



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. 89 del 06.08.2013

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 ed i correlati limiti di spesa delle prestazioni di dialisi ambulatoriale

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"*



Regione Campania
Il Presidente

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

d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali", emanando provvedimenti qualificabili come "ordinanze emergenziali statali in deroga", ossia "misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro" (Consiglio di Stato: sentenza n. 2470/2013);

DATO ATTO

- che con delibere n. 1268 del 24 luglio 2008 e n. 1269 del 16 luglio 2009, modificata dal decreto del Presidente Commissario ad Acta n. 3 del 30 settembre 2009, la Giunta Regionale ha aggiornato la programmazione recata dalla DGRC n. 517/07 ed i correlati limiti di spesa, stabilendo diverse modifiche, integrazioni e miglioramenti alla normativa precedente, anche per adeguarla al nuovo assetto territoriale delle ASL campane conseguente alla L.R. 16/08;
- che con decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario n. 35 del 22 giugno 2010 sono stati aggiornati i limiti di spesa stabiliti dalla DGRC n. 1269/09 per le prestazioni di dialisi ambulatoriale da erogarsi nell'esercizio 2010 da parte delle strutture private;
- che con decreto n. 7 del 31 gennaio 2011 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono state aggiornate le tariffe delle prestazioni di dialisi e stabiliti i relativi limiti di spesa per l'esercizio 2011;
- che con decreto n. 85 del 20 dicembre 2011 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono state semplificate le procedure stabilite dal suddetto decreto n. 7/2011 per l'autorizzazione di contratti integrativi per prestazioni di dialisi ambulatoriale;
- che con decreto n. 76 del 9 luglio 2012 del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono stati stabiliti i volumi di prestazioni di dialisi erogabili dalle strutture private ed i relativi limiti di spesa per l'esercizio 2012;
- 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, trasferire nella ASL Napoli 3 Sud i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa dei centri privati erogatori di dialisi ambulatoriale, operanti nel Comune di Portici;

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*

*Regione Campania**Il Presidente*

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

spesa 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;
- che con separato provvedimento viene dato atto che la spesa netta prevista dal presente decreto per l'esercizio 2013 è stata definita in coerenza con il suddetto obiettivo di riduzione della spesa complessiva annua per l'assistenza sanitaria erogata da soggetti privati per specialistica ambulatoriale e per assistenza ospedaliera;

CONSIDERATO

- che con decreto commissariale n. 32 del 27 marzo 2013, recante per oggetto: *“Decreto Ministeriale 18 ottobre 2012 in materia di criteri e tariffe dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza specialistica ambulatoriale – Determinazioni”* 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, successivamente, con decreto commissariale n. 53 del 3 giugno 2013, recante per oggetto: *“Tariffe delle prestazioni di emodialisi ambulatoriale erogate dalle strutture private accreditate – Precisazioni ed integrazioni al decreto commissariale n. 32/2013”*, sono state fornite precisazioni e chiarimenti in merito alla decorrenza delle tariffe previste dal suddetto decreto commissariale n. 32/2013, ed è stata elevata dal 15% al 20% la soglia massima di fatturazione da parte di ciascun centro di dialisi del numero delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, rispetto al totale delle prestazioni di dialisi effettuate dallo stesso centro privato, stabilendo che le prestazioni di dialisi convettive di cui ai medesimi codici, eccedenti la suddetta soglia, saranno remunerate dalle ASL con la tariffa della dialisi diffusiva 39.95.4;

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



Regione Campania

Il Presidente

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

(Decorrenza degli interessi moratori)

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



Regione Campania
Il Presidente

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

1. 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:

- A1: schema di protocollo d'intesa con le associazioni di categoria delle strutture private;
- A2: 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 dichiari 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 A1 e A2 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



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 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 sopra citati;
- 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 dei dati consuntivi 2012 forniti dalle ASL; inoltre, si è tenuto conto del trasferimento del Comune di portici dalla ASL Napoli 1 Centro alla ASL Napoli 3 Sud con effetto dal 1° gennaio 2013, come riportato in premessa;
- che, rispetto all'incremento del 1,4% del numero di prestazioni di dialisi erogate dai centri privati, registrato a consuntivo nel 2012 rispetto al 2011, il presente decreto prevede un incremento dello 0,5% per il 2013, in considerazione delle azioni in corso per la prevenzione, la programmata attivazione dei posti di dialisi nelle strutture pubbliche e la promozione della dialisi peritoneale, anche domiciliare, in via complementare ed integrata rispetto alle metodiche diffusive e convettive;

RITENUTO

- di determinare i volumi massimi ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2013 delle prestazioni di dialisi ambulatoriale erogate dalle strutture private negli importi esposti nell'allegato n. 1 al presente decreto;
- che sarà compito di ciascuna ASL stipulare i contratti con le singole strutture private, definendo il volume di prestazioni ed il correlato limite di spesa sulla base del consuntivo 2012 e dell'andamento nel I semestre 2013 dell'attività dei centri privati operanti nella medesima ASL;
- che, ferme restando le procedure che le ASL devono applicare per la stipula di contratti integrativi, previste dal decreto n. 85 del 20 dicembre 2011 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario, al fine di mantenere la spesa sanitaria nei limiti prestabiliti è necessario disporre che ciascuna ASL potrà stipulare detti contratti integrativi con le seguenti limitazioni:
 - a) il limite complessivo di spesa netta, assegnato a ciascuna ASL dal presente decreto ed esposto nell'allegato n. 1, colonna F), rappresenta la spesa massima erogabile ai centri privati della ASL a tariffa piena;
 - b) laddove in una ASL sorga l'esigenza di stipulare contratti integrativi con uno o più centri, l'importo di spesa a tariffa piena, eccedente il suddetto limite di spesa per un incremento fino allo 0,50%,



Regione Campania

Il Presidente

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

dovrà essere ridotto abbattendo la tariffa del 20%; per l'eventuale ulteriore incremento, fino al 1,4%, si applicherà un abbattimento della tariffa del 40%;

- c) incrementi della spesa netta superiori al 1,4% (prima delle regressioni tariffarie) dovranno essere autorizzati da appositi decreti del Commissario ad acta, che individuino i risparmi compensativi idonei ad assicurare il rispetto delle norme sulla Spending Review sopra richiamate (decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, art. 15, comma 14);

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 accreditati che erogano prestazioni di dialisi ambulatoriale si applicano i volumi massimi ed i correlati limiti di spesa fissati nell'allegato n. 1 al presente decreto, con le modalità, prescrizioni e condizioni tutte specificate nel presente decreto.
3. Di stabilire che le Associazioni di categoria della branca di dialisi, entro cinque giorni dalla notifica del presente decreto, dovranno stipulare con le ASL competenti per territorio i Protocolli di intesa per le prestazioni da erogarsi per l'anno 2013 secondo lo schema allegato A/1 al presente decreto.
4. Di stabilire che sarà compito di ciascuna ASL stipulare i contratti con le singole strutture private, definendo per ciascuna di esse il volume di prestazioni ed il correlato limite di spesa sulla base del consuntivo 2012 e dell'andamento nel I semestre 2013 dell'attività dei centri privati operanti nella medesima ASL.
5. Di stabilire che tutte le strutture private che erogano prestazioni di dialisi (sia in accreditamento definitivo che in regime di autocertificazione) entro dieci giorni dalla notifica del presente decreto dovranno stipulare con le ASL competenti per territorio il contratto di struttura relativo alle prestazioni da erogare nell'esercizio 2013, secondo lo schema allegato A/2 al presente decreto.
6. 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 Dialisi, in considerazione della specificità di tali prestazioni, con le seguenti limitazioni:
 - a. il limite complessivo di spesa netta, assegnato a ciascuna ASL dal presente decreto ed esposto nell'allegato n. 1, colonna F), rappresenta la spesa massima erogabile ai centri privati della ASL a tariffa piena;
 - b. laddove in una ASL sorga l'esigenza di stipulare contratti integrativi con uno o più centri, l'importo di spesa a tariffa piena, eccedente il suddetto limite di spesa per un incremento fino allo 0,50%,



Regione Campania
Il Presidente

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

dovrà essere ridotto abbattendo la tariffa del 20%; per l'eventuale ulteriore incremento, fino al 1,4%, si applicherà un abbattimento della tariffa del 40%;

- c. incrementi della spesa netta superiori al 1,4% (prima delle regressioni tariffarie) dovranno essere autorizzati da appositi decreti del Commissario ad acta, che individuino i risparmi compensativi idonei ad assicurare il rispetto delle norme sulla Spending Review sopra richiamate (decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, art. 15, comma 14);
7. 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.
8. 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).
9. 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.
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

Allegato n. 1

Assistenza Specialistica Ambulatoriale erogata da centri privati: prestazioni di dialisi (3)

	A	B	C	D	E	F
ASL	Consuntivo 2012 N°prestazioni	Consuntivo 2012 Spesa lorda (1)	Consuntivo 2012 Spesa netta (2)	Volumi massimi 2013 N° prestazioni	Limite di spesa 2013 a tariffa lorda (1)	Limite di spesa netta 2013 (2)
ASL AV	35.252	6.476.326,04	6.218.395,15	35.428	6.302.200,00	6.273.300,00
ASL BN	30.887	5.520.200,96	5.427.227,16	31.041	5.485.700,00	5.475.100,00
ASL CE	100.061	18.029.868,90	17.679.956,23	100.561	17.876.100,00	17.836.200,00
ASL NA1 Centro	127.148	23.182.348,11	22.647.799,66	120.193	21.547.900,00	21.490.800,00
ASL NA2 Nord	133.221	23.680.142,45	23.511.010,69	133.887	23.738.300,00	23.718.800,00
ASL NA3 Sud	140.167	26.219.668,12	24.889.065,68	148.459	26.617.500,00	26.466.300,00
ASL SA	138.357	25.151.234,72	24.589.718,26	139.049	24.871.000,00	24.807.100,00
TOTALE	705.093	128.259.789,30	124.963.172,83	708.618	126.438.700,00	126.067.600,00

(1) Importi in euro a tariffa vigente pro tempore, tenuto conto del vincolo al 15% (nel 2012) ed al 20% (nel 2013) della soglia massima di fatturazione da parte di ciascun centro di dialisi del numero delle prestazioni di dialisi convettive

(2) Importi in euro a tariffa vigente pro tempore, al netto dello sconto di legge (finché applicato) e delle eventuali quote ricetta, tenuto conto del vincolo al 15% (nel 2012) ed al 20% (nel 2013) della soglia massima di fatturazione da parte di ciascun centro di dialisi del numero delle prestazioni di dialisi convettive

(3) Per il 2013 sono state spostate dalla ASL Napoli 1 Centro alla ASL Napoli 3 Sud le prestazioni erogate nel 2012 dai centri privati operanti nel Comune di Portici

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

E

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

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di EMODIALISI AMBULATORIALE **per l'anno 2013**, redatto in conformità al Decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n° ----- del --/--/2013,

PREMESSO

- che con il decreto n° del/.../2013 del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono stati definiti i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2013 per le prestazioni di dialisi ambulatoriale;
- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative del citato decreto n°del .../.../2013 del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(oggetto)

1. Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione dei volumi, delle tipologie delle prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE ed i correlati limiti di spesa da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2013 da parte delle strutture private accreditate operanti nel territorio della sottoscritta ASL.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il fabbisogno di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2013 dalle strutture private accreditate, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2013, è determinato in n. (prestazioni).

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2013 per il volume di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE determinato all'art. 3, 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 della quota ricetta regionale e nazionale;

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni di cui al precedente art. 4 avverrà sulla base delle tariffe regionali e della soglia massima di remunerazione delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, pari al 20% del numero delle prestazioni di dialisi (codici da 39.95.1 a 39.95.9) complessivamente erogate da ciascuna struttura, come stabilito dal decreto n. 53/2013 del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario – al netto dello sconto di legge finché applicato, e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4, lettera a).
2. In ogni caso, l'importo fissato nell'art. 4, lettera b), quale limite di spesa netta costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nel 2013 dai centri di dialisi operanti nel territorio della sottoscritta ASL, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti.
3. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente Protocollo, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4, lettera b).
4. Le parti si danno atto che, in base a quanto disposto dal Decreto n. ... del .../.../2013 del Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro, eventuali superamenti del limite di spesa per l'esercizio 2013, fissato nello stesso decreto e riportato nel presente Protocollo, saranno remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, previa stipula di appositi accordi integrativi tra la ASL ed i centri privati operanti sul proprio territorio, alle condizioni e con le modalità specificate nello stesso decreto e nel decreto n. 85 del 20/12/2011. In particolare la sottoscritta ASL potrà stipulare detti contratti integrativi con le seguenti limitazioni:
 - a) il limite complessivo di spesa netta di cui all'art. 4, lettera b), rappresenta la spesa massima erogabile ai centri privati della ASL a tariffa piena;
 - b) laddove in questa ASL sorga l'esigenza di stipulare contratti integrativi con uno o più centri, l'importo di spesa a tariffa piena, eccedente il suddetto limite di spesa per un incremento fino allo 0,50%, dovrà essere ridotto abbattendo la tariffa del 20%; per l'eventuale ulteriore incremento, fino al 1,4%, si applicherà un abbattimento della tariffa del 40%;
 - c) incrementi della spesa netta superiori al 1,4% (prima delle regressioni tariffarie) dovranno essere autorizzati da appositi decreti del Commissario ad acta, che individuino i risparmi compensativi idonei ad assicurare il rispetto delle norme sulla Spending Review (decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, art. 15, comma 14).
5. Le parti si impegnano a rilevare tempestivamente il profilarsi dei superamenti di cui al comma precedente ed a promuovere la definizione dei suddetti accordi integrativi prima che i limiti di spesa prefissati siano esauriti, in modo da evitare ogni possibile disagio per l'utenza.

Art. 6

(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente protocollo è istituito un tavolo tecnico regionale.
2. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
3. 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.
4. Per le finalità di cui ai commi precedenti le strutture private accreditate sono impegnate a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

Art. 7

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà ad ogni struttura privata un acconto mensile pari all'85% del fatturato mensile.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 30 giugno per le fatture del primo trimestre; entro il 30 settembre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 dicembre per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 31 marzo dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte delle strutture private accreditate operanti sul territorio della sottoscritta ASL, delle note credito richieste dalla ASL, con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese,
3. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
4. 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.
5. 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.

6. 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

(efficacia e norme finali)

1. Il presente protocollo si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2013 in esecuzione del decreto n.del/..../2013 del Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro.
2. Il presente protocollo sarà adeguato ai successivi provvedimenti regionali in materia che dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.
3. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente protocollo è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.

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

Timbro e firma della ASL

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione di categoria

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

La struttura privata --(cod.....)

Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):

con sede in (Prov: ; CAP: _____) –

rappresentata dal

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 ----- _Partita IVA: ----- Codice Fiscale-----
----- (se diverso dalla Partita IVA): rappresentata dal Direttore Generale
-----, nato a ----- il -----, munito dei necessari poteri
come da DPGRC di nomina n. ____ del _____:

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di EMODIALISI AMBULATORIALE **per l'anno 2013**, redatto in conformità al Decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n° ----- del --/--/2013,

PREMESSO

- che con il decreto n° del/.../2013 del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono stati definiti i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2013 per le prestazioni di dialisi ambulatoriale;
- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative del citato decreto n°del .../.../2013 del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario;

VISTO

lo schema di protocollo di intesa preliminare tipo tra le AA.SS.LL e le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi, le tipologie ed i correlati limiti di spesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale da erogarsi per l'anno 2013 da parte delle strutture private accreditate e/o in regime di autocertificazione, allegato sub A/1 al citato decreto n.del del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario;

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

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(oggetto)

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2013 da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il fabbisogno di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2013 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2013, è determinato in n. (prestazioni).

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2013 per il volume di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE determinato all'art. 3, 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 della quota ricetta regionale e nazionale.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni di cui al precedente art. 4 avverrà sulla base delle tariffe regionali e della soglia massima di remunerazione delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, pari al 20% del numero delle prestazioni di dialisi (codici da 39.95.1 a 39.95.9) complessivamente erogate dalla sottoscritta struttura, come stabilito dal decreto n. 53/2013 del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario – al netto dello sconto di legge finché applicato, e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4, lettera a).
2. In ogni caso, l'importo fissato nell'art. 4, lettera b), quale limite di spesa netta costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nel 2013 dal sottoscritto centro di dialisi anche in caso di modifica delle tariffe vigenti.
3. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4, lettera b).
4. Le parti si danno atto che, in base a quanto disposto dal Decreto n. ... del .../.../2013 del Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro, eventuali superamenti

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

del limite di spesa per l'esercizio 2013, fissato nello stesso decreto e riportato nel presente Protocollo, saranno remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, previa stipula di apposito accordo integrativo tra la ASL ed il sottoscritto centro privato, alle condizioni e con le modalità specificate nello stesso decreto e nel decreto n. 85 del 20/12/2011. In particolare la sottoscritta ASL potrà stipulare detto contratto integrativo con le seguenti limitazioni:

- a) il limite complessivo di spesa netta di cui all'art. 4, lettera b), rappresenta la spesa massima erogabile ai centri privati della ASL a tariffa piena;
 - b) laddove in questa ASL sorga l'esigenza di stipulare contratti integrativi con uno o più centri, l'importo di spesa a tariffa piena, eccedente il suddetto limite di spesa per un incremento fino allo 0,50%, dovrà essere ridotto abbattendo la tariffa del 20%; per l'eventuale ulteriore incremento, fino al 1,4%, si applicherà un abbattimento della tariffa del 40%;
 - c) incrementi della spesa netta superiori al 1,4% (prima delle regressioni tariffarie) dovranno essere autorizzati da appositi decreti del Commissario ad acta, che individuino i risparmi compensativi idonei ad assicurare il rispetto delle norme sulla Spending Review (decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, art. 15, comma 14).
5. Le parti si impegnano a rilevare tempestivamente il profilarsi dei superamenti di cui al comma precedente ed a promuovere la definizione dei suddetti accordi integrativi prima che i limiti di spesa prefissati siano esauriti, in modo da evitare ogni possibile disagio per l'utenza.

Art. 6**(Tavolo Tecnico)**

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico regionale.
2. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
3. 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.
4. Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura si impegna a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

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

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari all'85% del fatturato mensile.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 30 giugno per le fatture del primo trimestre; entro il 30 settembre per le fatture relative ai mesi da aprile a

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

giugno; entro il 31 dicembre per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 31 marzo dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte della sottoscritta struttura privata delle note credito richieste dalla ASL, con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese,

3. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
4. 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.
5. 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.
6. 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**(efficacia e norme finali)**

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2013 in esecuzione del decreto n.del/....../2013 del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro.
2. Il presente contratto sarà adeguato ai successivi provvedimenti regionali in materia che dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.
3. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.

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

Timbro e firma della ASL

Timbro e firma del Legale Rappresentante
del Centro