carico della ASL	IMPORTO NETTO da fatturare alla ASL	Importo della compar.ne sociale
RSD	001.009	RSA disabili - Alto Livello (per disabili privi di sostegno)	115,06	40	46,02	69,04
RSD	001.010	RSA disabili - Medio Livello (per disabili privi di sostegno)	92,01	40	36,80	55,21
RSD	001.011	Centro diurno disabili	69,51	70	48,66	20,85
RSD	**001.012**	**RSA disabili - Alto Livello (per disabili gravi)**	**115,06**	**70**	**80,54**	**34,52**
RSD	**001.013**	**RSA disabili - Medio Livello (per disabili gravi)**	**92,01**	**70**	**64,41**	**27,60**
ANZ	004.001	RSA Anziano - Alto Livello	104,7	50	52,35	52,35
ANZ	004.002	RSA Anziano - Medio Livello	90,9	50	45,45	45,45
ANZ	004.003	RSA Anziano - Per demenze	105,09	50	52,54	52,55
ANZ	004.004	Centro diurno Anziani	57,6	50	28,80	28,80
ANZ	004.005	Centro diurno Anziani per demenze	62,55	50	31,27	31,28

13. Di modificare in parte qua la delibera di giunta regionale n. 1270/03, prevedendo l'ulteriore dilazione del debito ancora non estinto in un arco temporale complessivo massimo di quattordici anni, rispetto ai dieci originari, fermo restando l'importo delle rate già incassate dalla ASL, rateizzando il residuo debito in dodici anni.
14. Di stabilire che il presente decreto sarà immediatamente notificato alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste, a tutte le Associazioni di categoria ed a tutti ai centri privati che erogano prestazioni di riabilitazione ex art. 26 e/o art. 44 legge 833/78 e/o socio sanitarie, accreditati o provvisoriamente / temporaneamente accreditati.
15. Di precisare che le strutture sanitarie private che non sottoscrivano il contratto di cui al precedente punto 2, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale così formulata dalla ASL competente - fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria - saranno prive di contratto e, pertanto, per tali strutture dal 1° lu glio 2012 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).
16. Di stabilire che in caso di contenzioso, la ASL accantonerà nel proprio bilancio a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza, somme pari al fatturato, al netto dei controlli, riconosciuto al centro nell'esercizio precedente, fino alla definizione del contenzioso stesso.
17. Di dare atto che i limiti di spesa stabiliti dal presente decreto sono conformi alla programmazione della spesa per prestazioni di riabilitazione ex art. 26 e/o art. 44 e/o socio sanitarie nell'esercizio 2012, definita dal decreto commissariale n. 53 del 9 maggio 2012, che ha approvato i Programmi

Regione Campania
Il Presidente

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

Operativi predisposti dal Commissario ad acta della Regione Campania per l'esercizio 2012 ai sensi dell'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009, n. 191.

18. Di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di competenza, alle AA.GG.CC. "Piano Sanitario Regionale", "Assistenza Sanitaria", "Gabinetto Presidente della Giunta Regionale", all'ARSAN per adeguamento delle procedure informatiche di acquisizione dei dati dei ricoveri ed al Settore "Stampa e Documentazione" per la immediata pubblicazione sul BURC.

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

Il Sub Commissario
Dott. Mario Morlacco

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

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

Il Dirigente del Settore
Fasce Deboli
Dr.ssa Rosanna Romano

Il Dirigente del S.E.F.
Dott. G.F. Ghidelli

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

Contratto tra . ……..…….....……
Partita IVA: ……. Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA): .....…….....
con sede in ..... (Prov: __ ; CAP: _____) – Via ..... n° …….
rappresentato/a dal/la sottoscritto/a ..……..……, CF ……..
come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o della Regione che redige il presente atto;
il / la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 T.U. 445/2000, dichiara:

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

E

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

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26, art. 44, salute mentale, e socio sanitario (come definite, rispettivamente, nell'allegato n. 4, n. 3 e n. 5 alla DGRC n. 1269 del 16.7.09), da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2012 redatto in conformità al Decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro n° ……..2012. Il presente contratto si applica, per quanto compatibile, anche alle strutture socio sanitarie per anziani, disabili e demenze che abbiano presentato istanza e che sono, quindi, in attesa dell'accreditamento istituzionale, già in possesso dell'autorizzazione all'esercizio quali RSA e/o Centro Diurno ai sensi della DGRC n. 7301/2001, nei limiti del tetto di spesa socio sanitario, e che non abbiano già stipulato per il 2012 un contratto con la ASL per la fornitura del servizio.

PREMESSO

- che con delibere n. 1268 del 24 luglio 2008 e n. 1269 del 16 luglio 2009 (modificata dal decreto n. 3 del 30.9.09 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro) la Giunta Regionale ha aggiornato la programmazione recata dalla DGRC n. 517/07 ed i correlati limiti di spesa, stabilendo diverse modifiche, integrazioni e miglioramenti alla normativa precedente, anche per adeguarla al nuovo assetto territoriale delle ASL campane conseguente alla L.R. 16/08;
- che con Decreto n° ……. 2012 il Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni

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

sanitarie di assistenza riabilitativa ex art. 26, erogate nel corso del 2012, 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)

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26, art. 44, salute mentale, e socio sanitario (come definite, rispettivamente, nell'allegato n. 4, n. 3 e n. 5 alla DGRC n. 1269 del 16.7.09) da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2011, da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa. Pertanto, la disciplina recata dal presente contratto fissa limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie di assistenza riabilitativa ex art. 26, da erogarsi nel corso dell'anno 2011.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il volume massimo di prestazioni che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2012 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2012, è determinato in :
   a) N. ……..prestazioni **ex art. 26** Ambulatoriali/Domiciliari
   b) N. ……..prestazioni **ex art. 26** Semi Residenziali e Residenziali
   c) N. ……..prestazioni salute Mentale e Socio-Sanitarie (**RSA)**;
   d) N. ……..prestazioni **ex art. 44** Ambulatoriali/Domiciliari
2. Resta inteso che il mix di prestazioni potrà essere diverso, purché siano rispettati i limiti di spesa fissati nel successivo art. 4 e purché l'erogazione delle prestazioni avvenga in corso d'anno nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2012. In ogni caso non sarà riconosciuto liquidabile il numero di prestazioni domiciliari eventualmente eccedente quello delle prestazioni ambulatoriali, salvo deroga espressamente concessa dalla Regione su motivata proposta della sottoscritta ASL.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa e, quindi, il fatturato, per il periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2012 per il volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato come segue:
   a) per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari di riabilitazione ex art. 26: Euro…….. ……..
   b) per le prestazioni semi residenziali e residenziali di riabilitazione ex art. 26: Euro …… ……..;

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

c) per le prestazioni di Salute Mentale e Socio-Sanitarie (RSA): Euro…….. (al lordo della quota di compartecipazione dell'utente / Comune);

d) le prestazioni ambulatoriali e domiciliari ex art. 44: Euro……

Nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti nel comma precedente e relativi alle prestazioni ex art. 26, fermo restando il rispetto della C.O.M. della struttura, è consentito che un superamento dei limiti di spesa relativo alle prestazioni semiresidenziali e residenziali possa essere compensato da un risparmio sul limite di spesa stabilito per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari, analogamente è consentita la condizione opposta: un superamento del limite di spesa stabilito per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari potrà essere compensato da un sotto utilizzo del limite di spesa stabilito per le prestazioni semiresidenziali e residenziali.
Nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti per ciascuna struttura (che eroga prestazioni ex art. 26, ex art. 44 e socio-sanitarie RSA) è consentita una osmosi tra le tre branche (prestazioni ex art. 26, ex art. 44 ed RSA) : un superamento del limite di spesa stabilito per le prestazioni ex art. 26 potrà essere compensato da un sotto utilizzo del limite di spesa stabilito per le prestazioni ex art. 44 e viceversa; analogamente un superamento del limite di spesa stabilito per le prestazioni di salute mentale e socio sanitarie (RSA) potrà essere compensato da un sotto utilizzo del limite di spesa stabilito per le prestazioni ex art. 26 e viceversa.
Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare almeno in parte la continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate, il consumo massimo del tetto annuale è fissato al 95% al 30 novembre 2012; pertanto, nulla spetterà alla sottoscritta struttura, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto limite.

2. La sottoscritta struttura potrà recuperare nei mesi successivi il volume non richiesto in un dato periodo dagli aventi diritto alle prestazioni sanitarie, rispetto alle percentuali massime fissate per quel medesimo periodo al comma precedente: si precisa, comunque, che nulla spetterà né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per il caso in cui detto volume non sia stato recuperato entro il termine di durata del presente contratto.
3. La sottoscritta struttura privata e la sottoscritta ASL valuteranno secondo buona fede la possibilità di gestire la ricorrenza di eventi straordinari che richiedano, fermo restando il limite massimo di spesa e di fatturato stabilito al comma 1 del presente articolo, una variazione delle percentuali di cui al precedente comma 3, da sottoporre all'approvazione della Regione.
4. Gli importi di cui al comma 1, divisi per il corrispondente volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 1, definiscono il valore medio della prestazione per la macroarea / tipologia di prestazioni.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle vigenti tariffe regionali - fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati dalla Regione. Per le prestazioni socio sanitarie rese dal 1° maggio 2012, ai sensi della normativa vigente, la sottoscritta struttura priva ha l'obbligo di fatturare alla ASL esclusivamente la quota delle tariffe dovuta per la componente sanitaria, e all'utente / Comune la quota delle tariffe per la componente sociale, secondo le percentuali riportate al punto n. 1 del dispositivo del decreto commissariale n. 77 dell'11 novembre 2011. Come stabilito dal decreto commissariale n° ……. 2012, per le strutture interessate dalle riconversioni parziali o totali in strutture socio sanitarie al momento della

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

riconversione la residua quota di dodicesimi del tetto di spesa annuo sarà riservata alle prestazioni riconvertite.

2. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento 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 sforamento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale o del Commissario ad acta, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
3. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC n. 6757/96, 377/98, 1270 e 1272/2003, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6

(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto da n. …membri di cui n. **….**designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. **…..**membri nominati dalla ASL.
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
   a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
   b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
4. Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura privata si impegna a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 15 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

Art. 7

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari al 90% del fatturato mensile. Ai sensi del decreto commissariale n. 47 del 20 giugno 2011, limitatamente alle prestazioni rese nell'esercizio corrente, l'acconto potrà essere non inferiore al 70% del fatturato mensile.

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

2. Ai sensi del decreto commissariale n. 47 del 20 giugno 2011, limitatamente alle prestazioni rese nell'esercizio corrente, il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro la fine del quinto mese successivo a quello in cui sono state rese le prestazioni, previa emissione della relativa fattura mensile, e il pagamento del saldo avverrà in quattro tranche come segue: entro il 31 agosto per le fatture del primo trimestre; entro il 30 novembre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 28 febbraio 2013 per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 31 maggio 2013 per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte della sottoscritta struttura privata delle note credito richieste dalla ASL, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria eventualmente necessaria per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4.
3. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della sottoscritta struttura privata, fermo restando che tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese in corso d'anno non potrà essere liquidato alle scadenze periodiche stabilite nel comma precedente, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione.
4. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.

Art. 8

(efficacia del contratto)

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2012 in esecuzione del Decreto n. ……. 2012 del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro.
2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 9

(norme finali)

1. Per ogni controversia riguardo l'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.
2. Per qualsiasi controversia tra la sottoscritta struttura privata e la ASL e/o la Regione, anche non inerente al presente contratto, è espressamente escluso il ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il citato Decreto n…… 2012 del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal Disavanzo Sanitario.

.....li..... , / 2012

Timbro e firma della ASL
Il Commissario Straordinario /
Il Direttore Generale

_____

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

_____

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

Contratto tra . ……..…….....……
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 rappresentate legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni / si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di ……..;
c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27.12.1956, n. 1423, e che non sussistono le cause ostative previste all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006;
d) di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;

E

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

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione **ex art. 44,** come definite, rispettivamente, nell'allegato n. 3 alla DGRC n. 1269 del 16.7.09), da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2012 redatto in conformità al Decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro n° ……..2012.

PREMESSO

- che con delibere n. 1268 del 24 luglio 2008 e n. 1269 del 16 luglio 2009 (modificata dal decreto n. 3 del 30.9.09 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro) la Giunta Regionale ha aggiornato la programmazione recata dalla DGRC n. 517/07 ed i correlati limiti di spesa, stabilendo diverse modifiche, integrazioni e miglioramenti alla normativa precedente, anche per adeguarla al nuovo assetto territoriale delle ASL campane conseguente alla L.R. 16/08;
- che con Decreto n° ……. 2012 il Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie di assistenza riabilitativa ex **art. 44**, erogate nel corso del 2012, ed ha emanato anche i relativi schemi contrattuali, cui si uniforma il presente contratto;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

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

Art. 2

(oggetto)

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex **art**. **44**, come definite, rispettivamente, nell'allegato, n 3 alla DGRC n. 1269 del 16.7.09) da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2012, da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa. Pertanto, la disciplina recata dal presente contratto fissa limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie di assistenza riabilitativa **ex art. 44**, da erogarsi nel corso dell'anno 2012.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il volume massimo di prestazioni che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2012 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2012, è determinato in N. …….. prestazioni

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa e, quindi, il fatturato, per il periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2012 per il volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato come segue:
   a) per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari di riabilitazione ex art. 44: Euro…….
2. Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare almeno in parte la continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate, il consumo massimo del tetto annuale è fissato al 95% al 30 novembre 2012; pertanto, nulla spetterà alla sottoscritta struttura, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto limite.
3. La sottoscritta struttura potrà recuperare nei mesi successivi il volume non richiesto in un dato periodo dagli aventi diritto alle prestazioni sanitarie, rispetto alle percentuali massime fissate per quel medesimo periodo al comma precedente: si precisa, comunque, che nulla spetterà né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per il caso in cui detto volume non sia stato recuperato entro il termine di durata del presente contratto.
4. La sottoscritta struttura privata e la sottoscritta ASL valuteranno secondo buona fede la possibilità di gestire la ricorrenza di eventi straordinari che richiedano, fermo restando il limite massimo di spesa e di fatturato stabilito al comma 1 del presente articolo, una variazione delle percentuali di cui al precedente comma 3, da sottoporre all'approvazione della Regione.
5. Gli importi di cui al comma 1, divisi per il corrispondente volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 1, definiscono il valore medio della prestazione per la macroarea / tipologia di prestazioni.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle vigenti tariffe regionali - fatti salvi

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

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

eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4. Come stabilito dal decreto commissariale n° ……. 2012, per le strutture interessate dalle riconversioni parziali o totali in strutture socio sanitarie al momento della riconversione la residua quota di dodicesimi del tetto di spesa annuo sarà riservata alle prestazioni riconvertite.

2. 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 sforamento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale o del Commissario ad acta, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
3. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC n. 6757/96, 377/98, 1270 e 1272/2003, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6

(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto da n. …..membri di cui n. **…..** designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n…… membri nominati dalla ASL.
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
   a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
   b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
4. Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura privata si impegna a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 15 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

Art. 7

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari al 90% del fatturato mensile. Ai sensi del decreto commissariale

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

n. 47 del 20 giugno 2011, limitatamente alle prestazioni rese nell'esercizio corrente, l'acconto potrà essere non inferiore al 70% del fatturato mensile.

2. Ai sensi del decreto commissariale n. 47 del 20 giugno 2011, limitatamente alle prestazioni rese nell'esercizio corrente, il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro la fine del quinto mese successivo a quello in cui sono state rese le prestazioni, previa emissione della relativa fattura mensile, e il pagamento del saldo avverrà in quattro tranche come segue: entro il 31 agosto per le fatture del primo trimestre; entro il 30 novembre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 28 febbraio 2013 per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 31 maggio 2013 per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte della sottoscritta struttura privata delle note credito richieste dalla ASL, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria eventualmente necessaria per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4.
3. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della sottoscritta struttura privata, fermo restando che tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese in corso d'anno non potrà essere liquidato alle scadenze periodiche stabilite nel comma precedente, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione.
4. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.

Art. 8

(efficacia del contratto)

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2012 in esecuzione del Decreto n. 2012 del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro.
2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 9

(norme finali)

1. Per ogni controversia riguardo l'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.
2. Per qualsiasi controversia tra la sottoscritta struttura privata e la ASL e/o la Regione, anche non inerente al presente contratto, è espressamente escluso il ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il citato Decreto n. … 2012 del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal Disavanzo Sanitario.

.....li..... , / 2012

Timbro e firma della ASL
Il Commissario Straordinario /
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

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

Contratto tra . ……..…….....……
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 rappresentate legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni / si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di ……..;
c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27.12.1956, n. 1423, e che non sussistono le cause ostative previste all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006;
d) di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;

E

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

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della salute mentale e socio-sanitaria**,** come definite, rispettivamente, nell'allegato n. **5** alla DGRC n. 1269 del 16.7.09), da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2012 redatto in conformità al Decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro n° ……..2012. Il presente contratto si applica, per quanto compatibile, anche alle strutture socio sanitarie per anziani, disabili e demenze che abbiano presentato istanza e che sono, quindi, in attesa dell'accreditamento istituzionale, già in possesso dell'autorizzazione all'esercizio quali **RSA** e/o Centro Diurno ai sensi della DGRC n. 7301/2001, nei limiti del tetto di spesa socio sanitario, e che non abbiano già stipulato per il 2012 un contratto con la ASL per la fornitura del servizio.

PREMESSO

- che con delibere n. 1268 del 24 luglio 2008 e n. 1269 del 16 luglio 2009 (modificata dal decreto n. 3 del 30.9.09 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro) la Giunta Regionale ha aggiornato la programmazione recata dalla DGRC n. 517/07 ed i correlati limiti di spesa, stabilendo diverse modifiche, integrazioni e miglioramenti alla normativa precedente, anche per adeguarla al nuovo assetto territoriale delle ASL campane conseguente alla L.R. 16/08;
- che con Decreto n° ……. 2012 il Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni

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

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

sanitarie di assistenza salute mentale e socio-sanitaria, erogate nel corso del 2012, 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)

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni afferenti alla macroarea della salute mentale e socio-sanitaria, come definite, rispettivamente, nell'allegato, n **5** alla DGRC n. 1269 del 16.7.09) da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2012, da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa. Pertanto, la disciplina recata dal presente contratto fissa limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie di assistenza salute mentale e socio-sanitaria, da erogarsi nel corso dell'anno 2012,.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il volume massimo di prestazioni che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2012 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2012, è determinato in N. ……..prestazioni

Resta inteso che il mix di prestazioni potrà essere diverso, purché siano rispettati i limiti di spesa fissati nel successivo art. 5 e purché l'erogazione delle prestazioni avvenga in corso d'anno nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2012.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa e, quindi, il fatturato, per il periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2012 per il volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato in Euro…….. (al lordo della quota di compartecipazione dell'utente / Comune);
2. Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare almeno in parte la continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate, il consumo massimo del tetto annuale è fissato al 95% al 30 novembre 2012; pertanto, nulla spetterà alla sottoscritta struttura, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto limite.
3. La sottoscritta struttura potrà recuperare nei mesi successivi il volume non richiesto in un dato periodo dagli aventi diritto alle prestazioni sanitarie, rispetto alle percentuali massime fissate per quel medesimo periodo al comma precedente: si precisa, comunque, che nulla spetterà né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per il caso in cui detto volume non sia stato recuperato entro il termine di durata del presente contratto.

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

4. La sottoscritta struttura privata e la sottoscritta ASL valuteranno secondo buona fede la possibilità di gestire la ricorrenza di eventi straordinari che richiedano, fermo restando il limite massimo di spesa e di fatturato stabilito al comma 1 del presente articolo, una variazione delle percentuali di cui al precedente comma 3, da sottoporre all'approvazione della Regione.
5. Gli importi di cui al comma 1, divisi per il corrispondente volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 1, definiscono il valore medio della prestazione per la macroarea / tipologia di prestazioni..

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle vigenti tariffe regionali - fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati dalla Regione. Per le prestazioni rese dal 1° maggio 2012, ai sensi della normativa vigente, la sottoscritta struttura priva ha l'obbligo di fatturare alla ASL esclusivamente la quota delle tariffe dovuta per la componente sanitaria, e all'utente / Comune la quota delle tariffe per la componente sociale, secondo le percentuali riportate al punto n. 1 del dispositivo del decreto commissariale n. 77 dell'11 novembre 2011. Come stabilito dal decreto commissariale n° ……. 2012, per le strutture interessate dalle riconversioni parziali o totali in strutture socio sanitarie al momento della riconversione la residua quota di dodicesimi del tetto di spesa annuo sarà riservata alle prestazioni riconvertite.
2. 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 sforamento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale o del Commissario ad acta, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
3. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC n. 6757/96, 377/98, 1270 e 1272/2003, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6

(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto da n….. membri di cui n. **….**designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. …membri nominati dalla ASL.
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.

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

3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
   a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
   b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
4. Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura privata si impegna a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 15 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

Art. 7

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari al 90% del fatturato mensile. Ai sensi del decreto commissariale n. 47 del 20 giugno 2011, limitatamente alle prestazioni rese nell'esercizio corrente, l'acconto potrà essere non inferiore al 70% del fatturato mensile.
2. Ai sensi del decreto commissariale n. 47 del 20 giugno 2011, limitatamente alle prestazioni rese nell'esercizio corrente, il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro la fine del quinto mese successivo a quello in cui sono state rese le prestazioni, previa emissione della relativa fattura mensile, e il pagamento del saldo avverrà in quattro tranche come segue: entro il 31 agosto per le fatture del primo trimestre; entro il 30 novembre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 28 febbraio 2013 per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 31 maggio 2013 per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte della sottoscritta struttura privata delle note credito richieste dalla ASL, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria eventualmente necessaria per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4.
3. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della sottoscritta struttura privata, fermo restando che tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese in corso d'anno non potrà essere liquidato alle scadenze periodiche stabilite nel comma precedente, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione.
4. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.

Art. 8

(efficacia del contratto)

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2012 in esecuzione del Decreto n. 2012 del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro.

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

2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 9

(norme finali)

1. Per ogni controversia riguardo l'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.
2. Per qualsiasi controversia tra la sottoscritta struttura privata e la ASL e/o la Regione, anche non inerente al presente contratto, è espressamente escluso il ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il citato Decreto n. …… 2011 del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal Disavanzo Sanitario.

.....li,..... / 2012

Timbro e firma della ASL
Il Commissario Straordinario /
Il Direttore Generale

_____

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

_____

Regione Campania
L.R. 18.11.1996 n. 25
D.P.G.R.C. 238/09

Analisi e Monitoraggio

Prot. n. 1502 del 14 maggio 2012

Al Subcommissario ad Acta per il Piano di rientro

Al Coordinatore AGC 19
Piano Sanitario Regionale e Rapporti
Con gli organi istituzionali delle AASSLL
e delle AA.OO.

Al Coordinatore AGC 20
Assistenza Sanitaria

Al Responsabile del Settore Interventi a favore di Fasce
Sociosanitarie particolarmente deboli

Oggetto : Problematiche relative alla codifica delle prestazioni socio sanitarie soggette alla compartecipazione

La circolare n. 1839 del 14.03.2012 del Subcommissario ad Acta ha stabilito che a far data dal 1° maggio 2012, le strutture che erogano prestazioni sociosanitarie soggette alla compartecipazione di cui all'allegato 1C del D.P.C.M. del 29.11.2001 e all'allegato C del DCA 6/2010, devono fatturare alla ASL territorialmente competente, esclusivamente la tariffa dovuta per la componente sanitaria, e al Comune la restante quota della tariffa dovuta per la "componente sociale" e esclusivamente per quei soggetti per i quali la norma regionale lo prevede.

Ai fini di rendere univoca l'applicazione della compartecipazione da parte delle strutture erogatrici e delle Aziende Sanitarie Locali si propone la seguente tabella che riepiloga codici, tariffe e percentuali ed importi delle compartecipazioni delle prestazioni socio sanitarie in oggetto.

Si descrivono infine i campi che le aziende devono compilare per registrare le nuove informazioni sul file H2 che, comunque, non apportano modifiche all'architettura e alle regole del tracciato record dettate dalla DGRC 1200/2006.

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

Riepilogo delle prestazioni socio sanitarie soggette a compartecipazione

ASSISTENZA TIPO	CODICE	pre_descrizione	IMPORTO della tariffa	% di compar.ne a carico della ASL	IMPORTO NETTO da fatturare alla ASL	IMPORTO della compar.ne sociale
RSD	001.009	RSA disabili - Alto Livello (per disabili privi di sostegno)	115,06	40	46,02	69,04
RSD	001.010	RSA disabili - Medio Livello (per disabili privi di	92,01	40	36,80	55,21
RSD	001.009	RSA disabili - Alto Livello (per disabili gravi)	115,06	70	80,54	34,52
RSD	001.010	RSA disabili - Medio Livello (per disabili gravi)	92,01	70	64,41	27,60
RSD	001.011	Centro diurno disabili	69,51	70	48,66	20,85
ANZ	004.001	RSA Anziano - Alto Livello	104,70	50	52,35	52,35
ANZ	004.002	RSA Anziano - Medio Livello	90,90	50	45,45	45,45
ANZ	004.003	RSA Anziano - Per demenze	105,09	50	52,54	52,55
ANZ	004.004	Centro diurno Anziani	57,60	50	28,80	28,80
ANZ	004.005	Centro diurno Anziani per demenze	62,55	50	31,27	31,28

Si propone un ulteriore elemento di riflessione.

Il codice di due prestazioni ‘001.009’ e ‘001.010’ è presente due volte al fine di differenziare la quota che paga la Asl e il Comune. Infatti, la quota di compartecipazione del Comune è maggiore se non c’è il sostegno della famiglia. In questo modo però si identificano, con lo stesso codice, due quote diverse di pagamento alla ASL, ciò crea confusione nel momento della rendicontazione, senza per nulla influenzare il totale complessivo del fatturato.

Pertanto una soluzione possibile è introdurre, come nella tabella seguente, i due nuovi codici (evidenziati in grassetto) :

ASSISTENZA TIPO	CODICE	pre_descrizione	IMPORTO della tariffa	% di compar.ne a carico della ASL	IMPORTO NETTO da fatturare alla ASL	Importo della compar.ne sociale
RSD	001.009	RSA disabili - Alto Livello (per disabili privi di sostegno)	115,06	40	46,02	69,04
RSD	001.010	RSA disabili - Medio Livello (per disabili privi di sostegno)	92,01	40	36,80	55,21
RSD	001.011	Centro diurno disabili	69,51	70	48,66	20,85
RSD	**001.012**	**RSA disabili - Alto Livello (per disabili gravi)**	**115,06**	**70**	**80,54**	**34,52**
RSD	**001.013**	**RSA disabili - Medio Livello (per disabili gravi)**	**92,01**	**70**	**64,41**	**27,60**
ANZ	004.001	RSA Anziano - Alto Livello	104,7	50	52,35	52,35
ANZ	004.002	RSA Anziano - Medio Livello	90,9	50	45,45	45,45
ANZ	004.003	RSA Anziano - Per demenze	105,09	50	52,54	52,55
ANZ	004.004	Centro diurno Anziani	57,6	50	28,80	28,80
ANZ	004.005	Centro diurno Anziani per demenze	62,55	50	31,27	31,28

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

I nuovi codici inseriti servono solo a rendere più chiaro l'utilizzo delle varie prestazioni ai vari attori interessati:

Registrazione informatica su file H
Per quanto riguarda la registrazione informatica delle prestazioni suddette si ricorda che il **File H1** non subisce alcuna variazione, mentre il **File H2** dovrà riportare le seguenti informazioni :

Il campo "**Onere della prestazione"** (scheda 47.0 del disciplinare, DISC/12) deve contenere il valore "**8**" che indica "**Compartecipazione alla spesa**";
Il campo " **Posizione compartecipazione**" (scheda 98.0) contiene il valore "**1**" che indica "**compartecipazione corrisposta**";

Il Campo "**Importo della Compartecipazione**" (scheda 98.0) sulle righe da 1 a 98 contiene il valore del prodotto ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario della compartecipazione;
Nella riga 99 si deve riportare l'importo totale della compartecipazione (sommatoria dei valori presenti sulle righe da 1 a 98.
Il campo "**Importo Totale**" (scheda 52.0) sulle righe da 1 a 98 contiene il prodotto ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario della prestazione**.**
Nella riga 99 si deve riportare la somma degli importi totali delle righe precedenti (da 1 a 98) meno la somma delle quota di compartecipazione.

Napoli, 12 giugno 2012

Direttore Analisi e Monitoraggio
Dott. Ernesto Esposito

Direttore Generale
Dott.ssa Lia Bertoli

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

Giunta Regionale della Campania
Il sub Commissario ad Acta
Per l'attuazione del Piano di Rientro Sanitario
Delibera del Consiglio dei Ministri del 03.03.2011

Prot. 1839
Del 14/3/2012

Ai Direttori Generali
Ai Commissari Straordinari
AA.SS.LL. Regione Campania

Alle Associazioni di Categoria

E p. c. All'Assessore alle Politiche sociali
On Ermanno Russo

Al Direttore Generale
ARSAN

LORO SEDI

Oggetto: Circolare esplicativa decreto commissariale n. 77/2001 – Decreto 81/2011 – DGRC 50/2012.

Il decreto commissariale n. 77/2011 pubblicato sul BURC n. 72 del 21 novembre 2011 stabilisce che le prestazioni soggette alla compartecipazione di cui all'allegato 1C del D.P.C.M. del 29.11.2001 e all'allegato C del Decreto Commissariale 6/2010, devono essere fatturate separatamente all'ASL per la quota dovuta per la componente sanitaria e all'utente/Comune la quota dovuta per la componente sociale, secondo le percentuali previste dai L.E.A.

Il successivo decreto Commissariale n. 81/2011 pubblicato sul BURC n. 79 del 27 Dicembre 2011 integra quanto disposto con il decreto commissariale n. 77 del 11/11/2011 e, anche al fine di garantire l'uniformità su tutto il territorio regionale dei livelli essenziali di assistenza e limitatamente alle tipologie delle prestazioni sociosanitarie compartecipate di cui al DPCM 29.11.2001, subordinandone l'esecutività all'adozione, da parte della Giunta Regionale, di un provvedimento che individui la ripartizione finanziaria della quota a carico di enti locali/utenti, sulla scorta della ricognizione da effettuarsi da parte dei competenti Uffici regionali e in ragione dei relativi fondi disponibili..

Il provvedimento previsto dal Decreto Commissariale n. 81/2011 è stato adottato con la DGRC n. 50 del 28.02.2012 (allegata) che stabilisce, tra l'altro, che relativamente alle prestazioni compartecipate erogate dal 1 gennaio 2012, le ASL e gli Ambiti Territoriali Sociali devono stipulare un atto di convenzione, entro 60 gg. dalla data di pubblicazione della citata delibera, che preveda *"...l'individuazione di forme comuni di contabilità e rendicontazione per ciascuna delle prestazioni e degli interventi sociosanitari programmati specificando per le singole istituzioni – comuni associati ed ASL – le rispettive quote di compartecipazione per l'attuazione dei livelli essenziali assistenziali socio-sanitari"*. Tanto anche in ossequio all'art. 47 della Legge Regionale n. 1/2012 (legge

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

Foglio n:.....

Giunta Regionale della Campania

finanziaria regionale 2012) il quale stabilisce che le prestazioni socio-sanitarie soggette alla compartecipazione di cui all'allegato 1C del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, sono erogate previa approvazione di convenzione tra gli ambiti comunali, previsti dalla legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e dalla legge regionale 11/2007 e le aziende sanitarie locali.

Pertanto:

- per effetto del decreto commissariale n. 81/2011, sono sospesi, per il periodo dal 27/12/2011 al 28/2/2012, gli effetti di quanto disposto dal richiamato decreto n. 77/2011 al punto 1 -che, dal 1.1.2012, impone alle strutture che erogano le citate prestazioni di fatturare alle AA.SS.LL. esclusivamente le tariffe dovute per la componente sanitaria; per il suddetto periodo potranno essere adottate le procedure di fatturazione già in uso;
- parimenti, le medesime procedure di fatturazione in uso, potranno essere utilizzate nelle more della sottoscrizione delle convenzioni in esecuzione della DGRC n. 50/2012 e comunque non oltre il 30/4/2012;
- per le prestazioni rese dal 1° maggio 2012 non saranno consentite, nel confronti delle AA.SS.LL., modalità di fatturazione diverse da quelle previste dal punto 1 del decreto commissariale n. 77/2011, avendo la Giunta regionale disciplinato la materia con deliberazione n. 50/2012 in ossequio al disposto dell'art. 47, comma 2, della L.R. n. 1/2012, che fa comunque salve le competenze del Commissario ad Acta per il piano di rientro del settore sanitario.

Il Sub Commissario ad Acta
Dr. Achille Coppola

Il Sub Commissario ad Acta
Dr. Mario Morlacco

Il Coordinatore AGC 20
Dr. Mario Vasco

Il Coordinatore AGC 19
Dr. Albino D'Ascoli

Il Dirigente del Settore Fasce Deboli
Dott.ssa Rosanna Romano

Il Dirigente del Servizio Economico-Finanziario
Dr. Giancarlo Favro Ghidelli

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

Il Sub Commissario ad acta
per l'attuazione del Piano di Rientro Sanitario
(Delibere del Consiglio dei Ministri del 23/04/2010 e del 3/03/2011)

Prot. n. 1658 /C
del 8/3/2012

Alle Associazioni:
- ANFFAS
- ANISAP
- ARIS
- ASPAT
- AIAS
- ANPRIC
- CEARC
- FEDERLAB SBV
- FOAI
- Confindustria Sanità
- CONFAPI
- FRAS

LORO SEDI

Oggetto: Limiti di spesa 2012 per le prestazioni di fisiokinesiterapia, di riabilitazione art. 26 e socio sanitario

Con riferimento alla proposta sottoscritta da codeste Associazioni nell'incontro del 29 febbraio 2012 (di cui si allega copia), riguardante l'accordo regionale per la fornitura di prestazioni per l'anno 2012 nel settore della riabilitazione, si comunica l'accoglimento della stessa con le precisazioni che seguono. Decorsi cinque giorni dalla presente, in mancanza di osservazioni, si provvederà ad adottare il decreto di recepimento dell'accordo.

1) Si confermano per il 2012 i limiti di spesa complessivi e per singola struttura, già attribuiti dai decreti del Commissario ad acta per l'esercizio 2011, con provvedimento da adottarsi entro marzo 2012 e stipula dei conseguenti contratti entro dieci giorni dal provvedimento. Attesa la prevista evoluzione del sistema in conseguenza delle riconversioni e dell'accreditamento definitivo, i volumi prestazionali saranno riconoscibili fino al massimo del 75% del limite di spesa, relativamente al periodo 1° gennaio – 30 settembre 2012, ovvero, nella minore percentuale calcolata su base mensile, qualora le riconversioni intervengano prima di quella data. Entro il 30 settembre le parti si rincontreranno per l'analisi dello stato delle procedure e per condividere eventuali integrazioni all'accordo, ai fini dell'utilizzo dell'ulteriore 25% del Tetto di spesa per le strutture non interessate alle riconversioni resta fermo il tetto annuo.
2) I criteri di riconversione delle strutture in RSA saranno definiti dalla Regione, sentite le Associazioni di Categoria. Nell'ambito di tale attività potranno essere analizzate e definite le eventuali criticità in merito agli attuali requisiti organizzativi e strutturali.
3) Sulla base dei criteri di riconversione, come sopra stabiliti, dovranno essere stipulati gli accordi di riconversione con le singole strutture. In mancanza, la Regione applicherà l'art. 8-quater, comma 8, del Dlgs 502/92 e s.m.i.

ANISAP
Per conferma delle integrazioni a penna
FOAI CONFAPI
ASPAT
Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale
Il Presidente

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

Il Sub Commissario ad acta
per l'attuazione del Piano di Rientro Sanitario
(Delibere del Consiglio dei Ministri del 23/04/2010 e del 3/03/2011)

4) La Regione verificherà entro il 30 settembre 2012 la sussistenza di economie realizzate o realizzabili in funzione delle riconversioni, delle compartecipazioni (di Comuni e/o utenti) e dell'appropriatezza (con particolare riferimento ai decreti 64, 77 e 81 del 2011), ferma restando la prerogativa della Regione di determinare l'eventuale utilizzo di tali economie.

5) Entro il 31 dicembre 2012 dovrà essere approvata la programmazione dei limiti di spesa per l'esercizio 2013.

Il Sub Commissario
Dott. Mario Morlacco

Il Coordinatore AGC 19
Dott. Albino D'Ascoli

Il Coordinatore AGC 20
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente del Settore
Fasce Deboli
Dr.ssa Rosanna Romano

Il Dirigente del S.E.F.
Dr. G.F. Ghidelli

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

PROPOSTA

INCONTRO 29/02/2012

1) Conferma per l'anno 2012 dei Tetti di spesa compl. e struttura anno 2011 ([illegible]) entro il 31 Marzo 2012.

2) Entro il 31 Marzo definizione dei criteri di riconversione delle strutture in RSA attraverso costituzione di Tavolo Tecnico paritario regionale (definizione criteri di organigramma Standard, Tariffe, ecc---), rispettando le linee guida D.G.R.C. 482/04

3) Entro il 30 Giugno stipula degli accordi contrattuali di riconversione con le singole strutture secondo le indicazioni della istituita commissione-

4) Entro il 31 ottobre verifica delle [illegible] economie prodotte a seguito di: a) appropriatezza; b) riconversione; c) compartecipazione-

5) Entro il 31 Dicembre 2012 approvazione decreto sui Tetti di spesa per strutture per l'anno 2013.

NOTA sul punto n. 1:
Con correzione dei Tetti di strutture per difetto o per eccesso laddove erroneamente determinati-

ANISAP
ASPAT — ASPAT Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale Il Presidente
AIAS
FEDERLAB
FOAI
CONFINDUSTRIA
CONFAPI
FRAS
ANFFAS
ARIS
C.E.A.R.C.
ANDBI...
IL SUB COMMISSARIO

COMPOSIZIONE TAVOLO TECNICO

MEMO

ASPAT	POLIZZI PIERPAOLO
CONFINDUSTRIA	SEVERINO GIOVANNI
ANFFAS	CERRACCHIO ANGELO
CONFAPI	BUONINCONTRI GIOVANNI
FOAI	PAGANO GERARDO
ANPRIC	PIZZA BRUNO
FRAS	CAPUTO GERARDO
AIAS	SAETTA CONCETTA
ANISAP	MARINIELLO FERNANDO UMBERTO
FEDERLAB	MANCINO MARIANO
ARIS	TOBIA FORGIONE

ASPAT
Associazione Sanità Privata
Il Presidente