



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. 44 del 04.07.2014

Rif. punto d) delibera del Consiglio dei Ministri del 29 ottobre 2013

OGGETTO: Definizione per l'esercizio 2014 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza termale

PREMESSO:

- che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- che l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: *"Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale"*;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario *ad acta* per la Prosecuzione del Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso attraverso i programmi operativi di cui al citato art. 2, comma 88, della legge n. 191/09;
- che con 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, n. 24/2013, n. 82/2013 e n. 18/2014;
- che con delibera 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 il Consiglio dei Ministri con delibera del 29 Ottobre 2013 ha affiancato il Prof. Ettore Cinque al Dott. Mario Morlacco nell'incarico di Sub Commissario ad acta, con particolare riferimento ad alcuni degli obiettivi indicati nella delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, nonché stabilendo

*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 al Dott. Morlacco restano comunque affidati diversi obiettivi della medesima delibera, tra i quali quelli previsti alla sopra citata lettera d);

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

CONSIDERATO

- che dopo l'approvazione del riparto tra le Regioni del finanziamento statale per la spesa sanitaria corrente per l'esercizio 2013, intervenuto con l'Intesa Stato Regioni rep. 725/CSR del 17 febbraio 2014, non è stata ancora presentata dai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze alle Regioni la proposta di riparto per l'esercizio 2014;
- che la giurisprudenza amministrativa in materia di contratti con gli erogatori privati di prestazioni sanitarie ha consolidato alcuni principi, tra i quali appare opportuno ricordare quanto statuito dall'adunanza plenaria del Consiglio di Stato che, con la decisione n. 4/2012 ha ritenuto legittima la fissazione dei limiti di spesa in corso d'anno perché: *"La determinazione regionale, in quanto atto terminale di un procedura che si colloca a valle, sul piano logico e cronologico, dei rammentati procedimenti presupposti, non può, in definitiva, essere letta in modo avulso dal sistema in cui si inserisce. Posto, allora, che la fissazione dei tetti di spesa non può prescindere dalla conoscenza del dato finanziario di riferimento [l'ammontare e la ripartizione tra le Regioni del finanziamento statale della spesa sanitaria] e che tale dato risulta definito in modo concreto in corso d'anno ... si appalesa fisiologica la fissazione retroattiva del tetto regionale di spesa anche in una fase avanzata dell'anno"*;
- che, peraltro, a tale riguardo la stessa decisione dell'adunanza plenaria del Consiglio di Stato ha espressamente richiamato la propria precedente decisione n. 8/2006 secondo cui *"le strutture private, che erogano prestazioni per il Servizio sanitario nazionale nell'esercizio di una libera scelta, potranno aver riguardo - fino a quando non risulti adottato un provvedimento definitivo - all'entità delle somme contemplate per le prestazioni dei professionisti o delle strutture sanitarie dell'anno precedente, diminuite della riduzione della spesa sanitaria effettuata dalle norme finanziarie relative all'anno in corso"*;
- che con decreto commissariale n. 33 del 27 maggio 2011 il limite di spesa delle prestazioni di assistenza termale erogate da strutture private accreditate per l'esercizio 2011 fu stabilito in euro 22.500.000,00= (netto ticket e lordo quota ricetta ex decreto commissariale n. 50/2010), come concordato nell'incontro del 30 marzo 2011 fra il Sub Commissario ad acta e la FEDERTERME – *Federazione Italiana delle Industrie Termali e delle Acque Minerali Curative*, suddiviso tra volumi di prestazioni per residenti della Regione Campania e per residenti fuori Regione, come indicato nel verbale prot. 2001 del 30/3/2011 allegato n. 1 al citato decreto n. 33/2011;



Regione Campania
Il Presidente

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

- che, a seguito dell'andamento decrescente della spesa per assistenza termale erogata da strutture private, con decreto commissariale n. 87 del 3 agosto 2012 il limite della spesa per assistenza termale erogata da strutture private per l'esercizio 2012 fu ridotto ad euro 22.000.000,00= (netto ticket e lordo quota ricetta ex decreto commissariale n. 50/2010);
- che con decreto commissariale n. 104 del 25 ottobre 2013 il limite della spesa per assistenza termale erogata da strutture private per l'esercizio 2013 è stato fissato in euro 23.980.000,00= a tariffa lorda (corrispondente a circa euro 21,5 milioni netto ticket);
- che con Intesa Stato – Regioni del 5 dicembre 2013, rep. n. 172/CSR:
 - è stato approvato l'accordo nazionale per l'erogazione delle prestazioni termali per il biennio 2013-2015 del 7 novembre 2013, stabilendo, a decorrere dal 1° luglio 2013, un incremento uniforme e fisso del 3% delle tariffe nazionali per la remunerazione delle prestazioni termali erogate a carico del Servizio Sanitario Nazionale come riportato nelle Tabelle 2A e 2B allegate al citato accordo;
 - è stato convenuto che il volume finanziario complessivo, previsto a livello di singola Regione/Provincia Autonoma, sarà incrementato, rispetto all'anno 2012, al massimo della quota spettante a detta Regione/Provincia Autonoma a seguito della ripartizione dei fondi statati come riportato nella tabella 1, pari a complessivi euro 20.335.200,00;
 - è stato previsto che eventuali superamenti dei tetti di spesa previsti per ciascuna Regione, incrementati nella misura indicata nella tabella 1 summenzionata, daranno titolo alla stessa Regione ad ottenere l'emissione di nota di credito – fino a concorrenza dell'importo corrispondente – dalle aziende termali i cui volumi e fatturato hanno concorso al superamento della spesa prevista a carico del SSR;
 - che, pertanto, i limiti di spesa per l'esercizio 2014 come da nell'allegato 1 al presente decreto, sono stati definiti in proporzione al consuntivo 2013 tenendo conto della maggiorazione tariffaria del 3% in vigore dal 1/7/2013, eccetto che per l'ASL Napoli 3 Sud in vista di una possibile ripresa delle attività da parte di strutture momentaneamente chiuse;
- che il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, con pareri n. 423-P del 19/10/2012 e n. 31-P del 18/01/2013 ha chiesto di fissare i limiti complessivi di spesa "*al lordo dei ticket per prestazioni di assistenza termale*", esplicitando il correlato volume massimo di prestazioni, ed introducendo eventuali "*elementi di salvaguardia per garantire comunque il rispetto dei vincoli economici e finanziari definiti*";
- che, pertanto, tenuto conto dei dati consuntivi delle prestazioni e della spesa 2013 forniti da ciascuna ASL, i volumi massimi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa per l'assistenza termale erogata nel 2014 dalle strutture private può essere stabilito come esposto nell'allegato n. 1 al presente decreto;
- che i limiti di spesa conseguenti dal presente decreto per ciascuna struttura nell'ambito della ASL di appartenenza hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del SSR: rimane, infatti, obbligo della ASL territorialmente competente verificare prima della stipula del contratto allegato al presente decreto, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari per poter erogare – in tutto o in parte – il limite massimo di spesa sanitaria prefissato dal 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)

RITENUTO

- di procedere anche per l'esercizio 2014 alla applicazione dei limiti di spesa 2014 per l'assistenza termale in analogia con le modalità già stabilite per gli anni 2008 – 2013 dai relativi provvedimenti regionali (DGRC n. 1268/08, n. 1269/09 e s.m.i.; decreto commissariale n. 48/ 2010, n. 33/2011, n. 87/2012 e n.104/2013); in particolare si richiama la DGRC n. 1268/08 laddove dispone che:

“... la Regione, sulla base della valutazione di diversi fattori (spesa storica, quota capitaria, fabbisogno di assistenza sanitaria formulato dalla ASL, composizione delle prestazioni erogate in ciascuna ASL per residenza del paziente) stabilisce:

- A. un limite di spesa per le prestazioni erogate dai centri privati operanti nel suo territorio ai propri residenti;*
- B. un limite di spesa per le prestazioni erogate ai propri residenti dai centri privati operanti nel territorio di altre ASL;*
- C. un limite di spesa per le prestazioni erogate dai centri privati operanti nel suo territorio ai residenti di altre ASL ...;*

i limiti di spesa sub A) e sub B) sono quelli sui quali la ASL definisce la programmazione sanitaria per i propri assistiti ed assegna gli obiettivi ai propri medici prescrittori;

i limiti di spesa sub A) e sub C) sono quelli che la ASL assegna ai propri centri privati e sui quali stipula i contratti di acquisto delle prestazioni sanitarie, con la previsione delle conseguenti eventuali regressioni tariffarie;

il meccanismo di calcolo della Regressione Tariffaria Unica (R.T.U) di cui alla DGRC n. 2157/05 viene di conseguenza modificato, come esposto nell'allegato C) ...”;

- che per l'esercizio 2014, quindi, per quanto non modificato dal presente decreto si applicheranno tutte le condizioni stabilite dalle deliberazioni regionali n. 1268/08, n. 1269/09 e dai decreti commissariali n. 48/2010, n. 33/2011, n. 87/2012 e n.104/2013;
- che le ASL devono monitorare i medici prescrittori interni e/o convenzionati attraverso l'attribuzione di budget, verificando in particolare i casi in cui le prescrizioni superano le medie pro capite evidenziate nell'allegato n. 2;
- che è interesse dell'amministrazione garantire la distribuzione omogenea delle prestazioni senza compromettere il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- che a tal fine le AA.SS.LL. comunicheranno 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, nonché la data prevedibile di raggiungimento del limite di spesa (in base alla proiezione lineare dei dati consuntivi); la suddetta comunicazione dovrà essere effettuata da ciascuna ASL secondo il seguente calendario:
 - entro il 31/7/2014 con riferimento al consuntivo delle prestazioni erogate al 30/6/2014;
 - entro il 31/10/2014 con riferimento al consuntivo delle prestazioni erogate al 30/9/2014.

CONSIDERATO



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 nelle riunioni congiunte di verifica del Piano di Rientro, tenutasi il 27/11/2013 ed il 10/4/2014, il Tavolo di Verifica degli Adempimenti Regionali ed il Comitato Permanente per i Livelli Essenziali di Assistenza hanno prescritto l'inserimento nei contratti con gli erogatori privati di una "clausola di salvaguardia" ai fini della "tutela della programmazione regionale", che è stata pertanto inserita con parziali adattamenti nell'art. 11 dello schema di protocollo d'intesa, allegato A\1 al presente decreto e dello schema di contratto, allegato A\2 al presente decreto;

DATO ATTO

- che i limiti di spesa di cui all'allegato 1 potranno subire variazioni in riduzione in relazione all'esito dei controlli attualmente in corso circa il possesso dei requisiti da parte dei centri termali e la regolarità delle procedure;

DECRETA

Per le motivazioni richiamate in premessa, da intendersi qui di seguito integralmente riportate:

1. Le premesse e gli allegati formano parte integrante e sostanziale del presente decreto.
2. Di stabilire che per l'esercizio 2014 ai centri privati accreditati che erogano prestazioni di assistenza termale si applicano i limiti di spesa fissati nella tabella che forma l'allegato n. 1 al presente decreto sulla base dei volumi di prestazioni programmati ed esposti nella medesima tabella, con le modalità, prescrizioni e condizioni tutte specificate nel presente decreto e negli allegati schemi contrattuali.
3. Di stabilire che il presente decreto sarà immediatamente notificato alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste, a tutti i centri privati accreditati che erogano prestazioni di assistenza termale ed alle Associazioni di categoria del settore.
4. Di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali, ai fini dei contratti relativi all'esercizio corrente utilizzeranno lo schema di protocollo d'intesa, allegato A\1 al presente decreto e lo schema di contratto, allegato A\2 al presente decreto, stipulando i relativi contratti individuali entro dieci giorni dalla notifica del presente decreto.
5. Di precisare che le strutture sanitarie private che non sottoscrivano il contratto di cui al comma precedente - fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria - saranno prive di contratto e, pertanto, per tali strutture dal 1° luglio 2014 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).
6. Di precisare che i limiti di spesa di cui all'allegato 1 potranno subire variazioni in riduzione in relazione all'esito dei controlli attualmente in corso circa il possesso dei requisiti da parte dei centri termali e la regolarità delle procedure.



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 stabilire che le ASL devono monitorare i medici prescrittori interni e/o convenzionati attraverso l'attribuzione di budget, verificando in particolare i casi in cui le prescrizioni superano le medie pro capite evidenziate nell'allegato n. 2.
8. Di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di competenza al Capo Dipartimento della Salute, al Capo Dipartimento delle Risorse Finanziarie, Umane e Strumentali, al "Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale" ed alla "Segreteria di Giunta" per la pubblicazione sul BURC.

Il Capo Dipartimento della Salute
Prof. Ferdinando Romano

Il Direttore Generale
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente U.O.D. 14 G.E.F.
Dott. G. F. Ghidelli

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

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

ALLEGATO n. 1**LIMITI DI SPESA 2014 PER ACQUISTO DA PRIVATI di ASSISTENZA TERMALE****Importi in migliaia euro**

ASL	Decreto n. 48/2010	Decreto n. 33/2011	Decreto n. 87/2012	Decreto n. 104/2013	Spesa Consuntivo 2013 (2)	Limiti di spesa 2014 (2)							
	Tetto 2010 (1)	Tetto 2011 (1)	Tetto 2012 (1)	Tetto 2013 (2)		Residenti nella ASL		Residenti in altre ASL campane		Residenti Fuori Regione		Totale	
						n° prestazioni	Limite di spesa	n° prestazioni	Limite di spesa	n° prestazioni	Limite di spesa	n° prestazioni	Limite di spesa
AVELLINO	742	814	790	926	775	90.559	750,0	3.622	30,0	8.452	70,0	102.633	850,0
BENEVENTO	4.170	4.012	3.940	4.100	3.428	103.515	1.150,0	191.277	2.125,0	30.154	335,0	324.946	3.610,0
CASERTA	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0	-	0,0	0	0,0
NAPOLI 1 Centro	1.517	1.265	1.240	1.290	1.188	57.858	600,0	57.858	600,0	3.375	35,0	119.091	1.235,0
NAPOLI 2 Nord	8.165	8.196	7.920	9.343	8.803	40.193	500,0	55.868	695,0	639.070	7.950,0	735.131	9.145,0
NAPOLI 3 Sud	4.627	3.932	3.850	3.700	855	88.299	845,2	20.894	200,0	10.447	100,0	119.640	1.145,2
SALERNO	3.779	4.281	4.260	4.621	4.151	257.739	2.800,0	73.640	800,0	69.037	750,0	400.416	4.350,0
<i>Totale</i>	23.000	22.500	22.000	23.980	19.199	638.163	6.645,2	403.159	4.450,0	760.535	9.240,0	1.801.857	20.335,2

(1) Costo al netto tickets e al lordo quota ricetta ex decreto n. 50/2010, considerando le vecchie tariffe in vigore fino al 30 giugno 2013**(2) Importi a tariffa piena (lordo ticket e quota ricetta) prima dei conguagli per incremento tariffario del 3% dal 1° luglio 2013**

ALLEGATO n. 2

Monitoraggio dei Medici Prescrittori per l'Assistenza Termale

N°prestazioni di assistenza termale

ASL	Monitoraggio delle ASL per i Medici Prescrittori			
	(A)	(B)	(C = A + B)	(D)
	N°prestazioni pro capite 2013 dei residenti di ciascuna ASL nell'ambito della Regione	N°prestazioni pro capite 2011 dei residenti di ciascuna ASL fuori Regione	Totale n° prestazioni pro capite	Stima del N° di prestazioni prescritte nel 2013 per 1.000 abitanti
AVELLINO	0,39	0,03	0,42	422
BENEVENTO	0,36	0,02	0,38	381
CASERTA	0,18	0,09	0,27	274
NAPOLI 1 - CENTRO	0,08	0,01	0,09	92
NAPOLI 2 - NORD	0,09	0,01	0,10	97
NAPOLI 3 - SUD	0,12	0,01	0,13	131
SALERNO	0,25	0,03	0,27	272
<i>Totale Regione Campania</i>	0,17	0,03	0,20	202

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 termale da erogarsi per l'anno 2014 da parte delle strutture private accreditate o temporaneamente accreditate ed i correlati limiti di spesa.

PREMESSO

- che con delibera n. 517 del 30 marzo 2007 la Giunta Regionale, in attuazione del *Piano di Rientro dal Disavanzo* approvato con DGRC n. 460 del 20 marzo 2007, ha definito i volumi di prestazioni sanitarie ed i correlati limiti di spesa per gli esercizi 2007, 2008, 2009 e 2010, nonché le relative procedure applicative;
- 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 30.09.09, la Giunta Regionale ha aggiornato la programmazione recata dalla DGRC n. 517/07 ed i correlati limiti di spesa, stabilendo diverse modifiche, integrazioni e miglioramenti alla normativa precedente, anche per adeguarla al nuovo assetto territoriale delle ASL campane conseguente alla L.R. 16/08;
- che il decreto commissariale n. 48 del 10/9/2010 ha confermato per l'esercizio 2010 i limiti di spesa programmati dalle delibere sopra citate, ed ha introdotto la compensazione regionale di cui al successivo art. 5, comma 3;
- che con decreto n° ____ del ____ / _____ 2014 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 assistenza termale erogate nel corso del 2014, ed ha emanato i relativi schemi contrattuali, cui si uniforma il presente protocollo;

PRECISATO

- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative del citato decreto n. ____ del ____ 2014 del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario;

DATO ATTO

- che con il citato decreto n. ____ del ____ 2014 del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario è stato definito, per la macroarea assistenza termale il fabbisogno di prestazioni ed il correlato limite di spesa, relativamente alle prestazioni erogate dai centri privati provvisoriamente accreditati o accreditati, insistenti nell'ambito territoriale della ASL _____, suddiviso tra:
 - A) prestazioni erogate ai propri residenti;
 - B) prestazioni erogate ai residenti di altre ASL regionali;
 - C) prestazioni erogate a residenti extra Regione;secondo quanto riportato nel seguente prospetto:

TETTO DI SPESA ANNO 2014							
MACROAREA ASSISTENZA TERMALE							
per residenti della ASL _____		per altri residenti in regione		per residenti altre regioni		TOTALE	
n.prest.	Importo	n.prest.	Importo	n.prest.	importo	n.prest.	importo
	€		€		€		€

- che tale fabbisogno di prestazioni per la suddetta macroarea ed il correlato limite di spesa rappresentano la quota appropriata di attività riconosciuta a carico del Servizio Sanitario Regionale e quindi il limite massimo di spesa sostenibile;
- che, pertanto, nel definire volumi e limiti di spesa delle tipologie di prestazioni afferenti a tale macroarea, occorre contenere gli stessi entro il tetto regionale, oltre il quale le prestazioni non possono essere remunerate dal Servizio Sanitario Regionale;

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 e delle tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea Assistenza Termale, da erogarsi nell'anno 2014 da parte delle strutture private operanti nel territorio della sottoscritta ASL, ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il volume massimo di prestazioni che la ASL prevede di acquistare nel corso dell'anno 2014, dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale, ed è determinato in n. _____ prestazioni, così suddiviso:
 - a. n. _____ prestazioni erogate ai propri residenti;
 - b. n. _____ prestazioni erogate ai residenti di altre ASL della Regione Campania;
 - c. n. _____ prestazioni erogate a residenti fuori regione.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa (a tariffa vigente: lordo ticket e quota ricetta) nel corso dell'anno 2014 per il volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato in € _____,00, così suddiviso:
 - a) € _____,00 per prestazioni erogate ai propri residenti;
 - b) € _____,00 per prestazioni erogate ai residenti di altre ASL della Regione Campania;
 - c) € _____,00 per prestazioni erogate a residenti fuori Regione.
2. Le prestazioni erogate ai residenti di altre Regioni, di cui al precedente punto "c" comma 1, concorrono ai sopra citati limiti di spesa; tuttavia, l'eventuale superamento del limite di cui al precedente punto "c" comma 1, comporterà analogo incremento dello stesso limite, in base alle condizioni di riconoscimento dell'addebito alle altre Regioni, stabilite dalla citata 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 punto "c" del comma

precedente non potrà essere utilizzato per compensare superamenti dei limiti di cui al medesimo comma, lettere a) e b). La ASL non potrà contestare le impegnative sotto il profilo della residenza dell'assistito, qualora la sottoscritta azienda termale abbia acquisito copia della tessera sanitaria dell'assistito stesso.

3. Gli importi che definiscono il valore medio della prestazione per la tipologia di prestazioni termali sono quelli di cui alle tabelle allegate agli Accordi di volta in volta definiti tra Regioni, Ministero della Salute e FEDERTERME, ai sensi dell'art. 4, comma 4, della legge 323/2000.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni termali erogate dalle strutture accreditate o provvisoriamente accreditata, avverrà sulla base delle tariffe vigenti nel periodo oggetto del presente protocollo, secondo quanto previsto dall'Accordo di cui all'art. 4, comma 4, della legge 323/2000 e, da ultimo, dall'accordo nazionale per l'erogazione delle prestazioni termali per il biennio 2013-2015, sottoscritto il 7 novembre 2013 e recepito dalla Conferenza Stato-Regioni il 5 dicembre 2013 con atto rep. n. 172/CSR. Eventuali modifiche nelle tariffe della macroarea, riferite al periodo oggetto del presente protocollo, non determineranno variazioni del limite di spesa. Il rispetto complessivo del limite di spesa, di cui all'art. 4 sarà assicurato dalla clausola della Regressione Tariffaria Unica ai sensi dell'allegato C della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008.
2. Nell'ambito del limite di spesa assegnato alla singola ASL, e purché non risulti comunque necessario al fine di rispettare detto limite, la regressione tariffaria non sarà applicata a quelle strutture che abbiano erogato un numero di prestazioni e correlata spesa inferiore o uguale all'anno precedente, fermo restando quanto previsto al punto 6, 5° capoverso sulle compensazioni del dispositivo della D.G.R.C. 1268/08.
3. In caso di superamento in una o più ASL del limite di spesa per l'anno 2014, si procederà a verificare gli eventuali risparmi ottenuti dalle altre ASL, utilizzandoli per mitigare la regressione tariffaria nelle ASL che hanno sfiorato, fermo restando il limite complessivo del tetto di spesa regionale e fermo restando tutto quant'altro previsto per le compensazioni al punto 6 della DGRC n. 1268/08; l'importo disponibile per mitigare la regressione tariffaria sarà ripartito alle strutture che hanno aumentato il fatturato rispetto all'anno precedente, in base a scaglioni successivi di incremento percentuale, in modo da favorire le strutture che presentano la crescita più contenuta.
4. 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, nonché la data prevedibile di raggiungimento del limite di spesa (in base alla proiezione lineare dei dati consuntivi). La suddetta comunicazione dovrà essere effettuata dalla ASL secondo il seguente calendario:
 - entro il 31/7/2014 con riferimento al consuntivo delle prestazioni erogate al 30/6/2014;
 - entro il 31/10/2014 con riferimento al consuntivo delle prestazioni erogate al 30/9/2014.
5. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento del Commissario ad acta per la

Prosecuzione del Piano di Rientro o della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie.

Art. 6

(Tavolo Tecnico)

1. Con la finalità di monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente accordo, è istituito un tavolo tecnico composto da n. 4 membri di cui n. 1 designato dall'Associazione _____ firmataria del presente accordo, e di n. 3 membri nominati dal Direttore Generale della sottoscritta ASL.
2. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle strutture 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 artt. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici, e valutazione delle particolari situazioni di cui al successivo art. 8.
3. Per le finalità di cui al comma precedente le strutture si impegnano a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 15 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; eventuali ritardi comporteranno l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.
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 alla Direzione Generale per la Tutela della Salute. Tale precisazione si applica anche alla previsione di cui al successivo art. 8.

Art. 7

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate e fatturate, sarà corrisposto un acconto pari al 85% dell'importo fatturato. L'erogazione del restante 15% a saldo avverrà nei successivi novanta giorni, secondo le modalità del successivo comma 2 e a condizione che l'azienda termale riconosca alla ASL di appartenenza la possibilità di procedere all'addebito di importi contestati ai fini della mobilità interregionale, fino alla definizione delle relative verifiche da parte delle Regioni. Nella liquidazione degli acconti e dei saldi l'ASL dovrà tenere conto dei ticket incassati direttamente dalla struttura, che rappresentano un'anticipazione del complessivo rimborso regionale.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni ai sensi della DGRC 1905/2005, che recepisce l'Accordo Nazionale 2003/2004 (in particolare, l'allegato 1 sub f, circa "*la determinazione del fabbisogno di fango maturato*", e l'allegato sub g relativamente al "*numero dei curandi contemporaneamente presenti negli spazi di cura*"), 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 precedente art. 5.

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.
7. Ai fini del rispetto della normativa sulla tracciabilità dei pagamenti, le strutture private indicheranno il conto corrente bancario loro intestato, sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del contratto, e si impegneranno a comunicare tempestivamente eventuali modifiche, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante.

Art. 8

(variazione del volume delle prestazioni e loro limiti)

1. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture 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 di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R., per i residenti nella Regione, oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nell'anno precedente; fermo restando che, in caso di valutazione positiva da parte del tavolo tecnico, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa).

Art. 9

(efficacia)

1. Il presente protocollo si riferisce a tutto l'anno 2014 in esecuzione del decreto n. ____ del ____ 2014 del Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro.
2. Il presente protocollo sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

3. La remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate dalle strutture è subordinata alla sottoscrizione da parte di ciascuna di esse del suddetto contratto.
4. Analoga durata ed efficacia avranno i contratti stipulati con le singole strutture, in applicazione del presente protocollo di intesa.

Art. 10

(norme finali)

1. 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.

Art. 11

(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente accordo la sottoscritta Associazione accetta espressamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto e/o provvedimento agli stessi collegati e/o presupposti, in quanto costituenti parte integrante necessaria del sottoscrivendo protocollo.

..... , ____ / _____ 2014

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione di Categoria

Tutte le clausole del presente protocollo hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. E' da intendersi specificamente approvata, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. l'art. 11 (Clausola di salvaguardia) del presente Protocollo d'Intesa.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

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
Partita IVA:Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
con sede in (Prov: __ ; CAP: _____) –
Via n°
rappresentato/a dal/la sottoscritto/a, CF
come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o
della Regione che redige il presente atto;
il / la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi
dell'art. 76 T.U. 445/2000, dichiara:
a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentate legale del soggetto contraente, come
attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante
la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data
recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di
conferimento dei poteri agli Amministratori;
b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di
concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni / si trova
in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di;
c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di
prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27.12.1956, n. 1423, e che non sussistono le cause
ostative previste all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti
indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006;
d) di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela
dell'igiene e della salute sul lavoro;
e) di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato
dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. n. del __/__/2014.

E

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

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea
Assistenza Termale, da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2014, redatto in conformità al
Decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n° ____ del ____ /
____2014.

PREMESSO

- che con delibera n. 517 del 30 marzo 2007 la Giunta Regionale, in attuazione del *Piano di Rientro dal Disavanzo* approvato con DGRC n. 460 del 20 marzo 2007, ha definito i volumi di prestazioni sanitarie ed i correlati limiti di spesa per gli esercizi 2007, 2008, 2009 e 2010, nonché le relative procedure applicative;
- 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 30.09.09, la Giunta Regionale ha aggiornato la programmazione recata dalla DGRC n. 517/07 ed i correlati limiti di spesa,

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

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 il decreto commissariale n. 48 del 10/9/2010 ha confermato per l'esercizio 2010 i limiti di spesa programmati dalle delibere sopra citate, ed ha introdotto la compensazione regionale di cui al successivo art. 5, comma 3;
- che con decreto n° ____ del ____ / _____ 2014 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 assistenza termale erogate nel corso del 2014, ed ha emanato i relativi schemi contrattuali, cui si uniforma il presente protocollo;

VISTO

- lo schema di protocollo di intesa preliminare tipo tra le AA.SS.LL e l'Associazione _____ per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza termale da erogarsi per l'anno 2014 da parte delle strutture private accreditate e/o provvisoriamente o temporaneamente accreditate ed i correlati limiti di spesa, allegato sub A/1 al citato decreto n. ____ del ____ _____ 2014 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 contratto.

Art. 2**(oggetto)**

Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea Assistenza Termale, da erogarsi nell'anno 2014 da parte delle strutture private operanti nel territorio della sottoscritta ASL, ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3**(quantità delle prestazioni)**

1. Il volume massimo di prestazioni che la ASL prevede di acquistare nel corso dell'anno 2014, dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale, ed è determinato in n. _____ prestazioni, così suddiviso:
 - a. n. _____ prestazioni erogate ai propri residenti;
 - b. n. _____ prestazioni erogate ai residenti di altre ASL della Regione Campania;
 - c. n. _____ prestazioni erogate a residenti fuori regione.

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

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa (a tariffa vigente: lordo ticket e quota ricetta) nel corso dell'anno 2014 per il volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato in € _____,00, così suddiviso:
 - a. € _____,00 per prestazioni erogate ai propri residenti;

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

- b. € _____,00 per prestazioni erogate ai residenti di altre ASL della Regione Campania;
 - c. € _____,00 per prestazioni erogate a residenti fuori Regione.
2. Le prestazioni erogate ai residenti di altre Regioni, di cui al precedente punto "c" comma 1, concorrono ai sopra citati limiti di spesa; tuttavia, l'eventuale superamento del limite di cui al precedente punto "c" comma 1, comporterà analogo incremento dello stesso limite, in base alle condizioni di riconoscimento dell'addebito alle altre Regioni, stabilite dalla citata 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 punto "c" del comma precedente non potrà essere utilizzato per compensare superamenti dei limiti di cui al medesimo comma, lettere a) e b). La ASL non potrà contestare le impegnative sotto il profilo della residenza dell'assistito, qualora la sottoscritta azienda termale abbia acquisito copia della tessera sanitaria dell'assistito stesso.
3. Gli importi che definiscono il valore medio della prestazione per la tipologia di prestazioni termali sono quelli di cui alle tabelle allegate agli Accordi di volta in volta definiti tra Regioni, Ministero della Salute e FEDERTERME, ai sensi dell'art.4, comma 4, della legge 323/2000.

Art. 5**(criteri di remunerazione delle prestazioni)**

1. La remunerazione delle prestazioni termali erogate dalle strutture accreditate o provvisoriamente accreditata, avverrà sulla base delle tariffe vigenti nel periodo oggetto del presente contratto, secondo quanto previsto dall'Accordo di cui all'art.4, comma 4, della legge 323/2000 e, da ultimo, dall'accordo nazionale per l'erogazione delle prestazioni termali per il biennio 2013-2015, sottoscritto il 7 novembre 2013 e recepito dalla Conferenza Stato-Regioni il 5 dicembre 2013 con atto rep. n. 172/CSR. Eventuali modifiche nelle tariffe della macroarea, riferite al periodo oggetto del presente protocollo, non determineranno variazioni del limite di spesa. Il rispetto complessivo del limite di spesa, di cui all'art. 4 sarà assicurato dalla clausola della Regressione Tariffaria Unica ai sensi dell'allegato C della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008.
2. Nell'ambito del limite di spesa assegnato alla singola ASL, e purché non risulti comunque necessario al fine di rispettare detto limite, la regressione tariffaria non sarà applicata a quelle strutture che abbiano erogato un numero di prestazioni e correlata spesa inferiore o uguale all'anno precedente, fermo restando quanto previsto al punto 6, 5° capoverso sulle compensazioni del dispositivo della D.G.R.C. 1268/08.
3. In caso di superamento in una o più ASL del limite di spesa, si procederà a verificare gli eventuali risparmi ottenuti dalle altre ASL, utilizzandoli per mitigare la regressione tariffaria nelle ASL che hanno sforato, fermo restando il limite complessivo del tetto di spesa regionale e fermo restando tutto quant'altro previsto per le compensazioni al punto 6 della DGRC n. 1268/08; l'importo disponibile per mitigare la regressione tariffaria sarà ripartito alle strutture che hanno aumentato il fatturato rispetto all'anno precedente, in base a scaglioni successivi di incremento percentuale, in modo da favorire le strutture che presentano la crescita più contenuta.
4. 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, nonché la data prevedibile di raggiungimento del limite di spesa (in base alla proiezione lineare dei dati consuntivi). La suddetta comunicazione dovrà essere effettuata dalla ASL secondo il seguente calendario:
 - entro il 31/7/2014 con riferimento al consuntivo delle prestazioni erogate al 30/6/2014;

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

- entro il 31/10/2014 con riferimento al consuntivo delle prestazioni erogate al 30/9/2014.

5. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro o della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie.

Art. 6**(Tavolo Tecnico)**

1. Con la finalità di monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente accordo, è istituito un tavolo tecnico composto da n. 4 membri di cui n. 1 designato dall'Associazione _____ e di n. 3 membri nominati dal Direttore Generale della sottoscritta ASL.
2. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti artt. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici, e valutazione delle particolari situazioni di cui al successivo art. 8.
3. Per le finalità di cui al comma precedente le strutture si impegnano a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 15 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; eventuali ritardi comporteranno l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.
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 alla Direzione Generale per la Tutela della Salute. Tale precisazione si applica anche alla previsione di cui al successivo art. 8.

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

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate e fatturate, sarà corrisposto un acconto pari al 85% dell'importo fatturato. L'erogazione del restante 15% a saldo avverrà nei successivi novanta giorni, secondo le modalità del successivo comma 2 e a condizione che l'azienda termale riconosca alla ASL di appartenenza la possibilità di procedere all'addebito di importi contestati ai fini della mobilità interregionale, fino alla definizione delle relative verifiche da parte delle Regioni. Nella liquidazione degli acconti e dei saldi l'ASL dovrà tenere conto dei ticket incassati

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

direttamente dalla struttura, che rappresentano un'anticipazione del complessivo rimborso regionale.

2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni ai sensi della DGRC 1905/2005, che recepisce l'Accordo Nazionale 2003/2004 (in particolare, l'allegato 1 sub f, circa "*la determinazione del fabbisogno di fango maturato*", e l'allegato sub g relativamente al "*numero dei curandi contemporaneamente presenti negli spazi di cura*"), 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 precedente art. 5.
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.
7. Ai fini del rispetto della normativa sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del presente contratto:
codice IBAN: _____;
presso: _____,
generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: _____;
impegnandosi a comunicare tempestivamente, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante, eventuali modifiche.

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

1. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture temporaneamente accreditate, non è consentito, se non sulla base di

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

adeguate motivazioni, la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico di cui all'art. 6, ad ogni singola struttura di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R., per i residenti nella Regione, oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nell'anno precedente; fermo restando che, in caso di valutazione positiva da parte del tavolo tecnico, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa).

Art. 9**(efficacia del contratto)**

1. Il presente contratto si riferisce a tutto l'anno 2014 in esecuzione del decreto n. ____ del ____ 2014 del Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro.
2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 10**(norme finali)**

1. 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.
2. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il citato decreto n. ____ del ____ 2014 del Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro dal Disavanzo Sanitario.

Art. 11**(Clausola di salvaguardia)**

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la struttura, operante nel territorio della sottoscritta ASL, accetta espressamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto e/o provvedimento agli stessi collegati e/o presupposti, in quanto costituenti parte integrante necessaria del sottoscrivendo contratto.

....., ____ / _____ 2014

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. E' da intendersi specificamente approvata, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. l'art. 11 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata