



*Regione Campania*

*Il Presidente*

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

## **DECRETO N. 24 del 5 aprile 2011**

Rif. punto d) delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010

**OGGETTO: Definizione per l'esercizio 2011 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**

### **PREMESSO:**

- che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- che l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: *"Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale. E' fatta salva la possibilità per la regione di presentare un nuovo piano di rientro ai sensi della disciplina recata dal presente articolo. A seguito dell'approvazione del nuovo piano cessano i commissariamenti, secondo i tempi e le procedure definiti nel medesimo piano per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale"*;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario *ad acta* per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 1, comma 88, della legge n. 191/09;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il Governo ha nominato il dr. Mario Morlacco ed il dr. Achille Coppola sub commissari ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di Rientro;

- che fra gli *acta* della delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, alla lettera d) è richiamata la “*definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l’attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto dall’articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*”;

## CONSIDERATO

- che nelle riunioni tenutesi nei giorni 15/11/2010 e 17/12/2010 presso la sede del sub commissario ad acta per l’attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario con le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, le Associazioni di Categoria hanno formalizzato istanza volta ad inserire la branca di Fisiokinesiterapia nella macroarea di Riabilitazione;
- che l’istruttoria regionale evidenzia che l’impostazione richiesta renderebbe più agevole la contrattazione e garantirebbe una maggiore omogeneità prestazionale all’intera macroarea riabilitativa;
- che pertanto per la branca di riabilitazione FKT ex art. 44 si valuta congrua l’adozione del tetto di struttura in analogia con la macroarea di riabilitazione, a cui si rimanda per la fissazione dei limiti di spesa e la stipula dei contratti con gli erogatori privati della medesima branca;
- che per la particolarità della branca di dialisi, essa è oggetto di un contratto individuale di struttura regolamentato in forma separata dalle altre branche, così come convenuto con le Associazioni di categoria;
- che la definizione di limiti di spesa per singola struttura, per le altre branche specialistiche, richiede ulteriori approfondimenti istruttori, in considerazione sia dell’elevato numero delle strutture eroganti prestazioni di specialistica ambulatoriale che per le oltremodo complesse operazioni di corretta definizione dei dati su cui la Regione potrà basare la corretta attribuzione di tetti individuali a ciascuna struttura privata;

## RITENUTO

- che sia, quindi, necessario procedere anche per l’esercizio 2011 alla attribuzione di limiti di spesa per ASL e macroarea/branca/tipologia di prestazioni, utilizzando le modalità di definizione dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli operatori privati già stabilite per l’esercizio 2008 dalla DGRC n. 1268/08, per l’esercizio 2009 dalla DGRC n. 1269/09 (e s.m.i.) e per l’esercizio 2010 dal Decreto n.35 del 22/06/2010; in particolare, si richiama la DGRC n. 1268/08 laddove dispone che:

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

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

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

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

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

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

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

- che per l' esercizio 2011 si applicheranno, quindi, tutte le condizioni stabilite dalle DGRC n. 1268/08, 1269/09 e s.m.i., con la ulteriore specificazione del limite di spesa per ciascuna branca specialistica, come esposti nell'allegato n. 1 al presente decreto;

#### CONSIDERATO inoltre

- che i limiti di spesa assegnati dal presente decreto a ciascuna ASL hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del SSN, in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente verificare prima della stipula del contratto allegato al presente decreto, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo di spesa prefissato dal presente decreto;

#### RITENUTO inoltre

- che le ASL sono tenute ad assegnare ai medici prescrittori interni e/o convenzionati il budget delle prestazioni di specialistica ambulatoriale sulla base degli importi definiti per l'esercizio 2010 per ciascuna ASL, rispettivamente, negli allegati n. 1 (colonna D) e n. 2 al presente decreto, diminuiti dell'1,4%; nell'ambito della assegnazione del budget e del successivo controllo di applicazione dello stesso, le ASL devono porre la massima attenzione alla appropriatezza delle prescrizioni ed al rispetto delle linee guida regionali, anche al fine di contenere i costi nei limiti programmati;
- che è interesse dell'amministrazione garantire la distribuzione temporale delle prestazioni in corso d'anno in modo il più possibile omogeneo, al fine di evitare che il precoce esaurimento dei limiti di spesa possa compromettere il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- che, a tal fine, l'indirizzo, più volte affermato dalla giurisprudenza amministrativa (v. TAR Campania, Sezione I, sentenze 16592/2007 e 3821/2008; Consiglio di Stato, Sezione V, sentenza n. 3904/2009) secondo il quale la verifica del rispetto della C.O.M. su base annua (anziché mensile, o settimanale, o giornaliera) è maggiormente idonea “... a garantire gli equilibri di gestione di una struttura sanitaria, salvaguardandone l'attività da conseguenze derivanti da eventuali ed improvviso aumenti della domanda di prestazioni, evitandone viceversa la caduta nei periodi di forzata sospensione dell'attività lavorativa ...”, deve essere temperato con l'interesse generale a che, nell'ambito dei limiti di spesa programmati, i centri privati che erogano prestazioni pubbliche riservino almeno in parte il budget annuale all'esigenza di assicurare la continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate;
- che anche a tal fine le ASL comunicheranno a ciascun centro privato con lettera raccomandata A.R. (o a mezzo PEC - Posta Elettronica Certificata, secondo accordi da definire a livello locale tra la ASL e gli operatori stessi):
  - la percentuale consuntiva di consumo del limite di spesa stabilito per ciascuna branca;

- la data prevedibile di raggiungimento del 100% di consumo del limite di spesa (in base alla proiezione lineare dei dati consuntivi), nonché la data consuntiva di raggiungimento di detto limite;

le suddette comunicazioni dovranno essere effettuate dalla ASL secondo il seguente calendario:

- entro il 15 aprile dell'anno di riferimento il consuntivo delle prestazioni erogate al 28 febbraio, e conseguenti proiezioni a finire;
- entro il 31 luglio dell'anno di riferimento il consuntivo delle prestazioni erogate al 30 giugno, e conseguenti proiezioni a finire;
- entro il 31 ottobre dell'anno di riferimento il consuntivo delle prestazioni erogate al 30 settembre, e conseguenti proiezioni a finire;
- entro il 30 novembre dell'anno di riferimento il consuntivo delle prestazioni erogate al 31 ottobre, e conseguenti proiezioni a finire;
- che, ai fini della remunerazione delle prestazioni subito prima e dopo l'eventuale superamento del limite di spesa stabilito per i centri privati a livello di ASL / branca, si applicherà la seguente regola:
  - qualora l'esaurimento del limite di spesa si verifichi a consuntivo prima della data prevista nell'ultima comunicazione della ASL, 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;
  - qualora l'esaurimento del limite di spesa si verifichi 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;

#### CONSIDERATO altresì

- che le prestazioni della branca di radioterapia possono essere considerate, per loro natura, a minor rischio di non appropriatezza ed indispensabili (cd. prestazioni "salvavita"), limitatamente a questa branca si stabilisce che:
  - eventuali superamenti della spesa per l'esercizio 2011 fissata dal presente decreto, fatte salve le valutazioni ed i controlli di tipo clinico - epidemiologico e di appropriatezza, che dovranno essere effettuati correntemente dalle ASL, durante l'anno solare, ed essere completati entro il 31 marzo dell'anno successivo di riferimento, saranno remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato;
  - a tal fine, le ASL nelle quali si dovesse profilare in corso d'anno il superamento della spesa prefissata per radioterapia, dovranno stipulare con i centri privati operanti sul proprio territorio appositi accordi integrativi, quantificando il fabbisogno aggiuntivo, tenuto conto della eventuale disponibilità di prestazioni erogabili presso centri pubblici dello stesso territorio;
  - in ogni caso, qualora il maggiore fabbisogno superi il limite previsto dal presente decreto, tali accordi integrativi dovranno essere preventivamente approvati dalla Regione;

- che al fine di evitare che il particolare regime sopra previsto per eventuali superamenti della spesa per l' esercizio 2011, fissata dal presente decreto, per la branca di radioterapia, possa determinare spese "fuori bilancio":
  - tutti gli eventuali risparmi di spesa che saranno realizzati nell' anno 2011, rispetto ai limiti di spesa assegnati dal presente decreto (e/o da altri provvedimenti regionali) alle ASL per le diverse macroaree / branche delle prestazioni erogate dai soggetti privati, saranno destinati prioritariamente alla copertura della eventuale maggiore spesa per radioterapia, in concorrenza con la branca di dialisi, vedi decreto n. 7 del 31 gennaio 2011;
  - eventuali risparmi realizzati in una ASL rispetto alla spesa per radioterapia prevista per l'anno 2011 dal presente decreto, saranno destinati a compensare l'eventuale maggiore spesa prodotta su tali prestazioni in altre ASL;

#### RITENUTO altresì

- che sia necessario ed opportuno assicurare il monitoraggio ed, eventualmente, l'adeguamento in corso d'anno del numero di prestazioni e, quindi, del valore medio delle prestazioni, che le ASL stabiliranno per ogni branca specialistica in applicazione del presente decreto;
- che l'adeguamento del valore medio delle prestazioni in corso d'anno è specificamente previsto dal comma 1 dell'art. 8 degli allegati schemi di protocollo con le Associazioni e di contratto con i singoli centri privati;
- che, al fine di assicurare uniformità di indirizzi e di comportamenti, nonché di utilizzare lo strumento del valore medio delle prestazioni per migliorarne il livello di appropriatezza e di efficienza, il gruppo di lavoro regionale costituito con Decreto n. 66/2010 provvederà a specifiche verifiche ed approfondimenti sull'argomento, anche attraverso incontri con le Associazioni di categoria interessate, fornendo indirizzi alle ASL e proponendo eventuali correzioni, che potranno essere oggetto di appositi provvedimenti regionali;
- che per tutto quanto non precisato e/o modificato dal presente decreto si applicano le disposizioni recate dalle delibere della Giunta Regionale in materia di limiti di spesa dei centri privati con riferimento, in particolare, alle DGRC n. 1268/08 e n. 1269/09 e s.m.i. e al decreto n.35/2010;

#### DATO ATTO

- che in data 23 marzo 2011 si è tenuto un incontro fra i rappresentanti della Regione Campania e le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative della macroarea "Specialistica ambulatoriale"( Allegato 2), in esito al quale, le associazioni di categoria hanno condiviso la programmazione finanziaria di macroarea per il 2011 che prevede un contenimento percentuale della spesa tale da quantificare in € 397.775.078 il volume finanziario complessivo per il 2011, come dettagliatamente disciplinato nell'allegato 1 al presente decreto;
- che le Associazioni hanno rappresentato il persistere, a loro giudizio, di alcune criticità nell'organizzazione del sistema di prescrizione ed erogazione delle prestazioni di specialistica , nonché nei meccanismi di funzionamento dei tetti di branca ;
- che il sub commissario ad acta per il Piano di Rientro, dr. Mario Morlacco ha fornito ampia disponibilità a valutare, in corso d'anno, dispositivi e strumenti utili ad apportare eventuali correttivi alla disciplina regionale in materia di Tetti di spesa.

## DECRETA

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

1. Le premesse e gli allegati formano parte integrante e sostanziale del presente decreto.
2. Di stabilire che il tetto di spesa per l'esercizio 2011 è suddiviso per branca e per singola ASL.
3. Di stabilire che per l'esercizio 2011 ai centri privati che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale, accreditati o provvisoriamente / temporaneamente accreditati, si applicano i limiti di spesa fissati nell'allegato n. 1 al presente decreto, con le modalità, prescrizioni e condizioni tutte specificate nel presente decreto.
4. 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.
5. Di stabilire che Aziende Sanitarie Locali, ai fini della sottoscrizione dei contratti relativi l'esercizio 2011 utilizzeranno lo schema di contratto allegato A\2 al presente decreto, stipulando i relativi contratti entro il 4 aprile 2011.
6. Di precisare che le strutture sanitarie private che non sottoscrivano il contratto di cui al comma precedente, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale così formulata dalla ASL competente - fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria - saranno prive di contratto e, pertanto, per tali strutture dal 10 aprile 2011 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).
7. In caso di contenzioso, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa di branca di appartenenza somme pari al fatturato, al netto dei controlli, riconosciuto al centro nell'esercizio precedente, fino alla definizione del contenzioso stesso.
8. Limitatamente alle prestazioni di radioterapia si stabilisce che:
  - a) eventuali superamenti della spesa per l'esercizio 2011, fissata dal presente decreto, fatte salve le valutazioni ed i controlli di tipo clinico - epidemiologico e di appropriatezza, che dovranno essere effettuati correntemente dalle ASL, durante l'anno solare, ed essere completati entro il 31 marzo dell'anno successivo di riferimento, saranno remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato;
  - b) a tal fine, le ASL nelle quali si dovesse profilare in corso d'anno il superamento della spesa prefissata per radioterapia, dovranno stipulare con i centri privati operanti sul proprio territorio appositi accordi integrativi, quantificando il fabbisogno aggiuntivo, tenuto conto della eventuale disponibilità di prestazioni erogabili presso centri pubblici dello stesso territorio;
  - c) in ogni caso, qualora il maggiore fabbisogno superi il limite previsto dal presente decreto, tali accordi integrativi dovranno essere preventivamente approvati dalla Regione.

9. Alla branca di radioterapia si applicano, inoltre, le particolari disposizioni:
- a) tutti gli eventuali risparmi di spesa che saranno realizzati nell' esercizio 2011 rispetto ai limiti di spesa assegnati dal presente decreto (e/o da altri provvedimenti regionali) alle ASL per le diverse macroaree / branche delle prestazioni erogate dai soggetti privati, saranno destinati prioritariamente alla copertura della eventuale maggiore spesa per radioterapia in concorrenza con la branca di dialisi, vedi decreto n. 7 del 31 gennaio 2011;
  - b) eventuali risparmi realizzati in una ASL rispetto alla spesa per radioterapia prevista l' esercizio 2011 dal presente decreto, saranno destinati a compensare l'eventuale maggiore spesa prodotta su tali prestazioni in altre ASL.
10. Di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali devono assegnare ai medici prescrittori interni e/o convenzionati il budget delle prestazioni di specialistica ambulatoriale sulla base degli importi definiti nell' esercizio 2011 per ciascuna ASL, rispettivamente, negli allegati n. 1 (colonna D) e n. 2 al presente decreto, ponendo la massima attenzione, nell'ambito della assegnazione del budget e del successivo controllo di applicazione dello stesso, all'appropriatezza delle prescrizioni ed al rispetto delle linee guida regionali, anche al fine di contenere i costi nei limiti programmati. A tal fine, le ASL sono impegnate a produrre alla struttura di supporto del Commissario ad acta idonea documentazione, comprovante l'attuazione del presente disposto.
11. Di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di competenza, alle AA.GG.CC. "Piano Sanitario Regionale", "Assistenza Sanitaria", "Gabinetto Presidente della Giunta Regionale", ed al Settore "Stampa e Documentazione" per la pubblicazione sul BURC.

Il Commissario ad Acta  
Stefano Caldoro

Si esprime parere favorevole  
Il Sub Commissario  
Dott. Mario Morlacco

Il Coordinatore dell' A.G.C. 19  
Dott. Albino D'Ascoli

Il Coordinatore dell' A.G.C. 20  
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente del Servizio  
Economico Finanziario  
Dott. G. F. Ghidelli

Avv. Lara Natale

## PROGRAMMAZIONE 2011

## Obiettivo: Assistenza Specialistica Esterna da Privati escluso Dialisi e FKT (1)

Euro in Mgl	(+)	(+)	(+)	(=)	(-)	(+)	(=)
2011	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)
Importi netto ticket e sconto ex art.1 comma 796 lettera O della Legge 296 del 27/12/2006	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità Passiva intra Regione	Budget Residenti extra Regione	Budget Dipartimenti e Medici	Budget Mobilità Passiva intra Regione	Budget Mobilità Attiva intra Regione	Tetto di Spesa
<b>ASL Avellino</b>	16.042	6.711	353	23.106	6.711	5.547	<b>21.942</b>
<b>ASL Benevento</b>	10.972	3.393	54	14.419	3.393	1.364	<b>12.390</b>
<b>ASL Caserta</b>	55.779	8.446	1.499	65.724	8.446	7.946	<b>65.224</b>
<b>ASL Napoli 1 Centro</b>	69.282	13.516	5.038	87.836	13.516	27.584	<b>101.904</b>
<b>ASL Napoli 2 Nord</b>	53.886	17.190	269	71.345	17.190	18.366	<b>72.521</b>
<b>ASL Napoli 3 Sud</b>	52.826	18.353	285	71.464	18.353	10.213	<b>63.324</b>
<b>ASL Salerno</b>	56.214	7.100	567	63.881	7.100	3.689	<b>60.470</b>
<b>TOTALE</b>	<b>315.001</b>	<b>74.709</b>	<b>8.065</b>	<b>397.775</b>	<b>74.709</b>	<b>74.709</b>	<b>397.775</b>

TETTI 2011	Diabetologia	Branche a visita	Cardiologia	Patologia Clinica (Laboratori)	Medicina nucleare	Radiodiagnostica	Radioterapia	TOTALE
<b>ASL Avellino</b>	1.775	54	542	15.184	1.035	3.352	0	<b>21.942</b>
<b>ASL Benevento</b>	153	0	0	5.916	247	6.074	0	<b>12.390</b>
<b>ASL Caserta</b>	2.761	4.979	4.437	25.242	5.768	20.903	1.134	<b>65.224</b>
<b>ASL Napoli 1 Centro</b>	2.366	5.127	8.825	42.497	17.847	23.664	1.578	<b>101.904</b>
<b>ASL Napoli 2 Nord</b>	0	1.578	5.719	27.312	2.613	30.862	4.437	<b>72.521</b>
<b>ASL Napoli 3 Sud</b>	986	2.366	4.388	29.629	2.958	22.382	615	<b>63.324</b>
<b>ASL Salerno</b>	789	1.777	4.141	27.756	1.478	24.529	0	<b>60.470</b>
<b>TOTALE</b>	<b>8.830</b>	<b>15.881</b>	<b>28.052</b>	<b>173.536</b>	<b>31.946</b>	<b>131.766</b>	<b>7.764</b>	<b>397.775</b>

(1) Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale, gli Importi netto ticket e sconto ex art.1 comma 796 lettera O della Legge 296 del 27/12/2006 e lordo quota ricetta di cui al decreto commissariale 53/2010 e s.m.i.





Regione Campania  
Il Presidente

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

1851/c

VERBALE D'INCONTRO

L'anno 2011 addì 22 del mese di marzo, alle ore 15, presso l'ufficio commissariale per il Piano di Rientro della Regione Campania, a seguito convocazione del 21.03.2011 sono riuniti i rappresentanti della Regione Campania e quelli delle organizzazioni rappresentative delle strutture private che svolgono attività specialistica ambulatoriale.

Sono presenti per la Regione Campania, il Dr Mario Morlacco, sub Commissario ad acta per il Piano di Rientro, il dr Albino D'Ascoli Coordinatore AGC 19, la d.ssa Rosa Martino, Dirigente ASL AV e consulente della struttura commissariale, il dr. Giancarlo Ghidelli, Dirigente del Servizio Economico Finanziario, la d.ssa Lara Natale Coordinatore della struttura Commissariale.

Per le organizzazioni rappresentative della macroarea "Assistenza specialistica ambulatoriale":

Per SNR: il Dr. Bruno Accarino, la d.ssa Maria Esposito

Per ASPAT: il Dr. Pier Paolo Polizzi

Per ANISAP: il Dr. Ciro Oliviero

Per ANPRIC: il Dr. Bruno Pizza, il r. Vincenzo Giordano

Per CONFAPI Sanità: la D.ssa Argenziano Elisabetta ( delegata)

Per FEDERLAB - SBV: il Dr. Pietro Napoletano, l'Avv. Umberto Meo

Per Confederazione Centri Antidiabete: dr. Luigi Giosuè, Lucio Giordano

Per ARCADE: la d.ssa Giuliana Fusco ( Non partecipa)

Per AISA :il Dr. Antonio Salvatore, la d.ssa Valentina Carniello

Per SNABI FEDERBIOLOGI la d.ssa Argenziano Elisabetta.

Per Confindustria Sanità: il dr Eugenio Basile, il dr Giovanni Severino

*Handwritten notes and signatures:*  
AIEF  
AISA con riserva  
ASPAT Campania  
con riserva di spesa

Introduce i lavori il dott. Morlacco il quale richiama l'attenzione sulla grave situazione di disequilibrio del sistema sanitario regionale e sulla necessità di interventi di riequilibrio economico. Richiama, quindi, l'art. 8 quinquies, comma 8, del dlgs 502/92 e s.m.i e la necessità di intervenire sui tetti di spesa.

A tal fine, attesa l'urgenza di pervenire alla stipula dei contratti, propone di limitare il presente accordo all'anno 2011, recependo gli esiti delle precedenti riunioni con le seguenti precisazioni:

- Il tetto di spesa complessivo regionale, invalicabile per il 2011, per ASL e per branca, viene fissato nel 98% del minor valore tra il tetto 2010 ed i volumi economici effettivamente erogati e riconosciuti a seguito dei controlli.

*Handwritten signature:*  
ANPRIC

Per Federlab con riserva  
E 32

Per SNR  
CONFEDERAZIONE ANTIDIABETE

ANISAP  
Per Oliviero  
CONFEDERAZIONE ANTIDIABETE  
CONFINDESTRIA SANITÀ  
Fonte: <http://burc.regione.campania.it>

- La somma di € 2.5 milioni portata in riduzione della branca di Fkt costituisce accantonamento e sarà erogata esclusivamente alle strutture che avranno incrementato nel 2011 rispetto al 2010 le prestazioni a favore di cittadini provenienti da altre Regioni.
- Il 10% del tetto deve intendersi virtualmente accantonato ed utilizzabile solo nei mesi di novembre e dicembre 2011.
- I volumi economici di prestazioni non erogati da strutture che cessano la loro attività nel corso dell'anno, non sono riattribuibili ad altre strutture e costituiscono economie per la Regione.

Segue ampia ed approfondita discussione all'esito della quale si concorda quanto segue:

- si condivide una riduzione del tetto di spesa per il 2011, rispetto a quello del 2010 (di 403.423.000 al netto dell'FKT) in misura pari ad 1,4% (corrispondente a € 5.647.922) per un totale di € 397.775.078.
- La somma di somma € 2.5 milioni non viene stornata dall'fkt.
- Gli altri temi (tetto regionale, accantonamento tetto per gli ultimi mesi, etc) si rinviano agli ultimi incontri.

Letto, firmato, sottoscritto

*[Handwritten signature]*  
Per Federlok con riserva  
E 22  
ENR  
CON RISERVA  
*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*  
G. Videll.

AISA con riserva  
*[Handwritten signature]*  
AISA con riserva  
*[Handwritten signature]*  
ASPAT Campania  
(con riserva) per caso per  
Stabilimento Organismo  
CONFEATI - FEDERBIOLOGI  
CAD *[Handwritten signature]*  
ANISAP *[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*



Il Commissario ad acta  
per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario  
(Delibere Consiglio dei Ministri del 24/07/2009 e 23/04/2010)

Riunione del 22.03.2011

Tetti di Spesa 2011

Associazioni di Categoria	Firma	DATA
AISA	<i>[Signature]</i>	22.3.2011
PENLAB - SBV	<i>[Signature]</i>	22.3.2011
SUR	<i>[Signature]</i>	22-3-2011
CENTR. ANTIDIABETE	<i>[Signature]</i>	22/03/2011
LUPNIE	<i>[Signature]</i>	22/03/2011
Coordinamento SIDA	<i>[Signature]</i>	22/03/2011
Cent. Anti - Febbre Tifoidea	<i>[Signature]</i>	22/03/2011
ASPAT - Campania	<i>[Signature]</i>	22/03/2011
AM/SAP - Campania	<i>[Signature]</i>	22-03-2011

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

La struttura privata .....  
Partita IVA: ..... Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA): .....  
con sede in ..... (Prov: \_\_ ; CAP: \_\_\_\_\_) – Via ..... n° .....  
rappresentato/a dal/la sottoscritto/a ....., CF .....  
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 allegata al presente atto:

- Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente (se superiore a 90 giorni, il sottoscritto si impegna a produrre un nuovo certificato entro 10 giorni da oggi) – oppure copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- Fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL che redige il presente contratto;

b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni / si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di \_\_\_\_\_;

c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27.12.1956, n. 1423, e che non sussistono le cause ostative previste all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006;

d) di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;

**E**

L'Azienda Sanitaria Locale ..... 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 DECRETO di nomina n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_,

**PER**

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di \_\_\_\_\_, redatto in conformità al Decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro n° \_\_\_\_ del \_\_\_\_ / 2011.

**PREMESSO**

- che con decreto n° \_\_\_\_ del \_\_\_\_ / 2011 il Presidente Commissario ad Acta per l'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 2011, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, riferite alle branche di :
- Diabetologia
- Patologia Clinica
- Cardiologia
- Altre branche a visita

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

- Radiodiagnostica
- 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 2011, 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 2011.
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 2011.
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 2011.
4. Il volume massimo di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di \_\_\_\_\_, è determinato in n. \_\_\_\_\_ prestazioni per l'anno 2011, 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 2011 relativa al volume di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di \_\_\_\_\_, determinato per l'anno 2011 all'art. 3, comma 4, è fissato in € \_\_\_\_\_ al netto dello sconto di cui all'art. 1 comma 796 lettera o) della legge 296 del 27/12/06 (pari al lordo di detto sconto a circa € \_\_\_\_\_), composto come specificato nei successivi commi 2, 3 e 4 ed a loro della quota ricetta di cui al decreto n.50/2010.

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

2. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di \_\_\_\_\_ da acquistare nell'anno 2011 per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € \_\_\_\_\_ al netto dello sconto ex legge 296/06 (pari al lordo di detto sconto a circa € \_\_\_\_\_).
3. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di \_\_\_\_\_ che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2011 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 € \_\_\_\_\_ al netto dello sconto ex legge 296/06 (pari al lordo di detto sconto a circa € \_\_\_\_\_).
4. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di \_\_\_\_\_ che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2011 per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € \_\_\_\_\_ al netto dello sconto ex legge 296/06 (pari al lordo di detto sconto a circa € \_\_\_\_\_).
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, in base alle condizioni di riconoscimento dell'addebito alle altre Regioni, stabilite dalla DGRC n. 517/2007, ed asseverate dalle strutture regionali (Assessorato alla Sanità e Agenzia Sanitaria Regionale) che gestiscono gli addebiti e gli accrediti della compensazione della mobilità sanitaria tra le Regioni; l'eventuale sotto utilizzo del limite di cui al comma 4 non potrà essere utilizzato per compensare superamenti dei limiti di cui ai commi 2 e 3.
6. Gli importi di cui al comma 1, al netto e al lordo dello sconto ex legge 296/06, divisi per il volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4, definiscono il valore medio della prestazione per la branca di \_\_\_\_\_, rispettivamente, al netto e al lordo dello sconto ex legge 296/06.

**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 degli sconti di legge e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4.
2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa al netto dello sconto ex legge 296/06 costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nell'anno 2011 dai centri privati, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di riduzione o eliminazione dello sconto ex legge 296/06.
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 prevedibile di raggiungimento del 100% di consumo del limite di spesa (in base alla proiezione lineare dei dati consuntivi), nonché la data consuntiva di raggiungimento di dette percentuali di consumo;

le suddette comunicazioni dovranno essere effettuate dalla ASL secondo il seguente calendario:

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

- entro il 15 aprile dell'anno di riferimento il consuntivo delle prestazioni erogate al 28 febbraio, e conseguenti proiezioni a finire;
- entro il 31 luglio dell'anno di riferimento il consuntivo delle prestazioni erogate al 30 giugno, e conseguenti proiezioni a finire;
- entro il 31 ottobre dell'anno di riferimento il consuntivo delle prestazioni erogate al 30 settembre, e conseguenti proiezioni a finire;
- entro il 30 novembre dell'anno di riferimento il consuntivo delle prestazioni erogate al 31 ottobre, e conseguenti proiezioni a finire.

ai fini della remunerazione delle prestazioni subito prima e dopo l'eventuale superamento del limite di spesa, si applicherà la seguente regola:

- qualora l'esaurimento del limite di spesa si verifichi a consuntivo prima della data prevista nell'ultima comunicazione della ASL, 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;
  - qualora l'esaurimento del limite di spesa si verifichi 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. 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.
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. 5 bis*****(condizioni particolari per la branca di radioterapia)***

*Questo articolo si applica solo per la branca di radioterapia va omissso per le altre branche.*

1. *Le parti si danno atto che, in base a quanto disposto dal Decreto n. \_\_\_ del \_\_\_\_\_ 2011 del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro, eventuali superamenti della spesa per gli esercizi 2011, fissata nello stesso decreto e riportata nel presente protocollo,*

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

*saranno remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, previa stipula di appositi accordi integrativi tra la ASL ed i centri privati operanti sul proprio territorio, alle condizioni e con le modalità specificate nello stesso decreto.*

2. *Le parti si impegnano a rilevare tempestivamente il profilarsi dei superamenti di cui al comma precedente ed a promuovere la definizione dei suddetti accordi integrativi prima che i limiti di spesa prefissati siano esauriti, in modo da evitare ogni possibile disagio per l'utenza.*

**Art. 6****(Tavolo Tecnico)**

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico 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 spettano, in particolare, i seguenti compiti:
  - a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
  - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
4. 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 all'85% del fatturato mensile.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro novanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 30 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 30 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 31 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



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

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.

**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.
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:
  - di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 5% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente;
  - di superare di oltre il 5% il valore medio delle prestazioni (al netto dello sconto), calcolato sulla produzione della struttura nell'ultimo biennio che ne definisce il *case mix* della struttura;

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 5% volume di produzione che del superamento del 5% del case-mix (valore medio). 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 e ne dà immediata comunicazione al Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o disequaglianze applicative del presente protocollo le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare al Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità, con scadenza trimestrale, sugli 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 del contratto)**

1. Il presente contratto si riferisce all'anno 2011 in esecuzione del decreto n. \_\_ del \_\_ 2011 del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro.
2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

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

**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 n. \_\_\_ del \_\_\_ 2011 del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal Disavanzo Sanitario.

..... , \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Timbro e firma della ASL \_\_\_\_\_  
Il Commissario Straordinario

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della struttura privata

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_