



SSR
REGIONE CAMPANIA
ASL CASERTA
VIA UNITÀ ITALIANA, N. 28
81100 CASERTA

I Responsabili della U.O.C
proponenti, a seguito di istruttoria,
dichiara la regolarità giuridico-
amministrativa del provvedimento
proposto.

REGIONE CAMPANIA
AGENZIA REGIONALE LOCALE OS
VIA UNITÀ ITALIANA (timbro e firma) CASERTA
ASL CONTROLLO CENTRI ACCREDITATI

**DELIBERAZIONE
DEL DIRETTORE GENERALE
Dott. Ferdinando Russo
Nominato con D.G.R.C. n.369 del 06/08/2019
D.P.G.R.C. n.107 dell'08.08.2019**

N. 573 del 24.6.2020

Oggetto : Decreto del Commissario ad Acta n. 10 del 17/01/2020

**Tetti di Spesa Anno 2020
Attività Riabilitativa ex art 44 L. 833/78**

Proposta n.16/ SP/90381 del 21/04/2020

Il Responsabile FF della U.O.C. Acquisto e Controllo Prestazioni in Accredimento

PREMESSO

- che la Regione Campania con il Decreto n.10 del 17/10/2020 (**All.A**) del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario, alla sezione III definisce, per gli anni 2019 e 2020, i limiti massimi entro i quali devono rientrare le prestazioni sanitarie afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art 44 L.833/78;
- che il citato Decreto Commissariale, veniva ritualmente notificato con nota n. 116313/CRIAB del 21/01/2020, a mezzo p.e.c. ai Centri e Presidii Ambulatoriali di Riabilitazione istituzionalmente accreditati esistenti nel territorio di quest'Azienda, nonché alle Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative;
- che la Sezione III del citato Decreto Commissariale assegnava, per l'anno 2020 all'ASL Caserta, relativamente all'attività riabilitativa ex art 44 L.833/78, l'importo complessivo di Euro 4.761.000,00 ;
- che quest'Azienda ha elaborato la nota metodologica (**All 01**) che dettaglia i criteri ed i calcoli con cui sono stati attribuiti , per l'anno 2020, ai singoli centri esistenti nel territorio dei quest'azienda i tetti di spesa delle prestazioni riabilitative ex art 44 L.833/78;
- che in osservanza al dettato regionale (Sez III del D.C.A. n. 10/2020) è stata elaborata l'allegata tabella (**Tab. 01**) contenente, per ogni centro, i tetti di spesa attribuiti , per l'anno 2020 da quest'Azienda per le prestazioni di FKT ex art 44 L.833/78

RITENUTO di prendere atto

1. del decreto commissariale n.10 del 17/01/ 2020 (**All.A**)
2. dello schema contrattuale di cui al decreto n.10/2020: (Allegato A/9 – SEZ III) per l'erogazione dei volumi di prestazioni e tetti di spesa da erogare nell'anno 2020;
3. della nota metodologica elaborata utile per la definizione, per l'anno 2020 ,del tetto di spesa delle prestazioni di FKT ex art 44 L.833/78 (**All.01**);
4. della allegata **tabella n.01** contenente, per ogni centro, i tetti di spesa attribuiti , per l'anno 2019, da quest'Azienda per le prestazioni di FKT ex art 44 L.833/78 ;
5. dell'avvenuta notifica del Decreto n.10/2020 alle Associazioni di Categoria e ai centri e presidii ambulatoriali di riabilitazione come da nota prot n. 116313/CRIAB del 21/01/2020,

TANTO PREMESSO

Per i motivi di cui alla narrativa, che qui si intendono integralmente riportati , e attestato che il presente provvedimento, alla stregua dell'istruttoria compiuta e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nella premessa, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, è regolare e legittimo , nella forma e nella sostanza , ai sensi della vigente normativa e utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art.1 della L.20/94 e successive modifiche.

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

Per tutti i motivi di cui in premessa che si intendono integralmente riportati di adottare il presente provvedimento e di prendere atto:

1. del decreto commissariale n.10 del 17/01/ 2020 (**All.A**)
2. dello schema contrattuale di cui al decreto n.10/2020: (Allegato A/9 – SEZ III) per l'erogazione dei volumi di prestazioni e tetti di spesa da erogare nell'anno 2019;
3. della nota metodologica elaborata utile per la definizione, per l'anno 2020 ,del tetto di spesa delle prestazioni di FKT ex art 44 L.833/78 (**All.01**);
4. della allegata **tabella n.01** contenente, per ogni centro, i tetti di spesa attribuiti , per l'anno 2020, da quest'Azienda per le prestazioni di FKT ex art 44 L.833/78 ;
5. dell'avvenuta notifica a mezzo pec del Decreto n.10/2020 alle Associazioni di Categoria e ai centri eroganti prestazioni riabilitative ex art 44 L.833/78 come da nota prot n. 116313/CRIAB del 21/01/2020,

Il Responsabile FF UOC
Acquisto e Controllo Prestazioni Esterne
Dott. ssa Angela Maffeo

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
IL DIRETTORE SANITARIO**

DICHIARATA la regolarità giuridico- amministrativa della presente proposta di provvedimento , a seguito dell'istruttoria effettuata , nel rispetto delle proprie competenze, funzioni e responsabilità ;

DICHIARATO che non sussistono motivi ostativi a procedere , attesa la piena conformità alle disposizioni di legge ed ai regolamenti aziendali;

Tutto ciò premesso , argomentato ed attestato

VISTI

Parere del Direttore Amministrativo

Dott. Amedeo Blasotti

Favorevole all'adozione del presente provvedimento ai sensi dell'art.3 del D.L.gs. n° 502/92 e ss.mm.ii.

Non Favorevole

(vedi motivazioni allegate)

Il Direttore Amministrativo Dott. Amedeo Blasotti

Firma

Parere del Direttore Sanitario

Dott. Pasquale Di Girolamo Faraone

Favorevole all'adozione del presente provvedimento ai sensi dell'art.3 del D.L.gs. n° 502/92 e ss.mm.ii.

Non Favorevole

(vedi motivazioni allegate)

Firma

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Ferdinando Russo nominato con DGRC n. 369 del 06/08/2019, alla stregua dell'istruttoria espletata e riassunta in narrativa e letta la proposta del Direttore della UOC proponente:

DELIBERA

Per tutti i motivi di cui in premessa, che si intendono integralmente riportati, di adottare il presente provvedimento, sulla scorta ed in conformità della proposta:

Di prendere atto

1. del decreto commissariale n.10 del 17/01/2020 (**All.A**)
2. dello schema contrattuale di cui al decreto n.10/2020: (Allegato A/9 – SEZ III) per l'erogazione dei volumi di prestazioni e tetti di spesa da erogare nell'anno 2020;
3. della nota metodologica elaborata utile per la definizione, per l'anno 2020 ,del tetto di spesa delle prestazioni di FKT ex art 44 L.833/78 (**All.01**);
4. della allegata **tabella n.01** contenente, per ogni centro, i tetti di spesa attribuiti , per l'anno 2020, da quest'Azienda per le prestazioni di FKT ex art 44 L.833/78 ;
5. dell'avvenuta notifica a mezzo pec del Decreto n.10/2020 alle Associazioni di Categoria e ai centri eroganti prestazioni riabilitative ex art 44 L.833/78 come da nota prot n. 116313/CRIAB del 21/01/2020,

Dare immediata esecutività al presente atto;

Sarà cura del Servizio proponente notificare il presente atto deliberativo a:

- 1) Centri Ambulatoriali di Riabilitazione Accreditati esistenti nel territorio dell'Asl Caserta;
- 2) Associazioni di Categoria della Macroarea Riabilitativa;

Di disporre che il presente atto venga pubblicato nell'Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi del comma 1, art. 32, legge n°69/2009;

IL DIRETTORE GENERALE

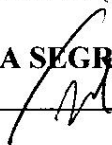
Ferdinando Russo

ATTESTATO Di PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio di questa A.S.L. dal giorno _____ e vi resterà per giorni 15 (quindici).

24 APR 2000

IL RESPONSABILE DELLA SEGRETERIA



La presente deliberazione è divenuta esecutiva per il decorso termine di giorni 10 (dieci) dalla data di pubblicazione, ai sensi dell'art. 35, co. 6 della Legge Regionale n. 32 del 03/11/1994.

IL RESPONSABILE DELLA SEGRETERIA

La presente deliberazione viene resa immediatamente eseguibile per l'urgenza

Addi..... 20

Il Funzionario



Trasmessa copia della presente deliberazione al Collegio Sindacale, ai sensi dell'art.3 ter del D.Lgs. 19 giugno 1999 n. 229 es.m.i. in data _____ con nota n. _____

Il Funzionario



TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art. 35 L.R. n. 32 del 03/11/94 con nota n° _____ del.....

Il Funzionario

PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione della G.R.C. n° _____ del _____

Decisione _____

Il Funzionario

Trasmissione ai Servizi copia della presente deliberazione per quanto di competenza :

SERVIZIO _____ in data _____ per ricev. _____

SERVIZIO _____ in data _____ per ricev. _____

SERVIZIO _____ in data _____ per ricev. _____



Regione Campania

**Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

DECRETO N. 10 DEL 17/01/2020

OGGETTO: Limiti di spesa assegnati agli erogatori privati di prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale per gli esercizi 2019 e 2020, e autorizzazioni alle ASL per la stipula di contratti integrativi per l'esercizio 2018 per le prestazioni di dialisi e di radioterapia, nonché per altre situazioni particolari.

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017, acta n. xi "definizione e sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, in coerenza con il fabbisogno assistenziale, con la normativa vigente in materia e con quanto previsto dal punto i [riorganizzazione della rete ospedaliera]).

VISTA la legge 30 dicembre 2004, n. 311 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)" e, in particolare, l'art. 1, comma 180, che ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore ad un triennio;

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle regioni l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale della Campania n. 460 del 20 marzo 2007 "Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004";

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 con la quale il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della Regione Campania quale Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015 con la quale sono stati nominati quale Commissario *ad acta* il dott. Joseph Polimeni e quale subcommissario *ad acta* il dott. Claudio D'Amario;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 luglio 2017 con la quale, all'esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, il Presidente della Giunta Regionale è stato nominato Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente piano di rientro dai disavanzi del SSR campano, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e



Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

ss.mm.ii.;

VISTA la comunicazione assunta al protocollo della Struttura Commissariale n. 430 del 9 febbraio 2018, con la quale il subcommissario *ad acta* dott. Claudio D'Amario ha rassegnato le proprie dimissioni per assumere la funzione di Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria presso il Ministero della Salute;

VISTA la richiamata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 luglio 2017, che:

- assegna *"al Commissario ad acta l'incarico prioritario di attuare i Programmi operativi 2016-2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente"*;
- individua, nell'ambito del più generale mandato sopra specificato, alcune azioni ed interventi come *acta* ai quali dare corso prioritariamente e, segnatamente, al punto xi) la *"definizione e sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, in coerenza con il fabbisogno assistenziale, con la normativa vigente in materia e con quanto previsto dal punto i [riorganizzazione della rete ospedaliera]"*;

VISTI i Programmi Operativi 2019 – 2021, approvati con decreto del Commissario ad acta n. 99 del 14.12.2018, come modificati ed integrati dal successivo decreto commissariale n. 94 del 21.11.2019;

RICHIAMATA la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 secondo cui, *"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"*;

PREMESSO

a) che la giurisprudenza amministrativa in materia di contratti con gli erogatori privati di prestazioni sanitarie ha consolidato alcuni principi, tra i quali 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"*;
- 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"*





Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

precedente, diminuite della riduzione della spesa sanitaria effettuata dalle norme finanziarie relative all'anno in corso";

PREMESSO altresì'

- che il decreto del Commissario ad acta n. 48 del 21.06.2018 (pubblicato sul BURC n. 44 del 25.06.2018), tra l'altro, ha fissato in euro 527.733.000, per il 2018, ed in euro 529.883.000, per il 2019, il limite di spesa netto ticket e quota ricetta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale da acquistare dalle strutture sanitarie private accreditate (esclusi gli Ospedali Classificati) ai fini del rispetto della cd. *Spending Review*, ovvero, delle disposizioni recate dall'art. 15, comma 14, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e s.m.i., come integrate dall'art. 9-quater, comma 7, e dall'art. 9-septies, commi 1 e 2, del decreto legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, nonché dall'art. 1, comma 574, della legge 28 dicembre 2015, n. 208;
- che il decreto del Commissario ad acta n. 84 del 31.10.2018 (pubblicato sul BURC n. 80 del 05.11.2018), tra l'altro, ha assegnato a ciascuna ASL e per ogni branca i volumi massimi ed i correlati limiti di spesa relativi alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture private accreditate (esclusi gli Ospedali Classificati), aumentandone l'importo netto ticket e quota ricetta per l'esercizio 2018 da euro 527.733.000 ad euro 530.192.000, attraverso una corrispondente riduzione dell'accantonamento per contratti integrativi, operato nel quadro complessivo della programmazione della spesa soggetta alla *Spending Review*;
- che con Intesa Stato – Regioni n. 88/CSR e n. 90/CSR del 6 giugno 2019 è stato approvato il finanziamento statale per l'anno 2019 per la spesa sanitaria, relativamente alla quota indistinta ed alla quota premiale introdotta dall'art. 9, comma 2, del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 149;
- che a decorrere dall'esercizio 2020 si applica la modifica dell'art. 15, comma 14, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, introdotta dall'art. 45, comma 1-ter, del decreto legge 24 ottobre 2019, n. 124, convertito con modificazioni dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157; sarà, pertanto, possibile programmare dal 2020 la spesa soggetta alla *Spending Review* con un margine di flessibilità di circa il 2% rispetto al limite complessivo previgente;
- che l'art. 1, comma 446, della legge 27 dicembre 2019, n. 160, ha disposto l'abolizione, a decorrere dal 1° settembre 2020, della quota di partecipazione al costo delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per gli assistiti non esentati, di cui all'articolo 1, comma 796, lettera p), primo periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296;

PRESO ATTO

- che con nota del 06.09.2019, prot. n. 0533473, il Direttore Generale per la Tutela della Salute ha chiesto alle ASL di fornire la situazione consuntiva 2018 del fatturato liquidato ai centri privati accreditati di assistenza specialistica ambulatoriale, dopo aver effettuato tutti i controlli e abbattimenti previsti dalla normativa nazionale e regionale; sulla base dei riscontri forniti dalle ASL è





Regione Campania

**Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

stata elaborata la Sezione IV del presente decreto, recante l'autorizzazione alla stipula di contratti integrativi per l'esercizio 2018 dei limiti di spesa della dialisi ambulatoriale e della radioterapia;

- che in riscontro della medesima nota del 06.09.2019, prot. n. 0533473, le ASL hanno fornito anche l'andamento consuntivo 2018 e preconsuntivo 2019 (da gennaio a luglio) del fatturato dei Laboratori di Analisi, con particolare riguardo ai Soggetti Aggregati ai sensi del DCA n. 109/2013 e s.m.i. in cui sono confluiti Laboratori operanti in ASL diverse; dati che sono stati, poi, integrati fino a comprendere l'intero periodo dal 1° gennaio al 31 ottobre 2019, a seguito della ulteriore richiesta di cui alla nota del Direttore Generale per la Tutela della Salute del 04.12.2019, prot. n. 739195;
- che, inoltre, soprattutto tra settembre e dicembre 2019, diverse ASL hanno trasmesso alla Direzione Generale per la Tutela della Salute l'andamento preconsuntivo del consumo dei tetti di spesa 2019 delle diverse branche della specialistica ambulatoriale, rappresentando in alcuni casi criticità e proposte, di cui si è tenuto conto e che sono state citate, sia nella elaborazione della programmazione 2019 e 2020, esposta nella Sezione III, sia ai fini delle autorizzazioni alla stipula di contratti integrativi dei limiti di spesa 2018 per situazioni particolari, esposte nella Sezione IV del presente decreto;

CONSIDERATO

- a) che in attuazione dei Programmi Operativi 2019 – 2021, approvati con DCA n. 99 del 14.12.2018 e modificati ed integrati con DCA n. 94 del 21.11.2019, nel corso del 2019 è proseguita ed è stata pressoché completata l'implementazione del progetto del *Sistema Informativo Sanità Campania (SINFONIA)*, consistente in una piattaforma unica regionale, in gestione alla società in house So.Re.Sa. S.p.A., che accoglie e mette in comunicazione tutti i flussi informativi sanitari delle aziende sanitarie pubbliche, delle strutture accreditate, degli uffici della Sanità campana e di altri organismi regionali, permettendo loro di operare in modo integrato e coordinato, sia come fornitori che come fruitori delle informazioni;
- b) che ai fini dello sviluppo del sistema dei controlli e monitoraggio dei limiti di spesa, nelle ultime settimane del 2019 sono stati assunti i seguenti importanti provvedimenti:
 - con DCA n. 101 del 06.12.2019, recante: *“Riorganizzazione dei flussi della specialistica ambulatoriale nell'ambito del Sistema TS: Linee di indirizzo”*, sono state recepite le indicazioni ministeriali relative alle modifiche da apportare all'oggetto delle trasmissioni dei dati al Sistema TS – *Tessera Sanitaria*, stabilendo l'obbligo per tutti gli erogatori pubblici e privati di trasmettere in tempo reale, giorno per giorno, i dati delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, completando tutto il ciclo di *“presa in carico”* e *“chiusura erogazione”* *“on-line”*, in modalità sincrona, sul Sistema TS – *Tessera Sanitaria* a partire dal 01.01.2020. Lo stesso decreto ha, inoltre, ribadito e confermato l'obbligo (introdotto dal DCA n. 70/2011) per gli erogatori privati accreditati di presentare le loro fatture con allegata l'*“attestazione delle operazioni registrate nel Sistema TS ai sensi del DM 2 novembre 2011”*, comprovante l'invio dei dati, utilizzando la funzionalità appositamente predisposta sul Sistema TS;
 - con DCA n. 103 del 06.12.2019 è stato istituito il *“Sistema regionale dei controlli e della qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie ambulatoriali”*, coordinato dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute con il supporto tecnico e operativo della So.Re.Sa. S.p.A. e di una apposita



Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

Commissione Regionale di Controllo, in corso di nomina, con l'apporto anche di esperti delle ASL e delle Associazioni di Categoria delle strutture private accreditate, prevedendo – tra l'altro – che i Nuclei Operativi di Controllo (NOC) delle ASL svolgano una specifica linea di attività per il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;

- con il Decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 sono state aggiornate le specifiche tecniche del flusso informativo regionale della specialistica ambulatoriale (cd. "File C"), in coerenza con il DCA n. 101 del 06.12.2019, stabilendo che *"in linea con le disposizioni commissariali e giuntali, gli invii giornalieri da parte delle strutture private accreditate e quelli mensili da parte delle aziende sanitarie dovranno essere effettuati a decorrere dal 1 gennaio 2020 unicamente alla nuova piattaforma di accoglienza SINFONIA"*;
- c) che, pertanto, a fronte di un più efficiente, tempestivo e incisivo controllo delle prestazioni sanitarie, rese giorno per giorno, risulta possibile abolire dal 1° gennaio 2020 le limitazioni trimestrali dei tetti di spesa, con le conseguenti modifiche dei contratti con le strutture private, recepite nei nuovi schemi approvati dal presente decreto;

RITENUTO

- a) di dover fissare, sulla base dell'andamento preconsuntivo 2019 delle diverse branche della specialistica ambulatoriale, in via definitiva la programmazione 2019 dei volumi massimi e dei correlati limiti di spesa per ciascuna ASL e per ogni branca;
- b) che l'assegnazione definitiva dei limiti di spesa 2019 della specialistica ambulatoriale debba essere effettuata secondo quanto disposto nelle Sezioni I, II e III del presente decreto, confermando e/o incrementando i limiti di spesa 2018, con la sola eccezione di una parziale riclassifica del tetto di spesa della Radioterapia, che non penalizzerà le strutture private interessate per i motivi specificati nel punto a) del paragrafo *"Programmazione per l'esercizio 2019"* della Sezione III;

RITENUTO, inoltre,

- a) che a decorrere dall'esercizio 2020 possa essere istituito un apposito accantonamento, da ripartire alle ASL per quota capitaria, destinato a dare copertura – nel quadro dei vincoli della cd. *Spending Review* – ad appositi Accordi Locali Integrativi che potranno riguardare le prestazioni diagnostico/stadiative, terapeutiche e di follow-up, che le Aziende Sanitarie Locali, in coordinamento con i CORP - Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici, operanti nell'ambito della Rete Oncologica istituita dal DCA n. 98 del 20.09.2016 e s.m.i., devono assicurare nell'attuazione dei PDTA – *Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali*, affinché sia resa effettiva e completa la presa in carico dei pazienti oncologici;
- b) che, pertanto, con il presente decreto sia opportuno definire, sia pure in via provvisoria, la programmazione dei volumi massimi di prestazioni di specialistica ambulatoriale ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2020, come sviluppata nelle Sezioni I, II e III, approvando i nuovi schemi contrattuali per recepire diverse rilevanti innovazioni e miglioramenti, da applicarsi dal 1° gennaio 2020 (come i più stringenti obblighi informativi, sia giornalieri che mensili, la separazione





Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

dei limiti di spesa relativi alle prestazioni "R", l'abolizione dei limiti di spesa trimestrali, l'istituzione dell'accantonamento per Accordi Locali Integrativi, finalizzati a garantire le prestazioni di specialistica ambulatoriale rientranti nei PDTA oncologici), rinviando ad un successivo provvedimento – da adottarsi a breve – le modifiche alla programmazione per l'esercizio 2020 che sono divenute possibili e/o necessarie a seguito delle nuove disposizioni, introdotte dall'art. 45, comma 1-ter, del decreto legge 24 ottobre 2019, n. 124, convertito con modificazioni dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157, nonché dall'art. 1, comma 446, della legge 27 dicembre 2019, n. 160;

- c) che il quadro programmatico 2019 e provvisorio 2020 delle prestazioni di specialistica ambulatoriale acquistate dalle strutture sanitarie private soggette alla cd. *Spending Review*, può essere aggiornato secondo quanto esposto nell'allegato n. 1 al presente decreto, nel rispetto dei vincoli complessivi già stabiliti per il 2019 dai sopra richiamati DCA n. 48 e n. 84/2018;
- d) che, pertanto, con il presente decreto debba disporsi l'assegnazione in via definitiva dei limiti di spesa della specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2019 e, in via provvisoria, per l'esercizio 2020, con le disposizioni specificate nelle seguenti Sezioni:
 - nella Sezione I si fissa il quadro generale della programmazione dei limiti di spesa 2019 e 2020 assegnati agli operatori privati accreditati nell'area della specialistica ambulatoriale ai fini del rispetto della cd. *Spending Review*;
 - nella Sezione II si provvede a fornire le indicazioni necessarie per la stipula dei contratti 2019 e 2020 con gli erogatori privati per regolare i volumi massimi ed i correlati limiti di spesa delle prestazioni di dialisi ambulatoriale;
 - nella allegata Sezione III si forniscono le indicazioni necessarie per la stipula dei contratti 2019 e 2020 con gli erogatori privati per regolare i volumi massimi ed i correlati limiti di spesa delle altre prestazioni di specialistica ambulatoriale;
 - nella allegata Sezione IV si autorizza la stipula di accordi integrativi dei contratti 2018 con gli erogatori privati delle prestazioni di dialisi ambulatoriale e di radioterapia, nonché per altre situazioni particolari;
 - nella allegata Sezione V si dà mandato al Direttore Generale per la Tutela della Salute ed ai Direttori Generali delle ASL competenti per Territorio, affinché definiscano e stipolino gli accordi per gli esercizi 2020 – 2021 con l'Ente Fatebenefratelli (per gli ospedali di Benevento e di Napoli), con la Fondazione Evangelica Betania per l'Ospedale di Napoli, con la Provincia Sicula dei Chierici Regolari Ministri degli Infermi - Religiosi Camilliani per il Presidio Ospedaliero S. Maria della Pietà di Casoria, e con l'IRCCS Maugeri di Telesse Terme, fissando i criteri ed i limiti di spesa cui devono attenersi tali Enti;

DATO ATTO

- a) che le linee generali del presente provvedimento sono state presentate alle Associazioni di Categoria della Specialistica Ambulatoriale, erogata dalle strutture private accreditate, in un apposito incontro tenutosi il 10 gennaio 2020;



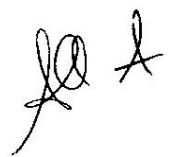
Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

- b) 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 dei contratti con i singoli operatori privati accreditati, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari per poter erogare prestazioni sanitarie con oneri a carico del SSR;
- c) 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;

DECRETA

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

1. di **APPROVARE** specificamente tutte le disposizioni di cui alle Sezioni I, II, III, IV e V, allegato al presente decreto per formarne parte integrante e sostanziale;
2. di **PRECISARE** che le strutture sanitarie private che entro i termini stabiliti nelle Sezioni II e III non sottoscrivano il contratto ex art. 8 quinquies secondo gli schemi approvati dal presente decreto, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale formulata dalla ASL competente in base alle disposizioni recate dal presente decreto, si intenderanno prive di contratto e, pertanto, per tali strutture dal mese successivo 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);
3. di **PRECISARE** altresì 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 dei contratti con i singoli operatori privati accreditati, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari per poter erogare prestazioni sanitarie con oneri a carico del SSR;
4. di **NOTIFICARE** immediatamente il presente decreto alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste, a tutte le Associazioni di categoria ed a tutti ai centri privati interessati
5. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, riservandosi di recepire con successivi provvedimenti le valutazioni e/o prescrizioni eventuali prescrizioni, che dovessero pervenire dai suddetti Ministeri;
6. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento al Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, alle Aziende Sanitarie Locali, alla So.Re.Sa. S.p.A. e al BURC per tutti gli adempimenti in materia di pubblicità e trasparenza.



Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

Il Direttore Generale per la
Tutela della Salute
Avv. Antonio Postiglione

DE LUCA





Regione Campania

*Il Commissario ad acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 10/07/2017)*

SEZIONE III: Definizione per l'esercizio 2019 e 2020 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, escluso dialisi

Premessa

Il Servizio Sanitario della Campania, dopo aver raggiunto nel 2013 l'equilibrio economico, a seguito della cessazione del blocco del turn over sta procedendo al potenziamento ed efficientamento della offerta pubblica di servizi sanitari, con un progressivo miglioramento della capacità delle strutture pubbliche delle ASL e delle Aziende Ospedaliere di soddisfare direttamente il fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale, finora coperto in diverse branche prevalentemente dalle strutture private accreditate.

Inoltre, i provvedimenti regionali già adottati e altri in corso di adozione, perseguono la direzione di una maggiore appropriatezza, efficienza ed economicità delle cure: si pensi ai positivi effetti del DM 9 dicembre 2015 in materia di "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale".

La programmazione 2019 e 2020, sviluppata nel presente decreto, continua ad essere basata su volumi massimi di prestazioni e correlati limiti di spesa assegnati alle ASL con riferimento alle prestazioni che i centri privati in esse operanti erogano agli assistiti, a prescindere dalla loro residenza. Non è stato, infatti, ancora possibile introdurre l'impostazione dei limiti di spesa "per residente", auspicata dal DCA n. 50 del 28.06.2018. Il passaggio al "criterio del cittadino residente" comporta una complessa gestione operativa del rapporto tra i singoli centri privati e l'ASL con cui stipula il contratto, giacché in base a questo criterio ciascun centro privato, a seconda della residenza dell'utente, viene ad attingere al limite di spesa fissato dalla Regione per ciascuna ASL di residenza dei suoi assistiti. E' evidente, quindi, la complessità gestionale di questa impostazione, che richiede la conoscenza immediata – da parte di tutti gli operatori privati e di tutte le ASL – dell'effettivo consumo del tetto di spesa della branca. Inoltre, nella nuova impostazione il singolo centro privato si troverebbe di fronte alla richiesta di prestazioni da parte di cittadini di ASL diverse, tra le quali alcune potrebbero aver esaurito il limite di spesa e altre no.

Il passaggio al "criterio del cittadino residente" è, quindi, ancora in fase di studio e – comunque – non costituisce un obbligo per la Regione, essendo assolutamente legittima l'impostazione corrente, peraltro in vigore dal 2008.

Un'altra criticità riguarda l'analisi del fabbisogno di prestazioni sanitarie, oggetto di diversi contenziosi. Al riguardo va evidenziato, innanzitutto, che la Regione è già intervenuta con molti provvedimenti a determinare il fabbisogno di determinate categorie di prestazioni sanitarie. E che il fabbisogno di prestazioni sanitarie:

- a) riguarda le prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private nel loro insieme;
- b) esiste un limite invalicabile, stabilito dalla legge (DL 95/2012 e s.m.i. in materia di *Spending Review*), che assegna un *quantum* determinato di risorse alle prestazioni che la Regione,



tramite le ASL, può acquistare dalle strutture sanitarie private, a prescindere dal metodo di applicazione dei limiti di spesa.

Si ricorda, infine, come già evidenziato nella Sezione I, che la programmazione 2020 non tiene ancora conto delle nuove disposizioni, introdotte dall'art. 45, comma 1-ter, del decreto legge 24 ottobre 2019, n. 124, convertito con modificazioni dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157, nonché dall'art. 1, comma 446, della legge 27 dicembre 2019, n. 160, che saranno recepite a breve con successivo provvedimento.

Programmazione per l'esercizio 2019

In questo quadro, escludendo la dialisi ambulatoriale già trattata nella Sezione II del presente decreto, la programmazione 2019 delle prestazioni di specialistica ambulatoriale conferma i volumi massimi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per il 2018 dal DCA n. 84/2018, con le seguenti eccezioni:

- a) per la Radioterapia il limite totale di spesa fissato per il 2018 dal DCA n. 84/2018 viene incrementato del 2,2% (+ euro 670 mila) che, rispetto al consuntivo 2018 certificato dalle ASL (si veda la Sezione IV del presente decreto), rappresenta un incremento medio del tetto di spesa annuo 2019 del 4,4%. Nell'ambito del limite di spesa complessivo della branca, visto l'andamento consuntivo 2014 – 2018 per singola ASL (esposto per gli anni 2014 – 2017 nell'allegato n. 1 al DCA n. 77 del 09.10.2018 e per il 2018 nell'allegato n. 2 alla Sezione IV del presente decreto), viene operata una parziale riallocazione del limite di spesa, spostando euro un milione dalla ASL Napoli 2 Nord alla ASL Napoli 1 Centro. Tale spostamento, ancorché effettuato ad esercizio concluso, non penalizzerà le strutture private operanti nella ASL Napoli 2 Nord, poiché un eventuale sfioramento che dovesse essere accertato in sede di consuntivo dell'esercizio 2019 sarà coperto, analogamente a quanto operato negli esercizi 2014 – 2018, innanzitutto, da eventuali sottoutilizzi in altre ASL / branche e, se necessario, dal ricorso all'accantonamento per altri contratti integrativi di circa euro 269 mila, fissato nella Sezione I del presente decreto. Inoltre, viene incrementato di euro 600 mila il limite di spesa assegnato alla ASL Napoli 1 Centro, per tenere conto dell'andamento preconsuntivo 2019, e viene assegnato per la prima volta un tetto di spesa di branca alla ASL di Avellino (che ne era sprovvista) per poter contrattualizzare la nuova struttura privata di radioterapia, accreditata dal DCA n. 80 del 31.10.2019.
- b) per la branca di Medicina Nucleare, tenuto conto dell'andamento in corso d'anno comunicato dalle ASL di Avellino e di Napoli 3 Sud, si conferma anche per il 2019 il budget stabilito per queste due ASL dal DCA n. 84/2018, eccetto un incremento di 50 mila euro per l'ASL di Avellino. Per corrispondere, invece, alle maggiori esigenze di prestazioni PET/TC e alla richiesta di incremento del tetto di spesa presentata dalla ASL di Salerno con nota prot. n. 224468 del 23.09.2019, dopo l'incremento dal 2018 assegnato alla ASL Napoli 2 Nord dal DCA n. 84/2018, si provvede con il presente decreto ad incrementare dal 2019 il limite di spesa della ASL di Salerno di euro 1,65 milioni e ad un ulteriore incremento di 100 mila euro di quello della ASL Napoli 2 Nord. Per questa branca, poi, si concorda con l'esigenza, rappresentata dalle ASL di Napoli 2 Nord e di Salerno con note, rispettivamente, del 01.08.2019 e del 16.09.2019, di calcolare separatamente il valore medio delle prestazioni di PET/TC, considerato anche che alcuni centri privati sono stati accreditati recentemente per la branca della Medicina Nucleare, ma limitatamente alle sole prestazioni 92.11.6, 92.11.7 e 92.18.6. Nei relativi schemi contrattuali si introduce, quindi, una apposita tipologia C ai fini dei vincoli di valore medio e, nell'ambito della tipologia B, si stabilisce di applicare i medesimi vincoli separatamente tra prestazioni PET e altre prestazioni.
- c) per la branca di Medicina Fisica e Riabilitazione (cd. FKT) si procede ad incrementare i volumi massimi di prestazioni ed il correlato limite di spesa 2019 di 100 mila euro per l'ASL di Caserta e di 210 mila euro per l'ASL di Salerno, accogliendo le esigenze rappresentate dalle due ASL, rispettivamente, con nota prot. n. 51219 del 04.03.2019 e nota prot. n. 257616 del 30.10.2019;



pertanto, per l'esercizio 2019 per questa branca i limiti di spesa sono definiti dal presente decreto come si espone nella seguente tabella:

Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT)	Volumi e limiti di spesa 2019		
	Limite di spesa a tariffa	Limite di spesa netta (*)	per n° prestazioni
ASL Avellino	1.810.000	1.640.000	89.050
ASL Benevento	1.600.000	1.440.000	79.090
ASL Caserta	5.249.000	4.800.000	259.190
ASL Napoli 1 Centro	7.070.000	6.550.000	334.600
ASL Napoli 2 Nord	9.060.000	8.460.000	412.040
ASL Napoli 3 Sud	9.020.000	8.310.000	442.060
ASL Salerno	5.549.000	4.880.000	281.420
TOTALE	39.358.000	36.080.000	1.897.450

(*) Importi in euro al netto del ticket e della quota ricetta nazionale e regionale

Riguardo, invece, alla branca di Patologia Clinica ed alle criticità sorte a seguito delle aggregazioni intervenute tra laboratori siti in ASL diverse, i riscontri forniti dalle ASL alle richieste del Direttore Generale per la Tutela della Salute (note del 06.09.2019, prot. n. 0533473, e del 04.12.2019, prot. n. 739195) non hanno evidenziato sostanziali modifiche rispetto alle aggregazioni presenti nel 2018 e di cui si è già tenuto conto per operare le parziali riclassifiche del tetto di spesa tra alcune ASL, esposte negli allegati n. 3 e n. 4 al DCA n. 84 del 31.10.2018. Pertanto, i volumi massimi di prestazioni di Patologia Clinica e i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2018 possono essere confermati integralmente anche per l'esercizio 2019.

Per l'esercizio 2019 restano, quindi, ferme tutte le altre disposizioni recate dal DCA n. 84 del 31.10.2018 in materia di volumi massimi di prestazioni e correlati limiti di spesa delle branche di specialistica ambulatoriale oggetto di questa Sezione. In particolare, con il presente decreto si dispone che:

1. Ai centri privati accreditati che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale si applicano i limiti di spesa fissati nelle allegate tabelle "**Sezione III - allegato n. 1**" e "**Sezione III - allegato n. 3**" sulla base dei volumi di prestazioni programmati nella tabella "**Sezione III - allegato n. 2**", con le modalità, prescrizioni e condizioni tutte specificate nel presente decreto.
2. Per la branca di Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT) si applicano i volumi massimi di prestazioni di ed i correlati limiti di spesa fissati nella tabella sopra esposta.
3. Riguardo alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, esclusa la dialisi e l'FKT, entro 20 giorni dalla notifica o pubblicazione del presente decreto, le Aziende Sanitarie Locali dovranno stipulare con le Associazioni di Categoria i protocolli d'intesa redatti secondo lo schema allegato "**Sezione III - Allegato A/1 - Protocollo Specialistica - Anno 2019**" e entro 30 giorni dalla notifica o pubblicazione del presente decreto, dovranno stipulare con i singoli centri privati i contratti relativi all'esercizio 2019, utilizzando lo schema di contratto "**Sezione III - Allegato A/2 - Contratto Specialistica - Anno 2019**", ovvero, per i Laboratori di Analisi soggetti a processi di Aggregazione intervenuti nel corso del 2019, lo schema di contratto "**Sezione III - Allegato A/3 - Aggregazioni intervenute nel corso del 2019**".
4. Riguardo alle prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa le Aziende Sanitarie Locali entro 30 giorni dalla notifica o pubblicazione del presente decreto, dovranno stipulare con i singoli centri privati i contratti relativi all'esercizio 2019, utilizzando lo schema di contratto "**Sezione III - Allegato A/4 - contratto FKT - Anno 2019**".

Sviluppo del sistema dei controlli e monitoraggio dei limiti di spesa in corso d'anno

La Regione, proseguendo l'impegno profuso negli ultimi anni al fine di realizzare un efficiente e tempestivo sistema – anche informativo – di monitoraggio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di perseguirne l'appropriatezza, ha adottato nelle ultime settimane diversi importanti provvedimenti.

Con DCA n. 101 del 06.12.2019, recante: *"Riorganizzazione dei flussi della specialistica ambulatoriale nell'ambito del Sistema TS: Linee di indirizzo"*, sono state recepite le indicazioni ministeriali relative alle modifiche da apportare all'oggetto delle trasmissioni dei dati al Sistema TS – *Tessera Sanitaria*, stabilendo l'obbligo per tutti gli erogatori pubblici e privati di trasmettere in tempo reale, giorno per giorno, i dati delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, completando tutto il ciclo di *"presa in carico"* e *"chiusura erogazione"* *"on-line"*, in modalità sincrona, sul Sistema TS – *Tessera Sanitaria* a partire dal 01.01.2020. Lo stesso decreto ha, inoltre, ribadito e confermato l'obbligo (introdotto dal DCA n. 70/2011) per gli erogatori privati accreditati di presentare le loro fatture con allegata l'*"attestazione delle operazioni registrate nel Sistema TS ai sensi del DM 2 novembre 2011"*, comprovante l'invio dei dati, utilizzando la funzionalità appositamente predisposta sul Sistema TS.

Con DCA n. 103 del 06.12.2019 ha istituito il *"Sistema regionale dei controlli e della qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie ambulatoriali"*, coordinato dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute con il supporto tecnico e operativo della So.Re.Sa. S.p.A. e di una apposita Commissione Regionale di Controllo, in corso di nomina, con l'apporto anche di esperti delle ASL e delle Associazioni di Categoria delle strutture private accreditate, prevedendo – tra l'altro – che i Nuclei Operativi di Controllo (NOC) delle ASL svolgano una specifica linea di attività per il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Con il Decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 ha aggiornato le specifiche tecniche del flusso informativo regionale della specialistica ambulatoriale (cd. "File C"), in coerenza con il DCA n. 101 del 06.12.2019, e stabilendo che *"in linea con le disposizioni commissariali e giuntali, gli invii giornalieri da parte delle strutture private accreditate e quelli mensili da parte delle aziende sanitarie dovranno essere effettuati a decorrere dal 1 gennaio 2020 unicamente alla nuova piattaforma di accoglienza SINFONIA"*.

Risulta, quindi, possibile, a fronte di un più efficiente, tempestivo e incisivo controllo delle prestazioni sanitarie rese giorno per giorno, abolire dal 1° gennaio 2020 le limitazioni trimestrali dei tetti di spesa, con le conseguenti modifiche dei contratti con le strutture private, recepite negli schemi approvati dal presente decreto.

Programmazione per l'esercizio 2020

La programmazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2020 conferma sostanzialmente i volumi massimi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per il 2019 dal presente decreto, con le seguenti modifiche.

Nella branca di Radioterapia si incrementa di euro 600 mila il limite di spesa assegnato alla ASL di Avellino, in considerazione della nuova struttura privata di radioterapia, accreditata dal DCA n. 80 del 31.10.2019.

Nella branca della Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT) si provvede ad assegnare un incremento di euro 280 mila per tenere conto delle esigenze rappresentate dal Direttore Generale della ASL Napoli 2 Nord con nota del 11.09.2019, prot. n. 51007, Sarà, poi, cura della stessa ASL stabilire l'assegnazione del budget 2020 ai singoli centri privati accreditati.

Per tutte le branche, eccetto che per la Dialisi e la Radioterapia, viene applicata, poi, una riduzione dello 0,8% in quantità e valore economico, pari a circa euro 2,2 milioni netto compartecipazione. La riduzione viene messa a disposizione delle ASL per stipulare in corso d'anno eventuali Accordi Locali Integrativi con le strutture private accreditate, necessarie per assicurare alcune prestazioni indispensabili, con i criteri stabiliti nello specifico paragrafo della presente Sezione, e fermo

restando che eventuali importi non utilizzati per tali Accordi saranno ridistribuiti a consuntivo con apposito provvedimento della Regione.

Nell'ambito della branca di Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi) dal 1° gennaio 2020 vengono introdotti specifici volumi massimi di prestazioni e correlati limiti di spesa per le prestazioni contrassegnate dalla lettera "R" (in generale e per le sette prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101 del 10.10.2013), la cui specifica regolamentazione è rimodulata come descritto nel seguito di questa Sezione.

Pertanto, per l'esercizio 2020 con il presente decreto si dispone che:

1. Ai centri privati accreditati che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale si applicano i limiti di spesa fissati nelle allegate tabelle "**Sezione III - allegato n. 4**" e "**Sezione III - allegato n. 6**" sulla base dei volumi di prestazioni programmati nella tabella "**Sezione III - allegato n. 5**", con le modalità, prescrizioni e condizioni tutte specificate nel presente decreto.
2. Per la branca di Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT) si applicano i volumi massimi di prestazioni di ed i correlati limiti di spesa fissati nella seguente tabella:

Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT)	Volumi e limiti di spesa 2020		
	Limite di spesa a tariffa	Limite di spesa netta (*)	per n° prestazioni
ASL Avellino	1.795.500	1.626.900	88.340
ASL Benevento	1.587.200	1.428.500	78.460
ASL Caserta	5.207.000	4.761.600	257.120
ASL Napoli 1 Centro	7.013.400	6.497.600	331.920
ASL Napoli 2 Nord	9.285.000	8.670.100	422.270
ASL Napoli 3 Sud	8.947.800	8.243.500	438.520
ASL Salerno	5.504.600	4.841.000	279.170
TOTALE	39.340.500	36.069.200	1.895.800

(*) Importi in euro al netto del ticket e della quota ricetta nazionale e regionale

3. Riguardo alle prestazioni delle branche di: **Diabetologia, Branche a Visita, Cardiologia, Medicina Nucleare, Radiodiagnostica e Radioterapia**, entro 30 giorni dalla notifica o pubblicazione del presente decreto, le Aziende Sanitarie Locali dovranno stipulare con le Associazioni di Categoria i protocolli d'intesa redatti secondo lo schema allegato "**Sezione III - Allegato A/5 - Protocollo Specialistica - Anno 2020**" e entro 45 giorni dalla notifica o pubblicazione del presente decreto, dovranno stipulare con i singoli centri privati i contratti relativi all'esercizio 2020, utilizzando lo schema di contratto "**Sezione III - Allegato A/6 - Contratto Specialistica - Anno 2020**".
4. Riguardo alle prestazioni della branca di: **Patologia Clinica (Laboratorio di analisi)**, entro 30 giorni dalla notifica o pubblicazione del presente decreto, le Aziende Sanitarie Locali dovranno stipulare con le Associazioni di Categoria i protocolli d'intesa redatti secondo lo schema allegato "**Sezione III - Allegato A/7 (Protocollo Laboratori di Analisi 2020)**" e entro 45 giorni dalla notifica o pubblicazione del presente decreto, dovranno stipulare con i singoli centri privati i contratti relativi all'esercizio 2020, utilizzando lo schema di contratto "**Sezione III - Allegato A/8 (Contratto Laboratori di Analisi 2020)**", ovvero, per i Laboratori di Analisi soggetti a processi di Aggregazione intervenuti nel corso del 2020, lo schema di contratto "**Sezione III - Allegato A/10 - Aggregazioni intervenute nel corso del 2020**".
5. Riguardo alle prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa le Aziende Sanitarie Locali entro 40 giorni dalla notifica o pubblicazione del presente decreto, dovranno stipulare con i singoli centri privati i contratti relativi all'esercizio 2020, utilizzando lo schema di contratto "**Sezione III - Allegato A/9 - contratto FKT - Anno 2020**".

Sezione III - Allegato A/9 – contratto FKT – Anno 2020

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

- 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;
- 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
- 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;
- di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela
dell'igiene e della salute sul lavoro;
- 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:
rappresentata dal Direttore Generale, nato a il
....., munito dei necessari poteri come da DPGRC di nomina n. ___ del _____,

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti all'area della
assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di medicina fisica e riabilitativa (cd.
riabilitazione ex art 44 della L. 833/78), come definita nell'allegato n. 3 alla DGRC n. 1269 del
16.7.09 e nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza",
da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2020, redatto in conformità al decreto del
Commissario ad Acta per l'Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ___ del ___ / ___
/ 2020.

PREMESSO

che con decreto n. ___ del ___ / ___ / 2020, il Commissario ad Acta per l'Attuazione del Piano
di Rientro del settore sanitario ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le
prestazioni sanitarie di medicina fisica e riabilitativa (cd. riabilitazione ex art 44 della L.
833/78) da erogarsi nel corso del 2020 ed ha emanato anche il relativo schema contrattuale, cui
si uniforma il presente contratto;

Sezione III - Allegato A/9 – contratto FKT – Anno 2020

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(oggetto)

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria di medicina fisica e riabilitativa (cd. riabilitazione ex art 44 della L. 833/78) come definita nell'allegato, n 3 alla DGRC n. 1269 del 16.7.09 e nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza") da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2020 da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il volume massimo di prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2020 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2020, è determinato in n. prestazioni;

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa e, quindi, il fatturato, per l'esercizio 2020 per il volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato come segue:
 - a) € _____, applicando le tariffe vigenti;
 - b) € _____, applicando le tariffe vigenti, al netto del ticket ed al netto sia della quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i., sia della quota ricetta nazionale ex art. 1, comma 796, lettera p), della legge 27 dicembre 2006, n. 296;
2. Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare almeno in parte la continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate, il consumo massimo del tetto annuale è fissato al 95% al 30 novembre 2020; pertanto, nulla spetterà alla sottoscritta struttura, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto limite.
3. Al fine di garantire la continuità assistenziale per tutti i dodici mesi di ciascun anno solare, i limiti di prestazioni e di spesa sopra indicati dovranno essere applicati dalla sottoscritta struttura privata ripartendoli in dodicesimi su base mensile. Il rispetto di questo vincolo sarà verificato sul progressivo delle prestazioni rese in corso d'anno solare, con una oscillazione mensile non superiore al 30% del tetto mensile, nei limiti della capacità produttiva massima della struttura, e con obbligo di recuperare lo sfioramento entro i tre mesi successivi e, comunque, entro il 31 dicembre 2020. Le prestazioni rese in eccesso rispetto alla suddetta oscillazione massima mensile non saranno remunerate.
4. La sottoscritta struttura potrà recuperare nel mese successivo l'eventuale volume di prestazioni non richiesto dagli aventi diritto, rispetto alla percentuale massima fissata al comma precedente:



Sezione III - Allegato A/9 – contratto FKT – Anno 2020

si precisa, comunque, che nulla spetterà né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per il caso in cui detto volume non sia stato recuperato entro il 31 dicembre 2020.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle vigenti tariffe regionali - fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4. Per le strutture interessate dalle riconversioni parziali o totali in strutture socio sanitarie, al momento della riconversione la residua quota di dodicesimi del tetto di spesa annuo sarà riservata alle prestazioni riconvertite.
2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa annuale al netto del ticket ed al netto della quota ricetta regionale e nazionale costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate dalla ASL in ciascun esercizio, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza del limite di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui all'art. 4, comma 1, lettera a), ovvero, di residua disponibilità del volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3; al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa di cui all'art. 4, comma 1, lettere a) e b), l'ASL potrà acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.
3. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale o del Commissario ad acta, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
4. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC n. 6757/96, 377/98, 1270 e 1272/2003, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6

(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto da n. membri di cui n. designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n..... membri nominati dalla ASL. Al Tavolo tecnico partecipa obbligatoriamente il Referente del Nucleo Operativo di Controllo (NOC) della ASL per la specifica linea di attività per il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, prevista dal DCA n. 103 del 06.12.2019 (pubblicato sul BURC n. 77/2019)

Sezione III - Allegato A/9 – contratto FKT – Anno 2020

2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL e con i monitoraggi effettuati a livello regionale in attuazione del DCA n. 103 del 06.12.2019, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o diseguglianze applicative del presente contratto, le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, su tutti gli adempimenti previsti dal presente contratto e messi in essere, comprese le attività svolte dai tavoli tecnici e le successive attuazioni delle decisioni assunte.

Art. 7

(documentazione delle prestazioni e modalità di pagamento delle prestazioni)

1. La sottoscritta struttura privata si impegna a documentare l'attività sanitaria erogata a mezzo dei flussi informativi di cui al successivo art. 8, che costituiscono il riferimento anche per la definizione dei rapporti economici, in conformità alle disposizioni della vigente normativa. La fattura relativa alle prestazioni erogate in ciascun mese potrà essere emessa solo dopo il completamento delle operazioni di trasmissione dei dati di erogazione di cui al successivo art. 8 e dovrà essere accompagnata dall' *"attestazione delle operazioni registrate nel Sistema TS ai sensi del DM 2 novembre 2011"*, comprovante l'invio dei dati, utilizzando la funzionalità appositamente predisposta sul Sistema TS. In mancanza, l'ASL respingerà la fattura.
2. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari al 90% del fatturato mensile, a condizione che siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente.
3. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono ma, comunque, a non meno di trenta giorni dalla data di ricezione della fattura. 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 luglio; entro il 31 dicembre per le fatture relative ai mesi di agosto, settembre ed ottobre; entro il 31 marzo dell'anno successivo per le fatture di novembre e dicembre. Per il pagamento di ciascun saldo la sottoscritta ASL potrà richiedere l'emissione di apposite note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria eventualmente necessaria per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al



Sezione III - Allegato A/9 – contratto FKT – Anno 2020

precedente art. 4, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato, da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore della struttura privata, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.

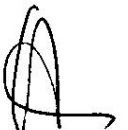
4. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della sottoscritta struttura privata, fermo restando che tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese in corso d'anno non potrà essere liquidato alle scadenze periodiche stabilite nel comma precedente, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione.
5. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
6. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
7. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
8. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiari espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
9. 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.



Sezione III - Allegato A/9 – contratto FKT – Anno 2020

Art. 8

(debito informativo e CUP regionale)

1. La sottoscritta struttura privata con la sottoscrizione del presente contratto si impegna:
 - a) ad entrare nel circuito della rete informatica denominata “SINFONIA” (Sistema INFOrmativo saNità CampanIA di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d’ora che l’accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale potrà avvenire attraverso l’utilizzo di una apposita piattaforma di prenotazione ed erogazione regionale (denominata CUP SINFONIA) in fase di realizzazione, nonché delle relative agende informatizzate di prenotazione che saranno concordate con la ASL di competenza;
 - b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall’art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;
 - c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, dal 1° gennaio 2020, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019;
 - d) ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.
2. La sottoscritta ASL effettuerà i controlli, in relazione alle ricette dematerializzate delle prestazioni ambulatoriali erogate, attraverso la verifica dei dati elettronici resi disponibili dal Sistema TS con la lista delle ricette dematerializzate (NRE) erogate nel mese e registrate sul SAC, come sancito dal D.L. 78/2010 art. 11, comma 16 e quanto presente nel FILE C. In caso di irregolarità formali la struttura privata potrà procedere alla regolarizzazione dei flussi informativi, ove ancora possibile e consentito. Eventuali incongruenze potranno determinare la sospensione dei pagamenti finché non saranno state rimosse.
3. Qualora vengano rilevate difformità in ordine a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, l’ufficio preposto della ASL, sulla base dei controlli effettuati dal Nucleo Operativo di Controllo (NOC) ai sensi del DCA n. 103/2019, procederà a specifica contestazione, anche ai fini della eventuale decurtazione degli importi non dovuti.
4. La struttura privata è responsabile della completezza e qualità dei dati trasmessi. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all’erogatore, qualora non tempestivamente rimosso, costituisce giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento. In tal caso la sottoscritta ASL proporrà alla Regione con delibera motivata la sospensione dell’accreditamento sino al permanere dell’inadempimento, fatta salva la possibilità che si giunga alla revoca dell’accreditamento da parte degli organi competenti per grave inadempimento.

Art. 9

(fascicolo sanitario elettronico e protezione dei dati)

Sezione III - Allegato A/9 – contratto FKT – Anno 2020

1. Al fine di garantire la trasmissione della documentazione sanitaria al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del cittadino, che abbia espresso il proprio consenso ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (c.d. GDPR), ove previsto da norme nazionali o regionali, la sottoscritta struttura privata si impegna ad adempiere a quanto necessario, per garantire l'interoperabilità del proprio sistema informatico ai fini dell'invio al FSE dei dati del cittadino, con quanto realizzato dalla Regione in materia di specifiche tecniche e supporto informatico per i relativi test.
2. Ai fini della corretta gestione dei dati personali delle prestazioni oggetto del presente contratto, la sottoscritta ASL, titolare del trattamento dei dati, provvederà a nominare la sottoscritta struttura privata "*Responsabile del Trattamento*" ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 679/2016 sulla protezione dei dati. La nomina avverrà mediante la stipula di apposito contratto, recante le finalità, i contenuti e le condizioni indicate dal suddetto art. 28, commi 3 e ss. del Regolamento UE 679/2016.
3. La sottoscritta struttura privata, in qualità di "*Responsabile del Trattamento*" si impegna a garantire l'adozione delle misure tecniche e organizzative più adeguate, affinché il trattamento dei dati personali che le sono affidati dalla ASL sia conforme ai requisiti del citato Regolamento UE, e idoneo a tutelare i diritti degli interessati, secondo le indicazioni che verranno comunicate dalla ASL stessa e/o dalla Regione.

Art. 10

(efficacia del contratto)

1. Il presente contratto si riferisce al periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2020.
2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 11

(norme finali)

1. Per ogni controversia riguardo l'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.
2. Per qualsiasi controversia tra la sottoscritta struttura privata e la ASL e/o la Regione, anche non inerente al presente contratto, è espressamente escluso il ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il citato decreto del Commissario ad Acta per l'Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ___ del ___ / ___ / 2020.

Art. 12

(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la sottoscritta struttura privata accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto per il periodo di efficacia dello stesso.
2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati sub comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi

Sezione III - Allegato A/9 – contratto FKT – Anno 2020

collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alla annualità di erogazione delle prestazioni, regolata con il presente contratto.

li , ____ / _____

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. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 7, comma 5, (*"A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito"*) e l'intero art. 12 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Nota Metodologica per la definizione dei tetti di spesa di struttura relativi alle prestazioni ex art 44 L.833/78 da erogare nell'anno 2020

Riferimenti normativi: D.C.A. n.10 del 17/01/2020; D.C.A. n.64/2011 e s.m.i

Il D.C.A. n. 10/2020 alla Sezione III “ *Definizione per l'esercizio 2019 e 2020 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, escluso dialisi*” assegna all'ASL Caserta per l'anno 2020, quale tetto di spesa dell'attività riabilitativa ex art 44 L.833/78 , l'importo di Euro 4.761.000,00 , inferiore di Euro 39.000,00 rispetto al tetto di Euro 4.800.000,00 dell'anno 2019.

In applicazione del dettato regionale e dell'importo di Euro 4.761.000,00 di cui alla sezione III del DCA n 10/2020 è stata redatta l'allegata tabella n. **01** contenente, per l'anno 2020, in dettaglio gli importi di FKT per ogni singolo centro e presidio ambulatoriale esistente nel territorio di quest'Azienda.

Tale tabella è derivata dalla seguente metodologia di calcolo:

1. Per la determinazione dei tetti di FKT 2020, si è partiti dai tetti di spesa assegnati ex D.C.A. n.10/2020 per l'importo complessivo di Euro 4.800.000,00 (**colonna n .01 della tabella**)
2. Tale importo risulta in esubero di Euro 39.000,00 al tetto assegnato per l'anno 2020 di Euro 4.761.000,00 . Al fine di assicurare il rigoroso rispetto del tetto di spesa (Euro 4.761.000,00) è stato “*sottratto*” in proporzione , l'importo in esubero di Euro 39.000,00 a tutti i centri accreditati territoriali.(**colonne n.02 e 03 della tabella**)
3. A conclusione di tali operazioni, sono stati definiti per l'anno 2020, i tetti di spesa di fkt e il numero delle prestazioni dei centri dell'ASL Caserta (**colonne n.04 e n 05 della tabella**)

CODICE	NOME	TETTO 2019 dca n.10/20	%	SOTTRARRE	TETTO 2020 dca n.10/20	n.prestazioni
000070	GINOLFI	345.213,00	0,07	2.784,66	342.428,33	18.359
341123	AGRO AVERSANO	235.297,65	0,05	1.880,20	233.417,45	12.396
150123	ANTARES	234.799,93	0,05	1.907,78	232.892,15	12.578
150023	ATHENA	316.002,90	0,07	2.598,61	313.404,29	17.132
421106	C.DIAGNOSTICO DR. GINOLFI	242.275,79	0,05	1.967,81	240.307,98	12.973
000074	CEFIN	220.603,95	0,05	1.801,17	218.802,78	11.875
000086	CEFIR	325.885,71	0,07	2.667,21	323.218,50	17.584
361112	CENTRO AGRO AVERSANO	238.649,59	0,05	1.944,75	236.704,84	12.821
421110	CENTRO CAMPANO Sas	149.268,07	0,03	1.209,27	148.058,80	7.973
381117	CENTRO PRIF Srl	45.459,87	0,01	398,09	45.061,78	2.625
000104	CORONA	227.051,43	0,05	1.848,77	225.202,65	12.189
150121	FEMAS	138.060,72	0,03	1.122,58	136.938,14	7.401
341127	GEROVIT	213.804,59	0,04	1.753,92	212.050,67	11.563
341110	GOLIA FKT	406.280,51	0,08	3.305,88	402.974,63	21.795
150120	INCONTRO	195.464,35	0,04	1.588,37	193.875,99	10.472
401108	LA PINETINA G A F Srl	84.496,80	0,02	735,66	83.761,14	4.850
361114	LA RINASCITA	192.775,61	0,04	1.538,50	191.237,11	10.143
000119	MORRONE	259.949,81	0,05	2.120,21	257.829,60	13.978
150125	OASI	47.868,22	0,01	388,99	47.479,23	2.565
431104	Rx - F K T ECOG. DR. FUSCO	174.647,92	0,04	1.405,78	173.242,14	9.268
361116	VILLA DEI CEDRI srl	157.702,70	0,03	1.199,85	156.502,85	7.910
Amb.256	VOLTURNA	82.999,78	0,02	675,22	82.324,56	4.452
341124	SANTULLI	136.567,15	0,03	1.109,61	135.457,54	7.315
361115	SALUS	128.873,92	0,03	1.047,10	127.826,82	6.903
		4.799.999,97	1,00	39.000,00	4.760.999,97	257.120

DCA n.10/2020

RIDUZIONE tetto rispetto anno 2019	Euro 39.000,00
---------------------------------------	----------------