

*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. 76 del 09.07 2012

Oggetto: Definizione per l'esercizio 2012 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori di prestazioni dialitiche per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza dialitica - Rettifiche ai decreti commissariali n. 67 e n. 68 del 22 giugno 2012 Rif. punto d) delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010

PREMESSO:

- che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- che l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: *"Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale"*;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario *ad acta* per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso attraverso i programmi operativi di cui al citato art. 2, comma 88, della legge n. 191/09;
- che con delibere del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 e del 23 marzo 2012 il Governo ha nominato il dr. Mario Morlacco sub commissario ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di Rientro;
- che fra gli acta della delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, alla lettera d) è richiamata la *"definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l'attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"*;
- che con delibere n. 1268 del 24 luglio 2008 e n. 1269 del 16 luglio 2009, modificata dal decreto del Presidente Commissario ad Acta n. 3 del 30.9.09, la Giunta Regionale ha aggiornato la programmazione recata dalla DGRC n. 517/07 ed i correlati limiti di spesa, stabilendo diverse modifiche, integrazioni e miglioramenti alla normativa precedente, anche per adeguarla al nuovo assetto territoriale delle ASL campane conseguente alla L.R. 16/08;

*Regione Campania**Il Presidente*

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

- che con il decreto n. 35 del 22 giugno 2010 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono stati aggiornati i limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2010 dalla DGRC n. 1269/09 per le prestazioni di assistenza di dialisi;
- che con il decreto n. 7 del 31 gennaio 2011 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono state aggiornate le tariffe delle prestazioni di dialisi e stabiliti i relativi limiti di spesa per l'esercizio 2011;
- che con il decreto n. 85 del 20/12/2011 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono state semplificate le procedure stabilite dal suddetto Decreto n. 7/2011 per l'autorizzazione dei contratti integrativi;

CONSIDERATO

- che i limiti di spesa assegnati dal presente decreto hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, 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;
- 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;
- tutte le strutture private che erogano prestazioni di dialisi (sia in accreditamento definitivo che in regime di autocertificazione) devono stipulare con le AA.SS.LL. competenti per territorio il contratto di struttura relativo alle prestazioni erogate nell'esercizio 2012, in conformità allo schema allegato A/2 al presente decreto;
- che le prestazioni della branca di dialisi possono essere considerate, per loro natura, indispensabili e a basso rischio di non appropriatezza;
- che dagli studi epidemiologici e alla luce dei dati consuntivi dell'anno 2011, si può prevedere un incremento annuo del 2% dei volumi di prestazioni di dialisi e correlati limiti di spesa;
- che pertanto, limitatamente a tale branca, appare possibile consentire eventuali superamenti della spesa programmata per l'esercizio 2012 e 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 2013;
- che le procedure per la stipula dei contratti integrativi sono quelle previste dal citato decreto n. 85 del 20/12/2011 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario;

VALUTATO

- pertanto, congruo, prevedere per l'anno 2012 un incremento del 2% rispetto al 2011 del volume di prestazioni dei centri privati operanti in ciascuna ASL e relativo limite di spesa, come definito nell'allegato n. 1 al presente decreto, colonne D) ed E);



Regione Campania
Il Presidente

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

- che sarà compito di ciascuna ASL stipulare i contratti con le singole strutture private, definendo il volume di prestazioni ed il correlato limite di spesa sulla base del consuntivo 2011 dei centri privati operanti nella medesima ASL;
- di destinare prioritariamente alla copertura della eventuale maggiore spesa per dialisi tutti gli eventuali risparmi di spesa che saranno realizzati nel 2012, rispetto ai limiti assegnati da altri provvedimenti regionali alle ASL per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati; nonché destinare eventuali risparmi realizzati in una ASL rispetto alla spesa per dialisi prevista per il 2012 dal presente decreto, esclusivamente a compensare l'eventuale maggiore spesa prodotta su tali prestazioni in altre ASL;

RITENUTO

- di confermare tutto quanto già disposto dal decreto n. 7/2011 in materia di tariffe e criteri di remunerazione delle prestazioni di dialisi; in particolare, come già stabilito dal decreto 35/2010, è sospeso e non più operante l'adeguamento annuale automatico al tasso effettivo di inflazione precedentemente stabilito dalla DGRC n. 3467/2003;

RIBADITA la necessità di:

- promuovere e potenziare la distribuzione diretta della Eritropoietina ed incentivare l'uso dei farmaci biosimilari.;
- promuovere e potenziare programmi ed interventi di prevenzione, indirizzati a fornire assistenza per il paziente uremico cronico al fine di ritardarne il ricorso alle prestazioni dialitiche;
- tracciare e monitorare le prestazioni dialitiche attraverso l'informatizzazione del piano terapeutico personale e la registrazione di tutte le prescrizioni, mediante il ricorso ad uno specifico registro informatico;
- valorizzare il ricorso ai presidi pubblici per esami predialisi e postdialisi;
- dichiarare completamente superato il regime di assistenza indiretta;

DATO ATTO

- 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. ed i decreti commissariali n. 35/2010, n. 7/2011 e s.m.i.;

CONSIDERATO

- che con decreti commissariali n. 67 e n. 68 del 22 giugno 2012 sono stati stabiliti, rispettivamente, i limiti di spesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (esclusa dialisi ed FKT) e di

*Regione Campania**Il Presidente*

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

- riabilitazione (art. 26 e art. 44 L. 833/78) e socio sanitario, ed i relativi schemi contrattuali (nonché, per la specialistica, lo schema di protocollo d'intesa tra ciascuna ASL e le Associazioni di categoria);
- che nell'art. 7 - (*modalità di pagamento delle prestazioni*) degli schemi contrattuali o di protocollo d'intesa, approvati dai suddetti decreti commissariali n. 67 e n. 68 del 22 giugno 2012, in applicazione degli accordi raggiunti con le Associazioni di Categoria il 16 maggio 2011 ed approvati dal decreto commissariale n. 47 del 20 giugno 2011, limitatamente alle prestazioni rese nell'esercizio corrente, è stata inserita la previsione:
 - al comma 1, secondo periodo, che *"Ai sensi del decreto commissariale n. 47 del 20 giugno 2011, limitatamente alle prestazioni rese nell'esercizio corrente, l'acconto potrà essere non inferiore al 70% del fatturato mensile"*;
 - al comma 2, primo periodo, che *"Ai sensi del decreto commissariale n. 47 del 20 giugno 2011, limitatamente alle prestazioni rese nell'esercizio corrente, il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro la fine del quinto mese successivo a quello in cui sono state rese le prestazioni, previa emissione della relativa fattura mensile, e il pagamento del saldo avverrà in quattro tranche come segue: entro il 31 agosto per le fatture del primo trimestre; entro il 30 novembre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 28 febbraio 2013 per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 31 maggio 2013 per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre"*;
 - che, in effetti, come osservato da diverse Associazioni di categoria, nelle richiamate intese approvate dal decreto commissariale n. 47/2011 la previsione di un acconto mensile inferiore a quello contrattualmente dovuto (stabilito nel primo periodo del comma 1 dell'art. 7 citato) e pari ad almeno il 70% del fatturato mensile è da considerarsi una circostanza eccezionale, da non elevare a regola: negli accordi del 16 maggio 2011 con le Associazioni della riabilitazione e dei laboratori, infatti, è specificato che tale eventualità potrà essere consentita solo *"... in caso di documentata impossibilità al pagamento delle percentuali previste nei contratti"*;
 - che la previsione di una dilazione di pagamento più ampia dell'ordinario, contenuta nelle richiamate intese approvate dal decreto commissariale n. 47/2011, e limitata alle prestazioni erogate nel 2011 e nel 2012, è coerente con le azioni di risanamento finanziario in corso ai sensi del decreto commissariale n. 12/2011 e s.m.i.; fermo restando che tali condizioni potranno essere modificate dal 1° gennaio 2013;
 - che risulta, quindi, opportuno disporre che le ASL espungano il sopra citato secondo periodo del comma 1 dell'art. 7 - (*modalità di pagamento delle prestazioni*) dagli schemi contrattuali o di protocollo d'intesa, approvati dai suddetti decreti commissariali n. 67 e n. 68 del 22 giugno 2012;

CONSIDERATO, altresì,

- che nelle premesse del decreto commissariale n. 68 del 22 giugno 2012, a pag. 5, per mero disguido è stata inserito il seguente passaggio: *"RIBADITO che nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti negli allegati 1 e 2 per ciascun soggetto giuridico (che eroga prestazioni ex art. 26, ex art.44 e socio-sanitarie RSA) è consentita una osmosi tra le tre branche"*;
- che detto passaggio risulta incongruo ed inesatto, sia perché nel decreto n. 68/2012 non sussistono gli allegati n. 1 e n. 2, sia perché l'osmosi fra le tre branche (prestazioni di riabilitazione ex art. 26 L.



Regione Campania
Il Presidente

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

- 833/78, ex art. 44 L. 833/78 e socio sanitario), introdotta dal decreto commissariale n. 25 del 5 aprile 2011 è ammessa esclusivamente per singole strutture (e non per ciascun soggetto giuridico, che potrebbe essere titolare di più strutture accreditate, nell'ambito della stessa ASL, o di più ASL);
- che, peraltro, nello stesso schema contrattuale allegato A/1 al decreto n. 68/2012, che regola la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26, art. 44, salute mentale, e socio sanitario da erogarsi nel 2012 da parte di ciascuna struttura privata ed i correlati limiti di spesa, all'art. 4, comma 1, è stabilito che "... nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti per ciascuna struttura (che eroga prestazioni ex art. 26, ex art. 44 e socio-sanitarie RSA) è consentita una osmosi tra le tre branche (prestazioni ex art. 26, ex art. 44 ed RSA): un superamento del limite di spesa stabilito per le prestazioni ex art. 26 potrà essere compensato da un sotto utilizzo del limite di spesa stabilito per le prestazioni ex art. 44 e viceversa; analogamente un superamento del limite di spesa stabilito per le prestazioni di salute mentale e socio sanitarie (RSA) potrà essere compensato da un sotto utilizzo del limite di spesa stabilito per le prestazioni ex art. 26 e viceversa", esattamente come già stabilito per l'esercizio 2011 dal decreto commissariale n. 25/2011;
 - che, pertanto, la difformità tra il citato passaggio a pag. 5 delle premesse del decreto n. 68/2012 la regola già stabilita per l'esercizio 2011 dal decreto n. 25/2011 e confermata per il 2012 nello schema contrattuale allegato A/1 allo stesso decreto n. 68/2012 deve essere risolta, nel senso di ribadire che – come già stabilito dal decreto commissariale n. 25 del 5 aprile 2011 – la cd. osmosi è consentita solo a livello di singola struttura (e non di singolo soggetto giuridico);

DECRETA

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

1. Di stabilire per l'esercizio 2012 i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa per ciascuna Azienda Sanitaria Locale nella misura di un incremento del 2% rispetto ai volumi di prestazioni ed alla spesa consuntiva 2011 di ciascuna ASL, come esposto nell'allegato n. 1, colonne D) ed E).
2. Di stabilire che le Associazioni di categoria della branca di dialisi, entro 5 giorni dalla notifica del presente decreto, dovranno stipulare con le ASL competenti per territorio i Protocolli di intesa per le prestazioni da erogarsi per l'anno 2012 secondo lo schema allegato A/1 al presente decreto.
3. Di stabilire che sarà compito di ciascuna ASL stipulare i contratti con le singole strutture private, definendo per ciascuna di esse il volume di prestazioni ed il correlato limite di spesa sulla base del consuntivo 2011 dei centri privati operanti nella medesima ASL.
4. Di stabilire che tutte le strutture private che erogano prestazioni di dialisi (sia in accreditamento definitivo che in regime di autocertificazione) entro 10 giorni dalla notifica del presente decreto dovranno stipulare con le ASL competenti per territorio il contratto di struttura relativo alle prestazioni da erogare nell'esercizio 2012, secondo lo schema allegato A/2 al presente decreto.
5. Di ribadire che le prestazioni di dialisi erogate in Campania dai centri accreditati e/o provvisoriamente o temporaneamente accreditati (in regime di autocertificazione), sono quelle elencate nell'allegato n. 11 alla DGRC n. 1269 del 16 luglio 2009, pubblicato sul BURC n. 48 del 3 agosto 2009, codici da 39.95.1 a 39.95.9 con le modalità e tariffe previste dal decreto n. 7 del 31 gennaio 2011 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro.



Regione Campania
Il Presidente

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

6. Di ribadire che per le prestazioni di dialisi è sospeso e non più operante l'adeguamento annuale automatico al tasso effettivo di inflazione precedentemente stabilito dalla DGRC n. 3467/2003.
7. Di stabilire con riferimento alle sole prestazioni di dialisi che:
 - a) eventuali superamenti della spesa per l'esercizio 2012, 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 2013, 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 dialisi, dovranno stipulare con i centri privati operanti sul proprio territorio appositi accordi integrativi ai sensi del Decreto commissariale n. 85/2011, quantificando il fabbisogno aggiuntivo, tenuto conto della eventuale disponibilità di prestazioni erogabili presso centri pubblici dello stesso territorio.
8. Di stabilire che alla branca di dialisi si applicano, come espresso in premessa, le seguenti specifiche disposizioni:
 - a) tutti gli eventuali risparmi di spesa che saranno realizzati nel 2012, rispetto ai limiti di spesa assegnati 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 dialisi;
 - b) eventuali risparmi realizzati in una ASL rispetto alla spesa per dialisi prevista per il 2012 dal presente decreto, saranno destinati esclusivamente a compensare l'eventuale maggiore spesa prodotta su tali prestazioni in altre ASL.
9. Di confermare che la modalità di assistenza diretta mediante accesso alle strutture di dialisi prevede un'unica prescrizione mensile del Medico di Medicina Generale sulla base del Piano Terapeutico dei Centri Prescrittori.
10. Di prevedere che tutti i centri che erogano prestazioni dialitiche e che sono individuati quali prescrittori debbano procedere ad informatizzare il piano terapeutico e registrare tutte le prescrizioni attraverso uno specifico registro informatico.
11. Di impegnare le ASL e i centri di dialisi al potenziamento della distribuzione della Eritropoietina con acquisti a cura delle ASL ed incentivando la distribuzione dei farmaci biosimilari.
12. Di impegnare le ASL e i centri di dialisi per definire protocolli protetti per l'esecuzione di esami diagnostici con le strutture pubbliche.
13. Di disporre che le ASL espungano il secondo periodo del comma 1 dell'art. 7 - (*modalità di pagamento delle prestazioni*) dagli schemi contrattuali o di protocollo d'intesa, approvati dai decreti commissariali n. 67 e n. 68 del 22 giugno 2012.
14. Di rettificare il passaggio esposto a pag. 5 delle premesse del decreto commissariale n. 68 del 22 giugno 2012, chiarendo che si ribadisce che la cd. osmosi tra diverse macroaree di prestazioni è consentita solo a livello di singola struttura privata, come già stabilito per l'esercizio 2011 dal decreto commissariale n. 25 del 5 aprile 2011 e confermato nello schema contrattuale allegato A/1 al medesimo decreto n. 68/2012.



Regione Campania

Il Presidente

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

15. 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

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

**PRESTAZIONI DI DIALISI EROGATE DAI CENTRI PRIVATI
VOLUMI DI PRESTAZIONI E CORRELATI LIMITI DI SPESA PER IL 2012**

Allegato n. 1

| ASL | Decreto n. 7/11 | | | CONSUNTIVO 2011 | | | Volumi di prestazioni e limiti di spesa 2012 | | |
|------------------------|--------------------|-------------------------------|---|-----------------|-----------------------|------------------------------------|--|-----------------------|------------------------------------|
| | Totale Prest. 2011 | Limite Fatturato LORDO SCONTO | Limite Fatturato NETTO SCONTO elimito 15% (*) | Prest 2011 | lordo sconto 2011 | netto sconto 2011 e limite 15% (*) | Prest 2012 | lordo sconto 2012 | 2012 netto sconto e limite 15% (*) |
| ASL di Avellino | 34.520 | 6.270.000,00 | 6.156.000,00 | 34.017 | 6.221.741,52 | 6.089.089,52 | 34.697 | 6.346.176,35 | 6.210.871,31 |
| ASL di Benevento | 27.548 | 5.003.500,00 | 4.912.700,00 | 29.850 | 5.335.472,85 | 5.230.855,74 | 30.447 | 5.442.182,31 | 5.335.472,85 |
| ASL di Caserta | 102.600 | 18.635.300,00 | 18.297.100,00 | 101.965 | 18.243.044,09 | 17.885.337,34 | 103.880 | 18.585.717,16 | 18.221.291,33 |
| ASL Napoli 1 Centro | 120.729 | 21.928.600,00 | 21.530.100,00 | 122.499 | 22.084.220,61 | 21.651.196,68 | 124.949 | 22.525.905,03 | 22.084.220,61 |
| ASL Napoli 2 Nord | 131.649 | 23.911.600,00 | 23.477.500,00 | 130.816 | 23.820.735,85 | 23.353.662,60 | 133.432 | 24.373.843,04 | 23.895.924,55 |
| ASL Napoli 3 Sud | 139.542 | 25.345.300,00 | 24.884.100,00 | 139.744 | 26.060.572,66 | 24.759.251,09 | 142.539 | 26.581.784,11 | 25.254.436,12 |
| ASL di Salerno | 132.500 | 24.066.100,00 | 23.628.800,00 | 136.156 | 24.710.637,81 | 24.166.808,74 | 138.880 | 25.205.574,87 | 24.650.145,28 |
| Totale Campania | 689.088 | 125.160.400,00 | 122.886.300,00 | 695.047 | 126.476.425,40 | 123.136.201,72 | 708.824 | 129.061.182,87 | 125.652.362,06 |

(*) N. B.: IMPORTI AL LORDO DELLA QUOTA RICETTA REGIONALE E NAZIONALE

Protocollo d'intesa con le associazioni di categoria per la stipula dei contratti per l'esercizio 2012 con i Centri di Dialisi ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

**Schema di Protocollo di intesa tra 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 DIALISI, da erogarsi per l'anno 2012 da parte delle strutture private accreditate o provvisoriamente o temporaneamente accreditate (in regime di autocertificazione) ed i correlati limiti di spesa.**

E

L'Azienda Sanitaria Locale -----_Partita IVA: ----- Codice Fiscale-----
----- (se diverso dalla Partita IVA): rappresentata dal Direttore Generale / Commissario Straordinario -----, nato a ----- (--) il --/--/-----, munito dei necessari poteri come da DGRC / DECRETO di nomina n. ---- del ---/--/-----:

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di EMODIALISI AMBULATORIALE **per l'anno 2012**, redatto in conformità al Decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro n° ----- del --/--/2012,

PREMESSO

1. che con delibere n. 1268 del 24 luglio 2008 e n. 1269 del 16 luglio 2009, modificata dal decreto del Presidente Commissario ad Acta n. 3 del 30.9.09, la Giunta Regionale ha aggiornato la programmazione recata dalla DGRC n. 517/07 ed i correlati limiti di spesa, stabilendo diverse modifiche, integrazioni e miglioramenti alla normativa precedente, anche per adeguarla al nuovo assetto territoriale delle ASL campane conseguente alla L.R. 16/08, che sono recepite nel presente Protocollo
2. che con il decreto n° 7 del 31/01/2011 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono stati definiti i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2011 per le prestazioni di dialisi ambulatoriale;
3. che con il decreto n° del/.../2012 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono stati definiti i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2012 per le prestazioni di dialisi ambulatoriale;
4. che le prestazioni della branca di dialisi possono essere considerate, per loro natura, a minor rischio di non appropriatezza ed indispensabili; pertanto, limitatamente a tale branca il medesimo decreto ha stabilito che:
5. eventuali superamenti della spesa per l'esercizio 2012, fissata dal presente decreto, fatte salve le valutazioni ed i controlli di tipo clinico – epidemiologico e di appropriatezza, nonché del rispetto dei requisiti di accreditamento ai sensi del regolamento n. 3/2006, che dovranno essere effettuati correntemente dalle ASL durante l'anno solare, ed essere completate entro il 31 marzo 2013, saranno remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato;
6. a tal fine, le AASSLL nelle quali si dovesse profilare in corso d'anno il superamento della spesa prefissata per dialisi, dovranno stipulare con in 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. Ai sensi del decreto n. 85 del 20.12.2011, il Commissario Straordinario/Direttore Generale della ASL dovrà adottare una motivata delibera di approvazione dei contratti integrativi, da inviare subito dopo alla Regione. Entro tre mesi dalla fine dell'esercizio, il

Protocollo d'intesa con le associazioni di categoria per la stipula dei contratti per l'esercizio 2012 con i Centri di Dialisi ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

Commissario Straordinario/Direttore Generale della ASL dovrà adottare una formale delibera che approvi i controlli eseguiti dalle competenti strutture della ASL in merito alla appropriatezza e regolarità delle prestazioni, da inviare alla Regione entro i quindici giorni successivi.

7. tutti gli eventuali risparmi di spesa che saranno realizzati nel 2012, rispetto ai limiti di spesa assegnati da altri provvedimenti regionali alle ASL per le diverse macroaree e branche delle prestazioni erogate dai soggetti privati, saranno destinati prioritariamente alla copertura della eventuale maggiore spesa per dialisi;
8. eventuali risparmi realizzati in una ASL rispetto alla spesa per dialisi prevista per il 2012 dal presente decreto, saranno destinati esclusivamente a compensare l'eventuale maggiore spesa prodotta su tali prestazioni in altre ASL;

DATO ATTO

- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative del citato decreto n°del .../.../2012 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario;

Si conviene quanto segue:**Art. 1**

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

Art. 2**(oggetto)**

1. Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione dei volumi, delle tipologie delle prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE ed i correlati limiti di spesa da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2012 da parte delle strutture private accreditate operanti nel territorio della sottoscritta ASL.

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

1. Il fabbisogno di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2012 dalle strutture private accreditate, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2012, è determinato in n. (prestazioni).

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

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2012 per il volume di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE determinato all'art. 3, è fissato in € al netto dello sconto di cui all'art. 1 comma 796 lettera o) della legge 296 del 27/12/2006 (pari al lordo di detto sconto a circa €) ed al brdo della quota ricetta regionale e nazionale.

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

Protocollo d'intesa con le associazioni di categoria per la stipula dei contratti per l'esercizio 2012 con i Centri di Dialisi ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

1. La remunerazione delle prestazioni di cui al precedente art. 4 avverrà sulla base delle tariffe regionali e della soglia massima di remunerazione delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, pari al 15% del numero delle prestazioni di dialisi (codici da 39.95.1 a 39.95.9) complessivamente erogate da ciascuna struttura, come stabilito dal decreto n. 7/2011 e ribadito dal citato decreto n. del .../.../2012 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario – 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 nell' art. 4 quale limite di spesa al netto dello sconto ex legge 296 del 27/12/06 (ed al lordo della quota ricetta regionale e nazionale) costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nel 2012 dai centri di dialisi operanti nel territorio della sottoscritta ASL, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di riduzione o eliminazione dello sconto ex legge 296 del 27/12/06, fatto salvo quanto espressamente precisato al punto 6 della PREMessa.
3. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente 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, fatto salvo quanto espressamente precisato al punto 6 della PREMessa.
4. Le parti si danno atto che, in base a quanto disposto dal Decreto n. ... del .../.../2012 del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro, eventuali superamenti del limite di spesa per l'esercizio 2012, fissato nello stesso decreto e riportato nel presente Protocollo, 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 e nel decreto n. 85 del 20/12/2011.
5. 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 protocollo è istituito un tavolo tecnico regionale.
2. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private, 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.
3. Per le finalità di cui ai commi precedenti le strutture private accreditate sono impegnate a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese

Protocollo d'intesa con le associazioni di categoria per la stipula dei contratti per l'esercizio 2012 con i Centri di Dialisi ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

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. Ai sensi del decreto commissariale n. 47 del 20 giugno 2011, limitatamente alle prestazioni rese nell'esercizio corrente, il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro la fine del quinto mese successivo a quello in cui sono state rese le prestazioni, previa emissione della relativa fattura mensile, e il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 31 agosto per le fatture del primo trimestre; entro il 30 novembre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 28 febbraio 2013 per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 31 maggio 2013 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 delle strutture private accreditate operanti sul territorio della sottoscritta ASL, delle note credito richieste dalla ASL, con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese,
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.

Art. 8**(efficacia e norme finali)**

1. Il presente protocollo si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2012 in esecuzione del decreto n.del/.../2012. del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro.
2. Il presente protocollo sarà adeguato ai successivi provvedimenti regionali in materia che dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.
3. 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.

....., li .../___/2012

Timbro e firma della ASL

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione di categoria

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

La struttura privata --(cod.....)
Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
con sede in (Prov: ; CAP: _____) -
rappresentata dal
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

L'Azienda Sanitaria Locale -----_Partita IVA: ----- Codice Fiscale-----
----- (se diverso dalla Partita IVA): rappresentata dal Commissario Straordinario /
Direttore Generale, nato a il, munito
dei necessari poteri come da DGRC / DECRETO di nomina n. ____ del _____:

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di EMODIALISI AMBULATORIALE **per l'anno 2012**, redatto in conformità al Decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro n° ----- del --/--/2012,

PREMESSO

1. che con delibere n. 1268 del 24 luglio 2008 e n. 1269 del 16 luglio 2009, modificata dal decreto del Presidente Commissario ad Acta n. 3 del 30.9.09, la Giunta Regionale ha aggiornato la programmazione recata dalla DGRC n. 517/07 ed i correlati limiti di spesa, stabilendo diverse modifiche, integrazioni e miglioramenti alla normativa precedente, anche per adeguarla al nuovo assetto territoriale delle ASL campane conseguente alla L.R. 16/08, che sono recepite nel presente Contratto;
2. che con il decreto n° 7 del 31/01/2011 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono stati definiti i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2011 per le prestazioni di dialisi ambulatoriale;
3. che con il decreto n° del/.../2012 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono stati definiti i volumi di prestazioni ed i

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

correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2012 per le prestazioni di dialisi ambulatoriale;

4. che le prestazioni della branca di dialisi possono essere considerate, per loro natura, a minor rischio di non appropriatezza ed indispensabili; pertanto, limitatamente a tale branca il medesimo decreto ha stabilito che:
5. eventuali superamenti della spesa per l'esercizio 2012, fissata dal presente decreto, fatte salve le valutazioni ed i controlli di tipo clinico – epidemiologico e di appropriatezza, nonché del rispetto dei requisiti di accreditamento ai sensi del regolamento n. 3/2006, che dovranno essere effettuati correntemente dalle ASL durante l'anno solare, ed essere completate entro il 31 marzo 2013, saranno remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato;
6. a tal fine, le AASSLL nelle quali si dovesse profilare in corso d'anno il superamento della spesa prefissata per dialisi, dovranno stipulare con in 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. Ai sensi del Decreto n. 85 del 20.12.2011, il Commissario Straordinario/Direttore Generale della ASL dovrà adottare una motivata delibera di approvazione dei contratti integrativi, da inviare subito dopo alla Regione. Entro tre mesi dalla fine dell'esercizio, il Commissario Straordinario/Direttore Generale della ASL dovrà adottare una formale delibera che approvi i controlli eseguiti dalle competenti strutture della ASL in merito alla appropriatezza e regolarità delle prestazioni, da inviare alla Regione entro i quindici giorni successivi.
7. tutti gli eventuali risparmi di spesa che saranno realizzati nel 2012, rispetto ai limiti di spesa assegnati da altri provvedimenti regionali alle ASL per le diverse macroaree e branche delle prestazioni erogate dai soggetti privati, saranno destinati prioritariamente alla copertura della eventuale maggiore spesa per dialisi;
8. eventuali risparmi realizzati in una ASL rispetto alla spesa per dialisi prevista per il 2012 dal presente decreto, saranno destinati esclusivamente a compensare l'eventuale maggiore spesa prodotta su tali prestazioni in altre ASL;

VISTO

1. lo schema di protocollo di intesa preliminare tipo tra le AA.SS.LL e le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi, le tipologie ed i correlati limiti di spesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale da erogarsi per l'anno 2012 da parte delle strutture private accreditate e/o in regime di autocertificazione, allegato sub A/1 al citato decreto n.del del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario;

DATO ATTO

- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative del citato decreto n°del .../.../2012 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario;

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

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2**(oggetto)**

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2012 da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa.

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

1. Il fabbisogno di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2012 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2012, è determinato in n. (prestazioni).

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

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2012 per il volume di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE determinato all'art. 3, è fissato in € al netto dello sconto di cui all'art. 1 comma 796 lettera o) della legge 296 del 27/12/2006 (pari al lordo di detto sconto a circa €) ed al brdo della quota ricetta regionale e nazionale.

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

1. La remunerazione delle prestazioni di cui al precedente art. 4 avverrà sulla base delle tariffe regionali e della soglia massima di remunerazione delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, pari al 15% del numero delle prestazioni di dialisi (codici da 39.95.1 a 39.95.9) complessivamente erogate dalla sottoscritta struttura, come stabilito dal decreto n. 7/2011 e ribadito dal citato decreto n. del/.../2012 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario – 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, se non espressamente modificato con decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro o delibera dalla Giunta Regionale.
2. In ogni caso, l'importo fissato nell'art. 4 quale limite di spesa al netto dello sconto ex legge 296 del 27/12/06 (ed al lordo della quota ricetta regionale e nazionale) costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nel 2012 dal sottoscritto centro di dialisi anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di riduzione o eliminazione dello sconto ex legge 296 del 27/12/06, fatto salvo quanto previsto al punto 6 Premesse.
3. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4, fatto salvo quanto previsto al punto 6 delle Premesse.

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

4. Le parti si danno atto che, in base a quanto disposto dal Decreto n. ... del .../.../2012 del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro, eventuali superamenti del limite di spesa per l'esercizio 2012, fissato nello stesso decreto e riportato nel presente contratto, 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 e con il Decreto 85 del 20.12.2011.
5. 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 regionale.
2. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private, 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.
3. Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura si impegna 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. Ai sensi del decreto commissariale n. 47 del 20 giugno 2011, limitatamente alle prestazioni rese nell'esercizio corrente, il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro la fine del quinto mese successivo a quello in cui sono state rese le prestazioni, previa emissione della relativa fattura mensile, e il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 31 agosto per le fatture del primo trimestre; entro il 30 novembre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 28 febbraio 2013 per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 31 maggio 2013 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 sottoscritta struttura privata delle note credito richieste dalla ASL, con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese.
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.

Art. 8**(efficacia e norme finali)**

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

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2012 in esecuzione del decreto n.del/..../2012. del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro.
2. Il presente contratto sarà adeguato ai successivi provvedimenti regionali in materia che dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.
3. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.

....., li .../___/2012

Timbro e firma della ASL

Timbro e firma del Legale Rappresentante
del Centro
