



Regione Campania

*Il Commissario ad acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 11/12/2015)*

SEZIONE III: Definizione per l'esercizio 2015 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, escluso dialisi e fisiokinesiterapia

Come preannunciato nella nota del Sub Commissario ad acta pro tempore n. 2520/C del 23/6/2015, per il 2015 i volumi massimi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa sono ridotti del 2% rispetto a quelli stabiliti per il 2014 dal DCA n. 129 del 31/10/2014, con la sola eccezione della branca di radioterapia, per la quale viene stabilito un incremento del 5%.

Viene, però, prevista la possibilità di autorizzare le ASL con uno o più decreti commissariali, all'esito di apposite istruttorie, a stipulare, possibilmente con significativi sconti sulla tariffa vigente, contratti integrativi riguardanti l'erogazione da parte delle strutture private accreditate, successivamente all'esaurimento del tetto di spesa, delle prestazioni di particolare rilievo sanitario (come più volte segnalato anche dalle ASL) di: radioterapia; TAC e RMN a pazienti con diagnosi certa di patologia oncologica in corso di stadiazione e monitoraggio di radioterapia o chemioterapia; prestazioni dei centri anti diabete che l'ASL competente per territorio certifichi come indispensabili per evitare l'aggravamento dei pazienti.

Vengono, inoltre, adottati dei correttivi per fronteggiare l'anomalo incremento, in corso dal 2014, delle prestazioni rese a residenti di altre regioni dai centri operanti in alcune ASL ed in alcune branche. In base ai dati forniti dalle ASL tra aprile e giugno 2015 per la compensazione della mobilità sanitaria 2014, si è verificato che la spesa netta addebitata dai centri privati per prestazioni erogate a residenti extra regione è aumentata nel 2014 rispetto al 2013 di:

- euro 3,8 milioni (+ 72%) nella branca di patologia clinica, di cui 3,5 milioni nella sola ASL Napoli 1 Centro e prevalentemente per prestazioni di genetica medica (cd. Prestazioni "R");
- euro 1,6 milioni (+ 25%) nella branca di medicina nucleare, di cui 1,3 milioni nella sola ASL Napoli 3 Sud;
- euro 1,4 milioni (+ 27%) nella branca della radiodiagnostica, con punte del + 56% nella ASL Napoli 3 Sud ed incrementi di circa il 30% in quasi tutte le altre ASL.

La Regione è già intervenuta sulla problematica delle prestazioni di genetica medica (cd. Prestazioni "R"), innanzitutto, definendo con i DCA 40/2010, 15/2011 e 16/2012 precisi criteri e modalità di prescrizione, che – evidentemente - si applicano anche ai soggetti non residenti; successivamente, a fronte dei primi anomali incrementi verificatisi nel corso del 2013, il decreto commissariale n. 101 del 10/10/2013 ha stabilito che il volume di tali prestazioni (comprese quelle erogate a non residenti) per il 2013 non poteva essere superiore del 5% rispetto al volume 2012; e tale disposizione è stata espressamente confermata dal DCA 129/2014 per il 2014 e per gli anni successivi.

Inoltre, la Regione negli ultimi anni ha sollecitato più volte le ASL a verificare l'appropriatezza ed il rispetto delle normative nazionali e regionali in tema di prescrizione ed erogazione di alcune prestazioni di Radiodiagnostica e di Medicina Nucleare (PET, TAC e RMN) di elevato costo unitario.

Peraltro, la problematica delle prestazioni "R" è stata oggetto di specifico approfondimento nel Tavolo Tecnico con le Associazioni di Categoria, istituito presso l'ARSAN ai sensi del decreto commissariale n. 25 del 10/3/2015 con il compito di definire proposte di nuova suddivisione delle tipologie funzionali utilizzate ai fini della applicazione del vincolo del 10% al superamento del valore medio delle prestazioni, da applicarsi a decorrere dal 2015, con particolare riferimento alle branche della patologia clinica, della radiologia e della medicina nucleare, per le quali è già in vigore dal 2012 una suddivisione per tipologie funzionali all'interno della stessa branca.

Si può, quindi, procedere alle seguenti azioni. Da una parte, la quota del tetto di spesa 2015 riservata ai residenti in altre regioni viene leggermente aumentata (di euro 1,5 milioni su un limite totale di spesa netta 2015 di 351 milioni), per tenere conto almeno in parte di situazioni consolidate. Dall'altra, si stabilisce che:

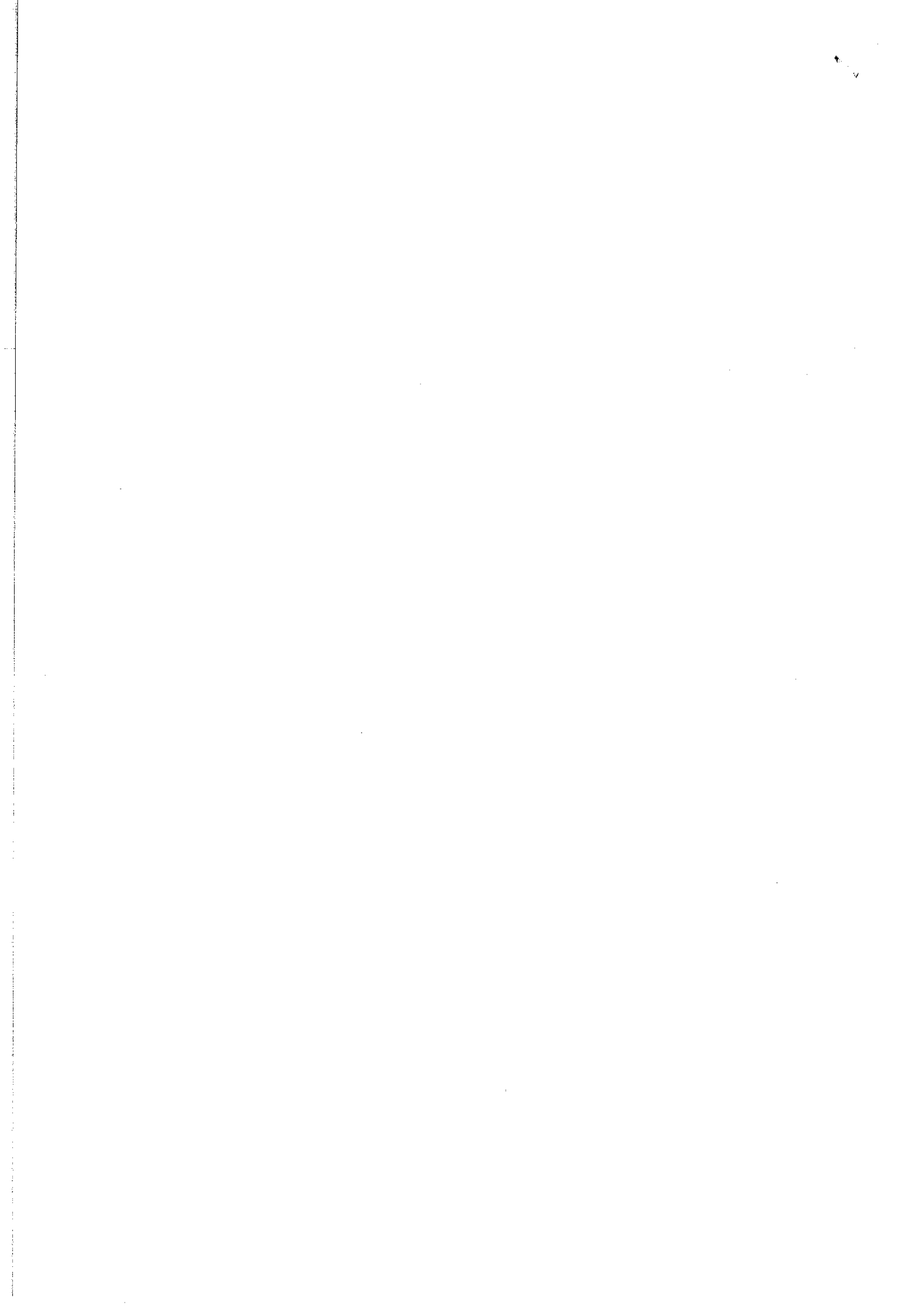
- 1) Dal 2014, qualora dopo l'applicazione delle sopra richiamate disposizioni limitative delle prestazioni "R" e dopo tutti gli abbattimenti conseguenti ai controlli su tali prestazioni, nonché sulle prestazioni di Radiodiagnostica e di Medicina Nucleare che, come sopra accennato, presentano maggiori rischi di non appropriatezza e/o di mancato rispetto delle normative, residui una eccedenza delle prestazioni rese a residenti extra regione rispetto ai relativi tetti di spesa, tale eccedenza potrà essere riconosciuta non oltre i limiti consentiti dal rispetto della normativa sulla Spending Review (DL 95/2012 e s.m.i.) e, quindi:
 - a) Per il 2014, utilizzando le economie accertate dal DCA n. 68/2015 eventualmente rimanenti dopo aver assicurato la copertura dei contratti integrativi per la radioterapia;
 - b) Per il 2015, utilizzando le eventuali disponibilità residue dell'accantonamento previsto nella Sezione I ai fini della Spending Review, dopo gli utilizzi che saranno effettuati per: dialisi ambulatoriale; radioterapia; TAC e RMN a pazienti con diagnosi certa di patologia oncologica in corso di stadiazione e monitoraggio di radioterapia o chemioterapia; prestazioni dei centri anti diabete che l'ASL competente per territorio certifichi come indispensabili per evitare l'aggravamento dei pazienti.
- 2) Dal 2015, in considerazione delle indicazioni emerse dagli approfondimenti svolti insieme alle Associazioni di categoria della specialistica ambulatoriale nell'ambito del Tavolo Tecnico istituito presso l'ARSAN ai sensi del decreto commissariale n. 25 del 10/3/2015 (riportate nelle relazioni prot. 2357 del 22/7/2015 e prot. 2633 del 31/7/2015, inviate dall'ARSAN alle ASL, alle Associazioni di Categoria ed alla Regione), sono espunte dal calcolo del valore medio, di cui agli articoli 6 e 8 degli schemi di protocollo d'intesa con le Associazioni e di contratto con i singoli operatori accreditati, le prestazioni contrassegnate dalla lettera "R", in quanto già oggetto delle specifiche e separate limitazioni imposte dal DCA 101/2013 e dal DCA 129/2014; analogamente, per il calcolo del valore medio delle prestazioni delle branche a visita saranno espunte e considerate a parte le prestazioni di medicina iperbarica.
- 3) Le ASL, avvalendosi anche dei Nuclei Operativi di Controllo, istituiti ai sensi della DGRC n. 1935/2007 (BURC n. 63/2007) e s.m.i., dovranno svolgere accurati e specifici controlli – anche a campione - sulla regolarità ed appropriatezza delle prestazioni che presentano andamenti anomali, provvedendo, immediatamente alle eventuali contestazioni ai medici prescrittori e/o ai centri privati erogatori, Ciascuna ASL dovrà fornire al Commissario ad acta ed alla Direzione Generale per la Tutela della Salute una relazione su tale attività, una prima volta entro il 31/3/2015 e, successivamente, ogni tre mesi.

Per quanto sopra esposto, si dispone quindi che:

1. Per l'esercizio 2015 ai centri privati che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale, accreditati o provvisoriamente / temporaneamente accreditati, si applicano i limiti di spesa fissati nelle 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 nella presente sezione.

2. Di approvare specificamente tutte le altre disposizioni sopra esposte nella presente Sezione.
3. Di stabilire che il presente decreto sarà immediatamente notificato alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste, a tutte le Associazioni di categoria ed a tutti ai centri privati che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale, accreditati o provvisoriamente / temporaneamente accreditati.
4. Di stabilire che entro quindici giorni dalla notifica del presente decreto, le Aziende Sanitarie Locali dovranno stipulare con le Associazioni di Categoria i protocolli d'intesa redatti secondo lo schema allegato "Sezione III – A/1" e, entro i successivi 15 giorni, dovranno stipulare con i singoli centri privati i contratti relativi all'esercizio 2015, utilizzando lo schema di contratto allegato "Sezione III – A/2".

Infine, come richiesto più volte dai Ministeri affiancanti, nello schema di contratto con le singole strutture private viene inserito il testo della "clausola di salvaguardia" nella versione che è stata oggetto del parere favorevole reso nel 2013 dall'Avvocatura Generale dello Stato al Ministero della Salute.





Il Sub Commissario ad acta
per l'attuazione del Piano di Rientro Sanitario
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 29.10.2013)

Prot. 2520/e
DEL 23/6/2015

Ai Direttori Generali /
Commissari Straordinari
delle AA.SS.LL

Ai Direttori Generali /
Commissari Straordinari delle
AA.OO., AA.OO.UU. e IRCCS
Pascale

Alle Associazioni
Rappresentative delle
Strutture Accreditate per
la Specialistica Ambulatoriale

Alle Strutture Accreditate per la
Specialistica Ambulatoriale per il
tramite delle ASL in cui operano

Loro Sedi

Oggetto: Tetti di Spesa Specialistica anno 2015

Con nota circolare n. 3268 del 17.07.2014 sono state fornite indicazioni circa i tetti di spesa per l'anno 2014 per non lasciare le attività delle strutture private prive di affidamento ai fini della programmazione delle prestazioni.

Quanto riportato nella suddetta nota viene confermato per l'anno corrente fatto salvo quanto di seguito riportato.

Col 2014 è completata l'attuazione, prevista in progress dal DL 95/2012, del percorso di riduzione dei tetti di spesa per cui dal 2015 potrebbe restare ferma la base di partenza costituita dai tetti 2014 per l'insieme dell'assistenza specialistica ambulatoriale e dell'assistenza ospedaliera da privati, fatti salvi eventuali ulteriori interventi normativi in materia di Spending Review. Rispetto alla suddivisione del budget 2015 tra le due macroaree, saranno possibili aggiustamenti in funzione di specifiche esigenze (in primis: dialisi e radioterapia).

Nel frattempo, fatta eccezione per i riflessi conseguenti all'accREDITAMENTO definitivo, qualora diverso da quello provvisorio in essere, ciascuna struttura potrà programmare l'attività, con un margine prudenziale di almeno un 2% in meno rispetto al tetto 2014.

Da prime informative da parte delle ASL viene evidenziata una preoccupante tendenza all'incremento della produzione, in particolare per la branca di patologia clinica. Considerando che

Q



Il Sub Commissario ad acta
per l'attuazione del Piano di Rientro Sanitario
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 29.10.2013)

il tetto di spesa è inderogabile si auspica una maggiore sensibilità dei centri prescrittori ed una programmazione degli erogatori che ne preveda l'utilizzo in modo omogeneo per l'intero anno, oltre ad un maggiore concorso del settore pubblico.

Una notazione a parte è necessaria per quanto riguarda i settori dialisi e radioterapia.

Per dette discipline, ogni tentativo finalizzato a tenere escluse le attività dai vincoli di cui al DL 95/2012 (*spending review*) non ha avuto esito positivo.

A parere dei Ministeri, pur ritenendosi dette attività essenziali, le stesse restano vincolate ai tetti di spesa con l'unica possibilità di spostare risorse all'interno del settore ospedaliero (Case di Cura) e Specialistico.

Un recente accordo con AIOP e Confindustria ha previsto che, dal 2015, eventuali economie per mancato raggiungimento del tetto da parte delle Case di Cura restino all'interno del settore. Ciò comporta, a maggior ragione, l'invalidità del tetto di spesa anche per le prestazioni di dialisi e di radioterapia. Né è consentito un incremento del tetto di spesa per maggiore mobilità attiva interregionale, indipendentemente dalle interpretazioni delle clausole contrattuali degli anni pregressi.

La possibilità di stipulare contratti integrativi si riduce, pertanto, ad improbabili disponibilità di sotto utilizzi dei tetti di spesa in altre branche della specialistica ambulatoriale.

Al fine di garantire l'assistenza, trattandosi di strutture attive anche nei presidi pubblici, a volte con fasce orarie di inattività e, quindi, con ridotto rapporto prestazioni/impianto, i Direttori Generali ed i Commissari Straordinari delle Aziende pubbliche devono attivare immediatamente ogni utile iniziativa per implementare al massimo l'attività delle proprie strutture di specialistica ambulatoriale e, soprattutto, di dialisi e di radioterapia.

Al riguardo, i Direttori Generali ed i Commissari Straordinari di tutte le AA.SS.LL., AA.OO., AA.OO.UU. e dell'IRCCS Pascale dovranno fornire entro 15 giorni allo scrivente una dettagliata relazione sulle iniziative assunte per incrementare adeguatamente le prestazioni di specialistica ambulatoriale e, segnatamente, di dialisi e di radioterapia.

Contestualmente è necessario anche che si instaurino rapporti di reciproca collaborazione tra strutture pubbliche e private per evitare difficoltà nella assicurazione dell'assistenza.

In tal modo potranno meglio essere orientati i nuovi ingressi di pazienti in dialisi e i nuovi cicli radioterapici.

Per quanto riguarda la radioterapia i volumi economici fatturati nel 2014 hanno evidenziato delle variazioni macroscopiche per alcuni centri, verosimilmente dovute ad introduzione di nuove tecniche. In disparte la necessità di approfondire tale questione insieme al rispetto dei vincoli autorizzativi, non può farsi a meno di confermare per l'anno 2015, in via provvisoria ed in attesa di



Il Sub Commissario ad acta
per l'attuazione del Piano di Rientro Sanitario
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 29.10.2013)

confronti con le associazioni e conseguente adozione dei provvedimenti commissariali, i tetti di spesa del 2014.

Anche per la radioterapia è necessario un ulteriore maggiore impegno delle strutture pubbliche, già avviato nel 2014.

Altri settori necessitano alcune ulteriori indicazioni.

Per quanto riguarda l'Area radiologica in generale è necessario che sia assicurato il rispetto delle seguenti disposizioni:

- DGRC 491/06;
- modalità di prescrizione ed erogazione ex all. 2 al DM 150/96 e DCA n. 88/2013 che richiama la DGRC 378/98, DCA 129/2014, nonché nota circolare n. 2366/C del 21.5.2014 e n. 3268/C del 17.07.2014 riguardante i tetti di spesa 2014;
- nota n. 0001606-P del 18.01.2013 del Ministero della Salute

È necessario, a tal fine, che siano garantiti efficaci controlli sul rispetto di quanto sopra, identificando criticità in relazione alle quali si prospetta la necessità di interventi sanzionatori.

Richiamando, poi, l'art. 8, c. 2° e 2B dell'allegato A1 – A2 dello schema di contratto, si anticipa che sarà valutata, in sede di adozione del decreto la eventualità che lo sfioramento del V.M.P. del 10% debba diventare un limite inderogabile alla luce delle evidenze di questi ultimi anni.

Si richiama, infine l'esigenza che le ASL applichino rigorosamente i limiti specifici di incremento delle prestazioni "R" di cui al DCA n. 101/2013 e 129/2014.

Ciascuna ASL avrà cura di trasmettere la presente nota alle singole strutture private, dandone riscontro allo scrivente.

Il Direttore Generale per la Tutela della
Salute e il Coordinamento del SSR
Dott. Mario Vasco

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

Il Sub Commissario
Dott. Mario Morlacco



Sezione III - Allegato n. 1

Assistenza Specialistica da strutture private: limiti di spesa 2015 a tariffa vigente (1)

Importi in migliaia di euro	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)	var % su tetto 2014	Tetto di Spesa Lorda 2014
	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Tetto di Spesa		
ASL Avellino						
Diabetologia	1.874.704	30.716	2.483	1.907.903	-2,0%	1.946.840
Branche a visita	45.596	5.941	0	51.537	-2,0%	52.589
Cardiologia	680.817	3.465	0	684.282	-2,0%	698.248
Patologia Clinica (Lab.)	9.133.532	1.301.844	213.191	10.648.567	-2,0%	10.865.884
Medicina nucleare	382.271	186.538	5.593	574.402	-2,0%	586.125
Radiodiagnostica	3.348.820	205.335	142.105	3.696.260	-2,0%	3.771.693
Radioterapia	0	0	0	0	0,0%	0
TOTALE	15.465.740	1.733.839	363.372	17.562.951	-2,0%	17.921.379
ASL Benevento						
Diabetologia	203.577	10.931	372	214.880	-2,0%	219.265
Branche a visita	0	0	0	0	0,0%	0
Cardiologia	0	0	0	0	0,0%	0
Patologia Clinica (Lab.)	4.482.328	403.355	114.927	5.000.610	-2,0%	5.102.663
Medicina nucleare	537.764	267.389	11.355	816.508	-2,0%	833.171
Radiodiagnostica	5.184.595	1.038.251	128.756	6.351.602	-2,0%	6.481.225
Radioterapia	0	0	0	0	0,0%	0
TOTALE	10.408.264	1.719.926	255.410	12.383.600	-2,0%	12.636.325
ASL Caserta						
Diabetologia	2.969.743	415.834	10.707	3.396.284	-2,0%	3.465.596
Branche a visita	3.828.427	1.991.780	51.102	5.871.309	-2,0%	5.991.131
Cardiologia	5.306.930	401.141	62.590	5.770.661	-2,0%	5.888.430
Patologia Clinica (Lab.)	19.008.367	977.676	336.028	20.322.071	-2,0%	20.736.807
Medicina nucleare	4.397.801	1.822.629	181.458	6.401.888	-2,0%	6.532.539
Radiodiagnostica	19.798.721	3.466.903	1.766.615	25.032.239	-2,0%	25.543.101
Radioterapia	1.314.545	628.561	48.886	1.991.992	5,0%	1.897.135
TOTALE	56.624.534	9.704.524	2.457.386	68.786.444	-1,8%	70.054.739
ASL NA 1 Centro						
Diabetologia	1.458.233	194.148	34	1.652.415	-2,0%	1.686.138
Branche a visita	3.630.439	1.434.102	15.018	5.079.559	-2,0%	5.183.224
Cardiologia	8.851.195	1.756.474	26.895	10.634.564	-2,0%	10.851.597
Patologia Clinica (Lab.)	26.301.228	6.057.636	721.496	33.080.360	-2,0%	33.755.470
Medicina nucleare	6.743.857	10.533.799	5.135.899	22.413.555	-2,0%	22.870.974
Radiodiagnostica	19.076.037	7.498.682	1.723.376	28.298.095	-2,0%	28.875.607
Radioterapia	2.093.639	1.210.306	45.880	3.349.825	5,0%	3.190.310
TOTALE	68.154.628	28.685.147	7.668.598	104.508.373	-1,8%	106.413.319
ASL NA 2 Nord						
Diabetologia	0	0	0	0	0,0%	0
Branche a visita	1.766.471	185.722	3.919	1.956.112	-2,0%	1.996.032
Cardiologia	6.550.692	1.286.018	14.822	7.851.532	-2,0%	8.011.767
Patologia Clinica (Lab.)	21.930.688	3.407.273	591.917	25.929.878	-2,0%	26.459.060
Medicina nucleare	1.669.512	1.597.920	10.833	3.278.265	-2,0%	3.345.168
Radiodiagnostica	23.481.274	12.503.258	305.687	36.290.219	-2,0%	37.030.836

Sezione III - Allegato n. 1

Assistenza Specialistica da strutture private: limiti di spesa 2015 a tariffa vigente (1)

Importi in migliaia di euro	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)	var % su tetto 2014	Tetto di Spesa Lorda 2014
	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Tetto di Spesa		
Radioterapia	4.213.266	6.064.931	87.451	10.365.648	5,0%	9.872.045
TOTALE	59.611.903	25.045.122	1.014.629	85.671.654	-1,2%	86.714.908

ASL NA 3 Sud

Diabetologia	1.220.842	75.813	498	1.297.153	-2,0%	1.323.625
Branche a visita	2.496.508	571.485	6.470	3.074.463	-2,0%	3.137.207
Cardiologia	6.194.677	851.871	7.411	7.053.959	-2,0%	7.197.918
Patologia Clinica (Lab.)	22.682.566	2.213.679	31.212	24.927.457	-2,0%	25.436.181
Medicina nucleare	3.181.696	1.789.122	250.968	5.221.786	-2,0%	5.328.353
Radiodiagnostica	20.854.914	4.327.887	372.070	25.554.871	-2,0%	26.076.398
Radioterapia	726.929	153.603	0	880.532	5,0%	838.602
TOTALE	57.358.132	9.983.460	668.629	68.010.221	-1,9%	69.338.284

ASL Salerno

Diabetologia	1.085.505	5.929	1.318	1.092.752	-2,0%	1.115.053
Branche a visita	1.521.144	314.621	107.499	1.943.264	-2,0%	1.982.922
Cardiologia	5.790.953	166.966	19.841	5.977.760	-2,0%	6.099.755
Patologia Clinica (Lab.)	24.807.069	1.394.598	140.697	26.342.364	-2,0%	26.879.964
Medicina nucleare	2.282.392	171.914	33.537	2.487.843	-2,0%	2.538.615
Radiodiagnostica	22.451.124	2.579.822	764.213	25.795.159	-2,0%	26.321.592
Radioterapia	1.729.209	419.975	234.466	2.383.650	5,0%	2.270.142
TOTALE	59.667.396	5.053.825	1.301.571	66.022.792	-1,8%	67.208.044

TOTALE REGIONE

Diabetologia	8.812.604	733.371	15.412	9.561.387	-2,0%	9.756.516
Branche a visita	13.288.585	4.503.651	184.008	17.976.244	-2,0%	18.343.106
Cardiologia	33.375.264	4.465.935	131.559	37.972.758	-2,0%	38.747.714
Patologia Clinica (Lab.)	128.345.778	15.756.061	2.149.468	146.251.307	-2,0%	149.236.029
Medicina nucleare	19.195.293	16.369.311	5.629.643	41.194.247	-2,0%	42.034.945
Radiodiagnostica	114.195.485	31.620.138	5.202.822	151.018.445	-2,0%	154.100.452
Radioterapia	10.077.588	8.477.376	416.683	18.971.647	5,0%	18.068.235
TOTALE	327.290.597	81.925.843	13.729.595	422.946.035	-1,7%	430.286.997

(1) Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale: Importi in euro a tariffa vigente ai sensi del DCA n. 32/2013

Schema di Protocollo di intesa tra l'ASL _____ e l'Associazione _____ per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di _____, da erogarsi per l'anno 2015 da parte delle strutture private accreditate o temporaneamente accreditate ed i correlati limiti di spesa.

PREMESSO

- che con il decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ___ del ___ / ___ / 2016, sono stati stabiliti i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2015 per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, riferite alle branche di :
 1. Diabetologia
 2. Cardiologia
 3. Altre branche a visita
 4. Patologia Clinica
 5. Radiodiagnostica
 6. Medicina nucleare
 7. Radioterapia

PRECISATO

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

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(oggetto)

Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di _____, da erogarsi nell'anno 2015, da parte delle strutture private operanti nel territorio della sottoscritta ASL, ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, da acquistare per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2015.
2. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2015.
3. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2015.

Sezione III - Allegato A/1

4. Il volume massimo di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, è determinato in n. _____ prestazioni per l'anno 2015, derivato dalla somma dei valori di cui ai commi 1, 2 e 3.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2015, relativa al volume di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, determinato per l'anno 2015 all'art. 3, comma 4, è fissato in:
 - a) € _____, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio;
 - b) € _____, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, al netto del ticket, ed al netto sia della quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i., sia della quota ricetta nazionale ex art. 17, comma 6, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111;ed è suddiviso come esposto nei successivi commi 2, 3 e 4.
2. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ da acquistare nell'anno 2015 per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
3. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2015 per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
4. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2015 per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
5. Le prestazioni erogate a residenti di altre Regioni, di cui al precedente comma 4, concorrono ai sopra citati limiti di spesa; tuttavia, l'eventuale superamento del limite di cui al comma 4, potrà comportare analogo incremento dello stesso limite, qualora non contestate dalle altre Regioni, come asseverato dalle strutture regionali che gestiscono gli addebiti e gli accrediti della compensazione della mobilità sanitaria tra le Regioni e, comunque, nei limiti imposti dalla normativa sulla Spending Review (DL 95/2012 e s.m.i.) e, quindi, nei limiti di capienza degli accantonamenti a tal fine operati nella Sezione I del sopra citato DCA n. __/2016; sempre nel rispetto dei medesimi limiti imposti dalla normativa sulla Spending Review, potrà essere consentito che l'eventuale sotto utilizzo del limite di cui al comma 4 sia utilizzato per compensare superamenti dei limiti di cui ai commi 2 e 3.
6. L'importo di cui al comma 1, lettera a), diviso per il volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4, definisce il valore medio delle prestazioni per la branca di _____, da declinare in conformità alla classificazione delle strutture erogatrici in base alle tipologie funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dal successivo art.6.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario, al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale (e fatte salve eventuali modifiche delle tariffe che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati con decreto del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro o delibera della Giunta Regionale).
2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale, costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nell'anno 2015 dai centri privati, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza del limite di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui all'art. 4, comma 1, lettera a), ovvero, di residua disponibilità dei volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4; al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa di cui all'art. 4, comma 1, lettere a) e b), le ASL potranno acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.
3. La ASL comunicherà a ciascun centro privato con lettera raccomandata A.R. (o a mezzo PEC - Posta Elettronica Certificata, secondo accordi da definire tra la ASL e gli operatori stessi):
 - la percentuale consuntiva di consumo dei limiti di spesa sopra stabiliti;
 - la data consuntiva di raggiungimento di dette percentuali di consumo;ai fini della remunerazione delle prestazioni subito prima e dopo l'eventuale superamento del limite di spesa, si applicherà la seguente regola:
 - a) qualora l'esaurimento del limite di spesa si sia verificato a consuntivo prima della data prevista nell'ultima comunicazione effettuata dalla ASL nei mesi scorsi in base alla proiezione dei limiti di spesa dell'anno precedente, a tutte le prestazioni di quella ASL / branca erogate dall'inizio dell'anno fino alla suddetta data prevista di esaurimento del limite di spesa, si applicherà la regressione tariffaria di cui all'allegato C) alla DGRC n. 1268/08, in modo da far rientrare la spesa nei limiti prefissati; mentre nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data prevista di esaurimento del limite di spesa;
 - b) qualora l'esaurimento del limite di spesa si sia verificato a consuntivo in una data successiva rispetto all'ultima data di previsione di esaurimento del limite di spesa comunicata dalla ASL, nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data consuntiva di esaurimento del limite di spesa.
4. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro o della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.

Sezione III - Allegato A/1

5. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC nn. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6

(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente protocollo è istituito un tavolo tecnico composto da n. __ membri di cui n. _ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. _ membri nominati dalla ASL, di cui un membro con funzione di coordinamento.
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico aziendale spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 1. 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;
 2. esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici;
 3. determinazione del valore medio della prestazione differenziato in base alle diverse tipologie funzionali delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza secondo la classificazione seguente.

BRANCA	Tipologia A	Tipologia B	Tipologia C	Tipologia D
Patologia Clinica	Laboratori generali di base con o senza settori specializzati A1e A2	Laboratori generali di base con almeno tre settori specializzati, escluso A6	Laboratori generali di base con almeno tre settori specializzati, incluso A6	Laboratori specializzati

BRANCA	Tipologia A	Tipologia B	Tipologia C	Tipologia D
Radiodiagnostica	Radiologia tradizionale di base ed ecografia	Radiologia tradizionale, ecografia e TAC	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN ≤ 1 tesla	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN > 1 tesla
Medicina nucleare	Scintigrafie	Scintigrafie e PET		

4. Ai fini del calcolo del valore medio di branca non saranno considerate le prestazioni di patologia clinica contrassegnate dalla lettera "R" e, nell'ambito delle branche a visita, le prestazioni di medicina iperbarica.

Sezione III - Allegato A/1

5. Per le finalità di cui ai commi precedenti le strutture private sono impegnate a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

Art. 7

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà ad ogni struttura privata un acconto mensile pari al 90% del fatturato mensile.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 gennaio dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte della struttura privata delle note credito richieste dalla ASL, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5.
3. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
4. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, poiché tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, sarà liquidato entro il 30 aprile dell'anno successivo.
5. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
6. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
7. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
8. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento,

Sezione III - Allegato A/1

che dichiarati 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, 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 e del valore medio delle prestazioni e loro limiti)

1. Il tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza bimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4 e secondo quanto previsto dagli schemi allegati al presente protocollo.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private temporaneamente accreditate, non è consentito, se non sulla base di adeguate motivazioni, la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico di cui all'art. 6, ad ogni singola struttura privata:
 - a) di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente;
 - b) di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni (al netto dello sconto), determinato secondo i criteri di cui al comma 6 dell'art. 4 ed agli allegati schemi che definiscono il case-mix delle strutture facenti capo alla medesima branca/tipologia prestazionale;
3. Nel caso in cui il tavolo tecnico esprima una valutazione positiva, le prestazioni ed il case-mix eccedenti devono essere conseguentemente remunerate, nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa; in caso di valutazione negativa si fa obbligo all'ASL del recupero, con emissione di note di credito, delle somme eccedenti, sia per il superamento del 10% del volume di produzione che del superamento del 10% del case-mix (valore medio). Per evitare la concentrazione delle prestazioni nella prima parte dell'anno e garantire un'erogazione prestazionale distribuita per quanto possibile sull'intero anno, il tavolo tecnico esaminerà l'eccedenza prestazionale in occasione del monitoraggio da tenersi almeno 30 giorni prima della data presunta di esaurimento delle prestazioni.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria, dandone comunicazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o diseguaglianze applicative del presente protocollo le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare alla Direzione Generale per la Tutela della Salute, con cadenza trimestrale, su tutti gli adempimenti previsti dal presente protocollo e messi in essere, comprese le attività svolte dai tavoli tecnici e le successive attuazioni delle decisioni assunte.

Art. 9

(efficacia)

1. Il presente protocollo si riferisce all'anno 2015 in esecuzione del decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ___ / 2016 citato in premessa.
2. Il presente protocollo sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 10

(norme finali)

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

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.

..... , ____ / _____ 2016

Timbro e firma della ASL _____
Il Commissario Straordinario

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 Commissario Straordinario

Timbro e firma del Legale Rappresentante
ella Associazione di Categoria



Contratto TRA

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

- a) di intervenire al presente atto in qualità di 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 __/__/_____.

E

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

PER

regolare per l'esercizio 2015 i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di _____, ed i correlati limiti di spesa redatto in conformità al decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ____ del __ / __ / 2016.

PREMESSO

- che con decreto n. ____ del __ / __ / 2016, il Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale, da erogare nell'anno 2015, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, riferite alle branche di :
 - Diabetologia
 - Cardiologia
 - Altre branche a visita
 - Patologia Clinica
 - Radiodiagnostica

- Medicina nucleare
- Radioterapia

ed ha emanato anche i relativi schemi contrattuali, cui si uniforma il presente contratto;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(oggetto)

Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di _____, da erogarsi nell'anno 2015, da parte delle strutture private operanti nel territorio della sottoscritta ASL, ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, da acquistare per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2015.
2. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2015.
3. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2015.
4. Il volume massimo di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, è determinato in n. _____ prestazioni per l'anno 2015, derivato dalla somma dei valori di cui ai commi 1, 2 e 3.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2015, relativa al volume di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, determinato per l'anno 2015 all'art. 3, comma 4, è fissato in:
 - a) € _____, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio;
 - b) € _____, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, al netto del ticket ed al netto sia della quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i., sia della quota ricetta nazionale ex art. 17, comma 6, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111;ed è suddiviso come esposto nei successivi commi 2, 3 e 4.
2. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ da acquistare nell'anno 2015 per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o

Sezione III - Allegato A/2

- provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
3. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2015 per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
 4. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2015 per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
 5. Le prestazioni erogate a residenti di altre Regioni, di cui al precedente comma 4, concorrono ai sopra citati limiti di spesa; tuttavia, l'eventuale superamento del limite di cui al comma 4, potrà comportare analogo incremento dello stesso limite, qualora non contestate dalle altre Regioni, come asseverato dalle strutture regionali che gestiscono gli addebiti e gli accrediti della compensazione della mobilità sanitaria tra le Regioni e, comunque, nei limiti imposti dalla normativa sulla Spending Review (DL 95/2012 e s.m.i.) e, quindi, nei limiti di capienza degli accantonamenti a tal fine operati nella Sezione I del sopra citato DCA n. ___/2016; sempre nel rispetto dei medesimi limiti imposti dalla normativa sulla Spending Review, potrà essere consentito che l'eventuale sotto utilizzo del limite di cui al comma 4 sia utilizzato per compensare superamenti dei limiti di cui ai commi 2 e 3.
 6. L'importo di cui al comma 1, lettera a), diviso per il volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4, definisce il valore medio delle prestazioni per la branca di _____, da declinare in conformità alla classificazione delle strutture erogatrici in base alle tipologie funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dal successivo art. 6.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario, al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale (e fatte salve eventuali modifiche delle tariffe che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati con decreto del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro o delibera della Giunta Regionale.
2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale, costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nell'anno 2015 dai centri privati, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza del limite di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui all'art. 4, comma 1, lettera a), ovvero, di residua disponibilità dei volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4; al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa di cui all'art. 4, comma 1, lettere a) e b), le ASL potranno acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.
3. La ASL comunicherà a ciascun centro privato con lettera raccomandata A.R. (o a mezzo PEC - Posta Elettronica Certificata, secondo accordi da definire tra la ASL e gli operatori stessi):
 - la percentuale consuntiva di consumo dei limiti di spesa sopra stabiliti;

Sezione III - Allegato A/2

1. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
2. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, poiché tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, sarà liquidato entro il 30 aprile dell'anno successivo.
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 e del valore medio delle prestazioni e loro limiti)

1. Il tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza bimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4 e secondo quanto previsto dagli schemi allegati al presente contratto.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private temporaneamente accreditate, non è consentito, se non sulla

Sezione III - Allegato A/2

base di adeguate motivazioni, la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico di cui all'art. 6, ad ogni singola struttura privata:

- di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente;
 - di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni (al netto dello sconto), determinato secondo i criteri di cui al comma 6 dell'art.4 ed agli allegati schemi che definiscono il case-mix delle strutture facenti capo alla medesima branca/tipologia prestazionale;
3. Nel caso in cui il tavolo tecnico esprima una valutazione positiva, le prestazioni ed il case-mix eccedenti devono essere conseguentemente remunerate, nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa; in caso di valutazione negativa si fa obbligo all'ASL del recupero, con emissione di note di credito, delle somme eccedenti, sia per il superamento del 10% del volume di produzione che del superamento del 10% del case-mix (valore medio). Per evitare la concentrazione delle prestazioni nella prima parte dell'anno e garantire un'erogazione prestazionale distribuita per quanto possibile sull'intero anno, il tavolo tecnico esaminerà l'eccedenza prestazionale in occasione del monitoraggio da tenersi almeno 30 giorni prima della data presunta di esaurimento delle prestazioni.
 4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria, dandone comunicazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute.
 5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o disequilibranze applicative del presente contratto le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare alla Direzione Generale per la Tutela della Salute, con cadenza trimestrale, su tutti gli adempimenti previsti dal presente contratto e messi in essere, comprese le attività svolte dai tavoli tecnici e le successive attuazioni delle decisioni assunte.

Art. 9

(efficacia del contratto)

1. Il presente contratto si riferisce all'intero anno 2015 e sarà adeguato ad eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 10

(norme finali)

1. In caso di contenzioso con uno o più centri privati, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza le somme eventualmente spettanti al centro ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso.
2. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto e/o di ogni altro rapporto del sottoscritto centro privato con il servizio sanitario regionale è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il citato decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ___ del ___ / ___ / 2016.

Art. 11

(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.

....., ___ / _____ 2016

Timbro e firma della ASL _____
Il Commissario Straordinario

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 Commissario Straordinario

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata