



*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. 86 del 24 LUG 2013**

**Rif. punti d) della delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010**

**OGGETTO: Definizione per l'esercizio 2013 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26, ex art 44 e/o alla macroarea della salute mentale e socio sanitario**

**PREMESSO**

- che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- che l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: *"Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale"*;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario *ad acta* per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso attraverso i programmi operativi di cui al citato art. 2, comma 88, della legge n. 191/09;
- che con decreto commissariale n. 25/2010 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. 41/2010, n. 45/2011, n. 53/2012, n. 153/2012 e n. 24/2013;
- che con delibere del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 e del 23 marzo 2012 il Governo ha nominato il dr. Mario Morlacco sub commissario ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di Rientro;
- che fra gli acta della delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, alla lettera d) è richiamata la "definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l'attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

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

- che, nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale "organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali", emanando provvedimenti qualificabili come "ordinanze emergenziali statali in deroga", ossia "misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro" (Consiglio di Stato: sentenza n. 2470/2013);

## DATO ATTO

- che con delibere n. 1268 del 24 luglio 2008 e n. 1269 del 16 luglio 2009, modificata dal decreto del Presidente Commissario ad Acta n. 3 del 30 settembre 2009, la Giunta Regionale ha aggiornato la programmazione recata dalla DGRC n. 517/07 ed i correlati limiti di spesa, stabilendo diverse modifiche, integrazioni e miglioramenti alla normativa precedente, anche per adeguarla al nuovo assetto territoriale delle ASL campane conseguente alla L.R. 16/08;
- che con decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario n. 65 del 22 ottobre 2010 sono stati aggiornati i limiti di spesa stabiliti dalla DGRC n. 1269/09 per l'assistenza specialistica da erogarsi nell'esercizio 2010 da parte delle strutture private;
- che con decreto del Commissario ad acta n. 25 del 5 aprile 2011, modificato ed integrato dal decreto commissariale n. 86/2011 e n. 8/2012, sono stati fissati i limiti di spesa per l'esercizio 2011 ed i relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26, ex art 44 e/o alla macroarea della salute mentale e socio sanitario;
- che con decreto del Commissario ad acta n. 68 del 22 giugno 2012, parzialmente modificato ed integrato dai decreti commissariali n. 85 del 3 agosto 2012 e n. 123 del 10 ottobre 2012, sono stati fissati i limiti di spesa per l'esercizio 2012 ed i relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26, ex art 44 e/o alla macroarea della salute mentale e socio sanitario;
- che con decreti commissariali n. 98 del 10 agosto 2012 e n. 100 del 17 settembre 2012 è stato disposto il trasferimento del Comune di Portici dall'ambito territoriale della ASL Napoli 1 Centro all'ambito territoriale della ASL Napoli 3 Sud, a decorrere a tutti gli effetti legali, amministrativi, operativi, contabili ed economico finanziari dal 1° gennaio 2013;
- che per l'esercizio 2013 occorre, pertanto, modificare la distribuzione delle risorse finanziarie e l'assegnazione dei limiti di spesa per le diverse strutture private e tipologie di assistenza sanitaria che dal 1° gennaio 2013 sono trasferite dalla ASL Napoli 1 Centro alla ASL Napoli 3 Sud;

## CONSIDERATO

- che il decreto commissariale n. 25 del 5 aprile 2011, tra l'altro, stabilì che: "nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti nell' allegato 2 [del medesimo decreto] per ciascuna struttura (che eroga prestazioni ex art. 26, ex art. 44 e salute mentale e socio-sanitarie RSA) è consentita una osmosi tra le tre branche (prestazioni ex art. 26, ex art. 44 e salute mentale e socio-sanitarie RSA): un superamento del limite di spesa stabilito per le prestazioni ex art. 26 potrà essere compensato da un sotto utilizzo



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

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

*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 RSA potrà essere compensato da un sotto utilizzo del limite di spesa stabilito per le prestazioni ex art. 26 e viceversa”;*

- che i Programmi Operativi per gli esercizi 2013 - 2015, approvati dal decreto commissariale n. 153 del 28 dicembre 2012 e modificati con decreto commissariale n. 24 del 15 marzo 2013, prevedono l'incremento dei volumi di prestazioni e dei limiti di spesa per la macroarea delle prestazioni socio sanitarie e di RSA, anche attraverso l'accreditamento di nuove strutture private di RSA ed Hospice, e la riduzione dei volumi di prestazioni e dei limiti di spesa della macroarea della riabilitazione territoriale ex art. 26 L. 833/1978 e delle prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, afferenti alla macroarea della specialistica ambulatoriale;
- che a tal fine, nonché per recepire una specifica osservazione pervenuta dai Ministeri affiancanti, per l'esercizio 2013 non è più consentita la cd. “osmosi” sopra richiamata, determinando una netta separazione dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti spesa programmati a livello di ASL e di singola struttura tra la branca afferente la medicina fisica e riabilitativa, la branca della riabilitazione territoriale ex art. 26 e la branca afferente il socio sanitario comprensiva di RSA, Hospice, salute mentale e dipendenze patologiche, fatti salvi i procedimenti di riconversione dei centri privati verso l'erogazione delle prestazioni socio sanitarie di RSA, Hospice, salute mentale e dipendenze patologiche, alle condizioni e secondo le procedure che li regolano;

## CONSIDERATO

- che le strutture riabilitative operanti sul territorio campano sono soggette ad un processo di ristrutturazione e di riconversione della propria *mission*, volto a rendere l'offerta assistenziale maggiormente coerente con la domanda di assistenza socio sanitaria della popolazione, in uno con il rispetto dell'equilibrio di bilancio nell'erogazione dei LEA;
- che le Aziende Sanitarie Locali nell'ambito delle scelte programmatiche effettuate dalla Regione, sono i soggetti istituzionali deputati ad intercettare le istanze del territorio ed a tradurle in un'offerta sanitaria adeguata;
- che con decreto commissariale n. 81 del 5 luglio 2013 sono state approvate le nuove tariffe per le prestazioni di riabilitazione ex art. 26, mentre sono in corso di revisione le tariffe per le prestazioni socio sanitarie fissate dal decreto commissariale n. 6 del 4 febbraio 2010, prorogate in via transitoria dal decreto commissariale n. 43 del 2 maggio 2013;
- che, in ogni caso, i limiti di spesa ed i volumi massimi riconoscibili nell'esercizio 2013 per singola ASL sono fissati nei termini esposti nell'allegato n. 1 al presente decreto, con le seguenti principali specificazioni:
  - a) i limiti di spesa 2013 della riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 e della macroarea della salute mentale e delle prestazioni socio sanitarie (al lordo della quota di compartecipazione dell'utente / Comune) sono stati definiti nella stessa misura dell'anno precedente, tenendo conto del trasferimento del Comune di Portici dalla ASL Napoli 1 Centro alla ASL Napoli 3 Sud e dell'attivazione degli Hospice nella ASL di Caserta, approvata dal decreto commissariale n. 158 del 31 dicembre 2012; ciascuna ASL, pertanto, tenuto conto dei dati di consuntivo 2012, nonché di ulteriori elementi particolari, ritenuti significativi e da considerare con ragionevolezza ed equità, nell'ambito della propria autonomia, previa apposita e motivata delibera del Direttore Generale, acquisito il parere espresso del dirigente responsabile, attribuirà ai singoli centri privati i volumi 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)*

prestazioni ed i correlati limiti massimi di spesa per l'esercizio 2013 della riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 e della macroarea della salute mentale e delle prestazioni socio sanitarie, fermo restando il tetto complessivo attribuito alla ASL nell'allegato n. 1 al presente decreto, dando priorità alla copertura del fabbisogno di prestazioni residenziali e semiresidenziali;

- b) i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa 2013 della riabilitazione ex art. 44 della L. 833/78 (assistenza specialistica ambulatoriale per la branca di medicina fisica e riabilitativa) sono stati fissati in base al consuntivo 2012, tenuto conto del trasferimento di Portici dalla ASL Napoli 1 Centro alla ASL Napoli 3 Sud; pertanto, ciascuna ASL attribuirà ai singoli centri privati i volumi di prestazioni ed i limiti di spesa 2013 assumendo l'importo inferiore fra il tetto di spesa 2012 ed il consuntivo di spesa 2012, fatta salva la facoltà della ASL di considerare ulteriori elementi particolari, ritenuti significativi e da valutare con ragionevolezza ed equità, nell'ambito della propria autonomia, previa apposita e motivata delibera del Direttore Generale, acquisito il parere espresso del dirigente responsabile, al fine di attribuire ai singoli centri privati l'ammontare totale dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti massimi di spesa per l'esercizio 2013 della riabilitazione ex art. 44 L. 833/78 fissati nell'allegato n. 1 al presente decreto;
- c) eventuali incrementi dei volumi di prestazioni e/o dei limiti di spesa (al lordo della quota di compartecipazione dell'utente / Comune) per l'esercizio 2013 delle prestazioni di RSA / Hospice e altre prestazioni socio sanitarie, potranno essere coperti con la riduzione dei volumi di prestazioni di riabilitazione ex art. 26; qualora gli incrementi comportino per una singola ASL il superamento dei limiti di spesa complessivamente attribuiti alla medesima ASL per la somma della macroarea della riabilitazione ex art. 26 e della macroarea della salute mentale e socio sanitario, come stabilita nell'allegato n. 1 al presente decreto, essi dovranno essere autorizzati da successivi ed appositi decreti commissariali;

## CONSIDERATO

- che con decreto commissariale n. 32 del 27 marzo 2013, pubblicato sul BURC n. 18 del 2 aprile 2013 sono state recepite le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post-acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale, stabilite negli allegati 1, 2 e 3 del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 18 ottobre 2012, pubblicato sulla G.U. n. 23 del 28 gennaio 2013 – Supplemento Ordinario n. 8;
- che il medesimo decreto commissariale n. 32/2013 ha, poi, stabilito che le suddette tariffe massime nazionali, nella misura in cui rappresentano un limite massimo invalicabile per le Regioni sottoposte a piani di rientro e successivi programmi operativi, hanno effetto dal 12 febbraio 2013, quindicesimo giorno dalla pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale del predetto DM 18.10.2012;
- che, pertanto, le nuove tariffe massime di cui al DM 18.10.2012 si applicano:
  - dal 12 febbraio 2013, se inferiori rispetto alle previgenti tariffe regionali;
  - dalla data di pubblicazione del decreto commissariale n. 32/2013, se maggiori rispetto alle previgenti tariffe regionali;
- che il medesimo decreto commissariale n. 32/2013 ha espressamente confermato le procedure di prescrizione, erogazione e remunerazione delle prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitativa per le patologie semplici previste dal decreto commissariale n. 64 del 26 settembre 2011,

*Regione Campania**Il Presidente*

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

come modificato ed integrato dal decreto commissariale n. 88 del 23 dicembre 2011, nonché l'eliminazione dal nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale delle prestazioni elencate al punto 3.8 del citato decreto commissariale n. 64/2011;

## CONSIDERATO

- che ai sensi del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, alle transazioni commerciali concluse a decorrere dal 1° gennaio 2013 si applicano le seguenti principali norme:

### *“Art. 4*

#### *(Decorrenza degli interessi moratori)*

- 1. Gli interessi moratori decorrono, senza che sia necessaria la costituzione in mora, dal giorno successivo alla scadenza del termine per il pagamento.*
- 2. Salvo quanto previsto dai commi 3, 4 e 5, ai fini della decorrenza degli interessi moratori si applicano i seguenti termini:*
  - a) trenta giorni dalla data di ricevimento da parte del debitore della fattura o di una richiesta di pagamento di contenuto equivalente. Non hanno effetto sulla decorrenza del termine le richieste di integrazione o modifica formali della fattura o di altra richiesta equivalente di pagamento;*
  - b) trenta giorni dalla data di ricevimento delle merci o dalla data di prestazione dei servizi, quando non e' certa la data di ricevimento della fattura o della richiesta equivalente di pagamento;*
  - c) trenta giorni dalla data di ricevimento delle merci o dalla prestazione dei servizi, quando la data in cui il debitore riceve la fattura o la richiesta equivalente di pagamento e' anteriore a quella del ricevimento delle merci o della prestazione dei servizi;*
  - d) trenta giorni dalla data dell'accettazione o della verifica eventualmente previste dalla legge o dal contratto ai fini dell'accertamento della conformità della merce o dei servizi alle previsioni contrattuali, qualora il debitore riceva la fattura o la richiesta equivalente di pagamento in epoca non successiva a tale data.*
- 3. Nelle transazioni commerciali tra imprese le parti possono pattuire un termine per il pagamento superiore rispetto a quello previsto dal comma 2. Termini superiori a sessanta giorni, purché non siano gravemente iniqui per il creditore ai sensi dell'articolo 7, devono essere pattuiti espressamente. La clausola relativa al termine deve essere provata per iscritto.*
- 4. Nelle transazioni commerciali in cui il debitore è una pubblica amministrazione le parti possono pattuire, purché in modo espresso, un termine per il pagamento superiore a quello previsto dal comma 2, quando ciò sia giustificato dalla natura o dall'oggetto del contratto o dalle circostanze esistenti al momento della sua conclusione. In ogni caso i termini di cui al comma 2 non possono essere superiori a sessanta giorni. La clausola relativa al termine deve essere provata per iscritto.*
- 5. I termini di cui al comma 2 sono raddoppiati:*
  - a) per le imprese pubbliche ...;*
  - b) per gli enti pubblici che forniscono assistenza sanitaria e che siano stati debitamente riconosciuti a tale fine.*
- 6. Quando e' prevista una procedura diretta ad accertare la conformità della merce o dei servizi al contratto essa non può avere una durata superiore a trenta giorni dalla data della consegna della merce o della prestazione del servizio, salvo che sia diversamente ed espressamente concordato dalle parti e previsto nella documentazione di gara e purché ciò non sia gravemente iniquo per il creditore ai sensi dell'articolo 7. L'accordo deve essere provato per iscritto.*



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

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

*7. Resta ferma la facoltà delle parti di concordare termini di pagamento a rate. In tali casi, qualora una delle rate non sia pagata alla data concordata, gli interessi e il risarcimento previsti dal presente decreto sono calcolati esclusivamente sulla base degli importi scaduti.*

*Art. 6*

*(Risarcimento delle spese di recupero)*

- 1. ... il creditore ha diritto anche al rimborso dei costi sostenuti per il recupero delle somme non tempestivamente corrisposte.*
- 2. Al creditore spetta, senza che sia necessaria la costituzione in mora, un importo forfettario di 40 euro a titolo di risarcimento del danno. E' fatta salva la prova del maggior danno, che può comprendere i costi di assistenza per il recupero del credito.*

*Art. 7*

*(Nullità)*

- 1. Le clausole relative al termine di pagamento, al saggio degli interessi moratori o al risarcimento per i costi di recupero, a qualunque titolo previste o introdotte nel contratto, sono nulle quando risultano gravemente inique in danno del creditore ...*
- 2. Il giudice dichiara, anche d'ufficio, la nullità della clausola avuto riguardo a tutte le circostanze del caso, tra cui il grave scostamento dalla prassi commerciale in contrasto con il principio di buona fede e correttezza, la natura della merce o del servizio oggetto del contratto, l'esistenza di motivi oggettivi per derogare al saggio degli interessi legali di mora, ai termini di pagamento o all'importo forfettario dovuto a titolo di risarcimento per i costi di recupero.*
- 3. Si considera gravemente iniqua la clausola che esclude l'applicazione di interessi di mora. Non e' ammessa prova contraria.*
- 4. Si presume che sia gravemente iniqua la clausola che esclude il risarcimento per i costi di recupero di cui all'articolo 6.*
- 5. Nelle transazioni commerciali in cui il debitore e' una pubblica amministrazione e' nulla la clausola avente ad oggetto la predeterminazione o la modifica della data di ricevimento della fattura. La nullità e' dichiarata d'ufficio dal giudice";*

- che, pertanto, negli schemi contrattuali allegati al presente decreto le clausole che regolano le liquidazioni ed i pagamenti delle fatture sono conformate alla disciplina recata dal suddetto decreto legislativo;
- che ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile, con il consenso del creditore, il debitore può imputare il pagamento al capitale, prima che agli interessi e alle spese, fermo restando che, qualora il debitore dichiara di pagare sia in conto capitale che in conto interessi, il pagamento dovrà essere imputato prima agli interessi;
- che ai sensi dell'art. 1199 del Codice Civile, il "creditore che riceve il pagamento deve, a richiesta e a spese del debitore, rilasciare quietanza e farne annotazione sul titolo, se questo non è restituito al debitore. Il rilascio di una quietanza per il capitale fa presumere il pagamento degli interessi";
- che, pertanto, per effetto dell'automatismo della decorrenza degli interessi di mora, introdotta dal comma 1 dell'art. 4 del Dlgs 231/2002 e s.m.i. sopra citato, nei suddetti schemi negoziali A\1, A\2 e A\3 allegati al presente decreto è necessario prevedere l'imputazione dei pagamenti effettuati dalle ASL – di regola - al capitale, anziché agli interessi ed alle spese; e che il pagamento da parte della ASL di interessi e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà solo a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora), e di specifica



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

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

disposizione di pagamento della ASL, che dichiari espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo;

- che le previsioni di cui alla linea precedente, oltre ad essere legittime e non inique, sono necessarie per tutelare l'interesse pubblico, riducendo il rischio che – a distanza di mesi o di anni – siano avviate dal creditore (o da soggetti terzi, specializzati nell'acquisto pro soluto di tali crediti) azioni di "recupero crediti" volte a percepire elevate somme per interessi e spese;

#### **DATO ATTO**

- che i limiti di spesa assegnati dal presente decreto hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo di spesa prefissato dal presente decreto;
- che non è ammesso uno sfioramento dei limiti di spesa netta a carico delle ASL, fissati nell'allegato n. 1 al presente decreto, a meno che non intervenga un apposito ulteriore decreto del Commissario ad acta, che ne individui le coperture finanziarie;
- che il presente decreto viene trasmesso al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze e con successivi atti potranno essere recepite eventuali prescrizioni, che dovessero pervenire dai suddetti Ministeri;

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

#### **DECRETA**

1. Le premesse e gli allegati formano parte integrante e sostanziale del presente decreto.
2. Di stabilire che le AA.SSLL entro 15 giorni dalla notifica del presente decreto devono assegnare alle strutture di riabilitazione che erogano prestazioni ex art. 26 e/o art. 44 legge 833/78 e/o socio sanitarie il limite di spesa per l'esercizio 2013, stipulando i relativi contratti secondo gli schemi allegati: A\1 (per strutture eroganti prestazioni di riabilitazione ex art. 26); A\2 (per strutture eroganti solo prestazioni di riabilitazione ex art. 44); A\3 (per strutture eroganti solo prestazioni di salute mentale e socio sanitario).
3. Di stabilire i limiti di spesa ed i volumi massimi riconoscibili nell'esercizio 2013 per singola ASL sono fissati con i dettagli esposti nell'allegato n. 1 al presente decreto, con le seguenti principali specificazioni:
  - a) i limiti di spesa 2013 della riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 e della macroarea della salute mentale e delle prestazioni socio sanitarie (al lordo della quota di compartecipazione dell'utente / Comune) sono stati definiti nella stessa misura dell'anno precedente, tenendo conto del trasferimento del Comune di Portici dalla ASL Napoli 1 Centro alla ASL Napoli 3 Sud e dell'attivazione degli Hospice nella ASL di Caserta, approvata dal decreto commissariale n. 158 del 31 dicembre 2012; ciascuna ASL, pertanto, tenuto conto dei dati di consuntivo 2012, nonché di ulteriori elementi particolari, ritenuti significativi e da considerare con ragionevolezza ed equità,

*Regione Campania**Il Presidente*

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

nell'ambito della propria autonomia, previa apposita e motivata delibera del Direttore Generale, acquisito il parere espresso del dirigente responsabile, attribuirà ai singoli centri privati i volumi di prestazioni ed i correlati limiti massimi di spesa per l'esercizio 2013 della riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 e della macroarea della salute mentale e delle prestazioni socio sanitarie, fermo restando il tetto complessivo attribuito alla ASL nell'allegato n. 1 al presente decreto, dando priorità alla copertura del fabbisogno di prestazioni residenziali e semiresidenziali;

- b) i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa 2013 della riabilitazione ex art. 44 della L. 833/78 (assistenza specialistica ambulatoriale per la branca di medicina fisica e riabilitativa) sono stati fissati in base al consuntivo 2012, tenuto conto del trasferimento di Portici dalla ASL Napoli 1 Centro alla ASL Napoli 3 Sud; pertanto, ciascuna ASL attribuirà ai singoli centri privati i volumi di prestazioni ed i limiti di spesa 2013 assumendo l'importo inferiore fra il tetto di spesa 2012 ed il consuntivo di spesa 2012, fatta salva la facoltà della ASL di considerare ulteriori elementi particolari, ritenuti significativi e da valutare con ragionevolezza ed equità, nell'ambito della propria autonomia, previa apposita e motivata delibera del Direttore Generale, acquisito il parere espresso del dirigente responsabile, al fine di attribuire ai singoli centri privati l'ammontare totale dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti massimi di spesa per l'esercizio 2013 della riabilitazione ex art. 44 L. 833/78 fissati nell'allegato n. 1 al presente decreto;
  - c) eventuali incrementi dei volumi di prestazioni e/o dei limiti di spesa (al lordo della quota di compartecipazione dell'utente / Comune) per l'esercizio 2013 delle prestazioni di RSA / Hospice e altre prestazioni socio sanitarie, potranno essere coperti con la riduzione dei volumi di prestazioni di riabilitazione ex art. 26; qualora gli incrementi comportino per una singola ASL il superamento dei limiti di spesa complessivamente attribuiti alla medesima ASL per la somma della macroarea della riabilitazione ex art. 26 e della macroarea della salute mentale e socio sanitario, come stabilita nell'allegato n. 1 al presente decreto, essi dovranno essere autorizzati da successivi ed appositi decreti commissariali;
4. Di precisare che con riferimento alle prestazioni soggette a compartecipazione ai sensi del DPCM del 29.11.2001 ed all'allegato C del decreto commissariale n. 6/2010, si applica quanto disposto con i decreti commissariali n. 77 /2011, n. 81/2011 e con delibera di Giunta regionale della Campania n. 50 del 28 febbraio 2012 e che, pertanto, le prestazioni soggette a compartecipazione dovranno essere fatturate separatamente alla ASL, per la quota dovuta per la componente sanitaria, ed all'utente / Comune per quella dovuta per la componente sociale.
  5. Di dare atto che l'erogazione per il tramite delle aziende sanitarie locali delle risorse stanziare dalla Regione per garantire l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie gravanti sul fondo sociale regionale per la non autosufficienza, relativamente alla quota sociale a carico dei comuni, fatti salvi i costi a carico degli utenti, prevista dall'art. 1, comma 61, della legge regionale 6 maggio 2013, n. 5, sarà regolata da appositi e successivi provvedimenti regionali, con i quali saranno anche definiti i tempi e le modalità di attuazione della citata previsione legislativa.
  6. Di stabilire che il presente decreto sarà immediatamente notificato alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste, a tutte le Associazioni di categoria ed a tutti ai centri privati che erogano prestazioni di riabilitazione ex art. 26 e/o art. 44 legge 833/78 e/o socio sanitarie, accreditati o provvisoriamente / temporaneamente accreditati.
  7. Di precisare che le strutture sanitarie private che non sottoscrivano il contratto di cui al comma precedente, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale così formulata dalla ASL competente - fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria - saranno prive di



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

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

contratto e, pertanto, per tali strutture dal 1° luglio 2013 cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008).

8. Di stabilire che in caso di contenzioso, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza somme pari al fatturato, al netto dei controlli, riconosciuto al centro nell'esercizio precedente, fino alla definizione del contenzioso stesso.
9. Di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di competenza, alle AA.GG.CC. "Piano sanitario regionale", "Assistenza Sanitaria", "Bilancio, Ragioneria e Tributi", "Gabinetto Presidente della Giunta Regionale", ed al Settore "Stampa e Documentazione" per la immediata pubblicazione sul BURC, nonché per gli adempimenti di pubblicità e trasparenza previsti dagli art. 26 e 27 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Il Capo Dipartimento della Salute  
Prof. Ferdinando Romano

Il Coordinatore A.G.C. 19 e 20  
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente del Settore  
Fasce Deboli  
Dr.ssa Rosanna Romano

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

Il Commissario ad Acta  
Stefano Caldoro

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

## Limiti di spesa 2013

Importi in migliaia di euro	Riabilitazione art. 26					
	Limiti di spesa 2012			Limiti di spesa 2013		
	centri operanti nella ASL	adebiti da altre regioni	totale	centri operanti nella ASL	adebiti da altre regioni (1)	totale
ASL di Avellino	13.942	534	14.476	13.942	534	14.476
ASL di Benevento	13.802	148	13.950	13.802	148	13.950
ASL di Caserta	30.055	99	30.154	30.055	99	30.154
ASL Napoli 1 Centro	52.691	1.485	54.176	50.157	1.405	51.562
ASL Napoli 2 Nord	41.617	208	41.825	41.617	208	41.825
ASL Napoli 3 Sud	58.963	267	59.230	61.497	348	61.845
ASL di Salerno	58.441	693	59.134	58.441	693	59.134
<b>Totale</b>	<b>269.511</b>	<b>3.434</b>	<b>272.945</b>	<b>269.511</b>	<b>3.434</b>	<b>272.945</b>

Importi in migliaia di euro	Salute mentale e Socio Sanitario - RSA e Hospice					
	Limiti di spesa 2012			Limiti di spesa 2013		
	centri operanti nella ASL	adebiti da altre regioni	totale	centri operanti nella ASL	adebiti da altre regioni (2)	totale
ASL di Avellino	10.120	n.d.	10.120	9.393	727	10.120
ASL di Benevento	4.950	n.d.	4.950	4.703	248	4.950
ASL di Caserta	19.028	904	19.932	21.828	904	22.732
ASL Napoli 1 Centro	12.192	n.d.	12.192	10.955	577	11.532
ASL Napoli 2 Nord	22.605	n.d.	22.605	22.158	447	22.605
ASL Napoli 3 Sud	16.817	n.d.	16.817	16.604	888	17.491
ASL di Salerno	18.915	1.485	20.400	18.943	1.457	20.400
<b>Totale</b>	<b>104.627</b>	<b>2.389</b>	<b>107.016</b>	<b>104.583</b>	<b>5.247</b>	<b>109.830</b>

Importi in migliaia di euro	Medicina Fisica e riabilitativa ex art. 44 L. 833/78					
	Anno 2012			Limiti di spesa 2013		
	Limiti di spesa 2012 (3)	consuntivo 2012 (mgl di euro) (3)	consuntivo 2012 (n° prestazioni)	mgl di euro a tariffa piena	stima spesa netta (mgl di euro) (5)	per n° prestazioni 2013
ASL di Avellino	2.048	1.715	89.890	1.830	1.658	89.951
ASL di Benevento	3.018	1.506	79.822	1.614	1.452	79.888
ASL di Caserta	7.946	4.824	256.322	5.191	4.749	256.357
ASL Napoli 1 Centro	14.584	7.326	366.551	7.146	6.618	337.977
ASL Napoli 2 Nord	11.702	8.713	416.130	9.150	8.545	416.198
ASL Napoli 3 Sud	11.924	8.074	417.889	9.110	8.394	446.528
ASL di Salerno	9.179	4.942	271.988	5.362	4.721	272.029
<b>Totale</b>	<b>60.400</b>	<b>37.101</b>	<b>1.898.592</b>	<b>39.403</b>	<b>36.137</b>	<b>1.898.928</b>

(1) Si conferma la previsione di spesa 2012, tenendo conto dello spostamento di Portici da NA1 a NA3

(2) Stima 2013 in base al consuntivo 2012 e tenendo conto dello spostamento di Portici da NA1 a NA3

(3) Netto ticket e sconto ma lordo quota ricetta nazionale e regionale

(4) Tenuto conto dello spostamento di Portici da NA1 a NA3

(5) Stima netto ticket, quota ricetta nazionale e regionale e sconto finché applicato

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 alla macroarea della  
riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 (come definita nell'allegato n. 4 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 2013 redatto in conformità al decreto del  
Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2013.

### PREMESSO

- che con decreto n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2013 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 della L. 833/78 erogate nel corso del 2013, 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 della L. 833/78 (come  
definita nell'allegato n. 4 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 2013, 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 da erogarsi nel corso dell'anno 2013.

### **Art. 3**

#### **(quantità delle prestazioni)**

1. Il volume massimo di prestazioni che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2013 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2013, 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
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 2013. 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 2013 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);

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; mentre non è consentita la condizione opposta: un superamento del limite di spesa stabilito per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari non potrà essere compensato da un sotto utilizzo del limite di spesa stabilito per le prestazioni semiresidenziali e residenziali. La ASL e la sottoscritta struttura privata potranno modificare in corso d'anno i suddetti limiti di spesa per incrementare in quantità e valore le prestazioni di salute mentale e socio sanitarie (RSA / Hospice) riducendo dello stesso valore economico quelle di riabilitazione art. 26. 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 2013: 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 consumo massimo.

2. La sottoscritta struttura potrà recuperare nel mese successivo l'eventuale volume di prestazioni non richiesto dagli aventi diritto, rispetto alla percentuale massima fissata 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. 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, ai sensi della normativa vigente, la sottoscritta struttura privata 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. 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. 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, dandone comunicazione al Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità.
5. 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.
5. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
  - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
  - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
  - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
  - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
6. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
7. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo

della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiari espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo. Fino a quando non sarà emessa la suddetta apposita e regolare fattura, la ASL potrà presumere la rinuncia della struttura privata agli interessi moratori, alle spese ed all'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002.

8. Le parti si danno atto che l'erogazione per il tramite delle aziende sanitarie locali delle risorse stanziata dalla Regione per garantire l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie gravanti sul fondo sociale regionale per la non autosufficienza, relativamente alla quota sociale a carico dei comuni, fatti salvi i costi a carico degli utenti, prevista dall'art. 1, comma 61, della legge regionale 6 maggio 2013, n. 5, sarà regolata da appositi e successivi provvedimenti regionali, con i quali saranno anche definiti i tempi e le modalità di attuazione della citata previsione legislativa.

### **Art. 8**

#### **(efficacia del contratto)**

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2013.
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. \_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2013

.....li..... , / 2013

Timbro e firma della ASL  
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della struttura privata

**Contratto TRA**

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

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

**E**

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

**PER**

regolare per l'esercizio 2013 i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di \_\_\_\_\_, ed i correlati limiti di spesa redatto in conformità al decreto del Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario n. \_\_\_ del \_\_\_ / \_\_\_ / 2013.

**PREMESSO**

- che con decreto n. \_\_\_ del \_\_\_ / \_\_\_ / 2013, 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 2013, 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 2013, 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 2013.
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 2013.
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 2013.
4. Il volume massimo di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di \_\_\_\_\_, è determinato in n. \_\_\_\_\_ prestazioni per l'anno 2013, 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 2013, relativa al volume di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di \_\_\_\_\_, determinato per l'anno 2013 all'art. 3, comma 4, è fissato in:
  - a) € \_\_\_\_\_, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio;
  - b) € \_\_\_\_\_, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, al netto del ticket, dello sconto ex legge 296/2006 finché applicato, ed al netto sia della quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i., sia della quota ricetta nazionale ex art. 17, comma 6, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111;ed è suddiviso come esposto nei successivi commi 2, 3 e 4.
2. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di \_\_\_\_\_ da acquistare nell'anno 2013 per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € \_\_\_\_\_, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € \_\_\_\_\_, applicando le

medesime tariffe al netto del ticket, dello sconto ex legge 296/2006 finché applicato, ed al netto della quota ricetta regionale e nazionale.

3. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di \_\_\_\_\_ che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2013 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 € \_\_\_\_\_, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € \_\_\_\_\_, applicando le medesime tariffe al netto del ticket, dello sconto ex legge 296/2006 finché applicato, ed al netto della quota ricetta regionale e nazionale.
4. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di \_\_\_\_\_ che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2013 per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € \_\_\_\_\_, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € \_\_\_\_\_, applicando le medesime tariffe al netto del ticket, dello sconto ex legge 296/2006 finché applicato, ed al netto della quota ricetta regionale e nazionale.
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. L'importo di cui al comma 1, lettera a), diviso per il volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4, definisce il valore medio delle prestazioni per la branca di \_\_\_\_\_, da declinare in conformità alla classificazione delle strutture erogatrici in base alle tipologie funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dal successivo art. 6.

## Art. 5

### (criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario, al netto del ticket, dello sconto ex legge 296/2006 finché applicato, ed al netto della quota ricetta regionale e nazionale (e fatte salve eventuali modifiche delle tariffe che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati con decreto del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro o delibera della Giunta Regionale.
2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa al netto del ticket, dello sconto ex legge 296/2006 finché applicato, ed al netto della quota ricetta regionale e nazionale, costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nell'anno 2013 dai centri privati, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza del limite di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui all'art. 4, comma 1, lettera a), ovvero, di residua disponibilità dei volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4; al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa di cui all'art. 4, comma 1, lettere a) e b), le ASL potranno acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.
3. La ASL comunicherà 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 sforamento 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 eventuali superamenti dei limiti di spesa per l'esercizio 2013 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 nel punto 5 del dispositivo del decreto commissariale n. 85 del 20.12.2011, pubblicato sul BURC n. 79 del 27.12.2011.*
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. 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 ≤ 1 tesla	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN > 1 tesla
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 (90% a decorrere dall'acconto relativo alle prestazioni rese nel mese di luglio 2013).
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.
6. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
  - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
  - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
  - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
  - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
7. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
8. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e

regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiari espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo. Fino a quando non sarà emessa la suddetta apposita e regolare fattura, la ASL potrà presumere la rinuncia della struttura privata agli interessi moratori, alle spese ed all'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002.

## **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, dandone comunicazione al Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o disequaglianze 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)**

1. Il presente contratto si riferisce all'intero anno 2013 e sarà adeguato ad eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

### Art. 10

#### (norme finali)

1. In caso di contenzioso con uno o più centri privati, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza le somme eventualmente spettanti al centro ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso.
2. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto e/o di ogni altro rapporto del sottoscritto centro privato con il servizio sanitario regionale è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il citato decreto del Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario n. \_\_\_ del \_\_\_ / \_\_\_ / 2013.

..... , \_\_\_ / \_\_\_\_\_

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 2013 redatto in conformità al decreto del  
Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario n.  
\_\_\_ del \_\_\_ / \_\_\_ / 2013.

### PREMESSO

- che con decreto n. \_\_\_ del \_\_\_ / \_\_\_ / 2013, 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 2013, 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 2013, 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 2013.

**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 2013 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2013, 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 2013 per il volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato come segue:
  - a) € \_\_\_\_\_, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio;
  - b) € \_\_\_\_\_, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, al netto del ticket, dello sconto ex legge 296/2006 finché applicato, ed al netto sia della quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i., sia della quota ricetta nazionale ex art. 17, comma 6, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111;
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 2013; 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 nel mese successivo l'eventuale volume di prestazioni non richiesto dagli aventi diritto, rispetto alla percentuale massima fissata 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. 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. 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. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa al netto del ticket, dello sconto ex legge 296/2006 finché applicato, ed al netto della quota ricetta regionale e nazionale, costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate dalla ASL nell'anno 2013, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza del limite di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui all'art. 4, comma 1, lettera a), ovvero, di residua disponibilità del volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3; al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa di cui all'art. 4, comma 1, lettere a) e b), l'ASL potrà acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.
3. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni 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.
4. 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. 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, dandone comunicazione al Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità.

5. 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.
5. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
  - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
  - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
  - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
  - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
6. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
7. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento,

che dichiarare espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo. Fino a quando non sarà emessa la suddetta apposita e regolare fattura, la ASL potrà presumere la rinuncia della struttura privata agli interessi moratori, alle spese ed all'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002.

### **Art. 8**

#### **(efficacia del contratto)**

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2013.
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. \_\_\_ del \_\_\_ / \_\_\_ / 2013.

.....li..... , \_\_\_ / \_\_\_ / 2013

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 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 2013 redatto in conformità al  
decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. \_\_\_ del \_\_\_ / \_\_\_ /  
2013.

### PREMESSO

- che con decreto n. \_\_\_ del \_\_\_ / \_\_\_ / 2013 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 2013, 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 2013, 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 da erogarsi nel corso dell'anno 2013.

### **Art. 3**

#### **(quantità delle prestazioni)**

1. Il volume massimo di prestazioni che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2013 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2013, è determinato in n. .... prestazioni di RSA ..... / Comunità Terapeutica / Hospice.
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 2013.

### **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 2013 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 2013; 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 nel mese successivo l'eventuale volume di prestazioni non richiesto dagli aventi diritto, rispetto alla percentuale massima fissata 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. L'importo di cui al comma 1, diviso per il corrispondente volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, definisce 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, 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. 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. 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, dandone comunicazione al Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità.
5. 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.
5. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
  - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
  - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
  - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
  - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
6. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
7. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo. Fino a quando non sarà emessa la suddetta apposita e regolare fattura, la ASL potrà presumere la rinuncia della struttura privata agli interessi moratori, alle spese ed all'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002.
8. Le parti si danno atto che l'erogazione per il tramite delle aziende sanitarie locali delle risorse stanziata dalla Regione per garantire l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie gravanti sul fondo sociale regionale per la non autosufficienza, relativamente alla quota sociale a carico dei comuni, fatti salvi i costi a carico degli utenti, prevista dall'art. 1, comma 61, della legge regionale 6 maggio 2013, n. 5, sarà regolata da appositi e successivi provvedimenti regionali, con i quali saranno anche definiti i tempi e le modalità di attuazione della citata previsione legislativa.

## **Art. 8**

### **(efficacia del contratto)**

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2013 in esecuzione del decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. \_\_\_ del \_\_\_ / \_\_\_ / 2013.
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. \_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2013.

.....li, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2013

Timbro e firma della ASL  
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della struttura privata

---

---