

*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. 66 del 19.06.2012**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 ospedaliera e modifiche concernenti i limiti di spesa 2011 e le tariffe. Precisazioni sulle modalità dei controlli di appropriatezza

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"*;
- 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 attraverso i programmi operativi di cui al citato art. 2, comma 88, della legge n. 191/09;
- che con delibere del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 e del 23 marzo 2012 il Governo ha nominato il dr. Mario Morlacco sub commissario ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di Rientro;
- che 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 fabbisogno, con l'attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

DATO ATTO

- che con delibere n. 1268 del 24 luglio 2008 e n. 1269 del 16 luglio 2009, modificata dal decreto del Presidente Commissario ad Acta n. 3 del 30 settembre 2009, 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;

*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 con decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario n. 65 del 22 ottobre 2010 sono stati aggiornati i limiti di spesa stabiliti dalla DGRC n. 1269/09 per l'assistenza ospedaliera da erogarsi nell'esercizio 2010 da parte delle case di cura private;
- che con decreto del Commissario ad acta n. 23 del 5 aprile 2011 sono stati fissati i limiti di remunerazione per l'assistenza ospedaliera da erogarsi nell'esercizio 2011;
- che il succitato decreto, sebbene adottato in recepimento di un accordo condiviso in data 24 marzo 2011, è stato oggetto di ricorso al giudice amministrativo da parte dell'associazione di categoria e di singole Case di Cura;
- che in data 22 giugno 2011 si è tenuto un incontro fra il Sub Commissario ad Acta e le Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative della macroarea "Assistenza Ospedaliera da privato" nel corso del quale è stato sottoscritto un "Pre accordo integrativo tra Regione Campania ed Ospedalità Privata", sottoposto alla ratifica di apposito decreto del Commissario ad Acta che ha previsto la modifica in euro 582.000.000,00 (da intendersi come tetto di spesa massimo) del budget complessivo di macroarea per il 2011, l'istituzione di un Tavolo Tariffe Regione - Associazioni di Categoria per l'aggiornamento delle tariffe, e la ridefinizione dei singoli tetti di struttura per il 2011 a modifica dei tetti stabiliti nel decreto commissariale n. 23/2011;
- che tale accordo, inoltre, prevedeva di tenere conto dell'aggiornamento delle tariffe che interverrà all'esito dei lavori del suddetto tavolo, della riclassificazione della fasce funzionali, di valorizzare l'alta complessità, le funzioni di emergenza - urgenza ed il ruolo delle strutture che erogano prestazioni di riabilitazione e lungodegenza postacuzie;
- che il medesimo Accordo prevedeva che, "a fronte dell'incremento di budget, le Case di Cura rinunceranno ad ogni contenzioso pendente ed alle relative pretese", ad eccezione dei contenziosi amministrativi sui tetti di spesa 2006, 2007 e 2008;
- che, il citato accordo del 22 giugno è stato recepito ed attuato dal decreto del Commissario ad acta n. 84 del 20 dicembre 2011;
- che con il medesimo decreto del Commissario ad acta n. 84/2011, tenuto conto che il tavolo costituito per la ridefinizione delle tariffe (come risulta dai verbali trasmessi ed agli atti di questo ufficio) non era pervenuto ad un accordo con le associazioni di categoria, la Regione ha ritenuto necessario assolvere, unilateralmente, all'impegno di aggiornamento tariffario, adottando determinazioni incrementative delle tariffe vigenti per le case di cura private;
- che il decreto commissariale n. 84/2011 è stato parimenti oggetto di ricorso alla giustizia amministrativa da parte dell'AIOP – Associazione Italiana Ospedalità Privata e delle singole case di cura e, salvo eccezioni, non sono stati sottoscritti i contratti integrativi allegati allo stesso;

PRESO ATTO

- che il decreto del Commissario ad acta n. 62 del 22 agosto 2011 ha approvato il passaggio alla fascia funzionale superiore, con effetto economico dal 1° gennaio 2010 e fermi restando i limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2010 dal decreto n. 65/2010, e per l'esercizio 2011 dal decreto n. 23/2011, delle case di cura inserite nell'allegato n. 1 "ELENCO DELLE CASE DI CURA RICLASSIFICATE NELLA FASCIA SUPERIORE" al medesimo decreto n. 62/2011;



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 il decreto del Commissario ad acta n. 22 del 22 Marzo 2011, recante *“Approvazione del Piano sanitario regionale ai sensi del punto t) della delibera della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010”*, mira alla riqualificazione dell'assistenza ospedaliera, puntando all'appropriatezza dei ricoveri nella fase di acuzie, riabilitazione e lungodegenza;
- che il decreto del Commissario ad acta n. 49 del 27 settembre 2010 e s.m.i. ha programmato il riassetto della rete ospedaliera regionale prevedendo, a fronte della riduzione di 2.402 posti letto per acuti, un incremento di 953 posti letto per la riabilitazione, la lungodegenza e l'alta specialità riabilitativa; che in attesa della realizzazione di tale incremento, l'attuale carenza di posti letto di riabilitazione e lungodegenza determina lunghe liste d'attesa per tali prestazioni, con conseguente aggravio dei costi nelle UUOO per acuti a causa dell'allungamento inappropriato della degenza e del conseguente prolungamento dei tempi di attesa anche per i PL per acuti, mentre resta elevato il ricorso alla mobilità extraregionale;
- che parallelamente, l'amministrazione regionale ha verificato che il decreto del Commissario ad acta n. 58 del 30 settembre 2010 recante: *“Definizione soglie di ammissibilità dei DRG ad alto rischio di inappropriata per il ricovero in regime di degenza ordinaria e diurna”* contenente criteri per la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni, presentava ambiti di criticità potenzialmente idonei a generare l'inapplicabilità dello stesso e, quindi, ad alimentare ulteriore contenzioso relativamente agli anni 2011 e 2012;

CONSIDERATO

- che in data 10 maggio 2012, dopo una serie di confronti, si è tenuto un incontro conclusivo tra il Sub Commissario ad acta e le Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative delle case di cura private, volto al raggiungimento di un accordo sui limiti di spesa per gli esercizi 2011 e 2012, sulle tariffe, sui criteri di remunerazione e sulla applicazione del citato decreto n. 58 /2010;
- che a seguito di tale incontro si è addivenuti alla sottoscrizione dell'allegato verbale di intesa del 10 maggio 2012 in merito alla disciplina dei seguenti punti:
 - Applicazione decreto commissariale n. 58/2010 per l'anno 2011;
 - Definitiva riformulazione dei tetti di spesa 2011;
 - Rideterminazione delle tariffe a partire dall'anno 2012;
 - Tetti di spesa 2012;
- che l'allegato verbale di intesa è stato sottoposto dal Presidente Regionale dell'AIOP all'approvazione dell'Assemblea delle Case di Cura tenutasi il 15 maggio 2012;
- che il Presidente Regionale dell'AIOP con lettera del 16/5/2012, prot. n. 895 (che si allega), ha comunicato che: *“L'Assemblea delle Case di Cura riunitasi in data 15/05/2012 ha deliberato, a maggioranza, di ratificare il contenuto del verbale Regione – Associazioni di Categoria Assistenza Ospedaliera del 10/05/2012, a condizione che la Regione Campania apporti la seguente modifica relativa al comma 1 del punto d):*
 - *la redistribuzione delle economie di macroarea alle strutture che hanno superato il limite di spesa per l'anno 2011, costituisce solo parzialmente incremento di budget per le stesse strutture per l'anno 2012;*

*Regione Campania**Il Presidente*

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

Tanto al fine di poter riattribuire, per l'anno 2012, alle strutture che non hanno raggiunto il limite di spesa assegnato per l'anno 2011, la quota di capacità produttiva abbattuta per effetto dell'applicazione del DCA 58/2010, così come modificato dal citato verbale. Ferme tutte le altre statuizioni contenute nel verbale del 10/5/2012 e la urgenza di emanare per l'anno 2012 il nuovo provvedimento modificativo del DCA 58/2010, con le modalità stabilite e in tempo utile per la riorganizzazione delle strutture in funzione delle nuove modalità di erogazione delle prestazioni di che trattasi;

- che, successivamente, il Presidente Regionale dell'AIOP con lettera del 23/5/2012, prot. n. 921, ha evidenziato che la parziale modifica delle modalità di attribuzione dei limiti di spesa 2012, contenuta nel citato deliberato dell'Assemblea AIOP del 15/5/12, mira semplicemente a distribuire "... in modo diverso le risorse risparmiate nel 2011 ... il tutto in coerenza con i limiti di spesa 2012 discendenti dai criteri indicati e concordati nel verbale del 10/05/2012", ed ha ribadito che il deliberato assembleare non ha avanzato nessuna richiesta di ulteriori risorse finanziarie, rispetto a quanto già concordato nel citato verbale del 10/05/2012;

PRECISATO

- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna casa di cura privata è subordinata alla sottoscrizione da parte della stessa di specifico contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i. con la ASL nel cui territorio la casa di cura è ubicata;
- che le modifiche tariffarie disciplinate dall'intesa del 10 maggio 2012 e, comunque, eventuali ulteriori modifiche dettate da disposizioni legislative o regolamentari nazionali, approvate in corso d'anno, opereranno sui volumi di prestazioni erogabili, restando invalicabili ed impregiudicati i limiti di spesa stabiliti dal presente decreto;
- che le tariffe previste dall'allegata intesa del 10 maggio 2012 rientrano all'interno delle nuove tariffe massime in corso di approvazione ministeriale;
- che, a fronte della ridefinizione dei singoli tetti di struttura 2011 e 2012 ai sensi del presente decreto, le Associazioni firmatarie dell'allegato verbale di intesa del 10 maggio 2012 devono rinunciare ad ogni contenzioso pendente, ed alle relative pretese, in merito ai tetti di spesa per gli esercizi 2011 e 2012;

DATO ATTO

- che per tutto quanto non precisato e/o modificato dal presente decreto si applicano le disposizioni recate dalle delibere della Giunta Regionale in materia di limiti di spesa dei centri privati con riferimento, in particolare, alle DGRC n. 1268/08 e n. 1269/09 e s.m.i. ed ai decreti del Commissario ad acta n. 34 del 22 giugno 2010, n. 65 del 22 ottobre 2010, n. 23 del 5 aprile 2011 e n. 84 del 20 dicembre 2011;
- che i limiti di spesa assegnati dal presente decreto a ciascuna Casa di Cura hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e

*Regione Campania**Il Presidente*

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

normativi necessari affinché ciascuna Casa di Cura possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo di spesa prefissato dal presente decreto;

RITENUTO

- di dover confermare e dare esecuzione all'allegato verbale di intesa del 10 maggio 2012, come modificato ed integrato dalla sopra citata richiesta dell'Assemblea AIOP del 15 maggio 2012, nei termini che seguono:
 - nell'allegato n. 1 sono esposti per ciascuna casa di cura gli abbattimenti dal fatturato 2011, calcolati dall'ARSAN sui dati del flusso informativo SDO, applicando i criteri stabiliti nel punto a) dell'allegata intesa del 10 maggio 2012;
 - nell'allegato n. 2 è sviluppato ed esposto per ciascuna casa di cura il conteggio provvisorio di rideterminazione del limite di spesa 2011 ai sensi del punto b) dell'allegata intesa del 10 maggio 2012, e sulla base dei dati preconsuntivi di fatturato 2011, degli abbattimenti per soglie di appropriatezza di cui al punto precedente, e dei controlli ordinari sulle SDO comunicati dalle ASL all'ARSAN, con riserva di rideterminazione in riduzione per le strutture insistenti nelle ASL Napoli 1 Centro e Napoli 3 Sud che, allo stato, non hanno ancora provveduto a comunicare gli abbattimenti;
 - nell'allegato n. 3 è sviluppato ed esposto per ciascuna casa di cura il calcolo provvisorio del limite di spesa 2012 ai sensi del punto d) dell'allegata intesa del 10 maggio 2012, come modificata ed integrata dalla sopra citata richiesta dell'Assemblea AIOP del 15 maggio 2012, e sulla base dei dati di cui ai suddetti allegati n. 1 e n. 2 al presente decreto;
- che la ripartizione delle residue economie 2011 ai fini del calcolo del tetto di spesa 2012, in applicazione dei criteri di cui al punto d), comma 2 dell'intesa del 10/5/2012, operata nella colonna i) dell'allegato n. 3, prevede il mantenimento per il 2012 del tetto di spesa 2011 delle case di cura Villa Ortensia e Villa dei Fiori di Mugnano, in considerazione della chiusura temporanea della prima tra gennaio e maggio 2011, e della seconda tra agosto ed ottobre 2011, fatte salve eventuali altre situazioni particolari che potranno essere segnalate dalle ASL e/o dalle case di cura interessate;
- le residue economie 2011, pari allo stato a circa euro 1,7 milioni, vengono accantonate e saranno ripartite con il secondo criterio fissato dal punto d), comma 2 dell'intesa del 10/5/2012: *"adeguare i tetti di spesa delle strutture remunerate a giornate di degenza in misura pari al 50% dell'effetto delle modifiche tariffarie (riabilitazione, neuropsichiatriche) o comunque in una percentuale delle stesse, fino alla concorrenza delle somme disponibili"*, entro il 31 luglio 2012, all'esito del percorso sotto specificato;
- che è necessario dare immediatamente corso, entro dieci giorni dalla notifica del presente decreto, alla stipula dei contratti ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i. tra le ASL e le singole case di cura per l'esercizio corrente, utilizzando a tal fine lo schema contrattuale allegato sub A) e l'importo del limite di spesa 2012 provvisoriamente determinato nell'allegato n. 3 al presente decreto;
- che entro il 31 luglio 2012 dovrà essere completato dalla Regione, dalle ASL e dalle singole case di cura il seguente percorso, necessario per asseverare il limite di spesa per l'esercizio 2011, come rideterminato in applicazione dell'allegata intesa del 10 maggio 2012 e, conseguentemente, per stabilire definitivamente il limite di spesa di ciascuna casa di cura per l'esercizio 2012:

*Regione Campania**Il Presidente*

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

- a) entro il 10 luglio 2012 le ASL devono completare e fornire al Commissario ad acta l'esito di tutti i controlli sul fatturato 2011, ivi compresa l'applicazione degli abbattimenti di cui al punto a) dell'intesa del 10 maggio 2012 e tutti gli altri controlli ordinari di loro competenza, anche in contraddittorio con le case di cura interessate, discutendo l'esito dei controlli nel tavolo tecnico locale ASL – Associazioni di Categoria istituiti ai sensi della DGRC n. 2451/03 e s.m.i.; ai fini del calcolo previsto dal punto b) dell'intesa del 10/5/12, le ASL dovranno fornire anche la quantificazione degli sforamenti dei limiti di spesa 2011 delle strutture ad indirizzo neuropsichiatrico, causati da ricoveri effettuati nell'ultimo bimestre dell'anno ed autorizzati dal DSM della ASL; entro la stessa data, ai fini delle determinazioni successive, le ASL dovranno acquisire da ciascuna casa di cura:
1. in relazione al limite di spesa per l'esercizio 2011, alternativamente:
 - una dichiarazione di piena e totale rinuncia ad ogni contenzioso inerente al tetto di spesa per l'esercizio 2011, purché esso sia rideterminato ai sensi del presente decreto;
 - l'attestazione che la casa di cura non intende rinunciare al contenzioso inerente al tetto di spesa per l'esercizio 2011;
 2. l'accettazione o la non accettazione dell'esito di tutti i controlli sul fatturato 2011, ivi compresa l'applicazione degli abbattimenti di cui al punto a) dell'intesa del 10 maggio 2012 e tutti gli altri controlli della ASL e, quindi, dell'importo definitivo del fatturato liquidabile 2011 al netto dei controlli;
 3. in relazione al tetto di spesa per il 2012: l'accettazione / non accettazione dei criteri stabiliti dal presente decreto per la determinazione del limite di spesa per l'esercizio 2012;
- b) entro il 20 luglio 2012 il Commissario ad acta, sulla base dei dati forniti dalle ASL e della documentazione di cui alla precedente lettera a), e sentite le Associazioni di Categoria, formulerà la versione definitiva degli allegati n. 1, 2 e 3 al presente decreto, accantonando fino all'esito delle contestazioni e/o dei contenziosi, sia a valere sull'esercizio 2011 che a valere sull'esercizio 2012, le somme che potrebbero rendere insussistenti in tutto o in parte le economie da ripartire per gli stessi esercizi; entro la stessa data le Associazioni di Categoria firmatarie dell'intesa del 10 maggio 2012 dovranno produrre al Commissario ad acta copia degli atti di rinuncia presentati al TAR Campania, inerenti ai ricorsi in cui si sono costituite contro i decreti commissariali n. 23/2011 e/o n. 84/2011, con spese compensate;
- c) entro il 31 luglio 2012 le ASL e le singole case di cura dovranno aver sottoscritto le conseguenti modifiche del contratto allegato sub A), per adeguarlo all'esito dei procedimenti di cui alle precedenti lettere a) e b):

CONSIDERATO

- che a seguito della chiusura della casa di cura Venosa e dell'assorbimento di gran parte dell'attività della ex casa di cura Venosa da parte della Casa di Cura Cobellis di Vallo della Lucania (SA), intervenuto tra agosto e dicembre 2011, il Commissario Straordinario della ASL di Salerno, con nota del 25/5/2012, prot. n. 5015, ha chiesto l'adeguamento del tetto di spesa della Casa di Cura Cobellis;

*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, tuttavia, va evidenziato che già con il decreto commissariale n. 84/2011 il tetto di spesa 2011 della Casa di Cura Cobellis è stato incrementato di euro 1.470.344,00= rispetto a quello precedentemente fissato dal decreto commissariale n. 23/2011;
- che, per l'esercizio 2011, l'ulteriore incremento del limite di spesa della Casa di Cura Cobellis, previsto del presente decreto, può intendersi finalizzato a fronte dell'assorbimento dell'attività della ex casa di cura Venosa, intervenuto tra agosto e dicembre 2011;
- che, per l'esercizio 2012, in aggiunta al limite di spesa che sarà determinato all'esito del procedimento sopra delineato per l'applicazione della intesa del 10 maggio 2012, come modificata ed integrata dal deliberato dell'Assemblea AIOP del 15 maggio 2012, il tetto di spesa della Casa di Cura Cobellis può essere elevato ad euro dieci milioni, a condizione che la Casa di Cura Cobellis accetti senza riserve il nuovo tetto di spesa 2011 e 2012, rinunciando a qualsiasi ulteriore pretesa, anche in ordine all'avvenuto assorbimento dell'attività della ex casa di cura Venosa;

CONSIDERATO, altresì,

- che a seguito della sentenza del Consiglio di Stato n. 2755/2005 la Casa di Cura C.G. Ruesch S.p.A. ha ottenuto l'annullamento della revoca del rapporto di convenzionamento preesistente con la ex USL 37 di Napoli;
- che la Casa di Cura C.G. Ruesch S.p.A. con lettera del 23 novembre 2010, assunta al protocollo della Regione con n. 0983424 del 9/12/2010, ha contestato l'assenza della stessa casa di cura nell'elenco delle case di cura per le quali il decreto commissariale n. 65 del 22 ottobre 2010 ha stabilito il limite di spesa per l'esercizio 2010, dichiarando che tale omissione violerebbe la citata sentenza del Consiglio di Stato n. 2755/2005 e determinerebbe danni risarcibili;
- che, successivamente, con lettera del 22 marzo 2011, prot. n. 7/11, la Casa di Cura C.G. Ruesch S.p.A. ha rappresentato di avere in corso importanti lavori di ristrutturazione ed adeguamento alle vigenti normative, con conseguente fermo dell'attività e collocamento del personale in Cassa Integrazione Guadagni;
- che la Casa di Cura C.G. Ruesch S.p.A. ha presentato domanda di Accreditamento Istituzionale Definitivo ai sensi della legge regionale 14 Dicembre 2011, n. 23, per "Attività di Ricovero Ospedaliero a Ciclo Continuativo e/o Diurno" con n° 60 posti letto, e per "Attività Specialistica Ambulatoriale" per le branche di Laboratorio e di Radiodiagnostica;
- che sia, quindi, da prevedere con il presente decreto l'assegnazione di un limite di spesa per l'esercizio 2012 per l'attività di assistenza ospedaliera erogata dalla Casa di Cura C.G. Ruesch S.p.A., quantificabile forfetariamente in euro un milione (per le prestazioni rese dal 1/1/2012 al 31/12/2012), fatti salvi gli ordinari accertamenti, che dovranno essere svolti da parte della ASL competente per territorio, della sussistenza dei requisiti strutturali, tecnici, normativi ed organizzativi necessari per procedere alla stipula del contratto per l'esercizio in corso ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i. (mentre per le prestazioni assistenza specialistica la ASL competente dovrà stipulare con la casa di cura il relativo contratto di branca, previa analogo verifica della sussistenza degli anzidetti requisiti);
- che il limite di spesa 2012 assegnato alla Casa di Cura C.G. Ruesch S.p.A. dal presente decreto potrà essere confermato previa istruttoria che la ASL Napoli 1 Centro dovrà fornire al Commissario ad acta entro il 10 luglio 2012, ed eventualmente ridotto per il 2012 e riadeguato per l'anno 2013;



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 limiti di spesa stabiliti dal presente decreto sono conformi alla programmazione della spesa per assistenza ospedaliera nell'esercizio 2012, definita dal decreto commissariale n. 53 del 9 maggio 2012, che ha approvato i Programmi 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;

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

DECRETA

1. Di approvare il verbale di intesa del 10 maggio 2012 tra il Sub Commissario ad acta e le Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative delle case di cura private, come modificato ed integrato dal deliberato dell'Assemblea AIOP del 15 maggio 2012; atti che si allegano al presente decreto e ne costituiscono parte integrante e sostanziale.
2. Di stabilire che per l'esercizio 2011 le modalità dei controlli e la remunerazione dei ricoveri oltre le soglie di appropriatezza, previsti dal decreto commissariale n. 58/2011, si applicano secondo quanto stabilito al punto a) dell'allegato verbale di intesa del 10 maggio 2012.
3. Di stabilire che dal 1° gennaio 2012 alle case di cura private si applicano le modifiche tariffarie disciplinate dal punto c) dell'intesa del 10 maggio 2012 e che, comunque, eventuali ulteriori modifiche dettate da disposizioni legislative o regolamentari nazionali, approvate in corso d'anno, opereranno sui volumi di prestazioni erogabili, restando invalicabili ed impregiudicati i limiti di spesa stabiliti dal presente decreto.
4. Di dare atto che le tariffe previste dall'intesa del 10 maggio 2012 rientrano all'interno delle nuove tariffe massime in corso di approvazione ministeriale.
5. Di modificare i limiti di spesa per l'esercizio 2011 e di stabilire i limiti di spesa per l'esercizio 2012, applicando i criteri esposti, rispettivamente, nel punto b) e nel punto d) dell'intesa del 10 maggio 2012, come modificata ed integrata dal deliberato dell'Assemblea AIOP del 15 maggio 2012.
6. Di dare atto che:
 - nell'allegato n. 1 sono esposti per ciascuna casa di cura gli abbattimenti dal fatturato 2011, calcolati dall'ARSAN sui dati del flusso informativo SDO, applicando i criteri stabiliti nel punto a) dell'allegata intesa del 10 maggio 2012;
 - nell'allegato n. 2 è sviluppato ed esposto per ciascuna casa di cura il conteggio provvisorio di rideterminazione del limite di spesa 2011 ai sensi del punto b) dell'allegata intesa del 10 maggio 2012, e sulla base dei dati preconsuntivi di fatturato 2011, degli abbattimenti per soglie di appropriatezza di cui al punto precedente, e dei controlli ordinari sulle SDO comunicati dalle ASL all'ARSAN, con riserva di rideterminazione in riduzione per le strutture insistenti nelle ASL Napoli 1 Centro e Napoli 3 Sud che, allo stato, non hanno ancora provveduto a comunicare gli abbattimenti;

*Regione Campania**Il Presidente*

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

- nell'allegato n. 3 è sviluppato ed esposto per ciascuna casa di cura il calcolo provvisorio del limite di spesa 2012 ai sensi del punto d) dell'allegata intesa del 10 maggio 2012, come modificata ed integrata dalla sopra citata richiesta dell'Assemblea AIOP del 15 maggio 2012, e sulla base dei dati di cui ai suddetti allegati n. 1 e n. 2 al presente decreto;
 - la ripartizione delle residue economie 2011 ai fini del calcolo del tetto di spesa 2012, in applicazione dei criteri di cui al punto d), comma 2 dell'intesa del 10/5/2012, operata nella colonna i) dell'allegato n. 3, prevede il mantenimento per il 2012 del tetto di spesa 2011 delle case di cura Villa Ortensia e Villa dei Fiori di Mugnano, in considerazione della chiusura temporanea della prima tra gennaio e maggio 2011, e della seconda tra agosto ed ottobre 2011, fatte salve eventuali altre situazioni particolari che potranno essere segnalate dalle ASL e/o dalle case di cura interessate;
 - le residue economie 2011, pari allo stato a circa euro 1,7 milioni, vengono accantonate e saranno ripartite con il secondo criterio fissato dal punto d), comma 2 dell'intesa del 10/5/2012: *“adeguare i tetti di spesa delle strutture remunerate a giornate di degenza in misura pari al 50% dell'effetto delle modifiche tariffarie (riabilitazione, neuropsichiatriche) o comunque in una percentuale della stesse, fino alla concorrenza delle somme disponibili”*, entro il 31 luglio 2012, all'esito del percorso di cui al successivo punto 8.
7. Di disporre che entro dieci giorni dalla notifica del presente decreto, le case di cura private dovranno stipulare con la propria ASL il contratto per l'esercizio corrente ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i., utilizzando lo schema allegato sub A) e l'importo del limite di spesa 2012 provvisoriamente determinato nell'allegato n. 3 al presente decreto; nello stesso contratto, all'art. 3, comma 3, dovrà essere inserito il valore provvisoriamente rideterminato del limite di spesa 2011, esposto nell'allegato n. 2 al presente decreto.
8. Di stabilire che entro il 31 luglio 2012 dovrà essere completato dalla Regione, dalle ASL e dalle singole case di cura il seguente percorso, necessario per asseverare il limite di spesa per l'esercizio 2011, come rideterminato in applicazione dell'allegata intesa del 10 maggio 2012 e, conseguentemente, per stabilire definitivamente il limite di spesa di ciascuna casa di cura per l'esercizio 2012:
- a) entro il 10 luglio 2012 le ASL devono completare e fornire al Commissario ad acta l'esito di tutti i controlli sul fatturato 2011, ivi compresa l'applicazione degli abbattimenti di cui al punto a) dell'intesa del 10 maggio 2012 e tutti gli altri controlli ordinari di loro competenza, anche in contraddittorio con le case di cura interessate, discutendo l'esito dei controlli nel tavolo tecnico locale ASL – Associazioni di Categoria istituiti ai sensi della DGRC n. 2451/03 e s.m.i.; ai fini del calcolo previsto dal punto b) dell'intesa del 10/5/12, le ASL dovranno fornire anche la quantificazione degli sforamenti dei limiti di spesa 2011 delle strutture ad indirizzo neuropsichiatrico, causati da ricoveri effettuati nell'ultimo bimestre dell'anno ed autorizzati dal DSM della ASL; entro la stessa data, ai fini delle determinazioni successive, le ASL dovranno acquisire da ciascuna casa di cura:
 - 1. in relazione al limite di spesa per l'esercizio 2011, alternativamente:
 - una dichiarazione di piena e totale rinuncia ad ogni contenzioso inerente al tetto di spesa per l'esercizio 2011, purché esso sia rideterminato ai sensi del presente decreto;

*Regione Campania**Il Presidente*

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

- l'attestazione che la casa di cura non intende rinunciare al contenzioso inerente al tetto di spesa per l'esercizio 2011;
 - 2. l'accettazione o la non accettazione dell'esito di tutti i controlli sul fatturato 2011, ivi compresa l'applicazione degli abbattimenti di cui al punto a) dell'intesa del 10 maggio 2012 e tutti gli altri controlli della ASL e, quindi, dell'importo definitivo del fatturato liquidabile 2011 al netto dei controlli;
 - 3. in relazione al tetto di spesa per il 2012: l'accettazione / non accettazione dei criteri stabiliti dal presente decreto per la determinazione del limite di spesa per l'esercizio 2012.
- b) entro il 20 luglio 2012 il Commissario ad acta, sulla base dei dati forniti dalle ASL e della documentazione di cui alla precedente lettera a), e sentite le Associazioni di Categoria, formulerà la versione definitiva degli allegati n. 1, 2 e 3 al presente decreto, accantonando fino all'esito delle contestazioni e/o dei contenziosi, sia a valere sull'esercizio 2011 che a valere sull'esercizio 2012, le somme che potrebbero insussistenti in tutto o in parte le economie da ripartire per gli stessi esercizi; entro la stessa data le Associazioni di Categoria firmatarie dell'intesa del 10 maggio 2012 dovranno produrre al Commissario ad acta copia degli atti di rinuncia presentati al TAR Campania, inerenti ai ricorsi in cui si sono costituite contro i decreti commissariali n. 23/2011 e/o n. 84/2011, con spese compensate;
- c) entro il 31 luglio 2012 le ASL e le singole case di cura dovranno aver sottoscritto le conseguenti modifiche del contratto allegato sub A), per adeguarlo all'esito dei procedimenti di cui alle precedenti lettere a) e b):
9. Di stabilire che gli incrementi del limite di spesa 2011 della Casa di Cura Cobellis, recati dal decreto n. 84/2011 e dal presente decreto devono intendersi finalizzati anche all'assorbimento dell'attività della ex casa di cura Venosa, intervenuto tra agosto e dicembre 2011; mentre, per l'esercizio 2012, in aggiunta al limite di spesa che sarà determinato all'esito del procedimento delineato nel punto precedente, il limite di spesa della Casa di Cura Cobellis può essere elevato ad euro 10.000.000, a condizione che la Casa di Cura Cobellis accetti senza riserve il nuovo tetto di spesa 2011 e 2012, rinunciando a qualsiasi ulteriore pretesa, anche in ordine all'avvenuto assorbimento dell'attività della ex casa di cura Venosa.
10. Di stabilire l'assegnazione di un limite di spesa per l'esercizio 2012 per l'attività di assistenza ospedaliera erogata dalla Casa di Cura C.G. Ruesch S.p.A., quantificabile forfetariamente in euro un milione (per le prestazioni rese dal 1/1/2012 al 31/12/2012), fatti salvi gli ordinari accertamenti, che dovranno essere svolti da parte della ASL competente per territorio, della sussistenza dei requisiti strutturali, tecnici, normativi ed organizzativi necessari per procedere alla stipula del contratto per l'esercizio in corso ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i. (mentre per le prestazioni assistenza specialistica la ASL competente dovrà stipulare con la casa di cura il relativo contratto di branca, previa analogo verifica della sussistenza degli anzidetti requisiti).
11. Di stabilire che il limite di spesa 2012 assegnato alla Casa di Cura C.G. Ruesch S.p.A. dal presente decreto potrà essere confermato previa istruttoria che la ASL Napoli 1 Centro dovrà fornire al Commissario ad acta entro il 10 luglio 2012, ed eventualmente ridotto per il 2012 e riadeguato per l'anno 2013.



Regione Campania

Il Presidente

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

12. Di dare atto che i limiti di spesa stabiliti dal presente decreto sono conformi alla programmazione della spesa per assistenza ospedaliera nell'esercizio 2012, definita dal decreto commissariale n. 53 del 9 maggio 2012, che ha approvato i Programmi 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.
13. 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

Si esprime parere favorevole
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 S.E.F.
Dott. G.F. Ghidelli

Applicazione soglie di appropriatezza LEA per il 2011 ai sensi dell'accordo del 10 maggio 2012

ALLEGATO n. 1

Azienda	Valorizzazione ricoveri 2011 oltre soglie di appropriatezza LEA	Importo DRG Medici "brevi" - DH e ordinari 0/1 g			Importo DRG Medici "ordinari lunghi" - ord > 2gg			Importo DRG Chirurghi "brevi" - DH e ordinari 0/1 g			Importo DRG Chirurghi "ordinari lunghi" - ord > 2gg			Abbattimento DRG LEA come da accordo 10/5/12		
		a	b	c = a - b	a	b	c = a - b	a	b	c = a - b	a	b	c = a - b	a	b	c = a - b
	Casa di Cura	Valore tariffato	Valore ricalcolato	Abbattimento	Valore tariffato	Valore ricalcolato	Abbattimento	Valore tariffato	Valore ricalcolato	Abbattimento	Valore tariffato	Valore ricalcolato	Abbattimento	Totale valore tariffato	Totale valore ricalcolato	Totale abbattimenti
150097	C. di C. Villa Maione - Villaricca	143.657,17	86.985,35	56.671,82	476.839,53	268.511,60	208.327,93	732.887,14	698.084,93	34.802,21	542.913,73	461.835,01	81.078,72	1.896.297,57	1.515.416,89	380.880,68
150101	C. di C. Clinica S. Antimo - Casandrino	252,60	252,60	-	300.784,36	215.710,99	85.073,37							301.036,96	215.963,59	85.073,37
150116	C. di C. Villa dei Fiori - Mugnano	910.392,28	648.117,76	262.274,52	851.295,89	674.168,54	177.127,35	1.990.154,43	1.815.908,84	174.245,59	537.129,32	478.582,88	58.546,44	4.288.971,92	3.616.778,03	672.193,89
A.S.L. NAPOLI 3 Sud																
150082	C. di C. La Madonnina - San Gennaro Vesuviano	7.331,51	6.220,20	1.111,31	322.659,70	257.730,48	64.929,22	985.687,22	906.120,84	79.566,38	348.487,62	311.077,94	37.409,69	1.664.166,05	1.481.149,45	183.016,60
150100	C. di C. NS di Lourdes - Massa Di Somma	108.027,14	79.922,48	28.104,66	631.942,91	381.503,16	250.439,75	3.011.109,54	2.827.179,49	183.930,05	1.132.898,30	1.089.704,38	43.193,92	4.883.977,89	4.378.309,51	505.668,38
150102	C. di C. Santa Maria La Bruna - Torre del Greco	1.224,37	1.154,31	70,06	13.912,82	8.328,11	5.584,71	1.098.129,99	989.229,97	108.900,02	69.360,12	60.303,81	9.056,31	1.182.627,30	1.059.016,20	123.611,10
150105	C. di C. Villa Stabia - Castellammare di Stabia	141.459,71	108.377,04	33.082,67	971.477,71	653.675,07	317.802,64	2.923.168,86	2.682.686,14	240.482,72	1.026.610,31	926.949,73	99.660,58	5.062.716,59	4.371.687,98	691.028,61
150107	C. di C. Villa Elisa - Casamarciano			-			-									
150108	C. di C. Trusso - Ottaviano	1.045.754,05	769.319,99	276.434,06	1.026.675,54	775.613,31	251.062,23	1.731.063,49	1.582.119,62	148.943,87	599.140,26	575.597,33	23.542,94	4.402.633,34	3.702.650,24	699.983,10
150110	C. di C. Maria Rosaria - Pompei	97.639,82	83.102,67	14.537,15	940.456,65	365.403,80	575.052,85	4.215.123,96	3.806.492,98	408.630,98	823.463,45	782.105,23	41.358,22	6.076.683,88	5.037.104,68	1.039.579,20
150113	C. di C. Santa Lucia - San Giuseppe Vesuviano	542.063,28	389.142,56	152.920,72	1.524.489,84	1.302.280,93	222.208,91	2.142.553,31	1.971.333,49	171.219,82	761.747,42	729.229,44	32.517,98	4.970.853,85	4.391.986,42	578.867,43
150114	C. di C. A. Grimaldi - San Giorgio a Cremano	12.408,16	12.190,08	218,08	1.337.249,99	697.256,98	639.993,01	724.889,79	694.273,23	30.616,56	557.719,59	470.538,18	87.181,41	2.632.267,53	1.874.258,48	758.009,05
150115	C. di C. Villa delle Margherite - Torre del Greco	3.122,81	2.304,01	818,80	3.369,71	1.594,18	1.775,53	147.514,35	144.602,96	2.911,39	95.732,69	81.378,89	14.353,80	249.739,56	229.880,04	19.859,52
150117	C. di C. Meluccio - Pomigliano D'Arco	16.743,73	14.746,70	1.997,03	5.554,44	3.164,15	2.390,29	665.495,68	648.772,59	16.723,09	837.827,25	745.078,11	92.749,14	1.525.621,10	1.411.761,55	113.859,55
150121	C. di C. Clinica San Felice - Pomigliano D'Arco	122.659,63	87.095,20	35.564,43	1.218,47	1.218,47	-	1.438.308,11	1.295.259,17	143.048,94	184.448,76	173.626,93	10.821,83	1.746.634,97	1.557.199,76	189.435,21
150192	C. di C. Santa Maria del Pozzo - Somma Vesuviana			-			-									
A.S.L. SALERNO																
150167	C. di C. Villa del Sole - Salerno	237.371,34	176.125,94	61.245,40	1.027.077,65	730.006,92	297.070,73	1.253.561,11	1.198.319,14	55.241,97	201.182,66	176.698,75	24.483,91	2.719.192,76	2.281.150,75	438.042,01
150170	C. di C. Malzoni - Agropoli	765.087,56	506.324,20	258.763,36	1.587.646,14	1.172.833,98	414.812,16	1.596.861,16	1.509.438,66	87.422,50	1.509.883,14	1.419.956,41	89.926,72	5.459.478,00	4.608.553,26	850.924,74
150171	C. di C. La Quiete - Pellezzano			-			-									
150172	Casa di Cura Maria Venosa s.r.l.			-			-									
150173	C. di C. Salus - Battipaglia	509.382,61	426.423,77	82.958,84	2.024.265,64	1.251.289,64	772.976,00	3.815.044,34	3.646.763,32	168.281,02	1.274.470,32	1.091.362,57	183.107,75	7.623.162,91	6.415.839,30	1.207.323,61
150175	C. di C. Campolongo Hospital - Eboli	253.531,23	130.961,25	122.569,98	69.209,61	58.854,28	10.355,33	1.408.230,55	1.267.384,43	140.846,12	539.145,71	530.403,84	8.741,87	2.270.117,10	1.987.603,79	282.513,31
150176	C. di C. Cobellis - Vallo della Lucania	292.281,36	223.265,08	69.016,28	2.874.490,67	1.766.039,22	1.108.451,45	467.561,84	429.332,68	38.229,16	603.817,57	525.573,56	78.244,01	4.238.151,44	2.944.210,54	1.293.940,90
150177	C. di C. Tortorella - Salerno	329.404,07	251.778,55	77.625,52	1.208.338,23	843.406,84	364.931,39	2.930.816,51	2.685.489,87	245.326,64	1.205.624,90	1.104.768,39	100.856,51	5.674.183,71	4.885.443,65	788.740,06
150178	C.d.C. Villa Chiarugi - Nocera Inferiore			-			-									
150420	C. di C. Villa Silvia Montesano - Rocca Piemonte(SA)			-			-									
TOTALE		8.139.462,29	5.965.127,42	2.174.334,87	32.267.151,92	20.830.722,98	11.436.428,94	80.578.216,14	74.581.661,89	5.996.554,25	30.308.121,95	27.982.910,54	2.325.211,41	151.292.952,30	129.360.422,83	21.932.529,48

2: rideterminazione provvisoria del limite di spesa 2011

ASL e Case di Cura	Applicazione accordo 10 maggio 2012 tra la Regione e le Associazioni delle case di cura private	Tetto di spesa 2011 DCA 23/2011 aggiornato da DCA 84/11	Fatturato con tariffa DCA 84/11 - TUTTI i ricoveri	Abbattimento DRG soglie LEA (v. all. 1)	Decurtazioni per Controlli ASL	Fatturato riconoscibile dopo i controlli	sforamenti	sotto utilizzi	Attribuzione 60% economie 2011 a livello ASL	Attribuzione 60% economie 2011 a livello Regione	Tetto di spesa 2011 ricalcolato ex accordo 10/5/2012
		a	b	c	d	e = b-c-d	f = e-a se >0	g = a-e se >0	h	i	j = a+h+i; opp. = e
150116	C. di C. Villa dei Fiori - Mugnano	16.644.000,00	13.380.658,49	672.193,89	62.753,94	12.645.710,66	0,00	3.998.289,34	0,00	0,00	12.645.710,00
	TOTALE ASL NAPOLI 2 NORD	23.399.248,00	21.886.814,53	1.138.147,94	253.464,14	20.495.202,45	1.094.243,79	3.998.289,34	1.094.243,79	0,00	20.495.200,00
A.S.L. NAPOLI 3 Sud											
150082	C. di C. La Madonna - San Gennaro Vesuviano	3.347.981,00	4.346.972,45	183.016,60		4.163.955,85	815.974,85	0,00	81.150,00	39.750,00	3.468.880,00
150100	C. di C. NS di Lourdes - Massa Di Somma	11.383.000,00	13.236.718,30	505.668,38		12.731.049,92	1.348.049,92	0,00	134.060,00	65.670,00	11.582.730,00
150102	C. di C. Santa Maria La Bruna - Torre del Greco	3.068.000,00	3.578.175,92	123.611,10		3.454.564,82	386.564,82	0,00	38.440,00	18.830,00	3.125.270,00
150105	C. di C. Villa Stabia - Castellammare di Stabia	12.570.000,00	14.392.736,48	691.028,61		13.701.707,87	1.131.707,87	0,00	112.550,00	55.130,00	12.737.680,00
150107	C. di C. Villa Elisa - Casamarciano	1.336.000,00	1.388.411,06	0,00		1.388.411,06	52.411,06	0,00	5.210,00	2.550,00	1.343.760,00
150108	C. di C. Trusso - Ottaviano	10.031.508,00	11.965.553,44	699.983,10		11.265.570,34	1.234.062,34	0,00	122.720,00	60.120,00	10.214.350,00
150110	C. di C. Maria Rosaria - Pompei	13.263.000,00	14.240.629,13	1.039.579,20		13.201.049,93	0,00	61.950,07	0,00	0,00	13.201.050,00
150113	C. di C. Santa Lucia - San Giuseppe Vesuviano	20.291.000,00	21.451.184,16	578.867,43		20.872.316,73	581.316,73	0,00	57.810,00	28.320,00	20.377.130,00
150114	C. di C. A. Grimaldi - San Giorgio a Cremano	9.610.904,00	12.653.156,50	758.009,05		11.895.147,45	2.284.243,45	0,00	227.160,00	111.280,00	9.949.340,00
150115	C. di C. Villa delle Margherite - Torre del Greco	1.188.000,00	449.458,12	19.859,52		429.598,60	0,00	758.401,40	0,00	0,00	429.600,00
150117	C. di C. Meluccio - Pomigliano D'Arco	3.671.395,00	3.832.431,67	113.859,55		3.718.572,12	47.177,12	0,00	4.690,00	2.300,00	3.678.390,00
150121	C. di C. Clinica San Felice - Pomigliano D'Arco	2.079.000,00	2.011.191,55	189.435,21		1.821.756,34	0,00	257.243,66	0,00	0,00	1.821.760,00
150192	C. di C. Santa Maria del Pozzo - Somma Vesuviana	8.849.400,00	8.620.668,00	0,00		8.620.668,00	0,00	228.732,00	0,00	0,00	8.620.670,00
	TOTALE ASL NAPOLI 3 SUD	100.689.188,00	112.167.286,78	4.902.917,75	0,00	107.264.369,03	7.881.508,16	1.306.327,13	783.790,00	383.950,00	100.550.610,00
A.S.L. SALERNO											
150167	C. di C. Villa del Sole - Salerno	8.676.098,00	9.508.951,27	438.042,01	38.503,61	9.032.405,65	356.307,65	0,00	92.610,00	14.270,00	8.782.980,00
150170	C. di C. Malzoni - Agropoli	12.471.000,00	12.618.396,87	850.924,74	199.487,68	11.567.984,45	0,00	903.015,55	0,00	0,00	11.567.980,00
150171	C. di C. La Quiete - Pellezzano	5.019.000,00	5.448.577,00	0,00	0,00	5.448.577,00	429.577,00	0,00	111.650,00	17.200,00	5.147.850,00
150172	Casa di Cura Maria Venosa s.r.l.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
150173	C. di C. Salus - Battipaglia	12.867.000,00	14.112.991,38	1.207.323,61	193.591,76	12.712.076,01	0,00	154.923,99	0,00	0,00	12.712.080,00
150175	C. di C. Campolongo Hospital - Eboli	23.900.000,00	25.415.244,37	282.513,31	35.513,45	25.097.217,61	1.197.217,61	0,00	311.160,00	47.930,00	24.259.090,00
150176	C. di C. Cobellis - Vallo della Lucania	9.212.344,00	12.456.308,40	1.293.940,90	1.320.609,07	9.841.758,43	629.414,43	0,00	163.590,00	25.200,00	9.401.130,00
150177	C. di C. Tortorella - Salerno	13.164.000,00	13.839.694,40	788.740,06	83.842,19	12.967.112,15	0,00	196.887,85	0,00	0,00	12.967.110,00
150178	C.d.C. Villa Chiarugi - Nocera Inferiore	7.918.000,00	7.901.145,00	0,00	0,00	7.901.145,00	0,00	16.855,00	0,00	0,00	7.901.150,00
150420	C. di C. Villa Silvia Montesano - Rocca Piemonte(SA)	3.800.000,00	4.123.230,67	0,00	0,00	4.123.230,67	323.230,67	0,00	84.010,00	12.940,00	3.896.950,00
	TOTALE ASL di SALERNO	97.027.442,00	105.424.539,36	4.861.484,63	1.871.547,76	98.691.506,97	2.935.747,36	1.271.682,39	763.020,00	117.540,00	96.636.320,00
ACCANTONAMENTO (1)											
	ASL di AVELLINO	98.122.692,00	102.513.429,52	2.019.544,31	1.488.347,15	99.005.538,06	2.571.619,73	1.688.773,67	1.013.250,00	84.300,00	97.531.460,00
	ASL di BENEVENTO	38.780.746,00	42.894.416,98	2.399.379,53	432.555,57	40.062.481,88	1.652.587,15	370.851,27	222.510,00	77.360,00	38.709.760,00
	ASL di CASERTA	93.882.036,00	106.307.078,05	4.044.036,24	1.806.848,47	100.456.193,34	8.726.866,06	2.152.708,72	1.291.630,00	402.230,00	93.423.180,00
	ASL NAPOLI 1 CENTRO	129.747.880,00	134.465.529,92	2.567.019,08	71.907,50	131.826.603,34	7.941.848,89	5.863.125,55	3.517.870,00	239.330,00	127.641.960,00
	ASL NAPOLI 2 NORD	23.399.248,00	21.886.814,53	1.138.147,94	253.464,14	20.495.202,45	1.094.243,79	3.998.289,34	1.094.243,79	0,00	20.495.200,00
	ASL NAPOLI 3 SUD	100.689.188,00	112.167.286,78	4.902.917,75	0,00	107.264.369,03	7.881.508,16	1.306.327,13	783.790,00	383.950,00	100.550.610,00
	ASL di SALERNO	97.027.442,00	105.424.539,36	4.861.484,63	1.871.547,76	98.691.506,97	2.935.747,36	1.271.682,39	763.020,00	117.540,00	96.636.320,00
	TOTALE ACCANTONATO (1)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	TOTALE REGIONE	581.649.232,00	625.659.095,14	21.932.529,48	5.924.670,59	597.801.895,07	32.804.421,14	16.651.758,07	8.686.313,79	1.304.710,00	574.988.490,00

ASL e Case di Cura	Applicazione accordo 10 maggio 2012 tra la Regione e le Associazioni delle case di cura private	Fatturato 2011 riconoscibile (v. all. 2)	Abbattimento DRG soglie LEA (v. all. 1)	Tetto di spesa 2011 DCA 23/2011 aggiornato da DCA 84/11	sforamenti 2011 senza abbattimento per soglie LEA	sotto utilizzi 2011 (v. all. 2 - col. g)	Attribuzione 60% economie 2011 a livello ASL conforme alla delibera assemblea AIOP 15/5/12	Attribuzione 60% economie 2011 a livello Regione, conforme alla delibera assemblea AIOP 15/5/12	Tetto di spesa 2012 ex accordo 10/5/2012 punto d), comma 1 e delibera AIOP 15/5/12	Utilizzo residue economie 2011 ex accordo 10/5/2012 punto d), comma 2	Tetto di spesa 2012 provvisorio ex accordo 10/5/2012 punto d), e delibera AIOP 15/5/12
		a	b	c	d = a+b-c se >0	e	f	g	h	i	j
A.S.L. NAPOLI 2 Nord											
150097	C. di C. Villa Maione - Villaricca	4.912.927,03	380.880,68	3.885.248,00	1.408.559,71		1.408.559,71	0,00	5.293.810,00		5.293.810,00
150101	C. di C. Clinica S. Antimo - Casandrino	2.936.564,76	85.073,37	2.870.000,00	151.638,13		151.638,13	0,00	3.021.640,00		3.021.640,00
150116	C. di C. Villa dei Fiori - Mugnano	12.645.710,66	672.193,89	16.644.000,00	0,00		0,00	0,00	12.645.710,00	3.998.290,00	16.644.000,00
	TOTALE ASL NAPOLI 2 NORD	20.495.202,45	1.138.147,94	23.399.248,00	1.560.197,84	3.998.289,34	1.560.197,84	0,00	20.961.160,00	3.998.290,00	24.959.450,00
A.S.L. NAPOLI 3 Sud											
150082	C. di C. La Madonna - San Gennaro Vesuviano	4.163.955,85	183.016,60	3.347.981,00	998.991,45		62.570,00	19.400,00	3.429.950,00		3.429.950,00
150100	C. di C. NS di Lourdes - Massa Di Somma	12.731.049,92	505.668,38	11.383.000,00	1.853.718,30		116.110,00	36.010,00	11.535.120,00		11.535.120,00
150102	C. di C. Santa Maria La Bruna - Torre del Greco	3.454.564,82	123.611,10	3.068.000,00	510.175,92		31.960,00	9.910,00	3.109.870,00		3.109.870,00
150105	C. di C. Villa Stabia - Castellammare di Stabia	13.701.707,87	691.028,61	12.570.000,00	1.822.736,48		114.170,00	35.410,00	12.719.580,00		12.719.580,00
150107	C. di C. Villa Elisa - Casamarciano	1.388.411,06	0,00	1.336.000,00	52.411,06		3.280,00	1.020,00	1.340.300,00		1.340.300,00
150108	C. di C. Trusso - Ottaviano	11.265.570,34	699.983,10	10.031.508,00	1.934.045,44		121.140,00	37.570,00	10.190.220,00		10.190.220,00
150110	C. di C. Maria Rosaria - Pompei	13.201.049,93	1.039.579,20	13.263.000,00	977.629,13		61.240,00	18.990,00	13.281.280,00		13.281.280,00
150113	C. di C. Santa Lucia - San Giuseppe Vesuviano	20.872.316,73	578.867,43	20.291.000,00	1.160.184,16		72.670,00	22.540,00	20.386.210,00		20.386.210,00
150114	C. di C. A. Grimaldi - San Giorgio a Cremano	11.895.147,45	758.009,05	9.610.904,00	3.042.252,50		190.560,00	59.090,00	9.860.550,00		9.860.550,00
150115	C. di C. Villa delle Margherite - Torre del Greco	429.598,60	18.959,52	1.188.000,00	0,00		0,00	0,00	429.600,00		429.600,00
150117	C. di C. Meluccio - Pomigliano D'Arco	3.718.572,12	113.859,55	3.671.395,00	161.036,67		10.090,00	3.130,00	3.684.620,00		3.684.620,00
150121	C. di C. Clinica San Felice - Pomigliano D'Arco	1.821.756,34	189.435,21	2.079.000,00	0,00		0,00	0,00	1.821.760,00		1.821.760,00
150192	C. di C. Santa Maria del Pozzo - Somma Vesuviana	8.620.668,00	0,00	8.849.400,00	0,00		0,00	0,00	8.620.670,00		8.620.670,00
	TOTALE ASL NAPOLI 3 SUD	107.264.369,03	4.902.917,75	100.689.188,00	12.513.181,11	1.306.327,13	783.790,00	243.070,00	100.409.730,00	0,00	100.409.730,00
A.S.L. SALERNO											
150167	C. di C. Villa del Sole - Salerno	9.032.405,65	438.042,01	8.676.098,00	794.349,66		91.910,00	14.560,00	8.782.570,00		8.782.570,00
150170	C. di C. Malzoni - Agropoli	11.567.984,45	850.924,74	12.471.000,00	0,00		0,00	0,00	11.567.980,00		11.567.980,00
150171	C. di C. La Quiete - Pellezzano	5.448.577,00	0,00	5.019.000,00	429.577,00		49.700,00	7.870,00	5.076.570,00		5.076.570,00
150172	Casa di Cura Maria Venosa s.r.l.	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00		0,00
150173	C. di C. Salus - Battipaglia	12.712.076,01	1.207.323,61	12.867.000,00	1.052.399,62		121.770,00	19.280,00	12.853.130,00		12.853.130,00
150175	C. di C. Campolongo Hospital - Eboli	25.097.217,61	282.513,31	23.900.000,00	1.479.730,92		171.210,00	27.120,00	24.098.330,00		24.098.330,00
150176	C. di C. Cobellis - Vallo della Lucania	9.841.758,43	1.293.940,90	9.212.344,00	1.923.355,33		222.540,00	35.240,00	9.470.120,00		9.470.120,00
150177	C. di C. Tortorella - Salerno	12.967.112,15	788.740,06	13.164.000,00	591.852,21		68.480,00	10.850,00	13.046.440,00		13.046.440,00
150178	C.d.C. Villa Chiarugi - Nocera Inferiore	7.901.145,00	0,00	7.918.000,00	0,00		0,00	0,00	7.901.150,00		7.901.150,00
150420	C. di C. Villa Silvia Montesano - Rocca Piemonte(SA)	4.123.230,67	0,00	3.800.000,00	323.230,67		37.400,00	5.920,00	3.843.320,00		3.843.320,00
	TOTALE ASL di SALERNO	98.691.506,97	4.861.484,63	97.027.442,00	6.594.495,41	1.271.682,39	763.010,00	120.840,00	96.639.610,00	0,00	96.639.610,00
	ACCANTONAMENTO (1)									1.731.832,00	1.731.832,00
	ASL di AVELLINO	99.005.538,06	2.019.544,31	98.122.692,00	3.868.850,14	1.688.773,67	1.013.270,00	59.180,00	97.506.360,00	0,00	97.506.360,00
	ASL di BENEVENTO	40.062.481,88	2.399.379,53	38.780.746,00	3.724.444,55	370.851,27	222.510,00	72.560,00	38.704.960,00	0,00	38.704.960,00
	ASL di CASERTA	100.456.193,34	4.044.036,24	93.882.036,00	11.739.574,29	2.152.708,72	1.291.630,00	216.520,00	93.237.470,00	930.550,00	94.168.020,00
	ASL NAPOLI 1 CENTRO	131.826.603,34	2.567.019,08	129.747.880,00	9.628.787,75	5.863.125,55	3.517.880,00	126.630,00	127.529.270,00	0,00	127.529.270,00
	ASL NAPOLI 2 NORD	20.495.202,45	1.138.147,94	23.399.248,00	1.560.197,84	3.998.289,34	1.560.197,84	0,00	20.961.160,00	3.998.290,00	24.959.450,00
	ASL NAPOLI 3 SUD	107.264.369,03	4.902.917,75	100.689.188,00	12.513.181,11	1.306.327,13	783.790,00	243.070,00	100.409.730,00	0,00	100.409.730,00
	ASL di SALERNO	98.691.506,97	4.861.484,63	97.027.442,00	6.594.495,41	1.271.682,39	763.010,00	120.840,00	96.639.610,00	0,00	96.639.610,00
	TOTALE ACCANTONATO (1)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.731.832,00	1.731.832,00
	TOTALE REGIONE	597.801.895,07	21.932.529,48	581.649.232,00	49.629.531,09	16.651.758,07	9.152.287,84	838.800,00	574.988.560,00	6.660.672,00	581.649.232,00

(1) Accantonamento delle residue economie di cui al punto d), comma 2, dell'accordo del 10/5/12, da ripartire con successivo provvedimento in attesa dell'assessamento dei conteggi

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

La casa di cura
Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
con sede in (Prov: __ ; CAP: _____) – Via n°
rappresentato/a dal/la sottoscritto/a, CF,
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: Codice Fiscale (se diverso dalla 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 ospedaliera per l'anno 2012, oltre a quanto previsto dall'art. 3, comma 3, in materia di limiti di spesa per l'esercizio 2011.

PREMESSO

- che con decreto commissariale n. ____ del ____ / ____ / 2012 sono stati fissati in via provvisoria i tetti di struttura per l'esercizio 2012 delle Case di cura, ed è stata definita la procedura che sarà applicata per giungere entro il 31 luglio 2012 alla modifica del presente contratto, con l'inserimento del tetto di spesa definitivo per l'esercizio 2012, nonché di quello rideterminato, relativo all'esercizio 2011, di cui al successivo art. 3, comma 3.

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

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

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei limiti di spesa per i volumi di prestazioni di assistenza ospedaliera da erogarsi nell' anno 2012 da parte della sottoscritta Casa di Cura

Art. 3

1. Il limite complessivo totale entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2012 per il volume di prestazioni di assistenza in regime di ricovero ospedaliero erogate dalla sottoscritta Casa di Cura è fissato in € _____, e comprende tutte le prestazioni erogate a qualsiasi tipologia di pazienti: residenti della ASL o di altre ASL regionali, residenti fuori regione, residenti all'estero e STP.
2. La sottoscritta Casa di Cura non potrà erogare nel 2012 un volume di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero che comporti un onere economico a carico della ASL in cui opera maggiore del limite di spesa fissato al comma precedente, fermo restando che la Casa di Cura è soggetta all'osservanza della normativa nazionale e regionale in materia di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri e rispetto delle soglie di appropriatezza.
3. Ai fini della applicazione dell'intesa del 10 maggio 2012, come modificata ed integrata dal deliberato dell'Assemblea AIOP del 15 maggio 2012, di cui al decreto commissariale citato in premessa e, quindi, anche ai fini della determinazione del limite di spesa per l'esercizio 2012 di cui al precedente comma 1, il limite di spesa 2011 per i volumi di prestazioni di assistenza ospedaliera erogati nell'anno 2011 da parte della sottoscritta Casa di Cura è provvisoriamente rideterminato in € _____, e sarà definitivamente stabilito con le procedure stabilite nel citato decreto.

Art. 4

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario - fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 3.
2. Le prestazioni eccedenti il limite di spesa di cui al precedente art. 3 non saranno riconosciute a carico della ASL in cui opera la Casa di Cura e, se fatturate, dovranno essere stornate con apposite note credito di pari importo, fatto salvo quanto previsto al comma 3 dell'art. 3.
3. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni erogabili nel 2012 di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento del limite di spesa fissato nel medesimo art. 3. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sforamento del limite di spesa, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento (decreto del Commissario ad acta o delibera della Giunta Regionale), che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento della regressione tariffaria derivanti dalla applicazione del tetto di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.**Art. 5**

1. La ASL si impegna a convocare sollecitamente il tavolo tecnico con le Associazioni di Categoria, istituito ai sensi della DGRC n. 2451/03 e s.m.i., al fine di monitorare la compiuta e corretta applicazione del presente contratto e l'attuazione di quanto previsto dal verbale di intesa del 10 maggio 2012, come modificato ed integrato dal deliberato dell'Assemblea AIOP del 15 maggio 2012, allegato al sopra citato decreto del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro.

Art. 6

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà entro 90 giorni dall'emissione della fattura mensile alla Casa di Cura un acconto pari al 90% di 1/12 (un dodicesimo) del limite di spesa fissato al comma 1 dell'art. 3, purché tali acconti siano supportati dalla documentazione di una produzione non inferiore all'acconto (diversamente, l'acconto dovrà essere ridotto al 90% dell'importo di produzione documentata).
2. Il diritto al pagamento del suddetto acconto maturerà entro 90 giorni dalla consegna della fatturazione mensile. In subordine al regolare pagamento, entro la stessa scadenza la ASL potrà emettere idonea certificazione del debito, purché autorizzata nell'ambito del Piano dei Pagamenti di cui al decreto commissariale n. 12/2012 e s.m.i.
3. La liquidazione del saldo di tutte le fatture mensili relative alle prestazioni rese nel 2012 dovrà essere effettuata dalla ASL entro il 30 aprile 2013 e, comunque, entro 60 (sessanta) giorni dal completamento della documentazione necessaria per le verifiche ed i controlli, previa comunicazione alla sottoscritta Casa di Cura della determinazione del saldo liquidabile in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, nonché delle eventuali regressioni tariffarie da applicare su base annuale. Entro quindici giorni dal ricevimento di tale comunicazione, la sottoscritta la Casa di Cura si impegna ad emettere nota credito a storno dell'eventuale fatturato eccedente, fermo restando che, all'esito positivo di eventuali contestazioni, potrà emettere nuovamente l'addebito (per la parte non più in contestazione).
4. A fini di regolarità contabile, la liquidazione del conguaglio a saldo è subordinata e sospesa fino al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota di credito di cui al comma precedente.

Art. 7

1. La remunerazione a carico del Servizio sanitario regionale delle prestazioni erogate dalla sottoscritta Casa di Cura è subordinata alla sottoscrizione del presente contratto.
2. Il presente contratto si riferisce all'anno 2012, salvo quanto previsto dall'art. 3, comma 3.
3. Il presente contratto sarà adeguato alle eventuali ulteriori modifiche della normativa regionale in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 8

1. In caso di contenzioso con la sottoscritta casa di cura, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa ad essa assegnato dal presente contratto le somme eventualmente spettanti, fino alla definizione del contenzioso stesso.
2. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto e/o di ogni altro rapporto della sottoscritta casa di cura con il servizio sanitario regionale è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha

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

giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti del presente atto o loro danti causa (convenzioni firmate a suo tempo stipulate con le disciolte Unità Sanitarie Locali e/o con la stessa Regione Campania).

3. La sottoscritta Casa di Cura dichiara espressamente di conoscere il decreto del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal Disavanzo Sanitario citato in premessa.

_____, ____ / ____ / 2012 (Luogo e data)

Timbro e firma della ASL

Timbro e firma del legale rappresentante della
Casa di Cura:

**Il Sub Commissario ad acta**

per l'attuazione del Piano di Rientro Sanitario
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 03.03.2011)

Verbale

Premesso che i contratti di fornitura di prestazioni da parte delle Case di cura esercenti attività di ricovero ospedaliero per l'anno 2011 sono stati sottoscritti a seguito di un percorso avviato con l'accordo del 24 marzo 2011 recepito con DC n.23 del 5.04.2011 nel quale era previsto che la regione provvedesse a :

- 1) istituire presso la struttura commissariale uno specifico tavolo tecnico regionale per la condivisione dei processi di ristrutturazione e riconversione;
- 2) assegnare alle Case di cura i budget di cui all'esercizio 2010, diminuiti del 2%;

A seguito di accordo fra Regione, Aiop e Confindustria del 22.06.2011, poi recepito Con decreto n. 84 del 20.12. 2011, il decreto n. 23 è stato integrato al fine di raccogliere le richieste delle Associazioni di categoria, tenendo conto, altresì, che il tavolo costituito per la ridefinizione delle tariffe (come risulta dai verbali trasmessi ed agli atti di questo ufficio) non era pervenuto ad un Accordo.

La Regione ha ritenuto, pertanto, necessario assolvere, unilateralmente, all'obbligo di aggiornamento tariffario, adottando determinazioni incrementative delle tariffe vigenti.

Detto provvedimento commissariale è stato oggetto di ricorso al Tar da parte dell'AIOP e delle singole case di cura.

Parallelamente, l'amministrazione regionale ha verificato che il decreto n. 58/2010, contenente criteri per la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni, presentava ambiti di criticità potenzialmente idonei a generare l'inapplicabilità dello stesso e quindi ad alimentare ulteriore contenzioso relativamente agli anni 2011 e 2012.

I rappresentanti regionali hanno ripetutamente incontrato le associazioni di categoria delle case di cura private per pervenire ad un definitivo accordo che riguardasse:

- a) Applicazione decreto commissariale 58/2010 per l'anno 2011;
- b) Definitiva riformulazione dei tetti di spesa 2011;
- c) Rideterminazione delle tariffe a partire dall'anno 2012;
- d) Tetti di spesa 2012

Alla luce dei numerosi incontri, le parti convengono su quanto di seguito dettagliato.

a) Applicazione decreto commissariale 58/2010;

Dato atto che nell'attuazione del decreto commissariale 58 si è registrato, sia da parte dei soggetti pubblici che privati, una mancata erogazione delle attività in regime di day service e che tale carenza può anche essere imputata alla necessità di emanare ulteriori chiarimenti e/o provvedimenti in ordine al nuovo regime assistenziale ambulatoriale, al fine di uniformare i comportamenti su tutto l'ambito regionale, si condivide:

**Il Sub Commissario ad acta**

per l'attuazione del Piano di Rientro Sanitario
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 03.03.2011)

Per l'anno 2012 dovrà essere emanato un nuovo provvedimento, modificativo del suddetto decreto. Tali modifiche saranno condivise da una commissione tecnica paritetica Regione – Associazioni di categoria che sin da oggi si stabilisce di costituire con apposito decreto commissariale. Pertanto, per il solo anno 2011, i controlli effettuati dalle aziende sanitarie locali e concernenti le attività di cui al decreto commissariale 58/2010 dovranno tenere conto di quanto di seguito riportato:

- o **RICOVERI EROGATI IN REGIME ORDINARIO:**
 - a) E' vincolante il rispetto delle soglie di appropriatezza così come definite nel decreto 58. La remunerazione dei ricoveri ordinari sopra-soglia è definita nel seguente modo:
 - ai ricoveri ordinari chirurgici sopra soglia è riconosciuto il 75% della tariffa del corrispondente DRG erogato in regime ordinario relativo alla fascia di appartenenza della Casa di Cura;
 - ai ricoveri ordinari medici sopra soglia è riconosciuta la tariffa del DH corrispondente relativo alla fascia di appartenenza della Casa di Cura, limitatamente ad 1 solo accesso nel caso di ricoveri di due notti e 2 accessi nel caso di ricoveri di tre o più notti.
 - b) I ricoveri ordinari sopra-soglia, remunerati quali ricoveri diurni con le modalità innanzi descritte, non devono essere sommati ai ricoveri erogati in regime diurno per il calcolo delle soglie di appropriatezza.
 - o **RICOVERI EROGATI IN REGIME di D H e DS:**
 - a) Per i DRG medici della DGRC del 23/01/2009 n. 102, integralmente richiamata dal decreto commissariale n. 58, è vincolante il rispetto delle soglie di appropriatezza così come definite nello stesso decreto 58, in quanto per tali DRG sono stabilite, in regime di day service, specifiche liste ragionate e modalità di accesso. I ricoveri sopra soglia di tale tipologia vengono derubricati a prestazioni ambulatoriali complesse e remunerati con un importo pari al 50% della tariffa ministeriale del corrispondente day hospital limitatamente ad 1 accesso.
 - b) Ai ricoveri medici sopra soglia non rientranti nel precedente punto a) è riconosciuta la tariffa ambulatoriale massima prevista dal decreto 58; in altri termini, sono remunerati con un importo pari all'80% del corrispondente day hospital limitatamente ad un accesso.
 - c) Ai ricoveri chirurgici sopra soglia è riconosciuto un importo pari al 60% della tariffa del corrispondente DRG della fascia di appartenenza della Casa di Cura
 - d) Per la determinazione della tariffa ambulatoriale massima, di cui ai precedenti punti a) e b), si utilizza quale base di calcolo il valore economico del corrispondente DRG erogato dalle Aziende Ospedaliere in regime diurno, limitatamente ad un solo accesso.
 - L'individuazione dei ricoveri oltre soglia erogati in regime ordinario e diurno è effettuata in base al solo criterio cronologico, in altri termini vengono presi in considerazione gli ultimi ricoveri per data di ammissione.
 - Per l'anno 2011, non sono oggetto di valutazione in sede di controllo le soglie dei DRG 323, 409 e 410 per i quali si provvederà, con idoneo provvedimento condiviso dalla commissione paritetica, a definire specifiche modalità applicative che opereranno a partire dal 2012.
- b) Definitiva riformulazione dei tetti di spesa 2011.

**Il Sub Commissario ad acta**

per l'attuazione del Piano di Rientro Sanitario
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 03.03.2011)

Preso atto della mancata sottoscrizione dell'addendum ai contratti in esecuzione del Decreto commissariale 84/2011 e della cessazione dell'attività di alcune case di cura, qualora a seguito delle verifiche e dei conseguenziali abbattimenti dei volumi di prestazioni comunicati alle stesse case di cura dovesse verificarsi il non raggiungimento del tetto di spesa, quota parte delle complessive economie, fino al massimo del 60% delle stesse, sarà destinato a remunerare, le prestazioni rese dalle altre strutture oltre il tetto di spesa, in misura proporzionale. Sono fatti salvi i ricoveri autorizzati dai Dipartimenti di Salute Mentale effettuati dalle strutture ad indirizzo neuropsichiatrico effettuati nell'ultimo bimestre dell'anno se eccedenti i tetti di spesa.

La riattribuzione avverrà per Azienda sanitaria e successivamente ove residuino ulteriori economie, su base regionale.

c) Rideterminazione delle tariffe a partire dall'anno 2012.

Acuti	fascia	A	90%	tariffa ministeriale	
	fascia	B	78%	" "	
	fascia	C	68%	" "	
DRG Alta specialità			100%	tariffa ministeriale	
Come da decreto 84/2011: Solo per le Case di Cura accreditate per l'alta specialità ai sensi della DGRC n. 7029 del 17 novembre 1995 e limitatamente ai DRG di cui all'allegato A della DGRC n. 6489 del 30.11.2002 e successive modifiche					
Lungodegenza			100%	" "	
Riabilitazione cod. 56			96%	" "	
Riabilitazione cod. 75			100%	" "	MDC 1 (261,84)
CdC Neuropsichiatriche	Fascia A		€ 168	per giornata di degenza	
	Fascia B		€ 145	" "	
	Fascia C		€ 112	" "	

Gli importi risultanti dalle percentuali di cui sopra rappresenteranno, comunque, i valori tariffari per l'anno 2012 anche in caso di variazioni delle tariffe ministeriali.

Nell'ipotesi di interventi, nell'anno 2012, di provvedimenti ministeriali modificativi delle tariffe, i suddetti valori saranno ricontrattati a valere dall'anno 2013.

**Il Sub Commissario ad acta**

per l'attuazione del Piano di Rientro Sanitario
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 03.03.2011)

In ogni caso le variazioni tariffarie non hanno effetti sui tetti di spesa che sono oggetto di separata contrattazione.

d) Tetti di spesa 2012

A seguito di riattribuzione dei volumi come al precedente punto b) vengono fissati i tetti per l'anno 2012 nella misura di:

- volumi riconosciuti per il 2011 se inferiori al tetto di spesa, salvo giustificati motivi certificati dalle ASL che ne impediscano l'attribuzione;
- volumi comprensivi della riattribuzione proporzionale per le strutture che hanno superato il tetto

La Regione si riserva l'utilizzo delle residue economie del 2011, eventualmente integrate con ulteriori fondi finalizzati a:

- coprire l'onere per la rideterminazione dei volumi delle strutture che hanno sospeso temporaneamente l'attività per adeguamento a prescrizioni o per altri giustificati motivi documentati dall'ASL competente.
- adeguare i tetti di spesa delle strutture remunerate a giornate di degenza in misura pari al 50% dell'effetto delle modifiche tariffarie (riabilitazione, neuropsichiatriche) o comunque in una percentuale, fino alla concorrenza delle somme disponibili.

Resta inteso che:

- L'accettazione delle suddette condizioni presuppone la rinuncia giudiziale ad ogni azione legale inerente i limiti di spesa – ed ai sottostanti diritti per gli anni interessati.
- L'ipotesi di accordo dovrà essere comunque ratificata con decreto commissariale.
- Le parti concordano sulla necessità di ridisciplinare, nel corso del 2012, il settore della riabilitazione intensiva di alta specialità.

Di quanto sopra è redatto il presente verbale che viene condiviso e sottoscritto dalle parti.

Napoli 10.05.2012

Il Sub Commissario
Mario Morlano

AIOP

Confindustria Sanità

Confapi



A.I.O.P.

ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA
SEDE REGIONALE DELLA CAMPANIA

A.I.O.P. REGIONE CAMPANIA C.F. 80160180630
Sede in Napoli Tel. 081.248.83.03
Riviera di Chiaia, 108 - C.A.P. 80122 Fax 081.68.10.09
info@aiopecampania.it

Data: 16/5/2012
Prot.: 895
Fax

Al Sub Commissario ad Acta per
l'attuazione del Piano di Rientro
Sanitario della Regione Campania
Dr. Mario Morlacco

- Sede -

e p.c. alle Istituzioni Sanitarie Associate
della Regione Campania

- Loro sedi -

Oggetto: deliberato Assembleare Case di cura AIOP del 15/5/2012.

L'Assemblea delle Case di cura riunitasi in data 15/05/2012, ha deliberato, a maggioranza, di ratificare il contenuto del verbale Regione-Associazioni di Categoria Assistenza Ospedaliera del 10/05/2012, a condizione che la Regione Campania apposti la seguente modifica relativa al comma 1 del punto d):

- la redistribuzione delle economie di macroarea alle strutture che hanno superato il limite di spesa per l'anno 2011, costituisce solo parzialmente incremento di budget per le stesse strutture per l'anno 2012.

Tanto al fine di poter riattribuire, per l'anno 2012, alle strutture che non hanno raggiunto il limite di spesa assegnato per l'anno 2011, la quota di capacità produttiva abbattuta per effetto dell'applicazione del DCA 58/2010, così come modificato dal citato verbale. Ferme tutte le altre statuizioni contenute nel verbale del 10/5/2012 e la urgenza di emanare per l'anno 2012 il nuovo provvedimento modificativo del DCA 58/2010, con le modalità stabilite e in tempo utile per la riorganizzazione delle strutture in funzione delle nuove modalità di erogazione delle prestazioni di che trattasi.

Distinti saluti.

