



Prot. n. 040/AP  
Napoli, 16 Marzo 2016

**Ai Legali Rappresentanti  
dei Centri Associati ASPAT  
Macroarea Assistenza  
Specialistica Ambulatoriale  
TUTTE LE AA.SS.LL  
Loro Sedi**

**= IMPORTANTISSIMO =**

**Oggetto:**  
**QUESTIONARI RICOGNITIVI  
DATI EX DCA 8/2016  
Tetto di singola struttura  
cd. MENSILIZZATO anno 2016  
e cd. CLAUSOLA CONTRATTUALE DI SALVAGUARDIA**

*Egregio Collega,*

ad esito degli incontri dei nostri Coordinamenti Territoriali sugli argomenti in oggetto ed in relazione a tutte le iniziative da intraprendere nei prossimi giorni con lo Studio Legale designato,

**Ti invitiamo a farci avere  
CON SOMMA URGENZA**

i 2 schemi allegati, **sottoscritti (timbro e firma) dal rappresentante legale della struttura**, avendo cura, ovviamente, di compilare **ESCLUSIVAMENTE** i campi relativi alle Tue attività erogative specialistiche e precisando, nel contempo, che tale riscontro non costituisce impegno di adesione alle successive azioni legali.

Sei pregato, pertanto, di **inviare** le richieste informazioni **entro e non oltre lunedì 21 marzo c.a., ore 13:00**, al n. fax 081/7345679 e/o e-mail [aspatinforma@gmail.com](mailto:aspatinforma@gmail.com) .

Mille cordialità.

Il Presidente  
Dr. Pier Paolo Polizzi

All. n.2 questionari

**Aspat Campania**  
**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

Centro Direzionale Isola E/3 – Torre Avalon  
80143 NAPOLI

Partita IVA e Codice Fiscale 05964321217  
Telefono 081 7345053 Fax 081 7345679  
E-mail [aspatinforma@gmail.com](mailto:aspatinforma@gmail.com)  
Web [www.aspatcampania.it](http://www.aspatcampania.it)







**ALLEGATO n. 1**

**QUESTIONARIO RICOGNITIVO**

**DATI EX DCA 8/2016**

**Tetto di singola struttura**

**cd. MENSILIZZATO anno 2016**

**da inviare entro e non oltre lunedì 21 marzo c.a., ore 13:00**

al n. fax 081/7345679 e/o e-mail [aspatinforma@gmail.com](mailto:aspatinforma@gmail.com)

**PREMESSO che**

- con **circolare dispositiva 403/C** del 2/2/16 è stato introdotto <<*dall'inizio del 2016 l'obbligo per le strutture private di rispettare il tetto di spesa su base mensile per singolo erogatore privato, con conseguente esclusione dalla remunerazione delle prestazioni rese in eccesso rispetto a 1/12 del tetto di spesa annuale*>>;
- con successiva **circolare prot. 725/C** del 17/2/16 sono state previste <<*oscillazioni mensili non superiori al 30% rispetto al valore economico del dodicesimo da recuperare entro il trimestre successivo e fermo restando il tetto annuale complessivamente assegnato*>>.

**SI CHIEDE  
DI CONOSCERE**

**A. MACROAREA RIABILITAZIONE e SOCIO-SANITARIO, INCLUSA BRANCA SPECIALISTICA DI RADIOTERAPIA.**

**1)** In ordine al tetto di spesa della Tua struttura, **inteso come 1/12 mensilizzato**, già comunicato o da calcolarsi, **i dati relativi ai fatturati dei mesi di:**

**GENNAIO 2016:** valore 1/12 € \_\_\_\_\_ erogato € \_\_\_\_\_

% di discostamento \_\_\_\_\_ dal mensilizzato n° assistiti \_\_\_\_\_

**FEBBRAIO 2016:** valore 1/12 € \_\_\_\_\_ erogato € \_\_\_\_\_

% di discostamento \_\_\_\_\_ dal mensilizzato n° assistiti \_\_\_\_\_

**MARZO 2016:** valore 1/12 € \_\_\_\_\_ erogato € \_\_\_\_\_

% di discostamento \_\_\_\_\_ dal mensilizzato n° assistiti \_\_\_\_\_

(N.B. per quest'ultimo mese fornire il dato proiettato più aderente agli effettivi consumi).



2) Per le prestazioni di medio-lungo termine (radioterapia, riabilitazione, etc.) soggette a "presa in carico" effettuata nel periodo antecedente all'emanazione delle descritte disposizioni commissariali **indicare per il secondo trimestre il n° di assistiti già in carico ed il correlato prevedibile fatturato di riferimento** (ovviamente sul presupposto dello stop erogativo e del conseguente impedimento della struttura alle nuove prese in carico per effetto del raggiungimento del proprio tetto mensilizzato - 1/12)

- mese di **APRILE** n° assistiti \_\_\_\_\_ per un fatturato di € \_\_\_\_\_
- mese di **MAGGIO** n° assistiti \_\_\_\_\_ per un fatturato di € \_\_\_\_\_
- mese di **GIUGNO** n° assistiti \_\_\_\_\_ per un fatturato di € \_\_\_\_\_

**B. MACROAREA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INCLUSA BRANCA DI FKT.**

1) In ordine al tetto di spesa della Tua struttura, **inteso come 1/12 mensilizzato**, già comunicato o da calcolarsi, **i dati relativi ai fatturati dei mesi di:**

**GENNAIO 2016:** valore 1/12 € \_\_\_\_\_ erogato € \_\_\_\_\_  
percentuale di discostamento % \_\_\_\_\_ dal mensilizzato

**FEBBRAIO 2016:** valore 1/12 € \_\_\_\_\_ erogato € \_\_\_\_\_  
percentuale di discostamento % \_\_\_\_\_ dal mensilizzato

**MARZO 2016:** valore 1/12 € \_\_\_\_\_ erogato € \_\_\_\_\_  
percentuale di discostamento % \_\_\_\_\_ dal mensilizzato

(N.B. per quest'ultimo mese fornire il dato proiettato più aderente agli effettivi consumi).

**2) ATTENZIONE - COMPILAZIONE A CURA DELL'ASPAT**

- media fatturati assegnati con il mensilizzato € \_\_\_\_\_
- media fatturati consuntivati 1° trimestre 2016 € \_\_\_\_\_
- n. di giorni/mese relativo al superamento tetto e conseguente mancata assistenza n° gg. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Timbro e firma legale rappresentante



**ALLEGATO n. 2**

**QUESTIONARIO RICOGNITIVO  
CONCERNENTE LA COSIDDETTA  
CLAUSOLA CONTRATTUALE DI SALVAGUARDIA**  
da inviare entro e non oltre lunedì 21 marzo c.a., ore 13:00  
al n. fax 081/7345679 e/o e-mail [aspatinforma@gmail.com](mailto:aspatinforma@gmail.com)

**PREMESSO che**

**(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 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".

\* In considerazione che la sottoscrizione del secondo comma della su esposta clausola contrattuale sembrerebbe far conseguire la **rinuncia a tutti i contenziosi in essere, passati e futuri,**

**SI CHIEDE  
DI CONOSCERE**

**LE SEGUENTI INFORMAZIONI SOCIETARIE**

**A. presenza di un contenzioso amministrativo (TAR e Consiglio di Stato)**

SI       NO       N. RICORSI \_\_\_\_\_

**presenza di un contenzioso civilistico**

SI       NO       N. RICORSI \_\_\_\_\_

\* Si precisa che la necessità di impugnare le singole note delle AA.SS.LL. e la peculiarità delle situazioni di ciascuna struttura impediscono la presentazione di un ricorso collettivo (che sarebbe dichiarato inammissibile) e rende indispensabile la presentazione di ricorsi singoli, i cui effetti, peraltro, saranno limitati alle singole strutture che decideranno di proporli. **L'eventuale accoglimento di un singolo ricorso, dunque, non estende gli effetti anche per le altre strutture.**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e firma legale rappresentante