



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. 88 del 24 luglio 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 specialistica ambulatoriale, escluso dialisi e fisiokinesiterapia

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";
- 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*

*Regione Campania**Il Presidente*

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

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. 24 del 5 aprile 2011, modificato ed integrato dai decreti commissariali n. 63 del 26 settembre 2011 e n. 85 del 20 dicembre 2011, sono stati fissati i limiti di remunerazione per l'assistenza specialistica ambulatoriale da erogarsi nell'esercizio 2011, ad esclusione delle branche di dialisi e di fisiokinesiterapia, regolate con appositi e separati decreti, precisando, tra l'altro, che i limiti di spesa dovevano intendersi stabiliti al netto del ticket di legge nazionale e dello sconto ex art. 1, comma 796, lettera o), della legge 296 del 27/12/2006, ma al lordo della quota ricetta regionale (stabilita dal decreto commissariale n. 53 del 27 settembre 2010) e al lordo della quota ricetta nazionale ex decreto legge n. 98/2011;
- che con decreto del Commissario ad acta n. 67 del 22 giugno 2012, 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 remunerazione per l'assistenza specialistica ambulatoriale da erogarsi nell'esercizio 2012, ad esclusione delle branche di dialisi e di fisiokinesiterapia, regolate con appositi e separati decreti, ribadendo, tra l'altro, che i limiti di spesa dovevano intendersi stabiliti al netto del ticket di legge nazionale e dello sconto ex art. 1, comma 796, lettera o), della legge 296 del 27/12/2006, ma al lordo della quota ricetta regionale (stabilita dal decreto commissariale n. 53 del 27 settembre 2010) e al lordo della quota ricetta nazionale ex decreto legge n. 98/2011;
- che, a seguito di osservazioni pervenute dai Ministeri affiancanti, nel presente decreto e nei conseguenti schemi contrattuali i limiti di spesa 2013 sono determinati in valore economico a tariffa, al netto del ticket e della quota ricetta nazionale e regionale, ed in quantità di prestazioni (sulla base delle quantità di prestazioni erogate nel 2012 dai centri privati operanti in ciascuna ASL nelle varie branche di assistenza specialistica);
- 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;



Regione Campania

Il Presidente

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

CONSIDERATO

- che il decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, all'art. 15, comma 14, ha stabilito che *"A tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014. La misura di contenimento della spesa di cui al presente comma è aggiuntiva rispetto alle misure eventualmente già adottate dalle singole regioni e province autonome di Trento e Bolzano e trova applicazione anche in caso di mancata sottoscrizione dei contratti e degli accordi, facendo riferimento, in tale ultimo caso, agli atti di programmazione regionale o delle province autonome di Trento e Bolzano della spesa sanitaria."*;
- che con il decreto commissariale n. 123 del 10 ottobre 2012 la Regione ha provveduto ad applicare la suddetta norma per l'esercizio 2012;
- che, in applicazione della suddetta norma, la programmazione regionale dei volumi di prestazioni di assistenza specialistica ed ospedaliera acquistata da privati e dei correlati limiti di spesa per gli esercizi 2013 e 2014 deve ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla stessa spesa consuntivata per l'anno 2011, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014;

CONSIDERATO

- che a seguito di diverse riunioni, tenutesi il 4/9/2012, il 9/1/2013 e nello scorso febbraio 2013 con le Associazioni di Categoria dei centri privati erogatori della specialistica ambulatoriale, nella riunione del 24 maggio 2013, di cui si allega il verbale, sono emersi i seguenti punti principali:
 - "Riordino della rete dei laboratori: il provvedimento è sostanzialmente già condiviso con i Ministeri e può essere emanato rapidamente;*
 - Problematica tariffe: possiamo affievolire alcuni requisiti molto onerosi e non necessari;*
 - Recepiremo i verbali del lavoro svolto con le Associazioni emanando Linee Guida per la appropriatezza;*
 - Il budget complessivo potrà essere ridotto dell'1% rispetto al 2012 assicurando la copertura delle prestazioni fino al 31 dicembre; valuteremo strumenti per eventuali modifiche della distribuzione tra le varie branche da effettuarsi direttamente a livello di ASL, in accordo con le Associazioni di Categoria;*
 - Potenziare lo strumento del budget dei Medici Prescrittori ed i relativi controlli;*
 - Sarà importante evidenziare che la riduzione delle tariffe consentirà di colmare il deficit di prestazioni che si verifica negli ultimi mesi dell'anno solare";*
- che con separati provvedimenti è in avanzata fase di definizione il percorso di riordino della rete dei laboratori, e si procederà alla revisione dei requisiti al fine di ottimizzare il rapporto prezzo / qualità delle prestazioni sanitarie;

*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, accogliendo le indicazioni tecniche emerse nei suddetti incontri con le Associazioni di Categoria:
 - negli schemi di protocollo e di contratto, approvati dal presente decreto, vengono ampliate le classi di case mix da utilizzarsi per differenziare il valore medio delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della radiodiagnostica;
 - nella diabetologia si assume come soglia di attenzione una spesa annua per paziente di euro 240,00=, oltre la quale le ASL sono tenute ad effettuare approfondimenti e verifiche;
 - al fine di migliorare l'appropriatezza di alcune prestazioni sanitarie viene stabilito che le seguenti prestazioni (di cui si riporta il codice e la denominazione):
 - 88.38.1 Tomografia Computerizzata (TC) del rachide e dello speco vertebrale
 - 88.38.3 Tomografia Computerizzata (TC) dell'arto superiore
 - 88.38.5 Tomografia Computerizzata (TC) del bacino
 - 88.38.6 Tomografia Computerizzata (TC) dell'arto inferiore
 - 88.90.3 Tomografia Computerizzata (TC) del rachide e dello speco vertebrale
 - 88.93 Risonanza Magnetica Nucleare (RM) della colonna
 - 88.94.1 Risonanza Magnetica Nucleare (RM) muscolo scheletrica

ritenute ad alto rischio di inapproprietezza, potranno essere prescritte ed erogate senza limitazioni esclusivamente nei seguenti casi:

- patologia oncologica (ovvero detentori di codice di esenzione 048)
- patologia traumatica
- controlli post chirurgici

in tutti gli altri casi le sopraelencate prestazioni potranno essere erogate senza vincoli di prescrizione una sola volta nell'arco dell'anno solare. La eventuale ripetizione nel corso del medesimo anno richiederà esplicita autorizzazione previo controllo clinico specialistico di branca (p. es. ortopedico, fisiatra, neurologo, neurochirurgo, reumatologo) presso struttura pubblica, i cui estremi andranno esplicitamente indicati nella prescrizione/proposta del MMG richiedente ed a questa allegata, per essere consegnata alla ASL di appartenenza unitamente alla contabilità mensile, con le procedure previste dalle singole ASL. In mancanza le singole prestazioni non potranno essere rimborsate.

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

*Regione Campania**Il Presidente*

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

a 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;

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*



Regione Campania
Il Presidente

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

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.

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 negoziali allegati al presente decreto:

- A\1: schema di protocollo d'intesa con le associazioni di categoria delle strutture private;
- A\2: schema di contratto con le singole strutture private;

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 e A\2

*Regione Campania**Il Presidente*

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

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 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 per tutto quanto non precisato e/o modificato dal presente decreto si applicano le disposizioni recate dalle delibere della Giunta Regionale in materia di limiti di spesa dei centri privati, con riferimento, in particolare, alle DGRC n. 1268/08 e n. 1269/09 e s.m.i. ed ai decreti del Commissario ad acta n. 34 del 22 giugno 2010, n. 65 del 22 ottobre 2010, n. 24 del 5 aprile 2011, n. 63 del 26 settembre 2011 e n. 85 del 20 dicembre 2011;
- che è in corso la revisione dei Programmi Operativi per la Prosecuzione del Piano di Rientro nel triennio 2013 – 2015, approvati con decreto commissariale n. 24 del 15 marzo 2013, al fine di recepire ulteriori indicazioni fornite dai Ministeri affiancanti e di tenere conto dei conti consuntivi delle aziende sanitarie per l'esercizio 2012;
- 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 i limiti di spesa assegnati dal presente decreto sono stati determinati sulla base delle date consuntive di esaurimento dei tetti di spesa 2012 per ciascuna ASL / branca specialistica, e dei diversi indici di consumo pro capite tra le varie ASL per la stessa branca, in analogia con i criteri utilizzati per determinare i tetti di spesa 2012, illustrati nella Nota Esplicativa allegata sub A\3 al decreto commissariale n. 67 del 22 giugno 2012; inoltre, si è tenuto conto delle criticità riscontrate in alcune ASL per alcune branche e segnalate:
 - dalla ASL di Avellino con E-Mail del 14/6/2013 riguardo alle branche di Radiologia, Diabetologia e Cardiologia
 - dalla ASL di Benevento con note del 29/11/2012, prot. n. 162378, e del 11/4/2013, prot. n. 54319, riguardo alla branca di Medicina Nucleare;
 - dalla ASL di Salerno con E-Mail del 9/7/2013, riguardo alla branca di Medicina Nucleare;



Regione Campania
Il Presidente

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

RITENUTO

- di determinare i limiti di spesa per l'esercizio 2013 delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private negli importi esposti negli allegati n. 1, 2 e 3;
- di confermare per l'esercizio 2013 le procedure stabilite dal punto 5 del dispositivo del decreto commissariale n. 85 del 20 dicembre 2011 per la stipula di eventuali contratti integrativi per la branca della Radioterapia, in considerazione della specificità di tali prestazioni;
- di stabilire che in caso di contenzioso, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa di branca di appartenenza somme pari al fatturato, al netto dei controlli, riconosciuto al centro nell'esercizio precedente, fino alla definizione del contenzioso stesso;
- di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali devono assegnare ai medici prescrittori interni e/o convenzionati il budget delle prestazioni di specialistica ambulatoriale sulla base degli importi definiti per l'esercizio 2013 negli allegati n. 1, 2 e 3 (colonna D), ponendo la massima attenzione, nell'ambito della assegnazione del budget e del successivo controllo di applicazione dello stesso, all'appropriatezza delle prescrizioni ed al rispetto delle linee guida regionali, anche al fine di contenere i costi nei limiti programmati; a tal fine, le ASL sono impegnate a produrre alla struttura di supporto del Commissario ad acta idonea documentazione, comprovante l'attuazione della presente disposizione;
- di stabilire che per l'esercizio 2013 non è, comunque, ammesso uno sforamento dei limiti di spesa netta a carico delle ASL, fissati nell'allegato n. 3 al presente decreto, a meno che non intervenga un apposito ulteriore decreto del Commissario ad acta, che ne individui le coperture finanziarie; a tal fine il monitoraggio periodico previsto nell'art. 5 degli allegati schemi di protocollo e di contratto dovrà essere effettuato dalle ASL anche in relazione ai limiti di spesa netta fissati nell'allegato n. 3 al presente decreto, e dovrà essere tempestivamente comunicato al Commissario ad acta per l'adozione di eventuali provvedimenti, senza i quali non saranno ammesse a pagamento le prestazioni rese dai centri privati in eccedenza rispetto ai suddetti limiti di spesa netta;

DATO ATTO

- 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 per l'esercizio 2013 ai centri privati che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale, accreditati o provvisoriamente / temporaneamente accreditati, si applicano i limiti di spesa fissati negli allegati n. 1 e n. 3 al presente decreto sulla base dei volumi di prestazioni programmati nell'allegato n. 2, con le modalità, prescrizioni e condizioni tutte specificate nel presente decreto.

*Regione Campania**Il Presidente*

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

3. Di stabilire, sulla base degli approfondimenti tecnici intervenuti con le Associazioni di Categoria e citati in premessa, che:

- negli schemi di protocollo e di contratto, approvati dal presente decreto, vengono ampliate le classi di case mix da utilizzarsi per differenziare il valore medio delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della radiodiagnostica;
- nella diabetologia si assume come soglia di attenzione una spesa annua per paziente di euro 240,00=, oltre la quale le ASL sono tenute ad effettuare approfondimenti e verifiche;
- al fine di migliorare l'appropriatezza di alcune prestazioni sanitarie viene stabilito che le seguenti prestazioni (di cui si riporta il codice e la denominazione):

88.38.1 Tomografia Computerizzata (TC) del rachide e dello speco vertebrale
88.38.3 Tomografia Computerizzata (TC) dell'arto superiore
88.38.5 Tomografia Computerizzata (TC) del bacino
88.38.6 Tomografia Computerizzata (TC) dell'arto inferiore
88.90.3 Tomografia Computerizzata (TC) del rachide e dello speco vertebrale
88.93 Risonanza Magnetica Nucleare (RM) della colonna
88.94.1 Risonanza Magnetica Nucleare (RM) muscolo scheletrica

ritenute ad alto rischio di inapproprietezza, potranno essere prescritte ed erogate senza limitazioni esclusivamente nei seguenti casi:

- patologia oncologica (ovvero detentori di codice di esenzione 048)
- patologia traumatica
- controlli post chirurgici

in tutti gli altri casi le sopraelencate prestazioni potranno essere erogate senza vincoli di prescrizione una sola volta nell'arco dell'anno solare. La eventuale ripetizione nel corso del medesimo anno richiederà esplicita autorizzazione previo controllo clinico specialistico di branca (p. es. ortopedico, fisiatra, neurologo, neurochirurgo, reumatologo) presso struttura pubblica, i cui estremi andranno esplicitamente indicati nella prescrizione/proposta del MMG richiedente ed a questa allegata, per essere consegnata alla ASL di appartenenza unitamente alla contabilità mensile, con le procedure previste dalle singole ASL. In mancanza le singole prestazioni non potranno essere rimborsate.

4. Di confermare per l'esercizio 2013 le procedure stabilite dal punto 5 del dispositivo del decreto commissariale n. 85 del 20 dicembre 2011 per la stipula di eventuali contratti integrativi per la branca della Radioterapia, in considerazione della specificità di tali prestazioni.
5. 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 specialistica ambulatoriale, accreditati o provvisoriamente / temporaneamente accreditati.
6. Di stabilire che entro dieci giorni dalla notifica del presente decreto, le Aziende Sanitarie Locali dovranno stipulare con le Associazioni di Categoria i protocolli d'intesa redatti secondo lo schema allegato sub A\1, e con i singoli centri privati i contratti relativi all'esercizio 2013, utilizzando lo schema di contratto allegato A\2 al presente decreto.



Regione Campania
Il Presidente

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

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 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 di 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 stabilire che le Aziende Sanitarie Locali devono assegnare ai medici prescrittori interni e/o convenzionati il budget delle prestazioni di specialistica ambulatoriale sulla base degli importi definiti per l'esercizio 2013 negli allegati n. 1, 2 e 3 (colonna D), ponendo la massima attenzione, nell'ambito della assegnazione del budget e del successivo controllo di applicazione dello stesso, all'appropriatezza delle prescrizioni ed al rispetto delle linee guida regionali, anche al fine di contenere i costi nei limiti programmati. A tal fine, le ASL sono impegnate a produrre alla struttura di supporto del Commissario ad acta idonea documentazione, comprovante l'attuazione del presente disposto.
10. 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 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

ASSISTENZA SPECIALISTICA da strutture private: limiti di spesa 2013 a tariffa vigente (1)

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)	(E)	(F)	(G = D-E+F)	% di copertura dei mesi del 2012	
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mob. passiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Budget Medici Prescrittori	Budget Mob. passiva intra regione	Budget Mobilità attiva intra regione	Tetto di Spesa	consuntivo 2012	idem, con tetto 2013
ASL Avellino									
Diabetologia	1.932.290	48.590	2.560	1.983.440	48.590	31.659	1.966.509	87%	94%
Branche a visita	47.000	336.070	60	383.130	336.070	6.115	53.175	108%	100%
Cardiologia	701.740	314.530	0	1.016.270	314.530	3.551	705.291	87%	92%
Patologia Clinica (Lab.)	9.509.170	1.427.700	109.990	11.046.860	1.427.700	1.356.464	10.975.624	106%	98%
Medicina nucleare	394.030	2.051.740	5.640	2.451.410	2.051.740	192.338	592.008	239%	100%
Radiodiagnostica	3.486.570	4.021.140	108.340	7.616.050	4.021.140	214.873	3.809.783	83%	92%
Radioterapia	0	444.800	0	444.800	444.800	0	0	0%	0%
TOTALE	16.070.800	8.644.570	226.590	24.941.960	8.644.570	1.805.000	18.102.390	105%	98%
ASL Benevento									
Diabetologia	167.580	166.380	390	334.350	166.380	11.249	179.219	81%	93%
Branche a visita	0	190.840	0	190.840	190.840	0	0	0%	0%
Cardiologia	0	79.900	0	79.900	79.900	0	0	0%	0%
Patologia Clinica (Lab.)	4.714.290	441.570	15.370	5.171.230	441.570	424.564	5.154.224	88%	92%
Medicina nucleare	559.960	859.080	3.280	1.422.320	859.080	277.940	841.180	29%	92%
Radiodiagnostica	5.397.800	1.034.990	67.250	6.500.040	1.034.990	1.081.599	6.546.649	86%	92%
Radioterapia	0	316.090	0	316.090	316.090	0	0	0%	0%
TOTALE	10.839.630	3.088.850	86.290	14.014.770	3.088.850	1.795.353	12.721.273	85%	92%
ASL Caserta									
Diabetologia	3.442.170	18.860	11.040	3.472.070	18.860	428.604	3.881.814	70%	94%
Branche a visita	4.068.650	131.220	52.650	4.252.520	131.220	2.052.925	6.174.225	79%	92%
Cardiologia	5.469.940	725.680	64.500	6.260.120	725.680	413.367	5.947.807	84%	92%
Patologia Clinica (Lab.)	19.790.110	2.053.770	136.890	21.980.770	2.053.770	1.019.286	20.946.286	96%	95%
Medicina nucleare	4.532.770	1.316.110	187.280	6.036.160	1.316.110	1.878.178	6.598.228	84%	93%
Radiodiagnostica	20.612.990	4.624.610	1.562.900	26.800.500	4.624.610	3.625.124	25.801.014	74%	91%
Radioterapia	1.228.320	886.270	35.810	2.150.400	886.270	460.507	1.724.637	101%	100%
TOTALE	59.144.950	9.756.520	2.051.070	70.952.540	9.756.520	9.877.991	71.074.011	85%	93%

ASSISTENZA SPECIALISTICA da strutture private: limiti di spesa 2013 a tariffa vigente (1)

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)	(E)	(F)	(G = D-E+F)	% di copertura dei mesi del 2012	
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mob. passiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Budget Medici Prescrittori	Budget Mob. passiva intra regione	Budget Mobilità attiva intra regione	Tetto di Spesa	consuntivo 2012	idem, con tetto 2013
ASL NA 1 Centro									
Diabetologia	1.332.050	46.450	30	1.378.530	46.450	200.129	1.532.209	95%	95%
Branche a visita	3.786.370	424.940	15.480	4.226.790	424.940	1.478.146	5.279.996	98%	97%
Cardiologia	9.123.060	721.110	27.730	9.871.900	721.110	1.810.371	10.961.161	76%	90%
Patologia Clinica (Lab.)	27.493.990	2.727.850	266.310	30.488.150	2.727.850	6.336.116	34.096.416	91%	91%
Medicina nucleare	6.882.240	1.122.260	5.524.870	13.529.370	1.122.260	10.694.754	23.101.864	74%	93%
Radiodiagnostica	19.661.980	9.231.770	1.776.330	30.670.080	9.231.770	7.728.947	29.167.257	69%	91%
Radioterapia	1.455.300	1.517.140	33.610	3.006.050	1.517.140	904.032	2.392.942	100%	100%
TOTALE	69.734.990	15.791.520	7.644.360	93.170.870	15.791.520	29.152.495	106.531.845	82%	92%
ASL NA 2 Nord									
Diabetologia	0	368.430	0	368.430	368.430	0	0	0%	0%
Branche a visita	1.363.790	2.085.230	4.040	3.453.060	2.085.230	191.417	1.559.247	100%	98%
Cardiologia	6.751.900	1.181.800	15.280	7.948.980	1.181.800	1.325.526	8.092.706	78%	91%
Patologia Clinica (Lab.)	22.855.710	4.768.730	316.110	27.940.550	4.768.730	3.554.471	26.726.291	83%	92%
Medicina nucleare	1.720.860	4.914.490	11.160	6.646.510	4.914.490	1.646.502	3.378.522	73%	93%
Radiodiagnostica	24.202.550	5.050.860	315.070	29.568.480	5.050.860	12.887.252	37.404.872	73%	90%
Radioterapia	2.920.620	510.170	64.070	3.494.860	510.170	4.443.180	7.427.870	101%	100%
TOTALE	59.815.430	18.879.710	725.730	79.420.870	18.879.710	24.048.349	84.589.509	80%	91%
ASL NA 3 Sud									
Diabetologia	1.244.610	78.000	510	1.323.120	78.000	78.135	1.323.255	98%	97%
Branche a visita	2.760.570	1.080.480	6.670	3.847.720	1.080.480	589.011	3.356.251	76%	90%
Cardiologia	6.384.940	1.166.840	7.610	7.559.390	1.166.840	878.032	7.270.582	86%	92%
Patologia Clinica (Lab.)	23.379.260	3.688.760	32.170	27.100.190	3.688.760	2.281.693	25.693.123	95%	93%
Medicina nucleare	3.416.000	4.660.810	43.430	8.120.240	4.660.810	1.921.624	5.381.054	54%	92%
Radiodiagnostica	21.712.610	6.551.070	120.090	28.383.770	6.551.070	4.507.146	26.339.846	84%	91%
Radioterapia	649.730	2.330.220	150	2.980.100	2.330.220	112.522	762.402	100%	100%
TOTALE	59.547.720	19.556.180	210.630	79.314.530	19.556.180	10.368.164	70.126.514	88%	92%

Assistenza specialistica da strutture private: limiti di spesa 2013 a tariffa vigente (1)

Importi in migliaia di euro	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)	(E)	(F)	(G = D-E+F)	% di copertura dei mesi del 2012	
	Budget Residenti ASL	Budget Mob. passiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Budget Medici Prescrittori	Budget Mob. passiva intra regione	Budget Mobilità attiva intra regione	Tetto di Spesa	consuntivo 2012	idem, con tetto 2013
ASL Salerno									
Diabetologia	944.910	29.150	1.360	975.420	29.150	6.088	952.358	82%	94%
Branche a visita	1.645.350	378.720	170.890	2.194.960	378.720	309.886	2.126.126	102%	99%
Cardiologia	5.968.840	413.090	20.440	6.402.370	413.090	172.101	6.161.381	77%	92%
Patologia Clinica (Lab.)	25.569.020	1.301.690	145.020	27.015.730	1.301.690	1.437.476	27.151.516	83%	92%
Medicina nucleare	2.352.460	1.864.100	34.690	4.251.250	1.864.100	177.237	2.564.387	145%	100%
Radiodiagnostica	23.374.510	2.221.790	521.770	26.118.070	2.221.790	2.691.280	26.587.560	83%	92%
Radioterapia	1.111.540	223.320	171.820	1.506.680	223.320	307.755	1.591.115	100%	100%
TOTALE	60.966.630	6.431.860	1.065.990	68.464.480	6.431.860	5.101.824	67.134.444	86%	94%
TOTALE REGIONE									
Diabetologia	9.063.610	755.870	15.890	9.835.370	755.870	755.864	9.835.364	84%	96%
Branche a visita	13.671.740	4.627.500	249.780	18.549.020	4.627.500	4.627.501	18.549.021	89%	95%
Cardiologia	34.400.420	4.602.950	135.560	39.138.930	4.602.950	4.602.949	39.138.929	80%	91%
Patologia Clinica (Lab.)	133.311.550	16.410.080	1.021.850	150.743.480	16.410.080	16.410.080	150.743.480	91%	93%
Medicina nucleare	19.858.310	16.788.590	5.810.340	42.457.240	16.788.590	16.788.594	42.457.244	83%	100%
Radiodiagnostica	118.449.020	32.736.230	4.471.730	155.656.980	32.736.230	32.736.232	155.656.982	77%	91%
Radioterapia	7.365.500	6.228.010	305.460	13.898.970	6.228.010	6.228.006	13.898.966	100%	100%
TOTALE	336.120.150	82.149.230	12.010.610	430.279.990	82.149.230	82.149.226	430.279.986	85%	94%

(1) Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale: Importi in euro a tariffa vigente ai sensi del decreto commissariale n. 32/2013 e con Portici in Napoli 3 Sud dal 1° gennaio 2013

Assistenza Specialistica da strutture private: volumi medi di prestazioni implicite nei limiti di spesa 2013 a tariffa vigente (1)

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)	(E)	(F)	(G =D-E+F)	Var % n° prestazioni Tetto 2013 vs.2012	% di copertura dei mesi del 2012		
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mob. passiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Budget Medici Prescrittori	Budget Mob. passiva intra regione	Budget Mobilità attiva intra regione	Tetto di Spesa		consuntivo 2012	idem, con tetto 2013	data esaurim. tetto 2012
ASL Avellino											
Diabetologia	205.504	6.395	272	212.171	6.395	3.367	209.143	7%	87%	94%	15/11/2012
Branche a visita	4.491	13.192	6	17.689	13.192	584	5.081	-7%	108%	100%	31/12/2012
Cardiologia	19.716	9.104	0	28.820	9.104	99	19.815	5%	87%	92%	15/11/2012
Patologia Clinica (Lab.)	2.091.098	377.971	24.187	2.493.256	377.971	298.290	2.413.575	-7%	106%	98%	31/12/2012
Medicina nucleare	3.565	6.240	51	9.856	6.240	1.740	5.356	-32%	239%	100%	01/01/1900
Radiodiagnostica	63.016	68.381	1.958	133.355	68.381	3.884	68.858	11%	83%	92%	29/10/2012
Radioterapia	0	6.974	0	6.974	6.974	0	0	0%	0%	0%	00/01/1900
TOTALE	2.387.390	488.257	26.474	2.902.121	488.257	307.965	2.721.829	-6%	105%	98%	14/12/2012
ASL Benevento											
Diabetologia	25.699	18.679	60	44.438	18.679	1.724	27.483	15%	81%	93%	21/10/2012
Branche a visita	0	7.162	0	7.162	7.162	0	0	0%	0%	0%	00/01/1900
Cardiologia	0	2.304	0	2.304	2.304	0	0	0%	0%	0%	00/01/1900
Patologia Clinica (Lab.)	1.260.995	108.461	4.111	1.373.567	108.461	113.563	1.378.669	5%	88%	92%	16/11/2012
Medicina nucleare	1.511	2.854	9	4.374	2.854	751	2.271	220%	29%	92%	15/04/2012
Radiodiagnostica	101.261	17.389	1.262	119.912	17.389	20.290	122.813	7%	86%	92%	09/11/2012
Radioterapia	0	5.655	0	5.655	5.655	0	0	0%	0%	0%	00/01/1900
TOTALE	1.389.466	162.504	5.442	1.557.412	162.504	136.328	1.531.236	5%	85%	92%	07/11/2012
ASL Caserta											
Diabetologia	387.899	2.384	1.244	391.527	2.384	48.300	437.443	35%	70%	94%	12/09/2012
Branche a visita	144.331	5.179	1.868	151.378	5.179	72.825	219.024	16%	79%	92%	16/10/2012
Cardiologia	155.365	22.294	1.832	179.491	22.294	11.741	168.938	10%	84%	92%	02/11/2012
Patologia Clinica (Lab.)	5.296.374	504.484	36.635	5.837.493	504.484	272.789	5.605.798	-1%	96%	95%	17/12/2012
Medicina nucleare	15.776	3.776	652	20.204	3.776	6.537	22.965	11%	84%	93%	02/11/2012
Radiodiagnostica	347.393	78.247	26.340	451.980	78.247	61.094	434.827	23%	74%	91%	27/09/2012
Radioterapia	22.545	14.917	657	38.119	14.917	8.453	31.655	-1%	101%	100%	31/12/2012
TOTALE	6.369.683	631.281	69.228	7.070.192	631.281	481.739	6.920.650	3%	85%	93%	05/11/2012

Assistenza Specialistica da strutture private: volumi medi di prestazioni implicite nei limiti di spesa 2013 a tariffa vigente (1)

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)	(E)	(F)	(G =D-E+F)				
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mob. passiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Budget Medici Prescrittori	Budget Mob. passiva intra regione	Budget Mobilità attiva intra regione	Tetto di Spesa	Var % n° prestazioni Tetto 2013 vs.2012	% di copertura dei mesi del 2012		
									consuntivo 2012	idem, con tetto 2013	data esaurim. tetto 2012
ASL NA 1 Centro											
Diabetologia	168.049	6.435	3	174.487	6.435	25.249	193.301	-26%	95%	95%	12/12/2012
Branche a visita	149.910	16.518	613	167.041	16.518	58.523	209.046	-5%	98%	97%	23/12/2012
Cardiologia	276.494	21.402	840	298.736	21.402	54.868	332.202	3%	76%	90%	04/10/2012
Patologia Clinica (Lab.)	6.777.890	686.791	65.651	7.530.332	686.791	1.561.997	8.405.538	-7%	91%	91%	29/11/2012
Medicina nucleare	18.695	3.387	15.008	37.090	3.387	29.051	62.754	26%	74%	93%	26/09/2012
Radiodiagnostica	311.210	158.598	28.116	497.924	158.598	122.333	461.659	22%	69%	91%	10/09/2012
Radioterapia	23.742	25.684	548	49.974	25.684	14.749	39.039	0%	100%	100%	31/12/2012
TOTALE	7.725.990	918.815	110.779	8.755.584	918.815	1.866.770	9.703.539	-6%	82%	92%	27/10/2012
ASL NA 2 Nord											
Diabetologia	0	43.749	0	43.749	43.749	0	0	0%	0%	0%	00/01/1900
Branche a visita	52.791	78.659	156	131.606	78.659	7.410	60.357	-2%	100%	98%	31/12/2012
Cardiologia	208.069	35.458	471	243.998	35.458	40.848	249.388	17%	78%	91%	12/10/2012
Patologia Clinica (Lab.)	5.532.440	1.195.640	76.517	6.804.597	1.195.640	860.395	6.469.352	10%	83%	92%	31/10/2012
Medicina nucleare	6.562	13.732	43	20.337	13.732	6.278	12.883	26%	73%	93%	25/09/2012
Radiodiagnostica	411.032	82.681	5.351	499.064	82.681	218.864	635.247	22%	73%	90%	25/09/2012
Radioterapia	49.588	8.301	1.088	58.977	8.301	75.438	126.114	-1%	101%	100%	31/12/2012
TOTALE	6.260.482	1.458.220	83.626	7.802.328	1.458.220	1.209.233	7.553.341	11%	80%	91%	19/10/2012
ASL NA 3 Sud											
Diabetologia	184.396	9.331	76	193.803	9.331	11.576	196.048	51%	98%	97%	25/12/2012
Branche a visita	112.617	42.220	272	155.109	42.220	24.029	136.918	25%	76%	90%	04/10/2012
Cardiologia	184.913	35.304	220	220.437	35.304	25.429	210.562	39%	86%	92%	10/11/2012
Patologia Clinica (Lab.)	6.564.227	899.813	9.033	7.473.073	899.813	640.634	7.213.894	7%	95%	93%	14/12/2012
Medicina nucleare	8.491	14.440	108	23.039	14.440	4.776	13.375	70%	54%	92%	16/07/2012
Radiodiagnostica	398.189	106.453	2.202	506.844	106.453	82.657	483.048	17%	84%	91%	04/11/2012
Radioterapia	13.727	38.909	3	52.639	38.909	2.377	16.107	0%	100%	100%	28/12/2012
TOTALE	7.466.560	1.146.470	11.914	8.624.944	1.146.470	791.479	8.269.953	9%	88%	92%	17/11/2012

Assistenza Specialistica da strutture private: volumi medi di prestazioni implicite nei limiti di spesa 2013 a tariffa vigente (1)

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)	(E)	(F)	(G =D-E+F)	Var % n° prestazioni Tetto 2013 vs.2012	% di copertura dei mesi del 2012		
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mob. passiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Budget Medici Prescrittori	Budget Mob. passiva intra regione	Budget Mobilità attiva intra regione	Tetto di Spesa		consuntivo 2012	idem, con tetto 2013	data esaurim. tetto 2012
ASL Salerno											
Diabetologia	110.620	3.955	159	114.734	3.955	714	111.493	15%	82%	94%	26/10/2012
Branche a visita	78.854	15.291	8.190	102.335	15.291	14.851	101.895	-3%	102%	99%	31/12/2012
Cardiologia	169.133	11.996	579	181.708	11.996	4.876	174.588	20%	77%	92%	08/10/2012
Patologia Clinica (Lab.)	6.398.864	334.249	36.293	6.769.406	334.249	359.740	6.794.897	10%	83%	92%	31/10/2012
Medicina nucleare	10.558	5.501	156	16.215	5.501	796	11.510	-2%	145%	100%	01/01/1900
Radiodiagnostica	364.175	39.303	8.129	411.607	39.303	41.930	414.234	10%	83%	92%	31/10/2012
Radioterapia	12.740	4.104	1.969	18.813	4.104	3.528	18.237	0%	100%	100%	31/12/2012
TOTALE	7.144.944	414.399	55.475	7.614.818	414.399	426.434	7.626.853	10%	86%	94%	03/11/2012
TOTALE REGIONE											
Diabetologia	1.082.167	90.928	1.814	1.174.909	90.928	90.929	1.174.910	14%	84%	96%	02/11/2012
Branche a visita	542.995	178.222	11.104	732.321	178.222	178.222	732.321	6%	89%	95%	20/11/2012
Cardiologia	1.013.690	137.861	3.943	1.155.494	137.861	137.861	1.155.494	15%	80%	91%	17/10/2012
Patologia Clinica (Lab.)	33.921.888	4.107.410	252.426	38.281.724	4.107.410	4.107.410	38.281.724	2%	91%	93%	26/11/2012
Medicina nucleare	65.159	49.929	16.026	131.114	49.929	49.929	131.114	20%	83%	100%	01/01/1900
Radiodiagnostica	1.996.275	551.054	73.357	2.620.686	551.054	551.054	2.620.686	18%	77%	91%	08/10/2012
Radioterapia	122.342	104.544	4.266	231.152	104.544	104.544	231.152	-1%	100%	100%	30/12/2012
TOTALE	38.744.516	5.219.948	362.936	44.327.400	5.219.948	5.219.949	44.327.401	4%	85%	94%	03/11/2012

(1) Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale: n° prestazioni implicite nei limiti di spesa 2013 calcolati a tariffa vigente ai sensi del decreto commissariale n. 32/2013 e con Portici in Napoli 3 Sud dal 1° gennaio 2013

Assistenza Specialistica da strutture private: limiti di spesa NETTA 2013 a tariffa vigente (1)

Importi in migliaia di euro	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)	(E)	(F)	(G =D-E+F)	% di copertura dei mesi del 2012	
	Budget Residenti ASL	Budget Mob. passiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Budget Medici Prescrittori	Budget Mob. passiva intra regione	Budget Mobilità attiva intra regione	Tetto di Spesa	consuntivo 2012	idem, con tetto 2013
ASL Avellino									
Diabetologia	1.737.020	43.160	2.300	1.782.480	43.160	28.461	1.767.781	87%	94%
Branche a visita	31.830	287.290	40	319.160	287.290	4.139	36.009	108%	100%
Cardiologia	610.150	275.870	0	886.020	275.870	3.088	613.238	87%	92%
Patologia Clinica (Lab.)	6.895.400	1.006.780	79.760	7.981.940	1.006.780	983.604	7.958.764	106%	98%
Medicina nucleare	354.620	1.987.570	5.070	2.347.260	1.987.570	173.109	532.799	239%	100%
Radiodiagnostica	2.812.650	3.377.900	87.400	6.277.950	3.377.900	173.336	3.073.386	83%	92%
Radioterapia	0	437.540	0	437.540	437.540	0	0	0%	0%
TOTALE	12.441.670	7.416.110	174.570	20.032.350	7.416.110	1.365.738	13.981.978	105%	98%
ASL Benevento									
Diabetologia	144.240	151.380	340	295.960	151.380	9.670	154.250	81%	93%
Branche a visita	0	163.150	0	163.150	163.150	0	0	0%	0%
Cardiologia	0	69.680	0	69.680	69.680	0	0	0%	0%
Patologia Clinica (Lab.)	3.231.300	322.430	10.530	3.564.260	322.430	291.010	3.532.840	88%	92%
Medicina nucleare	543.270	831.090	3.180	1.377.540	831.090	269.667	816.117	29%	92%
Radiodiagnostica	4.456.110	881.570	55.520	5.393.200	881.570	892.903	5.404.533	86%	92%
Radioterapia	0	311.190	0	311.190	311.190	0	0	0%	0%
TOTALE	8.374.920	2.730.490	69.570	11.174.980	2.730.490	1.463.250	9.907.740	85%	92%
ASL Caserta									
Diabetologia	3.138.110	16.480	10.070	3.164.660	16.480	390.731	3.538.911	70%	94%
Branche a visita	3.498.050	116.160	45.260	3.659.470	116.160	1.765.015	5.308.325	79%	92%
Cardiologia	4.755.330	646.440	56.070	5.457.840	646.440	359.374	5.170.774	84%	92%
Patologia Clinica (Lab.)	14.379.650	1.546.140	99.460	16.025.250	1.546.140	740.632	15.219.742	96%	95%
Medicina nucleare	4.384.590	1.276.170	181.150	5.841.910	1.276.170	1.816.786	6.382.526	84%	93%
Radiodiagnostica	17.549.840	4.007.640	1.330.640	22.888.120	4.007.640	3.086.429	21.966.909	74%	91%
Radioterapia	1.209.790	870.630	35.270	2.115.690	870.630	453.557	1.698.617	101%	100%
TOTALE	48.915.360	8.479.660	1.757.920	59.152.940	8.479.660	8.612.523	59.285.803	85%	93%

Assistenza Specialistica da strutture private: limiti di spesa NETTA 2013 a tariffa vigente (1)

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)	(E)	(F)	(G =D-E+F)	% di copertura dei mesi del 2012	
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mob. passiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Budget Medici Prescrittori	Budget Mob. passiva intra regione	Budget Mobilità attiva intra regione	Tetto di Spesa	consuntivo 2012	idem, con tetto 2013
ASL NA 1 Centro									
Diabetologia	1.163.110	41.190	20	1.204.320	41.190	174.752	1.337.882	95%	95%
Branche a visita	3.276.290	380.390	13.400	3.670.080	380.390	1.279.012	4.568.702	98%	97%
Cardiologia	8.000.360	639.350	24.320	8.664.030	639.350	1.587.585	9.612.265	76%	90%
Patologia Clinica (Lab.)	19.977.830	2.064.700	193.510	22.236.040	2.064.700	4.603.984	24.775.324	91%	91%
Medicina nucleare	6.673.300	1.089.250	5.357.150	13.119.700	1.089.250	10.370.065	22.400.515	74%	93%
Radiodiagnostica	16.897.510	7.985.240	1.526.580	26.409.330	7.985.240	6.642.257	25.066.347	69%	91%
Radioterapia	1.430.990	1.490.380	33.050	2.954.420	1.490.380	888.941	2.352.981	100%	100%
TOTALE	57.419.390	13.690.500	7.148.030	78.257.920	13.690.500	25.546.595	90.114.015	82%	92%
ASL NA 2 Nord									
Diabetologia	0	330.330	0	330.330	330.330	0	0	0%	0%
Branche a visita	1.239.800	1.800.140	3.670	3.043.610	1.800.140	174.015	1.417.485	100%	98%
Cardiologia	6.027.770	1.036.980	13.640	7.078.390	1.036.980	1.183.364	7.224.774	78%	91%
Patologia Clinica (Lab.)	17.966.600	3.459.230	248.490	21.674.320	3.459.230	2.794.130	21.009.220	83%	92%
Medicina nucleare	1.669.320	4.764.500	10.820	6.444.640	4.764.500	1.597.190	3.277.330	73%	93%
Radiodiagnostica	21.079.780	4.321.200	274.410	25.675.390	4.321.200	11.224.471	32.578.661	73%	90%
Radioterapia	2.868.650	501.780	62.930	3.433.360	501.780	4.364.114	7.295.694	101%	100%
TOTALE	50.851.920	16.214.160	613.960	67.680.040	16.214.160	21.337.283	72.803.163	80%	91%
ASL NA 3 Sud									
Diabetologia	1.094.160	69.220	450	1.163.830	69.220	68.690	1.163.300	98%	97%
Branche a visita	2.508.550	923.190	6.060	3.437.800	923.190	535.237	3.049.847	76%	90%
Cardiologia	5.684.690	1.026.890	6.770	6.718.350	1.026.890	781.735	6.473.195	86%	92%
Patologia Clinica (Lab.)	16.796.210	2.694.830	23.110	19.514.150	2.694.830	1.639.232	18.458.552	95%	93%
Medicina nucleare	3.325.270	4.512.300	42.270	7.879.840	4.512.300	1.870.594	5.238.134	54%	92%
Radiodiagnostica	18.372.940	5.611.130	101.620	24.085.690	5.611.130	3.813.891	22.288.451	84%	91%
Radioterapia	637.190	2.289.660	140	2.926.990	2.289.660	110.361	747.691	100%	100%
TOTALE	48.419.010	17.127.220	180.420	65.726.650	17.127.220	8.819.741	57.419.171	88%	92%

Assistenza Specialistica da strutture private: limiti di spesa NETTA 2013 a tariffa vigente (1)

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)	(E)	(F)	(G = D-E+F)	% di copertura dei mesi del 2012	
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mob. passiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Budget Medici Prescrittori	Budget Mob. passiva intra regione	Budget Mobilità attiva intra regione	Tetto di Spesa	consuntivo 2012	idem, con tetto 2013
ASL Salerno									
Diabetologia	814.170	25.810	1.170	841.150	25.810	5.246	820.586	82%	94%
Branche a visita	1.354.910	342.280	140.720	1.837.910	342.280	255.186	1.750.816	102%	99%
Cardiologia	5.110.770	367.290	17.500	5.495.560	367.290	147.354	5.275.624	77%	92%
Patologia Clinica (Lab.)	17.612.870	948.660	99.900	18.661.430	948.660	990.183	18.702.953	83%	92%
Medicina nucleare	2.238.730	1.805.190	33.010	4.076.930	1.805.190	168.680	2.440.420	145%	100%
Radiodiagnostica	19.446.460	1.887.610	434.090	21.768.160	1.887.610	2.239.020	22.119.570	83%	92%
Radioterapia	1.096.030	219.250	169.430	1.484.710	219.250	303.464	1.568.924	100%	100%
TOTALE	47.673.940	5.596.090	895.820	54.165.850	5.596.090	4.109.132	52.678.892	86%	94%
TOTALE REGIONE									
Diabetologia	8.090.790	677.570	14.350	8.782.710	677.570	677.569	8.782.709	84%	96%
Branche a visita	11.909.420	4.012.610	209.150	16.131.180	4.012.610	4.012.614	16.131.184	89%	95%
Cardiologia	30.189.060	4.062.490	118.310	34.369.860	4.062.490	4.062.500	34.369.870	80%	91%
Patologia Clinica (Lab.)	96.859.870	12.042.770	754.760	109.657.400	12.042.770	12.042.765	109.657.395	91%	93%
Medicina nucleare	19.189.110	16.266.070	5.632.660	41.087.840	16.266.070	16.266.071	41.087.841	83%	100%
Radiodiagnostica	100.615.310	28.072.300	3.810.250	132.497.860	28.072.300	28.072.298	132.497.858	77%	91%
Radioterapia	7.242.660	6.120.430	300.810	13.663.900	6.120.430	6.120.436	13.663.906	100%	100%
TOTALE	274.096.220	71.254.240	10.840.290	356.190.750	71.254.240	71.254.253	356.190.763	85%	94%

(1) Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale: Importi in euro a tariffa vigente ai sensi del decreto commissariale n. 32/2013, netto ticket e quota ricetta (e netto sconto ex L. 2096/06 finché applicato) e con Portici in NA 3 Sud dal 1/1/2013

Schema di Protocollo di intesa tra l'ASL _____ e l'Associazione _____ per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di _____, da erogarsi per l'anno 2013 da parte delle strutture private accreditate o temporaneamente accreditate ed i correlati limiti di spesa.

PREMESSO

- che con deliberazione n. 1272 del 28 marzo 2003, pubblicata sul B.U.R.C. n. 16 del 14 aprile 2003, la Giunta Regionale ha individuato, previo accordo con le Associazioni di categoria della sanità privata, l'iter procedurale per la determinazione dei volumi di prestazioni sanitarie da erogarsi nella Regione Campania e dei correlati limiti di spesa, ulteriormente precisato dalle successive delibere regionali in materia;
- che con il decreto del Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ____ del ____ / ____ / 2013, sono stati stabiliti i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2013 per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, riferite alle branche di :
 1. Diabetologia
 2. Cardiologia
 3. Altre branche a visita
 4. Patologia Clinica
 5. Radiodiagnostica
 6. Medicina nucleare
 7. Radioterapia

PRECISATO

- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative del sopra citato decreto del Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(oggetto)

Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di _____, da erogarsi nell'anno 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):
 - la percentuale consuntiva di consumo dei limiti di spesa sopra stabiliti;
 - la data prevedibile di raggiungimento del 100% di consumo del limite di spesa (in base alla proiezione lineare dei dati consuntivi, ponderata in ragione di un eventuale periodo di chiusura delle strutture erogatrici nel periodo estivo), nonché la data consuntiva di raggiungimento di dette percentuali di consumo;

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

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

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

- qualora l'esaurimento del limite di spesa si verifichi a consuntivo prima della data prevista nell'ultima comunicazione della ASL, a tutte le prestazioni di quella ASL / branca erogate dall'inizio dell'anno fino alla suddetta data prevista di esaurimento del limite di spesa, si applicherà la regressione tariffaria di cui all'allegato C) alla DGRC n. 1268/08, in modo da far rientrare la spesa nei limiti prefissati; mentre nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data prevista di esaurimento del limite di spesa;

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

Art. 5 bis

(condizioni particolari per la branca di radioterapia)

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

1. *Le parti si danno atto che 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 ad ogni 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 protocollo.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private temporaneamente accreditate, non è consentito, se non sulla base di adeguate motivazioni, la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico di cui all'art. 6, ad ogni singola struttura privata:
 - a) di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente;
 - b) di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni (al netto dello sconto), determinato secondo i criteri di cui al comma 6 dell'art. 4 ed agli allegati schemi che definiscono il case-mix delle strutture facenti capo alla medesima branca/tipologia prestazionale;
3. Nel caso in cui il tavolo tecnico esprima una valutazione positiva, le prestazioni ed il case-mix eccedenti devono essere conseguentemente remunerate, nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa; in

caso di valutazione negativa si fa obbligo all'ASL del recupero, con emissione di note di credito, delle somme eccedenti, sia per il superamento del 10% del volume di produzione che del superamento del 10% del case-mix (valore medio). Per evitare la concentrazione delle prestazioni nella prima parte dell'anno e garantire un'erogazione prestazionale distribuita per quanto possibile sull'intero anno, il tavolo tecnico esaminerà l'eccedenza prestazionale in occasione del monitoraggio da tenersi almeno 30 giorni prima della data presunta di esaurimento delle prestazioni.

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

Art. 9

(efficacia)

1. Il presente protocollo si riferisce all'anno 2013 in esecuzione del decreto del Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ____ / 2013 citato in premessa.
2. Il presente protocollo sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 10

(norme finali)

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

..... , ____ / _____

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione di categoria

Contratto TRA

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

E

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

PER

regolare 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 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.

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 disuguaglianze 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

VERBALE RIUNIONE del 24 maggio 2013

Giusta convocazione del Sub Commissario ad acta si sono riuniti presso gli Uffici del Centro Direzionale di Napoli, Isola C/3, le Associazioni della specialistica ambulatoriale ed il Sub Commissario ad acta, come da foglio presenze allegato.

Il Dr. Ghidelli distribuisce le bozze dei verbali delle riunioni intervenute tra le Associazioni e la Regione nel febbraio scorso in merito alla situazione di ogni branca con particolare riferimento ai criteri di appropriatezza delle prestazioni.

Il Dr. Polizzi esordisce rappresentando che le nuove tariffe della specialistica ambulatoriale, introdotte a livello nazionale dal DM 18 ottobre 2012 e recepite dalla Regione con DCA n. 32/2013, rendono impossibile la sopravvivenza economica delle strutture private, a meno che non si proceda immediatamente con il riassetto della rete dei laboratori e la revisione dei requisiti strutturali ed

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

ncanza, i centri privati non potranno sottoscrivere i contratti 2013, essendo
n. 41 del 29 Luglio 2013

PARTE I

Il Dr. Morlacco condivide l'urgenza di procedere al riassetto della rete dei laboratori ed alla revisione dei requisiti strutturali ed organizzativi.

La Dr.ssa Martino ritiene che, con piccole modifiche, i relativi provvedimenti siano sostanzialmente già istruiti e, quindi, emanabili in tempi brevi.

Il Dr. Salvatore sottolinea che le maggiori tariffe preesistenti erano giustificate da elevati requisiti di personale, per cui i centri privati fungevano da ammortizzatore sociale. E', quindi, urgente rivedere tali requisiti, rendendoli meno onerosi rispetto a quelli richiesti nelle altre regioni.

Il Dr. Accarino fa presente che anche per le altre branche sussistono requisiti molto elevati ed onerosi, e che le altre branche non hanno però beneficiato delle maggiori tariffe di laboratorio vigenti prima del DCA 32/2013. Per contenere la spesa è indispensabile introdurre regole che limitino le prescrizioni dei medici in base ai criteri di appropriatezza.

Il Dr. Longobardi conferma l'importanza delle Linee Guida in materia di appropriatezza.

La Dr.ssa Martino si associa: il lavoro svolto con le Associazioni e riassunto nei verbali distribuiti oggi ha fatto emergere l'esigenza di limitare le prestazioni non appropriate anche al fine di contenere la spesa. Ritengo indispensabile inserire nel provvedimento dei tetti di spesa 2013, o in altro a latere, i correttivi che abbiamo condiviso con le Associazioni di Categoria nelle riunioni del 14 - 18 febbraio 2013 di cui abbiamo distribuito la bozza di verbale. Inoltre, sarà possibile utilizzare il risparmio derivante dalle nuove tariffe dei laboratori, in parte, per assicurare la copertura fino a fine anno e, in parte, per sopperire alle criticità emergenti in altre branche.

Il Dr. Longobardi chiede di valutare la possibilità di spostare spesa pubblica inefficiente dagli ambulatori pubblici a quelli privati.

La Dr.ssa Martino fa presente che questa analisi è stata effettuata, ma tale possibilità è limitata dalla scarsa copertura del servizio pubblico in molte branche.

La Dr.ssa Fumo fa presente che le strutture private sono sottoposte a molti costi che erodono i loro scarsi margini: pertanto, è necessario un momento di riflessione congiunta sulla bozza del nuovo provvedimento di riassetto della rete dei laboratori.

Il Dr. Gesuè si associa: con le nuove tariffe è impossibile sostenere gli attuali requisiti di personale. Inoltre, chi ci ripagherà degli investimenti fatti per adeguarci ai requisiti strutturali onerosi? Chiede CIG in deroga e sostegno pubblico per il TFR dei dipendenti.

La Dr.ssa Magnoni chiede la revisione in aumento dei tetti della cardiologia.

La Dr.ssa Martino conferma che il lavoro svolto con le Associazioni e l'ARSAN ha rilevato l'esigenza di un riequilibrio delle branche di cardiologia, diabetologia, branche a visita, radiologia e medicina nucleare a livello di ASL / branche (con criteri di maggiore appropriatezza).

Il Dr. Varelli auspica che il riequilibrio consenta a tutte le branche in tutte le ASL di assicurare le prestazioni fino a fine anno.

Il Dr. Polizzi si associa in generale per tutte le branche e, in particolare, per la cardiologia, stante il precoce esaurimento del tetto in alcune ASL.

IL Dr. Longobardi si associa, evidenziando la criticità della diabetologia.

Il Dr. Accarino ribadisce che va bene la redistribuzione, ma è essenziale limitare le prescrizioni non appropriate.

Il Dr. Morlacco conclude sintetizzando i seguenti punti:

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

la rete dei laboratori: il provvedimento è sostanzialmente già condiviso con i
n. 41 del 29 Luglio 2013
dovrà essere emanato rapidamente

PARTE I

- 2) Problematica tariffe: possiamo affievolire alcuni requisiti molto onerosi e non necessari
- 3) Recepiremo i verbali del lavoro svolto con le Associazioni emanando Linee Guida per la appropriatezza
- 4) Il budget complessivo potrà essere ridotto dell'1% rispetto al 2012 assicurando la copertura delle prestazioni fino al 31 dicembre; valuteremo strumenti per eventuali modifiche della distribuzione tra le varie branche da effettuarsi direttamente a livello di ASL, in accordo con le Associazioni di Categoria
- 5) Potenziare lo strumento del budget dei Medici Prescrittori ed i relativi controlli.
- 6) Sarà importante evidenziare che la riduzione delle tariffe consentirà di colmare il deficit di prestazioni che si verifica negli ultimi mesi dell'anno solare.

Letto, confermato e sottoscritto.

[Handwritten signatures and initials]

REGIONE CAMPANIA Assessorato alla Sanità

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

QUALIFICA	Nominativo dei Partecipanti	Firma dei Partecipanti (*)	Indirizzo E-Mail, telefono, fax e cellulare
REGIONE CAMPANIA	GIANCARLO FAURO GHIDELLI PIRILIO MORLAZZO (SUB GRASSANO) LARA NATALIE - FRANCESCO STINO (ARSA) MARINA TORELLI (ARSA); ROSA MARTINO	<i>Scirelli</i>	
AIAS		<i>Morla</i>	
AIOP	SERGIO TERRACIANO	<i>Sergio Terraciano</i>	sergio.terraciano@chi.it
AISA	ANTONIO SALVATORE	<i>Antonio Salvatore</i>	AISA@CECA.MA.IT
ANISAP	FLAVIA FUMO GIORGIA VARELLI	<i>Flavia Fumo</i>	INTO@ANISAP.IT
ANPRIC	BRUNO PIZZA	<i>Bruno Pizz</i>	WPO@ANPRIC.IT
ARIS			
ASPAT	PIER PAOLO POLIZZI/B. GARBINO	<i>Pier Paolo Polizzi - Garbino</i>	aspat@foruero@fuer.it.com
CONFAPI Sanità	GIOVANNI BUONINCONTI	<i>Giovanni Buoninconti</i>	buoninconti@libero.it
Conf. Centri Anti Diabete	LUIGI GESUE TAFORSA CONSOBARDI	<i>Luigi Gesue Taforsa</i>	ALF.LONGOBARDI@GMAIL.COM
Confindustria Sanità	GIACCA SEVERINO	<i>Giacca Severino</i>	STANERO@VIMINOLIA.IT
FEDERBIOLOGI	X BELLER GIOVANNI BUONINCONTI	<i>Buoninconti</i>	
FEDERCARDIO	NATALIA MAGNONI	<i>Natalia Magnoni</i>	CAEMED@CIVICULIO.IT
FEDERLAB - SBV			
FRAS			
Coord. ONLUS: AGIDAE, ANFFAS, FOAI			
SNR	BRUNO ACCARINO	<i>Bruno Accarino</i>	bruno.accarino@tiscali.it

n. 41 del 29 Luglio 2013

VERBALE RIUNIONI SULLA APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

Nella riunione del 13 gennaio c.a. tra i rappresentanti regionali e i rappresentanti delle Associazioni di Categoria dell'assistenza specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture private si stabilì di avviare tavoli di lavoro sulla appropriatezza delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e con precisione si definirono quattro sottogruppi :

- **area radiologica** che comprende le branche di radiodiagnostica, medicina nucleare e radioterapia;
- **diabetologia;**
- **area branche a visita** che comprende anche la cardiologia;
- **patologia clinica.**

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

n. 41 del 29 Luglio 2013

PARTE I

Per la parte pubblica i dottori Di Pietro Gaetano Antonio e Sorrentini Giambattista si sono occupati della raccolta dei dati relativi alle prestazioni specialistiche e quindi della convocazioni delle riunioni dei vari gruppi , delle quali si riporta sintetico verbale.

I dati raccolti dal dott. Sorrentini riguardano esclusivamente la produzione dei soggetti privati accreditati , e sono suddivisioni in due modelli , uno in relazione alla attività dei centri erogatori , l'altro in relazione alla residenza dei soggetti fruitori delle prestazioni. I dati sono stati estratti dal flusso C.

I dati raccolti dal dott. Di Pietro , in collaborazione con il competente settore dell'assessorato , estratti dai flussi NSIS , relativi ad erogatori pubblici e privati con numero di prestazioni e prestazioni equivalenti , sono organizzati per ASL di erogazione e contengono anche gli indicatori di numero medio di prestazioni per abitante e numero equivalente di prestazioni per abitante , utilizzando la popolazione pesata per consumo di farmaci (ISTAT). Questi elaborati non sono stati presentati nelle riunioni poiché non ancora completi.

DIABETOLOGIA 14 febbraio 2013

Presenti : G. A. Di Pietro e R. Martino (Struttura Sub Commissario) , T. Spinosa e G. Sorrentini (ARSAN) , L. Gesuè , A. Longobardi (Confederazione Centri Antidiabetici) , A. Lampitella (ASPAT).

I presenti condividono che :

- Per l'appropriatezza delle prestazioni in diabetologia le DGRC 1168/2005 e 624/2009 relative a linee guida e protocolli applicativi sono idonee e sufficienti ad indirizzare l'operato degli erogatori. Seguendo appunto le indicazioni delle predette delibere possono essere utilizzati come Indicatori di Processo e di Esito, rispettivamente:

1) le prestazioni medie annue per paziente diabetico in cura,

2) costo medio annuo per paziente diabetico in cura. Detto

valore è di € 220 + - 10% per paziente per anno.

3) ~~percentuale di~~ pazienti con valore di emoglobina glicata < 7 g/dl (Hb target).

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

n. 41 del 29 Luglio 2013

PARTE I

- Che sono opportuni modelli di controllo regionali uniformi poiché risulta che alcuni centri erogatori non si attengono alle indicazioni delle delibere summenzionate erogando prestazioni ripetute e non giustificate (centro ASL Caserta?), che ci sarebbero centri non accreditati eroganti prestazioni per la ASL NA2.
- Che andrebbe garantita uniformità di assistenza ed accesso alle prestazioni consentendo in tutte le ASL di prescrivere su ricetta unica prestazioni appartenenti a branche diverse purché rientranti nel profilo di esenzione della malattia.

I rappresentanti della Confederazione Centri Diabete chiedono inoltre di inserire quanto segue:

- Per quanto attiene al budget associato alla diabetologia, si precisa che nel corso della riunione è stata esplicitamente segnalata la critica insufficienza dei fondi destinati alla branca di diabetologia, già per l'anno 2012, problematica che ha determinato la grave sospensione delle attività assistenziali in regime di accreditamento con il S.S.N., già dal mese di settembre per alcune Asl campane, e che ha causato notevoli problemi alla salute dei cittadini diabetici, nonché un aggravio di spesa dovuto ai ricoveri ospedalieri.

Pertanto, si precisa ancora che il budget regionale della diabetologia non risulta congruo rispetto alle esigenze assistenziali necessarie fino alla fine di ogni anno.

Risulta un'anomala distribuzione di tale budget rispetto alle 7 Asl regionali. Si chiede dunque di effettuare una corretta redistribuzione, in base alla prevalenza della malattia, e nel rispetto delle esigenze assistenziali dei pazienti diabetici, con criteri omogenei per tutto il territorio regionale.

- Rispetto al secondo punto, è d'obbligo precisare che, rispetto ai dati economici medi (costo annuale medio per singolo paziente iscritto ad un

Centro antidiabete privato accreditato) ci risulta una sproporzione per alcune Asl.

Pertanto, tale costo medio regionale per paziente diabetico (circa 240 euro annui) potrebbe rappresentare un indicatore economico quali-quantitativo alla base della determinazione dei tetti di spesa rispetto al numero degli iscritti per struttura diabetologica.

Sarebbe questo inoltre buon strumento di controllo del rispetto del tetto di spesa assegnato, e un corretto metodo di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva clinico-diagnostica.

Presenti : G. A. Di Pietro (Struttura SubCommissario) , G. Sorrentini (ARSAN) , G. Zito (cardiologo consulente Struttura SubCommissario) , C. Esposito (Federlab e delega Confindustria Sanità) , G. Palma (ASPAT) , G. Maffia (Federcardio)

Dopo ampia discussione i presenti condividono i seguenti punti:

Si precisa che nel caso della branca in questione la problematica dell'appropriatezza riguarda più la prescrizione che l'erogazione delle prestazioni , e si prende atto che l'elaborato presentato dall'ARSAN contiene i soli dati degli erogatori privati e non vi sono informazioni sugli erogatori pubblici.

Tuttavia la valutazione dei dati e l'esperienza pratica dei presenti consente di affermare che nell'ambito della branca cardiologia vi è una discreta presenza di prestazioni inappropriate , in genere in eccesso , ma vi è anche la possibilità di prestazioni opportune non adeguatamente erogate. Per limitare il fenomeno della inappropriatezza è auspicabile predisporre pacchetti di prestazioni ambulatoriali prestabilite per patologia.

In linea di massima l'utilizzo appropriato delle prestazioni potrebbe permettere di non esaurire anzitempo il budget economico associato alla branca.

Un esempio di possibile prestazione inappropriata è quello della < ecografia cardiaca , cod. 88.72.1 > , circa 58.000 prestazioni pari a circa 2.5 milioni di euro nel 2011 , che a giudizio dei presenti potrebbe essere sostituita dalla ecocolordopplergrafia cardiaca che con tariffa simile meglio risponde ad una serie di quesiti clinici. Si decide una verifica sulla frequenza di esami ecografici cardiaci seguiti a breve lasso di tempo da ecocolordopplergrafia cardiaca.

Un' altra prestazione ad elevata frequenza , la seconda in ordine di numerosità con circa 190.000 esami e con valore di circa 7.6 milioni di euro , che potrebbe far

supporre inappropriata prescrivibile è la < ecocolordopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale..... , cod. 88.77.2. > .

PATOLOGIA CLINICA 18 FEBB 2013

Presenti : G. A. Di Pietro e R. Martino (Struttura SubCommissario) , G. Sorrentini (ARSAN) , Giuseppe Nasti (Federlab) , Eugenio Basile (Confindustria Sanità) , Flavia Fumo (ANISAP) , Antonio Capozzi (ASPAT) , Rossella Maione (AISA) .

S BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA caso della branca in questione la problematica dell'appropriatezza riguarda più la prescrizione che l'erogazione delle prestazioni , e si prende atto che l'elaborato presentato dall'ARSAN contiene i soli dati degli erogatori privati e non vi sono informazioni sugli erogatori pubblici.

I presenti concordano nel ritenere che i dati presentati indicano un equilibrio regionale in termini di numerosità e di valori economici medi delle prestazioni , con media di 42 € per abitante per anno (7 prestazioni medie annue con valore medio di 6 euro) , e che non sono evidenziabili fenomeni di in appropriatezza o di iperprescrizione.

In termini di appropriatezza clinica si concorda che alcune prestazioni in genere eseguite in contemporanea non hanno motivo di essere prescritte insieme in quanto il valore d'indagine ha significati diversi e inoltre per alcune è stato dimostrato un basso valore EBM; tra queste si segnalano le coppie celebri ALT/AST, VES/TAS, CREATININA/AZOTEMIA , COLESTEROLO/TRIGLICERIDI . A tal proposito si considera opportuna l'elaborazione di protocolli diagnostici per patologia.

Si richiama inoltre l'attenzione sulle prestazioni < R > , ad elevato valore economico e causa di migrazione tra ASL, regolamentate dal DCA 40 / 2010 , che non è però sempre pienamente applicato. Si propone uno studio su queste prestazioni, elaborando, per le prestazioni R e distintamente anche per tutte le altre , valori regionali medi , fino a definire un valore medio atteso per abitante.

Altro aspetto importante non sufficientemente regolato è quello dei controlli sulle prestazioni dei centri privati poiché non vi è omogeneità delle modalità di controllo tra le varie ASL e talora neanche fra distretti della stessa ASL.

Ultima considerazione riguarda l'elevata frequenza del pagamento diretto del cittadino non esente per le prestazioni meno onerose, data l'elevata quota di partecipazione economica prevista dalle norme regionali (ticket) , per cui si prevede

sui flussi informativi regionali, già per l'anno 2012 , una riduzione del valore di produzione , pertanto si propone uno studio in merito circa la riduzione delle prestazioni totali con aumento di quelle a maggior costo/complessità.

L'adozione delle nuove tariffe per la specialistica ambulatoriale produrrà di certo ulteriori variazioni sul consumo delle prestazioni per le varie branche.

AREA RADIOLOGICA 18 febbraio 2013

P BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA Pietro , R. Martino , Eugenio Covelli (Struttura SubCommissari),
G. Sorrentini (ARSAN), x Carraturo e Domenico Verrengia (ASPAT) , Bruno
Accarino e Maria Esposito (SNR) , Emanuele Vanacore (Federlab) , Emanuele
Nicolai (AISA)

Si precisa che nel caso dell' area in questione la problematica dell'appropriatezza riguarda più la prescrizione che l'erogazione delle prestazioni.

Si prende atto che l'elaborato presentato dall'ARSAN contiene i soli dati degli erogatori privati e non vi sono informazioni sugli erogatori pubblici, di cui si resta comunque in attesa ai fini di avere un quadro completo dell'erogato sull'intero territorio regionale

RADIODIAGNOSTICA

L'analisi dei dati esposti mostra che le prime quattro prestazioni più erogate assorbono circa un terzo delle intere risorse .

Fermo restando che, in accordo con i dati nazionali in merito, la percentuale di inappropriatezza prescrittiva rientra nella media, l'attenzione si focalizza su alcune prestazioni a più alto rischio di inappropriatezza.

In particolare si annotano i dati della Risonanza Magnetica (cod. 88.94.1 , 88.93, con 250.000 prestazioni complessivamente erogate e oltre 36 milioni di euro di spesa) e della Tomografia Computerizzata (cod. 88.38.1, 88.90.3, con oltre 90.000 prestazioni complessivamente erogate e oltre 5 milioni di spesa) per diagnostica di patologie muscolo scheletriche e della colonna vertebrale, che assieme rappresentano più del 25% della spesa complessiva della branca (circa 156 milioni di euro in totale).

Essendo tali prestazioni quelle a **più alto rischio** di inappropriatezza prescrittiva, il probabile abuso di queste prestazioni andrebbe limitato sensibilizzando i medici prescrittori.

Per evitare esami ripetuti a breve distanza di tempo si ritiene che la ripetizione della prescrizione (nell'arco di 6 / 12 mesi) da parte del MMG e la relativa erogazione con onere a carico del SSR andrebbe sottoposta alla verifica preventiva dello specialista ortopedico e/o di branca presso struttura pubblica: in tale caso la relativa richiesta specialistica andrebbe allegata alla richiesta del MMG ed inviata alla ASL di competenza con la contabilità mensile, secondo le procedure previste delle singole ASL stesse. Dopo ampia ed articolata discussione, le parti trovano convergenza (mutuando in buona sostanza il percorso previsto dalla L. 388 del 23 12 2000 e smi.) sulla opportunità di non proporre limitazioni alla ripetizione delle prestazioni di TC ed RM ortopediche (ovvero muscolo scheletriche della colonna vertebrale, arti ed articolazioni) esclusivamente per le patologie di tipo traumatico e/o oncologico.

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

n. 41 del 29 Luglio 2013

Questo percorso potrebbe ridurre gli esami prescritti dal medico su richieste pressanti ma ingiustificate da parte dei pazienti, e ridurre anche gli esami indotti dalla cosiddetta "medicina difensiva".

PARTE I

Inoltre è da ritenersi opportuna la correlazione tra le caratteristiche della macchina posseduta e le prestazioni eseguibili con la stessa, in modo da evitare esami qualitativamente scadenti e/o non diagnostici e di conseguenza ripetuti con aggravio di spesa per il SSN e di disagio per il paziente; allo scopo tornerebbe utile predisporre protocolli esecutivi condivisi per le indagini diagnostiche più frequenti associandoli ad indicatori di efficienza e di qualità della prestazione.

Si richiamano a tal proposito le linee guida della Società Italiana di Radiologia Medica (vers. 2012) fornite da SNR.

Si accenna ai controlli sulle prestazioni e si ribadisce che tra le varie ASL vi sono differenze tra livelli e modalità di controllo, per cui si auspica e si invita la Regione ad emanare una metodologia univoca su tutto il territorio regionale.

Si ricorda infine che il Decreto Balduzzi già impone misure circa l'appropriatezza dell'assistenza specialistica ambulatoriale per ridurre gli oneri a carico del SSN per tale livello di assistenza.

In particolare delega le Regioni ad attivare programmi di verifica sistematica sull'appropriatezza prescrittiva ed erogativa dell'assistenza specialistica ambulatoriale, attraverso il controllo delle prestazioni (minimo 5%) prescritte ed erogate a pazienti con specifiche condizioni cliniche, prevedendo inoltre l'obbligo del medico prescrittore di indicare nella ricetta il quesito o il sospetto diagnostico che motiva la prescrizione.

RADIOTERAPIA

Non si ritiene vi siano fenomeni di inappropriatelyzza nella branca, semmai risulta evidente una disomogenea distribuzione regionale dell'offerta , che andrebbe rivista anche alla luce della mobilità passiva extraregionale.

SNR consegna alla parte pubblica le linee guida sull'appropriatelyzza emanate dall' AIRO (vers.2012).

MEDICINA NUCLEARE

Non si rilevano particolari fenomeni di inappropriatelyzza prescrittiva ed erogativa nella branca se non quelli presenti in ogni disciplina.

BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA 1141 del 29 luglio 2013
I riguarda la PET total body eseguita con macchine ibride, che è da ritenersi certamente appropriata in caso di patologie oncologiche, ovvero sospetto diagnostico, controllo dopo intervento chirurgico o in corso di chemio – radioterapia. La cadenza dei controlli successivi all'esame di **prima diagnosi**, si ritiene debba essere quella indicata nei protocolli suggeriti dalle società scientifiche nazionali ed internazionali vigenti ed in uso.

In tutti gli altri casi la prescrizione da parte del MMG e la relativa erogazione con onere a carico del SSN andrebbe sottoposta alla verifica preventiva dello specialista di branca presso struttura pubblica: in tale caso la relativa richiesta specialistica andrebbe allegata alla richiesta del MMG ed inviata alla ASL di competenza con la contabilità mensile, secondo le procedure previste delle singole ASL.

Il dott. Nicolai (AISA) ha chiesto di aggiungere a verbale quanto segue :

Si rileva che le prestazioni PET total body, eseguite sia su tomografi PET che su apparecchiature ibride TC/PET, sono prevalentemente prescritte per la valutazione di pazienti oncologici sia in fase di definizione di malattia che nelle fasi di stadiazione di paziente oncologico, di valutazione dell'efficacia del trattamento ed in fase di follow-up. Si rileva inoltre, che le prestazioni PET risultano di maggiore qualità in termini di accuratezza diagnostica quando eseguite su apparecchi ibridi TC/PET. Tuttavia si rileva che esistono indicazioni alla esecuzione di tale prestazione, seppure con richiesta limitata rispetto alla patologia oncologica, anche per patologie non oncologiche, quali ad esempio alcune patologie su base infiammatoria, e pertanto non vi sono motivi alla restrizione della erogazione di tale prestazione alla sola patologia oncologica. Non vi sono indicatori di inappropriatelyzza di prescrizione per le altre metodiche PET e per le altre prestazioni di medicina nucleare.



S.Na.Bi.L.P. – FEDERBIOLOGI
Sindacato Nazionale Biologi Liberi Professionisti
Segreteria Regionale e Ufficio Amministrativo
Via Dante n. 26
80100 Avellino

SPETT.LE
STRUTTURA COMMISSARIALE
REGIONE CAMPANIA
fax 081/7969377

E p.c. CONFAPI SANITA'
NAPOLI

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

n. 41 del 29 Luglio 2013 dott. G. Buonincontro

PARTE I

Oggetto: convocazione prot. 2625 del 01.5.2013

Alla c.a. del dott. G. Buonincontro

Io sottoscritta Dr.ssa Elisabetta Argenziano, in qualità di Segretario Nazionale dello Snabilp - Federbiologi, delego a rappresentarmi per la riunione in oggetto il dr. Giovanni Buonincontro, rappresentante di Confapi Sanità.

Avellino, 20/05/2013

Dr.ssa Elisabetta Argenziano



SINDACATO NAZIONALE AREA RADIOLOGICA

Segreteria Regionale della Campania

Settore Liberi Professionisti

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

Al Dr. Mario Morlacco
Sub Commissario Sanità Regione Campania
Via Santa Lucia, 81 - 80132 Napoli

n. 41 del 29 Luglio 2013

Al Presidente della Regione Campania

On. Stefano Caldoro

Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di
Rientro del Settore Sanitario

Via Santa Lucia, 81 - 80132 Napoli

All'On. Raffaele Calabrò

Consulente del Presidente Caldoro per la Sanità

c/o Assessorato alla Sanità Regione Campania

Via Santa Lucia, 81 - 80132 Napoli

PARTI I

**Oggetto : Riunione del 24/05/2013 convocata con prot.2425/c del 10/05/2013:
Tetti di spesa anno 2013**

Criticità dell'Area Radiologica (Radiodiagnostica, Radioterapia, Medicina Nucleare)

- Il contesto -

Il settore dell'Area Radiologica comprende tre discipline ad elevato contenuto tecnologico (Radiodiagnostica, Medicina Nucleare e Radioterapia) ed eroga complessivamente oltre 3.500.000 prestazioni l'anno per un costo complessivo di oltre 172 mil di €. Allo stato tale raggruppamento disciplinare è sicuramente quello che presenta le maggiori criticità nell'ambito del settore privato accreditato nella macroarea di specialistica ambulatoriale in Campania

Infatti l'incessante e vorticoso evoluzione tecnologica della diagnostica per immagini, unitamente alle aumentate aspettative di vita e di salute della popolazione, comportano una continua crescita della richiesta di prestazioni clinico-strumentali.

L'incremento delle richieste diagnostiche rivolte alle discipline dell'area radiologica comporta un sicuro beneficio in termini di controllo e prevenzione della salute pubblica, ma comporta, altresì, quale ricaduta negativa un netto incremento dei costi di gestione del SSN.

Tale conseguenza negativa nella Regione Campania ha avuto **drammatici esiti negli ultimi cinque anni**, infatti a fronte **del repentino esaurimento dei fondi** destinati all'area radiologica, in alcuni casi **fin dal mese di agosto.(NA 1)**, si è assistito al **blocco erogativo** da parte dei privati accreditati.

Le criticità, verificatesi ormai da anni, sono dovute principalmente ad **errata e/o arbitraria applicazione di norme già esistenti.**

Tali **criticità** sono state **evidenziate** dalla stessa parte pubblica nelle riunioni effettuate sia nell'anno 2012 (vedi verbale del **22/05/2012** e del **04/09/2012**), sia nel 2013 (vedi verbale **09/01/2013**)

Per tali motivazioni si è addivenuti, di comune accordo tra parte pubblica e parte privata, alla determinazione di analizzare alcuni dati da porre a base della programmazione per l'anno 2013, così come determinato nella riunione del 09/01/2013.

- L'analisi-

I dati forniti dalla Regione nella riunione del **18/02/13**, seppur parziali (mancano infatti i dati relativi ai punti 4, 5, 6, 7 richiesti da questa Associazione con la nota del 18/02/2013, che qui deve intendersi integralmente riportata - produzione delle strutture pubbliche, 'anagrafe degli erogatori pubblici e privati, indicazione delle metodologie di controllo indicate dalla Regione ed le ASL, impatto del DM 18/10/12-) ^{gr 41 del 29 luglio 2013} hanno evidenziato alcuni fenomeni che **destano perplessità** e che comunque meritano adeguate misure di controllo: **tali misure sono state proposte di comune accordo ed all'unanimità dalle Associazioni presenti e dalla stessa Parte Pubblica e fanno parte integrante del verbale delle Commissioni del 18/02/2013 e riguardano aspetti normativi**, in particolare per le prestazioni indicate con i codici **88.94.1, 88.93, 88.38.1, 88.90.3, 88.38.3, 88.38.6, 92.18.6, 92.24.4, e per le quali sono state formulate precise indicazioni che si invita la parte pubblica ad adottare.**

- La normativa -

Con la **DGRC 491/06** sono state indicate negli **allegati 1-21** le singole prestazioni erogabili nell'ambito dell'area con onere a carico del SSR;

La stessa indica **precise modalità di erogazione per alcune prestazioni secondo l'allegato 2 alla DGRC 378/98**

ed alle quali si richiama l'attenzione della Parte Pubblica circa l'indicazione di precise indicazioni sul rispetto della vigente normativa da parte delle singole AASSLL

I **DDCA 67/12 ed 85/12** hanno introdotto all' **ART 6 co. 3c** ed all' **ART 8** una importante ed innovativa distinzione per la determinazione e valutazione del VMP degli erogatori specie nella Radiodiagnostica, che ha consentito di evidenziare alcuni - per fortuna rari - **comportamenti** quanto meno **inquietanti**, che hanno generato una richiesta di chiarimenti che il **MinSalute** ha fornito con la **nota 0001606-P- del 18/01/2013** e di cui si chiede di dare adeguata pubblicità alle singole AASSLL.

Tuttavia l'applicazione sul campo ha evidenziato una criticità nella norma così costruita, che questa Associazione intende risolvere con un semplice, ma utile correttivo con la proposta di seguito indicata

Infine corre l'obbligo di rammentare che la Regione Campania ha recepito con atto del 2005 le linee guida ministeriali sulla erogazione delle prestazioni in diagnostica per Immagini edite dalle Società Scientifiche dell'area radiologica, l'SNR stesso ed il MinSalute

- La proposta -

Prima di trattare l'entità del finanziamento da attribuire all'Area Radiologica per il corrente anno 2013, la richiesta che corre l'obbligo di formulare è

- il **RISPETTO DELLE NORME VIGENTI**: in particolare

- la **DGRC 491/06 – all 1-21**

- le modalità di prescrizione e di erogazione di alcune prestazioni secondo l'**allegato 2 alla DGRC 378/98** ;
- nota **0001606-P- del 1801/2013** del MinSalute
- **ricepire con apposito atto le indicazioni provenienti dalla Commissione** appositamente istituita dalla Struttura Commissariale e **contenute nel verbale 18/02/2013** e che **riguardano aspetti normativi**, in particolare per le prestazioni indicate con i codici 88.94.1, 88.93, 88.38.1, 88.90.3, 88.38.3, 88.38.6, 92.18.6, 92.24.4, che hanno evidenziato le maggiori criticità
- **identificare** precise **modalità di controllo univoche** su tutto il territorio regionale
- **identificare** precise **sanzioni in caso di violazione delle norme vigenti** - p.es il mancato rispetto delle indicazioni ministeriali di cui alla **nota 0001606-P- del 1801/2013-**.
- **modificare** il contenuto dell' **ART 6 co. 3c** dell'allegato A/1 e A/2 del contratto rimodulando il contenuto alla tipologia C in - RM = o < 1.0T- e con l'introduzione di una fascia D anche per la Radiodiagnostica riservata alla RM > 1.0T.
- **verificare l'impatto del DM 18/12/2012..**

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

n. 41 del 29 Luglio 2013

PARTE I

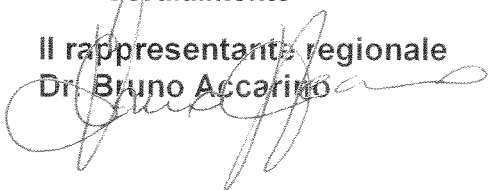
quadro ed al fine di mantenere in maniera costante ed uniforme i LEA sull'intero territorio regionale e per l'intero anno solare è necessario che la Struttura Commissariale per la Sanità della Regione Campania, consapevole dell'importanza del ruolo che le prestazioni dell'Area Radiologica svolgono nel complessivo operato del SSR, attribuisca alta rilevanza strategica alle azioni di programmazione, regolamentazione, verifica e controllo volte ad assicurare elevati livelli di qualità, efficienza ed efficacia alle attività proprie delle discipline mediche specialistiche dell'Area Radiologica

Soltanto a seguito di queste valutazioni sarà possibile discutere in maniera costruttiva dell'entità del finanziamento da attribuire all'Area Radiologica nel corrente anno 2013

Napoli 24 maggio 2013

Cordialmente

Il rappresentante regionale
Dr. Bruno Accarino



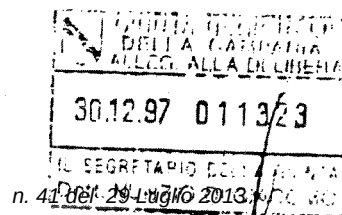
RX	
88.94.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA
88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA
88.38.1	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE
88.90.3	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE
88.38.3	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO SUPERIORE
88.38.6	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO INFERIORE

MN		* PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (allegato 2 DRGC 378/98)
92.18.6	TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)	

RT	
92.24.4	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA

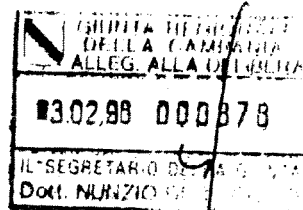
6
=

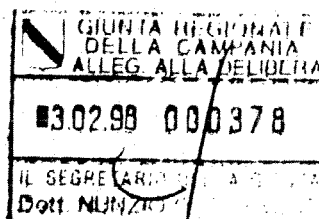
ALLEGATO N. 2

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

PARTE I

PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE
ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE



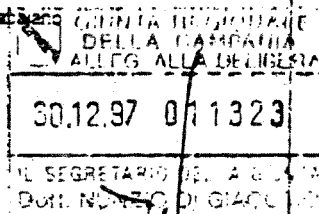


PRESTAZIONI EROGABILI SECONDO LINEE GUIDA

LA EROGABILITA' A CARICO DEL SSN DELLE SEGUENTI PRESTAZIONI E' SUBORDINATA ALLE LINEE GUIDA CLINICO-DIAGNOSTICHE DI SEGUITO SPECIFICATE

CODICE

92.05.1	TOMOSCINTIGRAFIA MIocardICA (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO
La prestazione è indicata per la diagnosi di: BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA n. 41 del 29 Luglio 2013 Successivamente a ecocardiografia con test provocativi e scintigrafia o tomoscintigrafia (SPET) perfusionale miocardica e qualora tali indagini non abbiano consentito un completo inquadramento diagnostico	
92.11.6	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio qualitativo
92.11.7	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio quantitativo
Le prestazioni sono indicate per la valutazione e la diagnosi differenziale di: malattie cerebrovascolari, malattie degenerative, demenza, epilessia, malattie infettive, traumi, malattie congenite risultate non accertate mediante TC, RM, Scintigrafia o Tomoscintigrafia cerebrale	
92.18.6	TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)
La prestazione è indicata per: la stadiazione di neoplasia, la diagnosi differenziale tra recidiva tumorale e radionecrosi, la valutazione di malignità della neoplasia e/o della risposta al trattamento chemio/radioterapico successivamente a TC e RM e qualora tali indagini non abbiano consentito un completo inquadramento diagnostico	
92.24.4	R. DIOTERAPIA STEREOTASSICA
La prestazione, intesa come trattamento completo comprensivo anche di tutte le fasi propedeutiche, è indicata in caso di: MAV di dimensioni non superiori a 3 cm.; neurinomi, tumori cerebrali della serie gliale di diametro inferiore a 3 cm.; piccole lesioni nelle aree del capo e del collo residue e/o recidivate dopo altra radioterapia, richiedenti il massimo risparmio dei tessuti circostanti.	



PRESTAZIONI EROGABILI SECONDO LINEE GUIDA

CODICE

92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEVTSEBI) La prestazione, intesa come trattamento completo comprensivo anche di tutte le fasi propedeutiche, è indicata in caso di: Linfoma cutaneo a cellule T
92.28.6	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE
90.46.4	ALFA 2 ANTIPLASMINA per diagnosi di diatesi emorragiche
90.65.2	GLICOPROTEINA RICCA IN ISTIDINA per inquadramento diagnostico-terapeutico delle diatesi trombofiliche
90.69.5	INIBITORE ATTIVATORE DEL PLASMINOGENO (PAI I) per diagnosi di trombofilia
90.76.2	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA Secondo Born per diagnosi di piastrinopatia
90.77.2	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA per inquadramento diagnostico-terapeutico delle diatesi trombofiliche
90.82.2	TROMBOSSANO B2 per diagnosi di piastrinopatia "aspirin like"
90.83.1	VISCOSITA' EMATICA per diagnosi in sindromi da iperviscosità
90.97.2	MICETI ANTICORPI (D.I.D.) per inquadramento diagnostico-terapeutico di micosi sistemiche
90.97.3	MICETI (LIEVITI) ANTIMICOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., fino a 5 antimicotici) per inquadramento diagnostico-terapeutico di micosi sistemiche

PARTE I

GIUNTA REGIONALE
DELLA CAMPANIA
ALLEG ALLA DELIBERA

30.12.97 011323

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
DOTT. NUNZIO DI GIACOMO

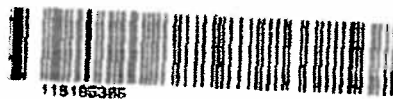


Comm. Morlacco

Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Ufficio X ex DGPROG - SIVEAS
Lungotevere Ripa, 1-00153 Roma

Ministero della Salute
DGPROGS
0001606-P-18/01/2013



Alla Regione Campania
Sub Commissario ad acta
Dott. Mario Morlacco
Via S. Lucia, 81
80132 - NAPOLI

*allegare
n. nota*

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE CAMPANIA

n. 41 del 29 Luglio 2013

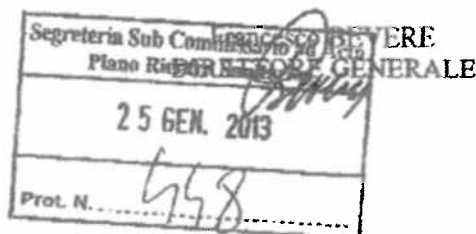
PARTE I

OGGETTO: Nota del sub Commissario ad acta prot. 8105/C del 18/02/2012 ad oggetto " *Sindacato Nazionale Area Radiologica- Segreteria regionale della Campania- Nota acquisita al protocollo regionale n. 0897189 del 04/12/2012 recante "Richiesta chiarimenti sull'erogazione delle prestazioni"* "

In merito alla nota del sub Commissario ad acta prot. 8105/C del 18/02/2012 con cui si richiedono alla scrivente amministrazione chiarimenti circa l'obbligatorietà nell'erogazione di prestazioni per conto del SSN da parte di soggetti in pubblico accreditamento, firmatari di contratto ex DCA 67/2012 e successive integrazioni e modifiche, si rappresenta quanto segue:

- alla luce del vigente quadro normativo nazionale il soggetto in questione non può, a fronte di richiesta dell'utenza, in quanto firmatario di contratto, rifiutarsi legittimamente di erogare prestazioni per le quali risulta attrezzato, autorizzato e accreditato;
- il soggetto firmatario di contratto è, pertanto, tenuto a erogare tutte le prestazioni ricomprese nella disciplina/branca di appartenenza nei limiti del budget assegnatogli e comunque non oltre il 10% dello stesso.

Comm. Morlacco



Referente del procedimento:
Francesca Iossa - 06.5994.2812
e-mail: f.iossa@sanita.it

ok sup.