



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. 85 del 03.08.2012

**Oggetto: Definizione per l'esercizio 2012 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati di assistenza specialistica ambulatoriale – Applicazione dell'art. 15, comma 14, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 - Rettifiche ed integrazioni ai decreti n. 67 e n. 68 del 22 giugno 2012, nonché al decreto n. 76 del 9 luglio 2012
Rif. punto d) delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010**

PREMESSO:

- che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- che l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: *"Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale"*;
- 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 la Prosecuzione del Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso attraverso i programmi operativi di cui al citato art. 2, comma 88, della legge n. 191/09;
- che con 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; successivamente, con delibera del 23 marzo 2012, nel prendere atto delle dimissioni presentate dal dr. Coppola, il Consiglio dei Ministri ha confermato il dr. Morlacco in tutti i compiti di affiancamento del Commissario ad acta;
- 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"*;
- che con decreto commissariale n. 25 del 13 aprile 2010 sono stati adottati i Programmi Operativi di cui al summenzionato art. 2, comma 88, della legge n. 191/2009, successivamente aggiornati con decreti commissariali n. 41 del 14 luglio 2010, n. 45 del 20 giugno 2011 e n. 53 del 9 maggio 2012;
- che con decreti commissariali n. 67 e n. 68 del 22 giugno 2012 sono stati stabiliti, rispettivamente, i limiti di spesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (esclusa dialisi ed FKT) e 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)

riabilitazione (art. 26 e art. 44 L. 833/78) e socio sanitario, ed i relativi schemi contrattuali (nonché, per la specialistica, lo schema di protocollo d'intesa tra ciascuna ASL e le Associazioni di categoria);

- che con decreto commissariale n. 76 del 9 luglio 2012 sono stati stabiliti i limiti di spesa per le prestazioni di dialisi ambulatoriale ed i relativi schemi contrattuali e di protocollo d'intesa tra ciascuna ASL e le Associazioni di categoria;

CONSIDERATO

- che il decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, all'art. 15, comma 14, ha stabilito che *"A tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014. La misura di contenimento della spesa di cui al presente comma è aggiuntiva rispetto alle misure eventualmente già adottate dalle singole regioni e province autonome di Trento e Bolzano e trova applicazione anche in caso di mancata sottoscrizione dei contratti e degli accordi, facendo riferimento, in tale ultimo caso, agli atti di programmazione regionale o delle province autonome di Trento e Bolzano della spesa sanitaria. Il livello di spesa determinatosi per il 2012 a seguito dell'applicazione della misura di contenimento di cui al presente comma costituisce il livello su cui si applicano le misure che le regioni devono adottare, a decorrere dal 2013, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, lettera a), ultimo periodo del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111"*;
- che, pertanto, la norma affida alla programmazione regionale la distribuzione tra le diverse branche e tipologie di prestazioni della *"... riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa ..."*, fermo restando che la ripartizione operata dalla Regione deve essere *"... tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014 ..."*;
- che sia, pertanto, necessario acquisire entro il 5 settembre 2012 da ciascuna ASL una delibera del Direttore Generale che asseveri la spesa consuntiva per l'esercizio 2011, al netto del ticket, dello sconto di legge, nonché al lordo ed al netto della quota ricetta nazionale e regionale, per ciascuna branca della specialistica ambulatoriale, compresa la dialisi e la medicina fisica e riabilitativa, depurata di tutti i controlli, nonché degli abbattimenti per eventuali superamenti delle COM, dei limiti di incremento annuo (cd. *overselling*), delle regressioni tariffarie e/o di ogni altro abbattimento necessario per ricondurre la spesa entro i limiti stabiliti dai provvedimenti regionali;
- che, sulla base dei dati di spesa consuntiva 2011 che saranno asseverati da ogni ASL, tenuto conto di eventuali modifiche del DL 95/2012 in sede di conversione in legge, la Regione provvederà entro il 30 settembre 2012 con successivo provvedimento a declinare l'applicazione tra le diverse branche della specialistica ambulatoriale della norma recata dall'art. 15, comma 14, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95;
- che a tal fine è necessario introdurre una clausola di salvaguardia, prevedendo nei contratti con gli operatori accreditati che i limiti di spesa, assegnati per l'esercizio in corso dai decreti commissariali in oggetto, come integrati dal presente decreto, non dovranno essere esauriti per più del 95% alla



Regione Campania
Il Presidente

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

data del 30 settembre 2012: diversamente, poiché la riduzione dello 0,5% potrà essere distribuita tra le varie branche ed ASL in misura maggiore o minore, potrebbe accadere che in alcuni casi non vi sia spazio per la *riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto*, richiesta dall'art. 15, comma 14, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 (peraltro, per la branca di medicina fisica e riabilitativa è già previsto dai provvedimenti in vigore che il consumo dei volumi e dei correlati limiti di spesa non può superare il 95% entro il 30 novembre dell'anno corrente); nella stessa clausola le ASL dovranno attestare la data prevista di esaurimento dei vigenti limiti di spesa, e la conseguente data prevista di esaurimento del 95% degli stessi limiti;

- che per quanto riguarda l'applicazione della norma recata dal decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, art. 15, comma 14, alla macroarea dell'assistenza ospedaliera acquistata da soggetti privati accreditati, si procede con separato provvedimento;

CONSIDERATO

- che i decreti commissariali del 22 giugno 2012, n. 67 e n. 68, e del 9 luglio 2012, n. 76, avevano stabilito di elevare a cinque mesi i termini di pagamento degli acconti mensili e dei successivi saldi, vigenti nel 2011 in base agli accordi contrattuali stipulati dai centri privati con le rispettive ASL ai sensi dei decreti commissariali del 31 gennaio 2011, n. 7 (dialisi), e del 5 aprile 2011, n. 24 (specialistica escluso FKT e dialisi) e 25 (riabilitazione, compresa FKT, e socio sanitario);
- che tale maggiore dilazione era stata prevista negli accordi raggiunti dalla struttura commissariale con le Associazioni di Categoria il 16 maggio 2011, approvati dal decreto commissariale n. 47/2011;
- che, in seguito alla emanazione dei suddetti decreti n. 67, 68 e 76/2012, quasi tutte le Associazioni di Categoria della specialistica ambulatoriale e della macroarea della riabilitazione (art. 26 e art. 44 della L. 833/78) e socio sanitario hanno lamentato l'insostenibilità finanziaria della maggiore dilazione di pagamento, ritenendo, peraltro, che i citati accordi del 16 maggio 2011 erano da considerarsi limitati alla specifica situazione determinatasi in quel periodo, essendo finalizzati a sbloccare la sottoscrizione dei contratti per l'esercizio 2011 attraverso la rimozione della precedente grande incertezza nei tempi dei pagamenti correnti; in tal senso si sono espresse molte Associazioni di categoria, sia nella riunione tenutasi il 10 luglio 2012 presso la Regione con la partecipazione delle Associazioni: AIAS, ANISAP, ANPRIC, ARIS, ASPAT, CONFAPI, Confindustria, FEDERLAB SBV, FRAS, Coordinamento ONLUS, AGIDAE, ANFFAS e FOAI, sia nei seguenti documenti, agli atti della struttura commissariale:
 - nota ANPRIC del 28/6/12, rif. n. 16/2012;
 - nota CONFAPI del 30/6/12, rif. n. 31-12/SP/ff;
 - nota ASPAT del 2/7/12, rif. 221/AP;
 - documento congiunto Confindustria Sanità e AIAS ONLUS del 3/7/12;
 - documento congiunto del 6/7/12: ANFFAS, ANISAP, ANPRIC, ARIS, ASPAT, CONFAPI, FOAI;
 - nota ARCADE del 16/7/12;
- che diverse Associazioni si sono dichiarate disponibili a valutare un percorso di allineamento della tempistica dei pagamenti tra le varie categorie, purché i tempi convenuti siano poi effettivamente rispettati da tutte le ASL e non si verifichino, quindi, gli attuali ritardi, ben superiori a cinque mesi, che si registrano in alcune ASL;



Regione Campania
Il Presidente

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

RITENUTO

- che sia opportuno che la tempistica dei pagamenti correnti sia regolata attraverso appositi accordi quadro, che tengano conto anche della situazione dei crediti pregressi, secondo le linee guida del Piano dei Pagamenti in corso ai sensi del decreto commissariale n. 12 del 21 febbraio 2011 e s.m.i., nonché della possibilità di avviare percorsi di centralizzazione dei pagamenti a fronte di specifici accordi di dilazione;
- che, pertanto, in attesa di una più complessiva definizione dei termini e delle modalità di pagamento, da operarsi nei prossimi mesi, si possano confermare per l'esercizio corrente i termini di pagamento stabiliti per le diverse categorie nei contratti dell'anno scorso;
- che a tal fine, nonché per introdurre la sopra accennata clausola di salvaguardia ai fini della applicazione entro il 30 settembre 2012 della norma di cui all'art. 15, comma 14, del DL 95/2012, gli schemi dei protocolli d'intesa con le associazioni di categoria e dei contratti con le singole strutture private, allegati ai citati decreti commissariali del 22 giugno 2012, n. 67 e n. 68, e del 9 luglio 2012, n. 76, sono sostituiti dagli analoghi schemi allegati al presente decreto:
 - Allegato n. 1: sostituisce l'allegato A\1 al decreto n. 67/2012 (schema di protocollo d'intesa);
 - Allegato n. 2: sostituisce l'allegato A\2 al decreto n. 67/2012 (schema di contratto);
 - Allegato n. 3: sostituisce l'allegato A\1 al decreto n. 68/2012 (schema di contratto);
 - Allegato n. 4: sostituisce l'allegato A\2 al decreto n. 68/2012 (schema di contratto);
 - Allegato n. 5: sostituisce l'allegato A\3 al decreto n. 68/2012 (schema di contratto);
 - Allegato n. 6: sostituisce l'allegato A\1 al decreto n. 76/2012 (schema di protocollo d'intesa);
 - Allegato n. 7: sostituisce l'allegato A\2 al decreto n. 76/2012 (schema di contratto);
- che le ASL competenti per territorio dovranno immediatamente notificare il presente decreto alle Associazioni di categoria ed alle singole strutture private;
- che la stipula dei protocolli d'intesa e dei contratti con le singole strutture private dovrà essere completata entro il 10 agosto 2012;

CONSIDERATO

- che la ASL di Salerno con note del Commissario Straordinario del 18 luglio 2012, prot. n. 7125, e del 25 luglio 2012, prot. n. 7407, nonché con comunicazione del Referente Aziendale per i tetti di spesa del 24 luglio 2012, ha rappresentato l'esigenza di adeguare i volumi programmati di prestazioni sanitarie acquistate da operatori privati accreditati, ed i correlati limiti di spesa assegnati dal decreto commissariale n. 67/2012, relativamente alle branche di medicina nucleare e di radioterapia, tenendo conto della parallela riduzione del costo delle prestazioni sanitarie afferenti a dette branche ed erogate in precedenza tramite rapporti convenzionali non più rinnovati e/o annullati in seguito alla sentenza del Consiglio di Stato n. 3547/2012;
- che, pertanto, in base ai dati comunicati dalla ASL si può aumentare *ratione temporis* il limite di spesa assegnato alla ASL di Salerno dal decreto commissariale n. 67/2012 come segue:
 - branca di medicina nucleare: incremento dei volumi di prestazioni e dei correlati limite di spesa per euro 1.000.000,00=;



Regione Campania

Il Presidente

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

- branca di radioterapia: considerato il fabbisogno di tali prestazioni già manifestatosi nei primi sei mesi dell'anno in corso: incremento dei volumi di prestazioni e dei correlati limite di spesa per euro 900.000,00=;

RIBADITO

- 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 competente per territorio 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 dei limiti massimi di spesa prefissati dal presente decreto;
- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto, secondo gli schemi allegati al presente decreto;

DATO ATTO

- che per quanto non modificato dal presente decreto rimane fermo tutto quanto stabilito dai citati decreti del 22 giugno 2012, n. 67 e n. 68, e del 9 luglio 2012, n. 76;

CONSIDERATO

- che Il decreto commissariale n° 37 del 6 luglio 2010, con riferimento alle prestazioni di assistenza riabilitativa a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali (cd. art. 26 della L. 833/78), 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 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 Caserta con lettera del Direttore Generale del 3/7/12, prot. n. 18666, ha chiesto al Sub Commissario ad acta se le deroghe al divieto di erogare prestazioni domiciliari in numero maggiore di quelle ambulatoriali, già concesse per gli esercizi 2010 e 2011 ad alcuni centri operanti in tale ASL dal decreto n. 86 del 20 dicembre 2011, siano da intendersi confermate anche per l'esercizio 2012;
- che a tale riguardo debba, innanzitutto, precisarsi che il citato decreto n. 86/2011 ha concesso le deroghe cui fa riferimento la nota della ASL di Caserta a condizione che la ASL applichi il seguente percorso (comune a tutte le ASL per quanto riguarda i centri privati già autorizzati alla deroga dal precedente decreto n. 74/2010):

- 1) Trasmissione alla Regione, entro il 31 marzo 2012, di *"... una relazione che certifichi:*

*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) *il permanere delle particolari condizioni logistiche e/o caratteristiche dell'utenza, poste a base della approvazione della deroga;*
 - b) *di aver effettuato adeguati controlli, anche ispettivi, per verificare la regolarità della maggiore erogazione di terapie domiciliari e la conformità delle prescrizioni rispetto ai criteri stabiliti al punto 5.2 delle Linee Guida per la riabilitazione emanate con delibera della Giunta Regionale n. 482 del 25 marzo 2004, dando contezza dei controlli effettuati e dei risultati degli stessi (ovviamente, se dovessero emergere irregolarità, la ASL dovrà relazionare alla Regione sulle conseguenti azioni)".*
- 2) *"Per l'esercizio 2012 e successivi, entro il 31 dicembre dell'anno precedente (e, quindi, per l'esercizio 2012 entro il 31 dicembre prossimo), ciascuna ASL dovrà chiedere alla Regione la conferma o meno della deroga, e l'eventuale estensione ad altri centri privati".*
 - 3) *"In ogni caso, ciascuna richiesta dovrà essere motivata per singoli centri, in considerazione di particolari caratteristiche del loro bacino di utenza (da specificare dettagliatamente), e previa asseverazione da parte della ASL che per tali centri è stato verificato che il maggiore ricorso alla prescrizione delle terapie domiciliari è conforme ai criteri stabiliti al punto 5.2 delle Linee Guida per la riabilitazione emanate con DGRC n. 482/2004".*
 - 4) *"Successivamente, entro il 30 settembre 2012, per l'esercizio 2012, ed entro il 30 settembre di ogni anno successivo, per gli anni successivi, la ASL competente dovrà inviare alla Regione una relazione che certifichi le condizioni sub a) e sub b) del presente paragrafo".*
- che, pertanto, la ASL di Caserta, nonché tutte le ASL, sono invitate ad attenersi scrupolosamente alla richiamata procedura, con la seguente semplificazione, da applicarsi dall'esercizio corrente: per i centri che hanno già ottenuto la suddetta deroga per esercizi precedenti, non è necessaria una nuova approvazione regionale, ma è sufficiente una delibera annuale di conferma della deroga, da adottarsi da parte del Direttore Generale della ASL su conforme proposta del responsabile della U.O. aziendale competente, contenente una precisa e documentata relazione in merito ai precedenti punti 1, lettere a) e b), ed al punto 3); la delibera dovrà essere adottata entro il 30/9/2012 per l'esercizio in corso e, per gli esercizi successivi, entro il 31 dicembre dell'anno precedente;
 - che il Commissario Straordinario della ASL di Salerno con nota del 5 luglio 2012, prot. n. 0023, ha richiesto che il centro di riabilitazione neuromotoria CIVITAS S.r.l. con sede in Oliveto Citra (SA), operante in zona interna e montana, con scarsa densità abitativa e popolazione anziana, sia autorizzato alla erogazione di prestazioni di riabilitazione domiciliare ex art 26 Legge 833/78 in numero superiore a quello delle prestazioni ambulatoriali, "... in ragione delle caratteristiche epidemiologiche, sociali e geomorfologiche di quel territorio ...", analizzate nella allegata relazione del Direttore Sanitario del Distretto n. 64 (Eboli / Buccino), prot. n. 12204 del 3/7/12; che, pertanto, con il presente decreto può essere concessa la suddetta deroga richiesta dalla ASL di Salerno, fermo restando il limite complessivo di spesa della struttura interessata;

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.

*Regione Campania**Il Presidente*

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

2. Di stabilire che, ai fini della applicazione dell'art. 15, comma 14 del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, che :
 - a) I Direttori Generali di ciascuna ASL devono assumere e fornire al Commissario ad acta entro il 5 settembre 2012 una propria delibera, che asseveri la spesa consuntiva per l'esercizio 2011, al netto del ticket, dello sconto di legge, nonché al lordo ed al netto della quota ricetta nazionale e regionale, per ciascuna branca della specialistica ambulatoriale, compresa la dialisi e la medicina fisica e riabilitativa, depurata di tutti i controlli, nonché degli abbattimenti per eventuali superamenti delle COM, dei limiti di incremento annuo (cd. *overselling*), delle regressioni tariffarie e/o di ogni altro abbattimento necessario per ricondurre la spesa entro i limiti stabiliti dai provvedimenti regionali;
 - b) sulla base dei dati di spesa consuntiva 2011 asseverati da ogni ASL, tenuto conto di eventuali modifiche del DL 95/2012 in sede di conversione in legge, la Regione provvederà entro il 30 settembre 2012 con successivo provvedimento a declinare l'applicazione tra le diverse branche della specialistica ambulatoriale della norma recata dall'art. 15, comma 14, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95;
 - c) a tal fine è necessario introdurre una clausola di salvaguardia, prevedendo nei contratti con gli operatori accreditati che i limiti di spesa, assegnati per l'esercizio in corso dai decreti commissariali in oggetto, come integrati dal presente decreto, non dovranno essere esauriti per più del 95% alla data del 30 settembre 2012 (ferma restando per la branca di medicina fisica e riabilitativa la limitazione del 95% al 30 novembre 2012 già prevista dai provvedimenti in vigore); nella stessa clausola le ASL dovranno attestare la data prevista di esaurimento dei vigenti limiti di spesa, e la conseguente data prevista di esaurimento del 95% degli stessi limiti;
 - d) per quanto riguarda l'applicazione della norma recata dal decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, art. 15, comma 14, alla macroarea dell'assistenza ospedaliera acquistata da soggetti privati accreditati, si procede con separato provvedimento.
3. Di ripristinare per l'esercizio corrente, in attesa di una più complessiva definizione dei termini e delle modalità di pagamento, da operarsi nei prossimi mesi, i termini di pagamento stabiliti per le diverse categorie nei contratti dell'anno scorso.
4. Di sostituire, a tal fine, nonché per introdurre la sopra accennata clausola di salvaguardia ai fini della applicazione entro il 30 settembre 2012 della norma di cui all'art. 15, comma 14, del DL 95/2012, gli schemi dei protocolli d'intesa con le associazioni di categoria e dei contratti con le singole strutture private, allegati ai decreti commissariali del 22 giugno 2012, n. 67 e n. 68, e del 9 luglio 2012, n. 76, con gli analoghi schemi allegati al presente decreto:
 - Allegato n. 1: sostituisce l'allegato A\1 al decreto n. 67/2012 (schema di protocollo d'intesa);
 - Allegato n. 2: sostituisce l'allegato A\2 al decreto n. 67/2012 (schema di contratto);
 - Allegato n. 3: sostituisce l'allegato A\1 al decreto n. 68/2012 (schema di contratto);
 - Allegato n. 4: sostituisce l'allegato A\2 al decreto n. 68/2012 (schema di contratto);
 - Allegato n. 5: sostituisce l'allegato A\3 al decreto n. 68/2012 (schema di contratto);
 - Allegato n. 6: sostituisce l'allegato A\1 al decreto n. 76/2012 (schema di protocollo d'intesa);
 - Allegato n. 7: sostituisce l'allegato A\2 al decreto n. 76/2012 (schema di contratto).
5. Di stabilire che per l'esercizio 2012 i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa, fissati per la ASL di Salerno dal decreto commissariale n. 67 del 22 giugno 2012, sono incrementati di euro



Regione Campania

Il Presidente

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

1.000.000,00= per la branca di medicina nucleare e di euro 900.000,00= per la branca di radioterapia.

6. Di stabilire che le ASL competenti per territorio dovranno immediatamente notificare il presente decreto alle Associazioni di categoria ed alle singole strutture private.
7. Di stabilire che la stipula dei protocolli d'intesa e dei contratti con le singole strutture private dovrà essere completata entro il 10 agosto 2012.
8. Di stabilire che, a decorrere dall'esercizio corrente, per la eventuale conferma delle deroghe al divieto di erogare prestazioni di riabilitazione ex art. 26 domiciliari in numero superiore rispetto a quelle ambulatoriali, già concesse dai decreti commissariali n. 74/2010, n. 86/2011 e dal presente decreto, non è necessaria una nuova approvazione regionale, ma è sufficiente una delibera annuale di conferma della deroga, da adottarsi dal Direttore Generale della ASL su conforme proposta del responsabile della U.O. aziendale competente, contenente una precisa e documentata relazione in merito ai punti 1, lettere a) e b), e punto 3), descritti in premessa; la delibera dovrà essere adottata entro il 30/9/2012 per l'esercizio in corso e, per gli esercizi successivi, entro il 31 dicembre dell'anno precedente.
9. Di approvare la deroga, richiesta dalla ASL di Salerno 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 della struttura interessata.
10. Di precisare che per quanto non modificato dal presente decreto rimane fermo tutto quanto stabilito dai citati decreti del 22 giugno 2012, n. 67 e n. 68, e del 9 luglio 2012, n. 76.
11. Di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di competenza, alle AA.GG.CC. "Piano Sanitario Regionale", "Assistenza Sanitaria", "Gabinetto Presidente della Giunta Regionale", ed al Settore "Stampa e Documentazione" per la pubblicazione sul BURC.

Il Coordinatore dell'A.G.C. 19
e dell'A.G.C. 20 (*ad interim*)
Dott. Albino D'Ascoli

Il Dirigente del Settore
Fasce Deboli
Dr.ssa Rosanna Romano

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

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario ad acta
Dott. Mario Morlacco

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

Allegato n. 1: allegato A\1 al decreto n. 67/2012 come modificato dal presente decreto

Schema di Protocollo di intesa tra l'ASL _____ e l'Associazione _____ per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di _____, da erogarsi per l'anno 2012 da parte delle strutture private accreditate o temporaneamente accreditate ed i correlati limiti di spesa.

PREMESSO

- che con deliberazione n. 1272 del 28 marzo 2003, pubblicata sul B.U.R.C. n. 16 del 14 aprile 2003, la Giunta Regionale ha individuato, previo accordo con le Associazioni di categoria della sanità privata, l'iter procedurale per la determinazione dei volumi di prestazioni sanitarie da erogarsi nella Regione Campania e dei correlati limiti di spesa, ulteriormente precisato dalle successive delibere regionali in materia;
- che con il decreto del Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario n. 67 del 22/6/2012, come modificato dai successivi decreti n. 76 del 9/7/2012 e n. ____ del ____ / ____ / 2012, sono stati definiti i limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2012 per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, riferite alle branche di :
 1. Diabetologia
 2. Cardiologia
 3. Altre branche a visita
 4. Patologia Clinica
 5. Radiodiagnostica
 6. Medicina nucleare
 7. Radioterapia

PRECISATO

- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative del citato decreto del Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario n. 67 del 22/6/2012, come modificato dai successivi decreti n. 76 del 9/7/2012 e n. ____ del ____ / ____ / 2012;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(oggetto)

Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di _____, da erogarsi nell'anno 2012, da parte delle strutture private operanti nel territorio della sottoscritta ASL, ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, da acquistare per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2012.

Allegato n. 1: allegato A\1 al decreto n. 67/2012 come modificato dal presente decreto

2. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2012.
3. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2012.
4. Il volume massimo di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, è determinato in n. _____ prestazioni per l'anno 2012, derivato dalla somma dei valori di cui ai commi 1, 2 e 3.

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

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2012 relativa al volume di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, determinato per l'anno 2012 all'art. 3, comma 4, è fissato in € _____, al netto di ticket e sconto (pari al lordo di detto sconto a circa € _____) e che esso è composto come specificato nei successivi commi 2, 3 e 4; si precisa che in conformità al decreto commissariale n. 63/2011 tutti gli importi di cui al presente articolo sono al netto del ticket, al netto (o al lordo, laddove precisato) dello sconto di cui all'art. 1, comma 796, lettera o), della legge 296/2006, ed al lordo sia della quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i., sia della quota ricetta nazionale ex art. 17, comma 6, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111.
2. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ da acquistare nell'anno 2012 per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____ al netto dello sconto ex legge 296/06 (pari al lordo di detto sconto a circa € _____).
3. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2012 per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____ al netto dello sconto ex legge 296/06 (pari al lordo di detto sconto a circa € _____).
4. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2012 per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____ al netto dello sconto ex legge 296/06 (pari al lordo di detto sconto a circa € _____).
5. Le prestazioni erogate a residenti di altre Regioni, di cui al precedente comma 4, concorrono ai sopra citati limiti di spesa; tuttavia, l'eventuale superamento del limite di cui al comma 4, potrà comportare analogo incremento dello stesso limite, in base alle condizioni di riconoscimento dell'addebito alle altre Regioni, stabilite dalla DGRC n. 517/2007, ed asseverate dalle strutture regionali (Assessorato alla Sanità e Agenzia Sanitaria Regionale) che gestiscono gli addebiti e gli accrediti della compensazione della mobilità sanitaria tra le Regioni; l'eventuale sotto utilizzo del limite di cui al comma 4 non potrà essere utilizzato per compensare superamenti dei limiti di cui ai commi 2 e 3.
6. Gli importi di cui al comma 1, al netto e al lordo dello sconto ex legge 296/06, divisi per il volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4, definiscono il valore medio della prestazione per la branca di _____, rispettivamente, al netto e al lordo dello

Allegato n. 1: allegato A\1 al decreto n. 67/2012 come modificato dal presente decreto

sconto ex legge 296/06; in accordo con la classificazione delle strutture erogatrici in base alle tipologie funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, così come determinata dal tavolo tecnico aziendale di cui al successivo art.6.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario – al netto degli sconti di legge e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificato con decreto del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro o delibera dalla Giunta Regionale.
2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa al netto dello sconto ex legge 296/06 costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nell'anno 2012 dai centri privati, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di riduzione o eliminazione dello sconto ex legge 296/06.
3. La ASL comunicherà a ciascun centro privato con lettera raccomandata A.R. (o a mezzo PEC - Posta Elettronica Certificata, secondo accordi da definire tra la ASL e gli operatori stessi):
 - la percentuale consuntiva di consumo dei limiti di spesa sopra stabiliti;
 - la data prevedibile di raggiungimento del 100% di consumo del limite di spesa (in base alla proiezione lineare dei dati consuntivi, ponderata in ragione di un eventuale periodo di chiusura delle strutture erogatrici nel periodo estivo), nonché la data consuntiva di raggiungimento di dette percentuali di consumo;

le suddette comunicazioni dovranno essere effettuate dalla ASL secondo il seguente calendario:

- entro il 31 luglio dell'anno di riferimento il consuntivo delle prestazioni erogate al 30 giugno, e conseguenti proiezioni a finire;
- entro il 31 ottobre dell'anno di riferimento il consuntivo delle prestazioni erogate al 30 settembre, e conseguenti proiezioni a finire;
- entro il 30 novembre dell'anno di riferimento il consuntivo delle prestazioni erogate al 31 ottobre, e conseguenti proiezioni a finire.

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

- qualora l'esaurimento del limite di spesa si verifichi a consuntivo prima della data prevista nell'ultima comunicazione della ASL, a tutte le prestazioni di quella ASL / branca erogate dall'inizio dell'anno fino alla suddetta data prevista di esaurimento del limite di spesa, si applicherà la regressione tariffaria di cui all'allegato C) alla DGRC n. 1268/08, in modo da far rientrare la spesa nei limiti prefissati; mentre nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data prevista di esaurimento del limite di spesa;
 - qualora l'esaurimento del limite di spesa si verifichi a consuntivo in una data successiva rispetto all'ultima data di previsione di esaurimento del limite di spesa comunicata dalla ASL, nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data consuntiva di esaurimento del limite di spesa.
4. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie

Allegato n. 1: allegato A\1 al decreto n. 67/2012 come modificato dal presente decreto

oggetto del presente protocollo, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro o della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.

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

Art. 5 bis***(condizioni particolari per la branca di radioterapia)***

Questo articolo si applica solo per la branca di radioterapia va omissso per le altre branche.

1. *Le parti si danno atto che, in base a quanto disposto dal Decreto n. 67 del 22 giugno 2012 del Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro, eventuali superamenti della spesa per l'esercizio 2012, fissata nello stesso decreto e riportata nel presente protocollo, saranno remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, previa stipula di appositi accordi integrativi tra la ASL ed i centri privati operanti sul proprio territorio, alle condizioni e con le modalità specificate nello stesso decreto.*
2. *Le parti si impegnano a rilevare tempestivamente il profilarsi dei superamenti di cui al comma precedente ed a promuovere la definizione dei suddetti accordi integrativi prima che i limiti di spesa prefissati siano esauriti, in modo da evitare ogni possibile disagio per l'utenza.*

Art. 5 bis (5 ter per la branca di radioterapia)***(Clausola di salvaguardia)***

1. Le parti si danno atto che la Regione provvederà entro il 30 settembre 2012 a distribuire tra le diverse branche della specialistica ambulatoriale le riduzioni dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, tali da conseguire la riduzione della spesa complessiva richiesta dall'art. 15, comma 14, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, con conseguente riduzione dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa di cui ai precedenti articoli 4 e 5.
2. Per evitare che le riduzioni richieste dal decreto legge n. 95/2012 possano divenire inapplicabili, il consumo massimo dei limiti di spesa annuale di cui al comma precedente è fissato al 95% al 30 settembre 2012; pertanto, nulla spetterà a ciascuna struttura, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto limite.
3. Ai fini del rispetto della clausola di cui al precedente comma, la sottoscritta ASL informa le Associazioni che la data prevista di esaurimento del limite di spesa annuale di cui al precedente art. 5 è il ____ / ____ / ____; pertanto, la conseguente data prevista di esaurimento del 95% dello stesso limite è il ____ / ____ / ____.

Art. 6***(Tavolo Tecnico)***

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente protocollo è istituito un tavolo tecnico composto da n. ____ membri di cui n. ____ designati

Allegato n. 1: allegato A\1 al decreto n. 67/2012 come modificato dal presente decreto

congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. _ membri nominati dalla ASL, di cui un membro con funzione di coordinamento.

2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico aziendale spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici;
 - c) determinazione del valore medio della prestazione differenziato in base alle diverse tipologie funzionali delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza secondo la classificazione seguente.

BRANCA	Tipologia A	Tipologia B	Tipologia C	Tipologia D
Patologia Clinica	Laboratori generali di base con o senza settori specializzati A1e A2	Laboratori generali di base con almeno tre settori specializzati, escluso A6	Laboratori generali di base con almeno tre settori specializzati, incluso A6	Laboratori specializzati
Radiodiagnostica	Radiologia tradizionale di base ed ecografia	Radiologia tradizionale, ecografia e TAC	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN	
Medicina nucleare	Scintigrafie	Scintigrafie e PET		

4. Per le finalità di cui ai commi precedenti le strutture private sono impegnate a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

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

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà ad ogni struttura privata un acconto mensile pari all'85% del fatturato mensile.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro novanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 gennaio dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte della struttura privata delle note credito richieste dalla ASL, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5.

Allegato n. 1: allegato A\1 al decreto n. 67/2012 come modificato dal presente decreto

3. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
4. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, poiché tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, sarà liquidato entro il 31 maggio dell'anno successivo.
5. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.

Art. 8

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

1. Il tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza bimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4 e secondo quanto previsto dagli schemi allegati al presente protocollo.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private temporaneamente accreditate, non è consentito, se non sulla base di adeguate motivazioni, la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico di cui all'art. 6, ad ogni singola struttura privata:
 - a) di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente;
 - b) di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni (al netto dello sconto), determinato secondo i criteri di cui al comma 6 dell'art. 4 ed agli allegati schemi che definiscono il case-mix delle strutture facenti capo alla medesima branca/tipologia prestazionale;
3. Nel caso in cui il tavolo tecnico esprima una valutazione positiva, le prestazioni ed il case-mix eccedenti devono essere conseguentemente remunerate, nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa; in caso di valutazione negativa si fa obbligo all'ASL del recupero, con emissione di note di credito, delle somme eccedenti, sia per il superamento del 10% del volume di produzione che del superamento del 10% del case-mix (valore medio). Per evitare la concentrazione delle prestazioni nella prima parte dell'anno e garantire un'erogazione prestazionale distribuita per quanto possibile sull'intero anno, il tavolo tecnico esaminerà l'eccedenza prestazionale in occasione del monitoraggio da tenersi almeno 30 giorni prima della data presunta di esaurimento delle prestazioni.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria e ne dà immediata comunicazione al Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o disegualianze applicative del presente protocollo le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare al Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità, con cadenza trimestrale, su tutti gli adempimenti previsti dal presente protocollo e messi in essere, comprese le attività svolte dai tavoli tecnici e le successive attuazioni delle decisioni assunte.

Allegato n. 1: allegato A\1 al decreto n. 67/2012 come modificato dal presente decreto

Art. 9

(efficacia)

1. Il presente protocollo si riferisce all'anno 2012 in esecuzione del decreto del Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario n. 67 del 22/6/2012, come modificato dai successivi decreti n. 76 del 9/7/2012 e n. ____ del ____ / ____ / 2012.
2. Il presente protocollo sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 10

(norme finali)

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

..... , ____ / _____

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione di categoria

Contratto TRA

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

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

E

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

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di _____, redatto in conformità al decreto del Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario n. 67 del 22/6/2012, come modificato dai successivi decreti n. 76 del 9/7/2012 e n. ____ del ____ / ____ / 2012.

PREMESSO

- che con decreto n. 67 del 22/6/2012, come modificato dai successivi decreti n. 76 del 9/7/2012 e n. ____ del ____ / ____ / 2012, il Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale, da erogare nell'anno 2012, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, riferite alle branche di :
 - Diabetologia
 - Cardiologia
 - Altre branche a visita
 - Patologia Clinica
 - Radiodiagnostica
 - Medicina nucleare
 - Radioterapia

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

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(oggetto)

Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di _____, da erogarsi nell'anno 2012, da parte delle strutture private operanti nel territorio della sottoscritta ASL, ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, da acquistare per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2012.
2. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2012.
3. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2012.
4. Il volume massimo di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, è determinato in n. _____ prestazioni per l'anno 2012, derivato dalla somma dei valori di cui ai commi 1, 2 e 3.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2012 relativa al volume di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, determinato per l'anno 2012 all'art. 3, comma 4, è fissato in € _____, al netto di ticket e sconto (pari al lordo di detto sconto a circa € _____) e che esso è composto come specificato nei successivi commi 2, 3 e 4; si precisa che in conformità al decreto commissariale n. 63/2011 tutti gli importi di cui al presente articolo sono al netto del ticket, al netto (o al lordo, laddove precisato) dello sconto di cui all'art. 1, comma 796, lettera o), della legge 296/2006, ed al lordo sia della quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i., sia della quota ricetta nazionale ex art. 17, comma 6, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111.
2. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ da acquistare nell'anno 2012 per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____ al netto dello sconto ex legge 296/06 (pari al lordo di detto sconto a circa € _____).
3. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2012 per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel

territorio della ASL, è fissato in € _____ al netto dello sconto ex legge 296/06 (pari al lordo di detto sconto a circa € _____).

4. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2012 per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____ al netto dello sconto ex legge 296/06 (pari al lordo di detto sconto a circa € _____).
5. Le prestazioni erogate a residenti di altre Regioni, di cui al precedente comma 4, concorrono ai sopra citati limiti di spesa; tuttavia, l'eventuale superamento del limite di cui al comma 4, potrà comportare analogo incremento dello stesso limite, in base alle condizioni di riconoscimento dell'addebito alle altre Regioni, stabilite dalla DGRC n. 517/2007, ed asseverate dalle strutture regionali (Assessorato alla Sanità e Agenzia Sanitaria Regionale) che gestiscono gli addebiti e gli accrediti della compensazione della mobilità sanitaria tra le Regioni; l'eventuale sotto utilizzo del limite di cui al comma 4 non potrà essere utilizzato per compensare superamenti dei limiti di cui ai commi 2 e 3.
6. Gli importi di cui al comma 1, al netto e al lordo dello sconto ex legge 296/06, divisi per il volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4, definiscono il valore medio della prestazione per la branca di _____, rispettivamente, al netto e al lordo dello sconto ex legge 296/06; in accordo con la classificazione delle strutture erogatrici in base alle tipologie funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, così come determinata dal tavolo tecnico aziendale di cui al successivo art.6.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario – al netto degli sconti di legge e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4.
2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa al netto dello sconto ex legge 296/06 costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nell'anno 2012 dai centri privati, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di riduzione o eliminazione dello sconto ex legge 296/06.
3. La ASL comunicherà a ciascun centro privato con lettera raccomandata A.R. (o a mezzo PEC - Posta Elettronica Certificata, secondo accordi da definire tra la ASL e gli operatori stessi):
 1. la percentuale consuntiva di consumo dei limiti di spesa sopra stabiliti;
 2. la data prevedibile di raggiungimento del 100% di consumo del limite di spesa (in base alla proiezione lineare dei dati consuntivi, ponderata in ragione di un eventuale periodo di chiusura delle strutture erogatrici nel periodo estivo), nonché la data consuntiva di raggiungimento di dette percentuali di consumo;

le suddette comunicazioni dovranno essere effettuate dalla ASL secondo il seguente calendario:

- entro il 31 luglio dell'anno di riferimento il consuntivo delle prestazioni erogate al 30 giugno, e conseguenti proiezioni a finire;
- entro il 31 ottobre dell'anno di riferimento il consuntivo delle prestazioni erogate al 30 settembre, e conseguenti proiezioni a finire;
- entro il 30 novembre dell'anno di riferimento il consuntivo delle prestazioni erogate al 31 ottobre, e conseguenti proiezioni a finire.

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

- a) qualora l'esaurimento del limite di spesa si verifichi a consuntivo prima della data prevista nell'ultima comunicazione della ASL, a tutte le prestazioni di quella ASL / branca erogate dall'inizio dell'anno fino alla suddetta data prevista di esaurimento del limite di spesa, si applicherà la regressione tariffaria di cui all'allegato C) alla DGRC n. 1268/08, in modo da far rientrare la spesa nei limiti prefissati; mentre nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data prevista di esaurimento del limite di spesa;
 - b) qualora l'esaurimento del limite di spesa si verifichi a consuntivo in una data successiva rispetto all'ultima data di previsione di esaurimento del limite di spesa comunicata dalla ASL, nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data consuntiva di esaurimento del limite di spesa.
4. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro o della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
5. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC nn. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 5 bis

(condizioni particolari per la branca di radioterapia)

Questo articolo si applica solo per la branca di radioterapia va omesso per le altre branche.

1. *Le parti si danno atto che, in base a quanto disposto dal Decreto n. 67 del 22 giugno 2012 del Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro, eventuali superamenti della spesa per l'esercizio 2012, fissata nello stesso decreto e riportata nel presente contratto, saranno remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, previa stipula di appositi accordi integrativi tra la ASL ed i centri privati operanti sul proprio territorio, alle condizioni e con le modalità specificate nello stesso decreto.*
2. *Le parti si impegnano a rilevare tempestivamente il profilarsi dei superamenti di cui al comma precedente ed a promuovere la definizione dei suddetti accordi integrativi prima che i limiti di spesa prefissati siano esauriti, in modo da evitare ogni possibile disagio per l'utenza.*

Art. 5 bis (5 ter per la branca di radioterapia)

(Clausola di salvaguardia)

1. Le parti si danno atto che la Regione provvederà entro il 30 settembre 2012 a distribuire tra le diverse branche della specialistica ambulatoriale le riduzioni dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, tali da conseguire la riduzione della spesa complessiva richiesta dall'art.

- 15, comma 14, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, con conseguente riduzione dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa di cui ai precedenti articoli 4 e 5.
2. Per evitare che le riduzioni richieste dal decreto legge n. 95/2012 possano divenire inapplicabili, il consumo massimo dei limiti di spesa annuale di cui al comma precedente è fissato al 95% al 30 settembre 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. Ai fini del rispetto della clausola di cui al precedente comma, la sottoscritta ASL informa la sottoscritta struttura che la data prevista di esaurimento del limite di spesa annuale di cui al precedente art. 5 è il ____ / ____ / ____; pertanto, la conseguente data prevista di esaurimento del 95% dello stesso limite è il ____ / ____ / ____.

Art. 6

(Tavolo Tecnico)

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

BRANCA	Tipologia A	Tipologia B	Tipologia C	Tipologia D
Patologia Clinica	Laboratori generali di base con o senza settori specializzati A1e A2	Laboratori generali di base con almeno tre settori specializzati, escluso A6	Laboratori generali di base con almeno tre settori specializzati, incluso A6	Laboratori specializzati
Radiodiagnostica	Radiologia tradizionale di base ed ecografia	Radiologia tradizionale, ecografia e TAC	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN	
Medicina nucleare	Scintigrafie	Scintigrafie e PET		

4. Per le finalità di cui ai commi precedenti le strutture private sono impegnate a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; 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 all'85% del fatturato mensile.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro novanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 gennaio dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte della struttura privata delle note credito richieste dalla ASL, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5.
3. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
4. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, poiché tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, sarà liquidato entro il 31 maggio dell'anno successivo.
5. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.

Art. 8**(variazione del volume e del valore medio delle prestazioni e loro limiti)**

1. Il tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza bimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4 e secondo quanto previsto dagli schemi allegati al presente contratto.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private temporaneamente accreditate, non è consentito, se non sulla base di adeguate motivazioni, la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico di cui all'art. 6, ad ogni singola struttura privata:
 - di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente;
 - di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni (al netto dello sconto), determinato secondo i criteri di cui al comma 6 dell'art.4 ed agli allegati schemi che definiscono il case-mix delle strutture facenti capo alla medesima branca/tipologia prestazionale;
3. Nel caso in cui il tavolo tecnico esprima una valutazione positiva, le prestazioni ed il case-mix eccedenti devono essere conseguentemente remunerate, nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa; in caso di valutazione negativa si fa obbligo all'ASL del recupero, con emissione di note di credito, delle somme eccedenti, sia per il superamento del 10% del volume di produzione che del superamento del 10% del case-mix (valore medio). Per evitare la concentrazione delle prestazioni nella prima parte dell'anno e garantire un'erogazione prestazionale distribuita per quanto possibile sull'intero anno, il tavolo tecnico esaminerà l'eccedenza prestazionale in



occasione del monitoraggio da tenersi almeno 30 giorni prima della data presunta di esaurimento delle prestazioni.

4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria e ne dà immediata comunicazione al Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o diseguaglianze applicative del presente contratto le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare al Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità, con cadenza trimestrale, su tutti gli adempimenti previsti dal presente contratto e messi in essere, comprese le attività svolte dai tavoli tecnici e le successive attuazioni delle decisioni assunte.

Art. 9

(efficacia del contratto)

- d) Il presente contratto si riferisce all'anno 2012 in esecuzione del decreto del Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario n. 67 del 22/6/2012, come modificato dai successivi decreti n. 76 del 9/7/2012 e n. ____ del ____ / ____ / 2012.
- e) Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 10

(norme finali)

1. In caso di contenzioso con uno o più centri privati, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza le somme eventualmente spettanti al centro ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso.
2. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto e/o di ogni altro rapporto del sottoscritto centro privato con il servizio sanitario regionale è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il citato decreto del Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario n. 67 del 22/6/2012, come modificato dai successivi decreti n. 76 del 9/7/2012 e n. ____ del ____ / ____ / 2012.

..... , ____ / _____

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Contratto tra
Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
con sede in (Prov: __ ; CAP: _____) – Via n°
rappresentato/a dal/la sottoscritto/a, CF
come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o
della Regione che redige il presente atto;
il / la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi
dell'art. 76 T.U. 445/2000, dichiara:
a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentante legale del soggetto contraente, come
attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante
la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data
recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di
conferimento dei poteri agli Amministratori;
b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di
concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni / si trova
in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di;
c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di
prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27.12.1956, n. 1423, e che non sussistono le cause
ostative previste all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti
indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006;
d) di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela
dell'igiene e della salute sul lavoro;

E

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

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della
riabilitazione ex art. 26, della assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di
medicina fisica e riabilitativa (cd. riabilitazione ex art 44 della L. 833/78), della 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 e nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di
Assistenza"), da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2012 redatto in conformità al
decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. 68 del 22/6/2012,
come modificato dai successivi decreti n. 76 del 9/7/2012 e n. ____ del ____ / ____ / 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. 68 del 22/6/2012, come modificato dai successivi decreti n. 76 del 9/7/2012
e n. ____ del ____ / ____ / 2012 il Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano



di Rientro del settore sanitario ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26, alla assistenza specialistica ambulatoriale relativamente alla branca di medicina fisica e riabilitativa (cd. riabilitazione ex art 44 della L. 833/78) e/o alla macroarea della salute mentale e socio sanitario, 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, alla assistenza specialistica ambulatoriale relativamente alla branca di medicina fisica e riabilitativa (cd. riabilitazione ex art 44 della L. 833/78), alla 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 e nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza") 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 dette prestazioni 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 :
 - a) N.prestazioni **ex art. 26** L. 833/78 Ambulatoriali/Domiciliari
 - b) N.prestazioni **ex art. 26** L. 833/78 Semi Residenziali e Residenziali
 - c) N.prestazioni Salute Mentale e Socio-Sanitarie (**RSA**);
 - d) N.prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa (cd. art. 44 L. 833/78)
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 di riabilitazione domiciliare ex art. 26 L. 833/78 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 L. 833/78: Euro
.....;

- b) per le prestazioni semi residenziali e residenziali di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78: Euro (al lordo della quota di compartecipazione dell'utente / Comune, dovuta in caso di superamento dei 240 giorni di degenza);
- c) per le prestazioni di Salute Mentale e Socio-Sanitarie (RSA): Euro..... (al lordo della quota di compartecipazione dell'utente / Comune);
- d) per le prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa (cd. ex art. 44 L. 833/78): 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 L. 833/78, di Medicina Fisica e Riabilitativa (cd. ex art. 44 L. 833/78) 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. 68 del 22/6/2012, 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 sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale o del Commissario ad acta, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
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. 5 bis

(Clausola di salvaguardia)

1. Le parti si danno atto che la Regione provvederà entro il 30 settembre 2012 a distribuire tra le diverse branche della specialistica ambulatoriale le riduzioni dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, tali da conseguire la riduzione della spesa complessiva richiesta dall'art. 15, comma 14, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, con conseguente riduzione dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa di cui ai precedenti articoli 3, comma 1, lettera d), e 4, comma 1, lettera d).

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

Art. 8

(efficacia del contratto)

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2012 in esecuzione del decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. 68 del 22/6/2012, come modificato dai successivi decreti n. 76 del 9/7/2012 e n. ____ del ____ / ____ / 2012.
2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 9

(norme finali)

1. Per ogni controversia riguardo l'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.
2. Per qualsiasi controversia tra la sottoscritta struttura privata e la ASL e/o la Regione, anche non inerente al presente contratto, è espressamente escluso il ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il citato decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. 68 del 22/6/2012, come modificato dai successivi decreti n. 76 del 9/7/2012 e n. ____ del ____ / ____ / 2012

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

Timbro e firma della ASL
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

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

- a) di intervenire al presente atto in qualità di 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 Direttore Generale, nato a il
....., munito dei necessari poteri come da DPGRC di nomina n. ____ del _____,

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti all'area della
assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di medicina fisica e riabilitativa (cd.
riabilitazione ex art 44 della L. 833/78), come definita nell'allegato n. 3 alla DGRC n. 1269 del
16.7.09 e nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"),
da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2012 redatto in conformità al decreto del
Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario n. 68
del 22/6/2012, come modificato dai successivi decreti n. 76/2012 e n. ____ del ____ / ____ / 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. 68 del 22/6/2012, come modificato dai successivi decreti n. 76 del
9/7/2012 e n. ____ del ____ / ____ / 2012, il Presidente Commissario ad Acta per la
Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario ha fissato i limiti massimi entro i
quali possono rientrare le prestazioni sanitarie di medicina fisica e riabilitativa (cd.
riabilitazione ex art 44 della L. 833/78) da erogarsi nel corso del 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 di medicina fisica e riabilitativa (cd. riabilitazione ex art 44 della L. 833/78) come definita nell'allegato, n 3 alla DGRC n. 1269 del 16.7.09 e nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza") da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 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 dette prestazioni sanitarie da erogarsi nel corso dell'anno 2012.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il volume massimo di prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 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: 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 eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4. Come stabilito dal decreto commissariale n° 68 del 22/6/2012, 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 sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale o del Commissario ad acta, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
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. 5 bis

(Clausola di salvaguardia)

1. Le parti si danno atto che la Regione provvederà entro il 30 settembre 2012 a distribuire tra le diverse branche della specialistica ambulatoriale le riduzioni dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, tali da conseguire la riduzione della spesa complessiva richiesta dall'art. 15, comma 14, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, con conseguente riduzione dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa di cui ai precedenti articoli 3 e 4.

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

Art. 8

(efficacia del contratto)

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2012 in esecuzione del decreto del Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario n. 68 del 22/6/2012, come modificato dai successivi decreti n. 76 del 9/7/2012 e n. ____ del ____ / ____ / 2012.
2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 9

(norme finali)

1. Per ogni controversia riguardo l'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.
2. Per qualsiasi controversia tra la sottoscritta struttura privata e la ASL e/o la Regione, anche non inerente al presente contratto, è espressamente escluso il ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il citato decreto del Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario n. 68 del 22/6/2012, come modificato dai successivi decreti n. 76 del 9/7/2012 e n. ____ del ____ / ____ / 2012.

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

Timbro e firma della ASL
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Contratto tra
Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
con sede in (Prov: __ ; CAP: _____) – Via n°
rappresentato/a dal/la sottoscritto/a, CF
come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o
della Regione che redige il presente atto;
il / la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi
dell'art. 76 T.U. 445/2000, dichiara:
a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentante legale del soggetto contraente, come
attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante
la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data
recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di
conferimento dei poteri agli Amministratori;
b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di
concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni / si trova
in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di;
c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di
prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27.12.1956, n. 1423, e che non sussistono le cause
ostative previste all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti
indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006;
d) di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela
dell'igiene e della salute sul lavoro;

E

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

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti 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 la Prosecuzione del Piano di Rientro n. 68 del 22/6/2012,
come modificato dai successivi decreti n. 76 del 9/7/2012 e n. ____ del ____ / ____ / 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. 68 del 22/6/2012, come modificato dai successivi decreti n. 76 del
9/7/2012 e n. ____ del ____ / ____ / 2012 il Presidente Commissario ad Acta per la
Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario ha fissato i limiti massimi entro i
quali possono rientrare le prestazioni 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.
2. 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.
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. 68 del 22/6/2012, 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 sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale o del Commissario ad acta, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
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.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro novanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a luglio; entro il 31 gennaio per le fatture relative ai mesi di agosto, settembre ed ottobre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture di novembre e dicembre. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte della sottoscritta struttura privata delle note credito richieste dalla ASL, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria eventualmente necessaria per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4.
3. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della sottoscritta struttura privata, fermo restando che tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese in corso d'anno non potrà essere liquidato alle scadenze periodiche stabilite nel comma precedente, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione.
4. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.

Art. 8

(efficacia del contratto)

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2012 in esecuzione del decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. 68 del 22/6/2012, come modificato dai successivi decreti n. 76 del 9/7/2012 e n. ____ del ____ / ____ / 2012.
2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 9

(norme finali)

1. Per ogni controversia riguardo l'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.
2. Per qualsiasi controversia tra la sottoscritta struttura privata e la ASL e/o la Regione, anche non inerente al presente contratto, è espressamente escluso il ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il citato decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. 68 del 22/6/2012, come modificato dai successivi decreti n. 76 del 9/7/2012 e n. ____ del ____ / ____ / 2012.

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

Timbro e firma della ASL
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

**Schema di Protocollo di intesa tra l'Associazione _____
per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di DIALISI, da erogarsi per l'anno 2012 da parte delle strutture private accreditate o provvisoriamente o temporaneamente accreditate (in regime di autocertificazione) ed i correlati limiti di spesa.**

E

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

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di EMODIALISI AMBULATORIALE **per l'anno 2012**, redatto in conformità al decreto n. 76 del 9 luglio 2012, modificato dal decreto n. ____ del __ / ____ /2012, del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro.

PREMESSO

1. che con delibere n. 1268 del 24 luglio 2008 e n. 1269 del 16 luglio 2009, modificata dal decreto del Presidente Commissario ad Acta n. 3 del 30.9.09, la Giunta Regionale ha aggiornato la programmazione recata dalla DGRC n. 517/07 ed i correlati limiti di spesa, stabilendo diverse modifiche, integrazioni e miglioramenti alla normativa precedente, anche per adeguarla al nuovo assetto territoriale delle ASL campane conseguente alla L.R. 16/08, che sono recepite nel presente Protocollo
2. che con il decreto n° 7 del 31/01/2011 del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono stati definiti i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2011 per le prestazioni di dialisi ambulatoriale;
3. che con il decreto n. 76 del 9 luglio 2012, modificato dal decreto n. ____ del __ / ____ /2012 del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario, sono stati definiti i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2012 per le prestazioni di dialisi ambulatoriale;
4. che le prestazioni della branca di dialisi possono essere considerate, per loro natura, a minor rischio di non appropriatezza ed indispensabili; pertanto, limitatamente a tale branca il medesimo decreto ha stabilito che:
5. eventuali superamenti della spesa per l'esercizio 2012, fissata dal presente decreto, fatte salve le valutazioni ed i controlli di tipo clinico – epidemiologico e di appropriatezza, nonché del rispetto dei requisiti di accreditamento ai sensi del regolamento n. 3/2006, che dovranno essere effettuati correntemente dalle ASL durante l'anno solare, ed essere completate entro il 31 marzo 2013, saranno remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato;
6. a tal fine, le AASSLL nelle quali si dovesse profilare in corso d'anno il superamento della spesa prefissata per dialisi, dovranno stipulare con in centri privati operanti sul proprio territorio appositi accordi integrativi, quantificando il fabbisogno aggiuntivo, tenuto conto della eventuale disponibilità di prestazioni erogabili presso centri pubblici dello stesso territorio. Ai sensi del decreto n. 85 del 20.12.2011, il Direttore Generale della ASL dovrà adottare una motivata delibera di approvazione dei contratti integrativi, da inviare subito

dopo alla Regione. Entro tre mesi dalla fine dell'esercizio, il Direttore Generale della ASL dovrà adottare una formale delibera che approvi i controlli eseguiti dalle competenti strutture della ASL in merito alla appropriatezza e regolarità delle prestazioni, da inviare alla Regione entro i quindici giorni successivi.

7. tutti gli eventuali risparmi di spesa che saranno realizzati nel 2012, rispetto ai limiti di spesa assegnati da altri provvedimenti regionali alle ASL per le diverse macroaree e branche delle prestazioni erogate dai soggetti privati, saranno destinati prioritariamente alla copertura della eventuale maggiore spesa per dialisi;
8. eventuali risparmi realizzati in una ASL rispetto alla spesa per dialisi prevista per il 2012 dal presente decreto, saranno destinati esclusivamente a compensare l'eventuale maggiore spesa prodotta su tali prestazioni in altre ASL;

DATO ATTO

- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative del citato decreto n. 76 del 9 luglio 2012, modificato dal decreto n. ____ del ____ / ____ /2012 del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(oggetto)

1. Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione dei volumi, delle tipologie delle prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE ed i correlati limiti di spesa da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2012 da parte delle strutture private accreditate operanti nel territorio della sottoscritta ASL.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il fabbisogno di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2012 dalle strutture private accreditate, 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 per l'anno 2012 per il volume di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE determinato all'art. 3, è fissato in € al netto dello sconto di cui all'art. 1 comma 796 lettera o) della legge 296 del 27/12/2006 (pari al lordo di detto sconto a circa €) ed al lordo della quota ricetta regionale e nazionale.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni di cui al precedente art. 4 avverrà sulla base delle tariffe regionali e della soglia massima di remunerazione delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, pari al 15% del numero delle prestazioni di dialisi (codici da

39.95.1 a 39.95.9) complessivamente erogate da ciascuna struttura, come stabilito dal decreto n. 7/2011 e ribadito dal citato decreto n. 76 del 9/7/2012 del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario – al netto degli sconti di legge e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4.

2. In ogni caso, l'importo fissato nell' art. 4 quale limite di spesa al netto dello sconto ex legge 296 del 27/12/06 (ed al lordo della quota ricetta regionale e nazionale) costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nel 2012 dai centri di dialisi operanti nel territorio della sottoscritta ASL, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di riduzione o eliminazione dello sconto ex legge 296 del 27/12/06, fatto salvo quanto espressamente precisato al punto 6 della PREMESSA.
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 Protocollo, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4, fatto salvo quanto espressamente precisato al punto 6 della PREMESSA.
4. Le parti si danno atto che, in base a quanto disposto dal Decreto n. 76 del 9/7/2012 del Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro, eventuali superamenti del limite di spesa per l'esercizio 2012, fissato nello stesso decreto e riportato nel presente Protocollo, saranno remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, previa stipula di appositi accordi integrativi tra la ASL ed i centri privati operanti sul proprio territorio, alle condizioni e con le modalità specificate nello stesso decreto e nel decreto n. 85 del 20/12/2011.
5. Le parti si impegnano a rilevare tempestivamente il profilarsi dei superamenti di cui al comma precedente ed a promuovere la definizione dei suddetti accordi integrativi prima che i limiti di spesa prefissati siano esauriti, in modo da evitare ogni possibile disagio per l'utenza."

Art. 5 bis

(Clausola di salvaguardia)

1. Le parti si danno atto che la Regione provvederà entro il 30 settembre 2012 a distribuire tra le diverse branche della specialistica ambulatoriale le riduzioni dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, tali da conseguire la riduzione della spesa complessiva richiesta dall'art. 15, comma 14, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, con conseguente riduzione dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa di cui ai precedenti articoli 4 e 5.
2. Per evitare che le riduzioni richieste dal decreto legge n. 95/2012 possano divenire inapplicabili, il consumo massimo dei limiti di spesa annuale di cui al comma precedente è fissato al 95% al 30 settembre 2012; pertanto, nulla spetterà a ciascuna struttura, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto limite.
3. Ai fini del rispetto della clausola di cui al precedente comma, la sottoscritta ASL informa le Associazioni che la data prevista di esaurimento del limite di spesa annuale di cui al precedente art. 5 è il ____ / ____ / ____; pertanto, la conseguente data prevista di esaurimento del 95% dello stesso limite è il ____ / ____ / ____ .

Art. 6

(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente protocollo è istituito un tavolo tecnico regionale.



2. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:

- a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private, 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.

3. Per le finalità di cui ai commi precedenti le strutture private accreditate sono impegnate a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

Art. 7

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà ad ogni struttura privata un acconto mensile pari all'85% del fatturato mensile.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 30 giugno per le fatture del primo trimestre; entro il 30 settembre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 dicembre per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 31 marzo dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte delle strutture private accreditate operanti sul territorio della sottoscritta ASL, delle note credito richieste dalla ASL, con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese,
3. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.

Art. 8

(efficacia e norme finali)

1. Il presente protocollo si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2012 in esecuzione del decreto n. 76 del 9 luglio 2012, modificato dal decreto n. ____ del ____ / ____ /2012 del Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro.
2. Il presente protocollo sarà adeguato ai successivi provvedimenti regionali in materia che dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.
3. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente protocollo è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.

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

Timbro e firma della ASL

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione di categoria