

Area

Settore

19

1

Regione Campania

GIUNTA REGIONALE

SEDUTA DEL

16/07/2009

PROCESSO VERBALE

Oggetto :

Piano 2007 - 2009 di Rientro dal disavanzo sanitario, volumi di prestazioni sanitarie 2009 e 2010 e correlati limiti spesa: integrazioni ed aggiornamenti delle disposizioni in materia di prestazioni sanitarie acquistate da privati accreditati e/o provvisoriamente accreditati, in conseguenza della razionalizzazione degli ambiti territoriali e distrettuali delle Aziende Sanitarie Locali operata dalla L.R. 16/08 e dalle DGRC n. 504 e n. 505 del 20 marzo 2009, e annullamento delle DGRC n. 1149/09 e n. 1232/09

1)	Presidente	Antonio	BASSOLINO	PRESIDENTE
2)	Vice Presidente	Antonio	VALIANTE	ASSENTE
3)	Assessore	Ennio	CASCETTA	ASSENTE
4)	"	Gabriella	CUNDARI	
5)	"	Mariano	D'ANTONIO	
6)	"	Alfonsina	DE FELICE	
7)	"	Oberdan	FORLENZA	
8)	"	Corrado	GABRIELE	
9)	"	Walter	GANAPINI	ASSENTE
10)	"	Riccardo	MARONE	ASSENTE
11)	"	Nicola	MAZZOCCA	ASSENTE
12)	"	Gianfranco	NAPPI	
13)	"	Mario Luigi	SANTANGELO	
	Segretario	Maria	D'ELIA	

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Settore e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Dirigente del Settore a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO

- che nella seduta del 19 giugno 2009 la Giunta Regionale ha approvato la delibera n. 1149, recante per oggetto: *“Piano 2007 - 2009 di Rientro dal disavanzo sanitario, volumi di prestazioni sanitarie 2009 e 2010 e correlati limiti spesa: integrazioni ed aggiornamenti delle disposizioni in materia di prestazioni sanitarie acquistate da privati accreditati e/o provvisoriamente accreditati, in conseguenza della razionalizzazione degli ambiti territoriali e distrettuali delle Aziende Sanitarie Locali operata dalla L.R. 16/08 e dalle DGRC n. 504 e n. 505 del 20 marzo 2009”*;
- che la DGRC n. 1149/09 è stata rettificata per errata corrige nell'allegato n. 2 (assistenza ospedaliera) con delibera della Giunta Regionale n. 1232 del 10 luglio 2009;

CONSIDERATO

- che la DGRC n. 1149/09 ha fissato:
 - nel punto 18 del dispositivo, **al 10 luglio 2009** il termine entro il quale le Aziende Sanitarie Locali dovevano *“... conformare alle disposizioni recate dalla presente delibera, anche con la collaborazione delle Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative, i budget per macroarea, branca e/o tipologia di prestazioni, già stabiliti per l'esercizio 2009 in adempimento delle DGRC n. 517/07 e n. 1268/08 per quanto riguarda le prestazioni di assistenza sanitaria da acquistare nell'esercizio 2009 da terzi convenzionati o strutture sanitarie private accreditate o provvisoriamente accreditate, e adeguare i Protocolli d'Intesa già stipulati per l'esercizio 2009 con le medesime Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative (o stipulare ex novo, qualora non abbiano già provveduto), agli schemi esposti negli allegati A\1 e A\2 alla presente delibera. Entro la stessa data, in mancanza di accordo tra le ASL e le Associazioni di Categoria per la definizione dei suddetti Protocolli d'Intesa, le ASL medesime provvederanno a notificare la propria proposta di Protocollo d'Intesa alle Associazioni di Categoria ed a tutte le strutture interessate, con richiesta di sottoscrivere, comunque, i conseguenti contratti”*;
 - nel punto 19 del dispositivo, **al 15 luglio 2009** il termine entro il quale *“... le Aziende Sanitarie Locali e le singole strutture sanitarie private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, dovranno aver sottoscritto i contratti in applicazione dei richiamati protocolli d'intesa per l'esercizio 2009. Dalla stessa data le Aziende Sanitarie Locali sono tenute a cessare la remunerazione a carico del Servizio Sanitario pubblico delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate o provvisoriamente accreditate che non siano addivenute alla stipula del contratto”*;
- che le Associazioni di Categoria e la maggior parte delle strutture private stanno rifiutando di sottoscrivere, rispettivamente, i Protocolli d'Intesa ed i conseguenti contratti, *“... fino a quando non saranno espunte le gravose clausole contenute agli artt. 11 e 12”*, come dichiarato dal Presidente dell'AIOP - Associazione Italiana Ospedalità Privata - Campania con nota del 6.7.09, prot. n. 1127, e confermato dalle ASL di Benevento, di Caserta e di Napoli 1 Centro anche per quanto riguarda le Associazioni di Categoria della Specialistica e della Riabilitazione, rispettivamente, con E-Mail del 10.7.09, con nota prot. n. 1474/CG di pari data, e con nota del 14.7.09, prot. n. 0057443;
- che il TAR Campania – Sezione I – con decreto del Presidente ff. del 10.7.09, vista l'istanza di misure cautelari avanzata dall'AIOP Campania il 9.7.09, *“... rilevato che sussistono i presupposti della estrema gravità ed urgenza per disporre la sospensione – sino alla pronuncia del collegio, cui l'istanza cautelare va sottoposta nella prima camera di consiglio utile – del termine del 15 luglio 2009 fissato per la stipula dei contratti dal punto 19 della delibera impugnata ... considerato che per la trattazione della domanda di sospensione va fissata la camera di consiglio del 29 luglio 2009 ... P.Q.M. accoglie l'istanza di misure cautelari provvisorie e per l'effetto sospende la delibera impugnata nei limiti di cui in motivazione”*;

- che analogamente, visto il ricorso presentato dalle Associazioni FEDERLAB – SBV, Confindustria Sanità, Confederazione Centri Antidiabetici ed ASPAT (Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale), nonché da n. 27 centri privati provvisoriamente accreditati o accreditati, il Presidente ff. del TAR Campania – Sezione I – con decreto del 14 luglio 2009 ha reiterato le sopra riportate disposizioni già emesse in seguito al ricorso dell'AIOP;

RITENUTO

- che a seguito di una nuova valutazione dell'interesse pubblico - tenuto conto che il citato contenzioso già attivato da diverse Associazioni di Categoria in merito alla legittimità dell'inserimento nei Protocolli d'Intesa con le Associazioni di categoria e nei conseguenti contratti con i singoli operatori privati delle clausole di sospensione dell'accreditamento e/o di acquiescenza ai provvedimenti regionali, possa ritardare ulteriormente il perfezionamento dei suddetti atti negoziali, con gravi conseguenze negative sul controllo della spesa sanitaria e valutati altresì gli interessi dei destinatari e dei controinteressati - è opportuno procedere in via di autotutela, ai sensi e per gli effetti dell'art. 21 nonies della legge 241/90 e s.m. e i. all'annullamento d'ufficio delle citate delibere n. 1149/09 e n. 1232/09, sussistendone le ragioni di interesse pubblico;

DATO ATTO

- che la fissazione dei limiti di spesa, anche se tardiva, rappresenta comunque l'adempimento di un preciso ed ineludibile obbligo, che influisce sulla possibilità stessa di attingere le risorse necessarie per remunerare le prestazioni erogate, come statuito da ultimo dal TAR Campania – Sezione I – con sentenza n. 3253/2009 del 12 giugno 2009;
- che l'art. 6, comma 1, lettera f) del sopra citato *Accordo* del 13 marzo 2007 stabilì, a pena di nullità dell'*Accordo* medesimo, che la Regione Campania avrebbe adottato entro il 31 marzo 2007 una delibera di determinazione dei volumi complessivi di attività massima per il comparto privato accreditato per gli anni 2007, 2008 e 2009 non superiori a quelli programmati nel *Piano di Rientro* allegato allo stesso *Accordo*, con la determinazione dei relativi tetti di spesa;
- che tale condizione è stata adempiuta con la deliberazione della Giunta Regionale n. 517 del 30 marzo 2007, pubblicata sul B.U.R.C. n. 23 del 23 aprile 2007, recante per oggetto: “*Volumi di prestazioni sanitarie 2007, 2008, 2009 e 2010 e correlati limiti spesa*”, nella quale, tra l'altro, si è stabilito che:
 - gli obiettivi di costo esposti nel suddetto *Piano di Rientro* costituiscono aggiornamento della programmazione regionale per gli esercizi 2007, 2008, 2009 e 2010 ai sensi dell'art. 3 della legge regionale 28 dicembre 2005, n. 24;
 - gli obiettivi di contenimento dei costi 2007-2009 fissati dal *Piano di Rientro* per quanto riguarda i costi delle prestazioni sanitarie di assistenza specialistica, riabilitativa, ospedaliera, integrativa, protesica ed altra assistenza, che le Aziende Sanitarie Locali acquistano da terzi, sono definiti e ripartiti tra le singole ASL come esposto negli allegati da n. 6 a n. 9 della stessa delibera;
 - che tali obiettivi, complessivamente, risultano compatibili con la programmazione quantitativa ed economica effettuata dalle aziende sanitarie per l'esercizio 2006 ed esposta negli allegati n. 2 e n. 3 della stessa delibera, e rispettano integralmente i volumi complessivi di attività massima per il comparto privato accreditato ed i correlati limiti di spesa per gli anni 2007, 2008 e 2009, programmati nel *Piano di Rientro* allegato allo stesso *Accordo*;
 - che rimangono confermate per gli esercizi 2007-2010 le procedure e le modalità di attuazione dei tetti di spesa già definite dalle precedenti delibere regionali in materia: DGRC n. 1272, 2451, 3133 e 048 del 2003, n. 41 e 2105 del 2004, e n. 2157 del 2005, con gli aggiornamenti e gli adattamenti dei criteri e delle modalità di definizione e di attuazione dei limiti di spesa recati dalla DGRC n. 800 del 16 giugno 2006, dettagliatamente esposti nella delibera medesima e nella Nota Metodologica allegata sub C) alla DGRC n. 800/06;
- che la deliberazione della Giunta Regionale n. 517 del 30 marzo 2007 espressamente richiama in premessa le precedenti deliberazioni regionali in materia e, in particolare:

- la DGRC n. 1272 del 28 marzo 2003, pubblicata sul B.U.R.C. n. 16 del 14 aprile 2003, con la quale la Giunta Regionale ha individuato, previo accordo con le Associazioni di categoria della sanità privata, l'iter procedurale per l'anno 2003 per la determinazione dei volumi di prestazioni sanitarie da erogarsi nella Regione Campania e dei correlati limiti di spesa;
- la DGRC n. 2451 del 1 agosto 2003, modificata dalla DGRC n. 3133 del 31/10/03, entrambe pubblicate sul B.U.R.C. n. 55 del 24 novembre 2003, con la quale la Giunta Regionale ha provveduto, in applicazione dei principi e delle procedure di cui alla citata deliberazione n. 1272/2003 a determinare i volumi delle prestazioni sanitarie ed i correlati limiti di spesa per l'anno 2003;
- la DGRC n° 048 del 28 novembre 2003, resa esecutiva con DGRC n. 41 del 16 gennaio 2004, entrambe pubblicate sul B.U.R.C. n. 4 del 26 gennaio 2004, con la quale la Giunta Regionale ha provveduto, nella fissazione dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa per l'esercizio 2004, a confermare le procedure e le modalità applicative già definite per l'esercizio 2003 dalle sopra citate DGRC n. 1272, 2451 e 3133 del 2003;
- le DGRC n. 2105 del 19 novembre 2004, pubblicata sul B.U.R.C. n. 60 del 13 dicembre 2004, e n. 2157 del 30 dicembre 2005, pubblicata sul B.U.R.C. n. 8 del 13 febbraio 2006, con le quali per l'esercizio 2005 la Giunta Regionale ha stabilito:
 - a) di confermare per le strutture pubbliche di ciascuna Azienda Sanitaria Locale e di ciascuna Azienda Ospedaliera, a fronte dei volumi di prestazioni che si sono impegnate ad assicurare, desunti dalla programmazione aziendale 2005, gli obiettivi di risparmio già assegnati per l'esercizio 2004 dalla DGRC n. 048/03 (allegati 4 e 6 della medesima delibera);
 - b) di confermare per le strutture private provvisoriamente accreditate, per ciascuna area di assistenza sanitaria e per le prestazioni sanitarie erogate ai residenti di ciascuna ASL, tutti i limiti di spesa già definiti per l'esercizio 2004 dalla DGRC n. 048 del 28/11/03 (allegati 3 e 5 della medesima delibera), con i parziali incrementi apportati dalla DGRC n. 2157/05 ai limiti di spesa dell'assistenza specialistica e dell'assistenza ospedaliera;
 - c) di confermare le procedure e le modalità applicative definite per gli esercizi 2003 e 2004 dalle sopra citate delibere della Giunta Regionale, modificandole soltanto per quanto riguarda:
 - i criteri di regressione tariffaria, in modo da soddisfare la disposizione recata in materia dall'art. 1, comma 171, della legge 30.12.2004, n. 311, (Finanziaria dello Stato per l'esercizio 2005);
 - la misura della anticipazione spettante alle strutture private provvisoriamente accreditate che sottoscrivono i contratti attuativi dei limiti di spesa regionali, fissata in ragione di una percentuale non inferiore al 65% e non superiore al 70% del fatturato;
 - la precisazione che, nello stabilire che non è consentito ad ogni singola struttura privata provvisoriamente accreditata di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quello fatto registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente, e che tale limite può essere superato unicamente sulla base di adeguate motivazioni la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico (costituito tra la ASL e le Associazioni di Categoria, ai sensi della DGRC n. 2451/03), va specificato che, in caso di valutazione positiva, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa);
- la DGRC n. 800 del 16 giugno 2006, pubblicata sul B.U.R.C. n. 29 del 3 luglio 2006, con la quale la Giunta Regionale per l'esercizio 2006 ha:
 - a) definito la programmazione dei volumi delle prestazioni sanitarie, sulla base dei piani forniti dalle aziende sanitarie, ed i correlati limiti di spesa, sulla base degli obiettivi di contenimento dei costi recati dall'art. 3 della legge regionale n. 24 del 28 dicembre 2005 e dalla DGRC n. 1843 del 9 dicembre 2005;
 - b) confermato le procedure e le modalità applicative dei limiti di spesa correlati ai volumi di prestazioni sanitarie, già stabilite dalle sopra citate delibere della Giunta Regionale n. 1272/03 e 2451/03, confermate per il 2004 dalla DGRC n. 048/03 e, con modifiche, per il 2005 dalle DGRC n. 2105/04 e n. 2157/05, apportando ulteriori disposizioni metodologiche ed applicative, dettagliatamente descritte nella suddetta DGRC n. 800/06 e negli allegati alla medesima;

- che con deliberazione n. 1268 del 24 luglio 2008, avente per oggetto: *“Piano 2007 - 2009 di Rientro dal disavanzo sanitario, volumi di prestazioni sanitarie 2008, 2009 e 2010 e correlati limiti spesa: integrazioni ed aggiornamenti della disciplina recata dalla delibera n. 517 del 30 marzo 2007 per le prestazioni sanitarie che le Aziende Sanitarie Locali acquistano da privati accreditati e/o provvisoriamente accreditati”* la Giunta Regionale è successivamente intervenuta per:
 - aggiornare i limiti di spesa, già definiti per gli esercizi 2008, 2009 e 2010 nella DGRC 517/07, sulla base della nuova e più dettagliata classificazione richiesta dal *“MODELLO CE – Conto Economico”* di cui al decreto 13 novembre 2007 del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze, nonché per *“... tenere conto dei Piani delle Prestazioni 2008 – 2010 forniti dalle aziende sanitarie, degli aggiornamenti intervenuti negli effettivi andamenti consuntivi e programmatici delle singole voci di costo e delle presumibili principali variazioni tariffarie attese”*;
 - modificare e/o integrare le modalità di applicazione dei tetti di spesa per i motivi dettagliatamente esposti nella medesima DGRC 1268/08, con particolare riferimento:
 - alla introduzione del budget di struttura per le case di cura private,
 - alla composizione del limite di spesa tra prestazioni erogate ai residenti nella ASL e prestazioni erogate ai residenti di altre ASL,
 - alle conseguenti modifiche del meccanismo di calcolo della Regressione Tariffaria Unica (R.T.U.: allegato C alla DGRC 1268/08),
 - alle condizioni necessarie affinché le ASL possano procedere a compensazioni fra sforamenti e sotto utilizzi dei limiti di spesa tra diverse branche della stessa macroarea, e/o tra diverse macroaree della stessa azienda, e/o tra diverse aziende (per la stessa macroarea);

CONSIDERATO, altresì,

- che la legge regionale n. 16 del 28.11.2008, recante *“Misure Straordinarie di Razionalizzazione e Riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale per il Rientro dal Disavanzo”*, ha ridotto da 13 a 7 il numero delle ASL campane, prescrivendo che *“... entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale ... definisce le procedure per l’attuazione del processo di razionalizzazione delle Aziende sanitarie locali, che deve completarsi entro il 30 giugno 2009”*;
- che in attuazione della legge regionale n. 16/2008, la Giunta Regionale con delibera n. 505 del 20 marzo 2009 ha costituito le seguenti nuove ASL, definendone gli ambiti territoriali come specificato nell’allegato n. 1 alla suddetta DGRC n. 505/09 e, quindi, con i seguenti accorpamenti e variazioni:
 - Azienda Sanitaria Locale Avellino: accorpamento delle ex ASL AV1 ed AV2;
 - Azienda Sanitaria Locale Benevento: nessuna variazione;
 - Azienda Sanitaria Locale Caserta: accorpamento delle ex ASL CE1 e CE2;
 - Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro: accorpamento della ex ASL NA1, già comprensiva dei Comuni di Capri ed Anacapri in base alla L.R. 24/06, con il Comune di Portici, che precedentemente rientrava nel territorio della ex ASL NA5;
 - Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord: accorpamento delle ex ASL NA2 e NA3, con l’aggiunta dei Comuni di Acerra e di Casalnuovo, che precedentemente rientrava nel territorio della ex ASL NA4;
 - Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud: accorpamento delle ex ASL NA4 e NA5, a meno dei Comuni di Acerra e di Casalnuovo, trasferiti nel territorio della Nuova Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 nord;
 - Azienda Sanitaria Locale Salerno: accorpamento delle ex ASL SA1, SA2 e SA3;
- che la delibera della Giunta Regionale n. 1037 del 28 maggio 2009, ha stabilito *“... in via retroattiva al 1 gennaio 2009 la data a decorrere dalla quale tutte le operazioni delle precedenti aziende sanitarie sono imputate al bilancio della nuova Azienda Sanitaria Locale, che risulta dalla contestuale estinzione delle precedenti ASL e dalla costituzione delle nuove ASL in attuazione della delibera della Giunta Regionale n. 505 del 20 marzo 2009. Conseguentemente il 1 gennaio 2009 è la data dalla quale decorre anche il primo esercizio della nuova Azienda Sanitaria Locale ai fini fiscali”*;
- che la medesima DGRC n. 1037/09 ha, inoltre, stabilito di fissare:

- *“... al 1 luglio 2009 la data dalla quale tutti i soggetti pubblici e privati erogatori di prestazioni sanitarie soggette al monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche ed ospedaliere (ai sensi dell’art. 50 della legge n. 326 del 24.11.2003 e s.m.i. e del DM 31.7.07 relativo ai flussi informativi di tracciabilità del farmaco e della distribuzione diretta dei farmaci) dovranno utilizzare la nuova codifica delle ASL e dei distretti sanitari esposta negli allegati A, B e C alla presente delibera, in modo da consentire alle strutture erogatrici pubbliche e private il tempo tecnico necessario per realizzare i necessari adeguamenti informatici; fermo restando un periodo “di grazia” – fino al 31 agosto 2009 – nel quale l’invio di record recanti ancora la precedente codifica sarà tollerato dai controlli informatici e, quindi, non costituirà fattispecie di omissione del debito informativo”*,
- *“... al 1 gennaio 2009 la data di decorrenza del nuovo assetto territoriale, con le codifiche esposte negli allegati A, B e C, per tutti i flussi informativi dell’NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute) previsti dal Decreto del Ministero della Salute del 5 dicembre 2006 e s.m.i. e, quindi, per tutti i modelli economico finanziari e gestionali, e per il Monitoraggio della Rete di Assistenza nell’ambito dell’NSIS”*;
- che risulta, pertanto, necessario aggiornare gli obiettivi e la programmazione dei volumi di prestazioni sanitarie e dei correlati limiti di spesa, stabiliti per gli esercizi 2009 e 2010 dalla DGRC n. 517/07, come modificata ed integrata dalla DGRC n. 1268/08, in base al nuovo assetto territoriale delle ASL campane, con effetto dal 1 gennaio 2009;
- che tale aggiornamento può essere operato come definito negli allegati da n. 1 a n. 9 alla presente delibera, tenuto conto – in ordine di priorità – dei seguenti fattori:
 - 1) nuovo assetto territoriale delle Aziende Sanitarie Locali e conseguenti accorpamenti e trasferimenti di strutture sanitarie e di assistiti da un’azienda all’altra;
 - 2) richieste delle Aziende Sanitarie Locali di modifica della programmazione regionale dei volumi di prestazioni sanitarie e dei correlati limiti di spesa;
 - 3) aggiornamenti intervenuti negli effettivi andamenti consuntivi delle diverse macroaree di prestazioni sanitarie e presumibili principali variazioni tariffarie attese;
- che tale aggiornamento comporta, oltre alle modifiche discendenti dal nuovo assetto territoriale, le seguenti principali variazioni, rispetto alla programmazione ex DGRC n. 1268/08, come si evidenzia nell’allegato n. 1 alla presente delibera:
 - riduzione del limite di spesa dell’assistenza specialistica da terzi di € 2,95 milioni per il 2009 e di € 3,32 milioni per il 2010, composta:
 - per € 2,5 milioni nel 2009 ed € 2,8 milioni nel 2010 da maggiori risparmi attesi, tra l’altro, in seguito alla adozione della DGRC n. 642 del 3 aprile 2009 in materia di prestazioni specialistiche erogate ai pazienti diabetici;
 - per € 0,45 milioni nel 2009 ed € 0,52 milioni nel 2010 per aggiornamento del limite di spesa da attribuire alla sperimentazione gestionale pubblico – privato in atto presso la ASL di Salerno ai sensi della DGRC n. 1336 del 15.10.05 – Progetto Radioterapia Stereotassica,
 - aumento del limite di spesa della macroarea della salute mentale e socio sanitario di € 8,0 milioni per il 2009 e di € 8,1 milioni per il 2010, riducendo di pari importo il limite di spesa dell’assistenza riabilitativa ex art. 26, accogliendo in tal modo le specifiche proposte pervenute dalle ASL di Caserta e di Salerno; peraltro, a tale riguardo va richiamata la disposizione recata dall’art. 8 della legge regionale 28 novembre 2008, n. 16 che, nell’ambito delle procedure di verifica disciplinate dal Regolamento della Regione Campania n. 1 del 22 giugno 2007, recante *“... la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure per l’accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, in regime di ricovero ed in regime residenziale”* stabilisce che *“... è data priorità all’accreditamento istituzionale dei Centri di riabilitazione di cui all’articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, che intendono riconvertire le loro attività in residenze assistenziali sanitarie per disabili o in centri diurni integrati per disabili, delle Case di Cura e delle residenze assistenziali sanitarie per disabili e per anziani nel rispetto dell’ordine cronologico di acquisizione al protocollo regionale delle relative istanze entro e non oltre il 30 giugno 2009”*;

- infine, il costo dei servizi di distribuzione diretta di farmaci, relativi alla remunerazione delle farmacie convenzionate nell'ambito della cd. *Distribuzione per Conto*, desunto dal flusso informativo della distribuzione diretta dei farmaci ex DM 31.7.2007, integrato con i dati del Modello CE consuntivo 2008 delle ASL, è risultato di € 3,6 milioni circa, come esposto nell'allegato n. 9 alla presente delibera; si è provveduto, quindi, a ridurre l'obiettivo 2009 di € 2,25 milioni e quello 2010 di € 1,95 milioni, come esposto nell'allegato n. 1 alla presente delibera, in modo da stabilire comunque un incremento dell'obiettivo rispetto all'anno precedente del 7,4% nel 2009 e del 10,4% nel 2010 (rispetto all'incremento annuo dell'1,6% previsto nella DGRC n. 1268/08;
- che nell'operare i suddetti aggiornamenti degli obiettivi e dei limiti di spesa 2009 – 2010, emerge una riduzione del limite di spesa complessivo delle voci economiche sopra elencate, rispetto gli obiettivi fissati dalla DGRC n. 1268/08, pari ad € 5,2 milioni per l'esercizio 2009 ed € 5,27 milioni per l'esercizio 2010, come evidenziato nell'allegato n. 1 alla presente delibera;

TENUTO CONTO

- che la normativa regionale in materia di programmazione dei volumi di prestazioni sanitarie e correlati limiti di spesa prevede l'istituzione presso ciascuna Azienda Sanitaria Locale di Tavoli Tecnici tra la ASL e le Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative, con importanti compiti di monitoraggio e di concertazione, come specificato nelle delibere regionali in materia e riportato negli schemi di Protocollo d'Intesa allegati sub A\1, A\1 bis e A\2 alla presente delibera;
- che risulta, pertanto, necessario che le nuove Aziende Sanitarie Locali provvedano immediatamente a costituire i nuovi Tavoli Tecnici tra le ASL e le Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative, per adeguarli alle loro nuove aggregazioni territoriali;
- che il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ed il Ministero dell'Economia, nell'ambito delle attività di monitoraggio e verifica del Piano di Rientro, hanno espresso in più riprese, e con motivati pareri e prescrizioni, forti preoccupazioni in merito al:
 - frequente superamento in diverse macroaree / branche dei volumi di prestazioni sanitarie programmati e contrattualizzati;
 - frequente ricorso di diversi operatori privati ad azioni giudiziarie avverso gli atti della Regione e/o delle Aziende Sanitarie Locali, relativi alla programmazione dei volumi di prestazioni sanitarie da acquistare dai privati e dei correlati limiti di spesa;
- che risulta, quindi, necessario, adottare correttivi e miglioramenti delle disposizioni regionali in materia, per contrastare comportamenti che finiscono per configurarsi in contrasto o in elusione del dettato dell'art. 8-quinquies, comma 2-quinquies del decreto legislativo 502/1992 e s.m.i.;
- che risulta, a tal fine, opportuno, responsabilizzare maggiormente ogni singola struttura privata in merito al rispetto di un proprio budget, fermo restando l'affiancamento di strumenti che premiano la maggiore qualità e competitività delle singole strutture;
- che diverse Associazioni di Categoria delle strutture private accreditate o provvisoriamente accreditate, tra le quali si citano l'A.N.P.R.I.C. (Associazione Nazionale Presidi di Riabilitazione Convenzionati) e la F.O.A.I. (Federazione degli Organismi per l'Assistenza alle Persone Disabili), hanno chiesto che l'introduzione di budget di struttura per ogni singolo centro operante nelle macroaree della riabilitazione ex art. 26, della salute mentale e socio sanitario, e per la branca specialistica della riabilitazione ex art. 44 (FKT);
- che per le prestazioni di assistenza ospedaliera la sopra citata DGRC n. 1268/08 ha introdotto il cd. *Budget di Struttura*, in base al quale, con i criteri specificati nella medesima delibera:
 - ciascuna ASL ripartisce alle Case di Cura private operanti sul suo territorio il 90% del tetto di spesa assegnato alla ASL, che costituisce il cd. *Budget di Struttura* e viene remunerato a tariffa piena;
 - il rimanente 10% del limite di spesa viene riservato dalla ASL per essere ripartito a consuntivo alle Case di Cura operanti sul territorio della ASL, in modo da attenuare le regressioni tariffarie applicate all'eventuale superamento del *Budget di Struttura*, purché si tratti di ricoveri di alta complessità e/o di particolare interesse, secondo i criteri stabiliti nella DGRC n. 1268/08;

- che, per le altre macroaree e branche di prestazioni sanitarie, le precedenti delibere regionali in materia di tetti di spesa già prevedevano il seguente criterio di remunerazione delle prestazioni, ripreso dall'art. 5, comma 1 dell'allegato A\1 alla DGRC n. 1268/08 (ma riscontrabile anche nell'allegato A\1 della DGRC 517/07 e così via, risalendo fino all'allegato A\1 della DGRC 2451/03): "... *La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario - 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 delibera dalla Giunta Regionale - che saranno riconosciute per intero per le prime _____ prestazioni erogate da tutte le strutture. Per le ulteriori prestazioni, saranno definite, con le modalità individuate dal tavolo tecnico costituito ai sensi dell'art. 6, bande di regressioni tariffarie, utili a garantire il rispetto del limite annuo di fatturato previsto all'art. 4, fermo restando il rispetto complessivo della Regressione Tariffaria Unica – R.T.U. ...*";
- che, pertanto, per tutte le altre macroaree e branche di prestazioni sanitarie, in parziale analogia con la richiamata modalità del *Budget di Struttura* ed ai fini della migliore attuazione della programmazione regionale, è opportuno fornire un indirizzo regionale uniforme e prudentiale alla attuazione dei criteri di remunerazione già previsti nel citato art. 5, comma 1, disponendo le seguenti modalità attuative, recepite nella nuova formulazione dell'art. 5 dell'allegato A\1 (per il 2009) e A\1 bis (per il 2010) alla presente delibera:

per l'esercizio 2009:

la remunerazione delle prestazioni erogate nel periodo 1 gennaio 2009 – 31 ottobre 2009 non potrà superare l'85% del limite di spesa stabilito per la macroarea / branca / tipologia di prestazioni, rimanendo l'ulteriore 15% disponibile per la remunerazione delle prestazioni erogate nel periodo 1 novembre 2009 – 31 dicembre 2009; l'eventuale eccedenza nel valore delle prestazioni erogate, rispettivamente, nei primi dieci mesi dell'anno, e negli ultimi due, sarà abbattuta applicando la Regressione Tariffaria di cui all'allegato C alla DGRC n. 1268/08 separatamente ai due periodi temporali individuati; al fine di assicurare la massima trasparenza e di responsabilizzare maggiormente i singoli centri privati, oltre al normale monitoraggio del consumo dei tetti di spesa, già previsto nell'ambito dei Tavoli Tecnici con le Associazioni di Categoria, le ASL provvederanno ad inviare a ciascuna struttura privata, a mezzo raccomandata A.R., la situazione di consumo dei volumi di prestazioni programmati e dei correlati limiti di spesa, aggiornata rispettivamente al 30.6.09 ed al 31.8.09, per singola macroarea / branca / tipologia di prestazioni;

per l'esercizio 2010:

- ciascuna ASL effettuerà in via preliminare, con i criteri già definiti al riguardo dalle precedenti delibere regionali in materia, la ripartizione dei volumi di prestazioni e del tetto di spesa di macroarea tra le diverse branche / tipologie di prestazioni; successivamente, ripartirà il tetto di spesa stabilito per ogni branca / tipologia di prestazioni (o macroarea, se non suddivisa in branche) alle singole strutture private operanti sul suo territorio con i seguenti criteri:
 - per le strutture già operanti al 1 gennaio 2008: in proporzione al fatturato totale relativo alle prestazioni rese nel periodo 1 gennaio 2007 - 30 giugno 2008 e nel I semestre 2009 (fatturato riconosciuto dopo i controlli formali e sostanziali, al lordo delle regressioni tariffarie e, per la specialistica ambulatoriale, al netto dello sconto ex art. 1 comma 796 lettera o) della legge 296 del 27/12/06); l'esclusione del secondo semestre 2008 è utile per evitare che la base di ripartizione alle singole strutture sia influenzata da comportamenti non uniformi dei centri privati in tale periodo, riguardo alla continuazione nella erogazione delle prestazioni anche dopo l'esaurimento del tetto di macroarea / branca;
 - per le strutture nuove (in quanto accreditate nel 2008 o successivamente, tenuto anche conto della programmazione 2009 e 2010 degli accreditamenti istituzionali, delegati alle ASL dalla legge regionale n. 16/08) e/o per tipologie di prestazioni precedentemente non riconosciute: in proporzione alla stima del fatturato (come sopra definito) riconoscibile nel 2010, che la ASL dovrà formulare, sentito in proposito il parere – non vincolante – del Tavolo Tecnico costituito presso la ASL con le Associazioni di Categoria della sanità privata ai sensi della vigente normativa regionale in materia di tetti di spesa;

- per tutte le strutture: tenuto conto di eventuali aggiornamenti del fabbisogno delle ASL in merito ai volumi ed alle tipologie di prestazioni sanitarie, nonché al mix tra prestazioni per i propri residenti e prestazioni rese in mobilità attiva;
 - eventuali situazioni particolari potranno essere singolarmente esaminate nell'ambito del Tavolo Tecnico congiunto ASL – Associazioni di Categoria, che dovrà formulare una relazione di valutazione complessiva della ripartizione effettuata dalla ASL, da allegare al Protocollo d'Intesa;
- la ripartizione dei volumi di prestazioni e del tetto di spesa di macroarea tra le diverse branche / tipologie di prestazioni, nonché del limite di spesa attribuito alle singole strutture private, di cui al punto precedente, dovrà essere definita da ciascuna ASL entro il 20 ottobre 2009 e sottoposta alla approvazione della Giunta Regionale, che delibererà in merito entro il 20 novembre 2009; successivamente, le ASL dovranno provvedere a stipulare i conseguenti Protocolli d'Intesa con le Associazioni di Categoria (ovvero, in caso di mancato accordo, alla notifica del Protocollo alle Associazioni ed alle singole strutture) entro il 5 dicembre 2009, ed alla stipula dei contratti con le singole strutture entro il 20 dicembre 2009;
 - 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, se non espressamente modificato con delibera della Giunta Regionale - che saranno riconosciute con i seguenti criteri, utili a garantire il rispetto del limite annuo di spesa, fermo restando il rispetto complessivo della Regressione Tariffaria Unica – R.T.U. in vigore dal 1 gennaio 2008 ai sensi della sopra citata DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008:
 - a) 85%. distribuito su base media mensile, a tariffa piena;
 - b) ulteriore 5%, distribuito su base media mensile, applicando una regressione tariffaria del 30%;
 - c) ulteriore 5%, distribuito su base media mensile, applicando una regressione tariffaria del 50%;
 - d) residuo 5%, riservato alla decisione, che assumerà unilateralmente l'Azienda Sanitaria Locale entro il 31 ottobre dell'anno in corso, di mettere a disposizione tale importo:
 - i. in tutto o in parte, per ridurre le regressioni tariffarie di cui alle precedenti lettere b) e c);
 - ii. in tutto o in parte, per stipulare accordi integrativi (ai sensi dell'art. 8-quinquies del DLGS 502/92 e s.m.i., comma 2, lettera e-bis), a tariffa scontata, per l'acquisto di tipologie di prestazioni per le quali la ASL ritiene opportuno o necessario avvalersi delle strutture private.
 - la ripartizione dei limiti di spesa effettuata con i criteri sopra definiti sarà allegata al Protocollo d'Intesa e si intenderà espressamente accettata da ciascuna struttura privata all'atto della sottoscrizione del contratto; l'importo ripartito a ciascuna struttura dovrà essere espressamente evidenziato nel contratto che la medesima struttura è tenuta a stipulare con la ASL ai sensi dell'art. 8-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502; gli scaglioni di remunerazione di cui alle lettere a), b) e c) del precedente comma 1 saranno applicati sul progressivo mensile complessivo del valore della produzione delle singole strutture nei limiti della ripartizione del tetto di spesa della macroarea / branca attribuita ad ogni singola struttura; il mancato pieno utilizzo degli scaglioni da parte di alcune strutture si renderà disponibile per incrementare la disponibilità residua di cui alla precedente lettera d) punto i), in modo da attenuare la regressione tariffaria applicata alle altre strutture;
- che risulta, poi, opportuno e necessario prevedere fin dall'esercizio in corso clausole contrattuali volte a:
- limitare la fatturazione mensile dei centri privati e delle case di cura agli acconti effettivamente liquidabili, stabilendo al contempo scadenze precise e ravvicinate entro le quali le ASL devono completare i controlli di merito ed applicare le regressioni tariffarie, in modo da consentire che la fatturazione a saldo avvenga direttamente per il residuo effettivamente riconoscibile, ed anche al fine di fornire elementi di certezza ad eventuali operazioni di anticipazioni su fatture ed evitare che, attraverso azioni esecutive sull'intero fatturato, i centri privati possano ottenere il pagamento di quote di fatturato non dovute;

- devolvere ogni controversia relativa alla interpretazione o applicazione dei Protocolli d'Intesa e dei conseguenti contratti sottoscritti ai sensi della presente delibera, nonché di ogni altra pretesa, alla cognizione del giudice ordinario o amministrativo, con espressa esclusione della possibilità di compromettere per arbitri le controversie medesime;
- che le prescrizioni ed i pareri espressi dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze in data 21.11.08 e 3.12.08, che si allegano alla presente delibera, evidenziano che:

“... Consentire agli operatori privati di sottoscrivere il contratto, onde sottrarsi alla sanzione della sospensione dell’accreditamento comminata dall’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 in Legge n. 133/2008), pur avendo gli stessi operatori sollevato espresse riserve su elementi (peraltro fondamentali) del contratto o pur avendo, sempre gli stessi operatori, impugnato i prodromici provvedimenti dell’amministrazione regionale (onde conseguire, per via giudiziaria, un risultato concreto differente da quello per il quale si sono impegnati sottoscrivendo il contratto con il SSR), comporterebbe, fra l’altro:

- *l’elusione il dettato normativo introdotto dal citato D.L. 112/2008;*
- *la sottoposizione della programmazione sanitaria regionale all’alea dei giudizi instaurati dagli operatori privati;*
- *la sottomissione della Regione ad onorare contratti che, nel corso della loro esecuzione, potrebbero dover essere rivisti in base all’esito al giudizio, qualora quest’ultimo venisse ad incidere su un elemento fondamentale del contratto;*
- *l’inibizione – di fatto - di una corretta e preventiva programmazione dei costi economici – finanziari a carico del SSR.*

E’ evidente, in siffatta situazione, il contrasto e la contraddittorietà fra la dichiarazione, espressa dalla parte privata con la firma del contratto, e l’effettiva (contraria) volontà, sempre di parte privata, di non accettare alcuni elementi essenziali del contratto sottoscritto. Tale contraria volontà (non costituita da una pura riserva mentale) è manifesta, laddove - dal contraente privato - vengono sollevate espresse riserve o viene rimesso al sindacato dell’autorità giudiziaria la (ri)determinazione di elementi contrattuali nel corso dell’esecuzione del contratto sottoscritto, ed eventualmente in parte già eseguito ...”,

- che, pertanto, in base ai suddetti pareri, oltre alla mancata sottoscrizione del contratto, configura la fattispecie di elusione, da parte degli operatori privati, del dettato 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 in legge n. 133/2008), anche l’espressione, nel contratto stesso o in documenti a latere, di riserve e/o dichiarazioni contrastanti con il contenuto negoziale dello stesso; nonché l’impugnativa, da parte del soggetto firmatario del contratto, dei provvedimenti regionali e/o degli atti della ASL presupposti, connessi e conseguenti; pertanto, conclude il sopra citato parere del 3.12.08: *“... A tal fine si ritiene quindi che ... alle strutture accreditate, che abbiano mantenuto ferme le riserve, le contestazioni e le azioni giudiziarie intraprese (o minacciate), sia sospeso il rapporto di accreditamento, non essendosi perfezionato il contratto ...”*;
- che costituisce fattispecie di sospensione del rapporto di accreditamento provvisorio o istituzionale con le strutture private, 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 in legge n. 133/2008):
 - a) la mancata sottoscrizione del contratto relativo ai limiti di spesa dell’anno in corso entro 10 giorni dalla richiesta della ASL di sottoscrivere tale contratto;
 - b) la sottoscrizione del contratto con apposizione di riserve, espresse nello stesso, ovvero in comunicazioni e/o documenti a latere, dai quali si evinca la persistenza di una volontà del soggetto firmatario del contratto in contrasto con il contenuto negoziale dello stesso;
- mentre può costituire fattispecie di sospensione del rapporto di accreditamento provvisorio o istituzionale con le strutture private, 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 in legge n. 133/2008):

- c) l'impugnativa, da parte del soggetto firmatario del contratto, della presente delibera e/o degli atti della ASL presupposti, connessi e conseguenti, con espresso riferimento alla ripartizione dei limiti di spesa per macroarea / branca / tipologia di prestazioni / singola struttura;
- d) il perseguimento di azioni esecutive su quote di fatturato, anche di anni precedenti, che la ASL ha formalmente comunicato non essere liquidabili, in quanto abbattute dalla regressione tariffaria necessaria per il rispetto dei tetti di spesa e/o per altri motivi (controlli sanitari, soglie di non appropriatezza, ecc.): fattispecie da valutarsi nel caso specifico, qualora si configuri una grave violazione del dovere di correttezza e buona fede nell'adempimento contrattuale;

le ASL sono tenute a fornire all'Assessorato alla Sanità entro il 7 agosto 2009 l'elenco di tutte le strutture private p.a. o accreditate, allegando i contratti sottoscritti in attuazione della presente delibera ed indicando espressamente quali strutture ricadono nelle previsioni di cui alle precedenti lettere a), b), c) o d);

la Giunta Regionale entro il 15 settembre 2009 ratificherà la sospensione dell'accreditamento *ipso jure* nelle ipotesi a) e b); e, sentito il parere dell'Avvocatura Regionale sul caso specifico, delibererà in merito alla sospensione dell'accreditamento nelle ipotesi c) e d);

le ASL sono, comunque, tenute a comunicare immediatamente all'Assessorato alla Sanità il successivo insorgere di una delle fattispecie sospensive (sopra elencata), in modo che sia attivato il sopra descritto iter di deliberazione da parte della Giunta Regionale;

nei casi in cui si procederà alla sospensione dell'accreditamento, le Aziende Sanitarie Locali dovranno accantonare nel proprio bilancio, per trimestre solare ed a consuntivo, in un apposito fondo rischi, la parte del tetto di spesa che altrimenti sarebbe stata liquidata alla struttura interessata, fino alla definizione dell'eventuale contenzioso;

- che l'adozione della sopra descritta procedura consente di rimuovere le clausole di sospensione dell'accreditamento e di acquiescenza ai provvedimenti regionali dagli schemi di Protocollo d'Intesa con le Associazioni di Categoria e dai conseguenti contratti con le strutture private, che possono pertanto essere sottoscritti entro il 7 agosto 2009, in modo da fornire un quadro di certezza contrattuale alla operatività dei centri privati e delle Aziende Sanitarie Locali, senza che la stipula dei contratti sia subordinata agli esiti di un contenzioso che potrebbe durare anche molti mesi o anni, stante la possibilità di ricorsi ad istanze superiori;
- che al fine di rendere il più possibile sollecita la definizione dei Protocolli d'Intesa con le Associazioni di Categoria e dai conseguenti contratti con le strutture private, si allegano alla presente delibera:
 - sub A\1: lo schema di Protocollo d'Intesa da utilizzarsi l'esercizio 2009 per tutte le macroaree ad esclusione dell'assistenza ospedaliera;
 - sub A\1 bis: lo schema di Protocollo d'Intesa previsto per l'esercizio 2010 per tutte le macroaree ad esclusione dell'assistenza ospedaliera;
 - sub A\2: lo schema di Protocollo d'Intesa da utilizzarsi per gli esercizi 2009 e 2010 per la macroarea dell'assistenza ospedaliera;
 - sub A\3: lo schema di contratto da utilizzarsi per la stipula dei contratti con le singole strutture private, valido per l'esercizio 2009 per tutte le macroaree ad esclusione dell'assistenza ospedaliera;
 - sub A\4: lo schema di contratto da utilizzarsi per la stipula dei contratti con le singole case di cura, valido per gli esercizi 2009 e 2010 per la macroarea dell'assistenza ospedaliera;
- che tali schemi, per effetto dell'annullamento d'ufficio in via di autotutela ai sensi dell'art. 21 nonies legge n. 241/90 e s.m.i. della delibera della Giunta Regionale n. 1149 del 19 giugno 2009, come rettificata per errata corrige dell'allegato n. 2 con DGRC n. 1232 del 10 luglio 2009, dovranno essere utilizzati dalle ASL per stipulare i Protocolli d'Intesa con le Associazioni di Categoria e/o i conseguenti contratti con le singole strutture private entro il 7 agosto 2009;
- che fin dall'esercizio in corso, infine, allo scopo di favorire la continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private temporaneamente accreditate, oltre al generale divieto per ciascuna struttura privata provvisoriamente accreditata o accreditata di incrementare in misura superiore al 10% la propria produzione a carico del S.S.R., rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente, già stabilito dalle precedenti delibere regionali in materia di

tetti di spesa, per le varie macroaree / branche / tipologie di prestazioni (ad esclusione – per la propria specificità - della macroarea dell'assistenza ospedaliera) è opportuno istituire anche il divieto di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni (come definito al comma 6 dell'art. 4 dello schema di Protocollo d'Intesa allegato sub A\1 e A\1 bis), che definisce il *case mix* delle strutture facenti capo alla macroarea / branca / tipologia di prestazioni oggetto del Protocollo d'Intesa; fermo restando che, come già previsto per il limite di incremento della produzione, l'eventuale superamento del limite all'incremento del valore medio delle prestazioni potrà essere consentito sulla base di adeguate motivazioni, la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico ASL – Associazioni di Categoria (in caso di valutazione positiva da parte del tavolo tecnico, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa);

RITENUTO

- che, per effetto di quanto stabilito dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 94/2009 del 1 aprile 2009, trova piena applicazione la disposizione recata dall'art. 1, comma 796, lettera o) della legge 27 dicembre 2006, n. 296, secondo la quale: “... fatto salvo quanto previsto in materia di aggiornamento dei tariffari delle prestazioni sanitarie dall'articolo 1, comma 170, quarto periodo, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come modificato dalla presente lettera, a partire dalla data di entrata in vigore della presente legge le strutture private accreditate, ai fini della remunerazione delle prestazioni rese per conto del Servizio sanitario nazionale, praticano uno sconto pari al 2 per cento degli importi indicati per le prestazioni specialistiche dal decreto del Ministro della sanità 22 luglio 1996, pubblicato nel supplemento ordinario n. 150 alla Gazzetta Ufficiale n. 216 del 14 settembre 1996, e pari al 20 per cento degli importi indicati per le prestazioni di diagnostica di laboratorio dal medesimo decreto ...”;
- che, per agevolare ed assicurare uniformità nella applicazione della legge richiamata, nell'allegato n. 11 alla presente delibera viene esposto l'importo dello sconto, calcolato con riferimento a ciascuna prestazione specialistica del nomenclatore vigente nel 2007 e 2008 e fatte salve successive modifiche dello stesso;
- che, conseguentemente, l'importo dello sconto totale da applicare per le diverse branche dell'assistenza specialistica acquistata da centri privati è stimabile in circa € 34 milioni per l'esercizio 2008 (e, quindi, con una riduzione di circa il 5%, in circa € 33 milioni per l'esercizio 2007), come esposto nell'allegato n. 10 alla presente delibera;
- che, comunque, le ASL dovranno provvedere a calcolare l'importo dello sconto dovuto da ogni centro privato per il 2007 e per il 2008, applicando lo sconto unitario esposto nell'allegato n. 11 alla presente delibera al numero di prestazioni effettuate in tali esercizi, distintamente per ogni codice di prestazione; e che tale modalità operativa dovrà essere applicata anche all'esercizio in corso, finché non interverranno le nuove tariffe massime nazionali (e le conseguenti determinazioni della Regione Campania), attese in attuazione dell'art. 8 del decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248, convertito con modifiche nella legge 28 febbraio 2008, n. 31, che ha modificato l'art. 1, comma 170, della legge n. 311 del 2004, disponendo che “... con cadenza triennale a far data dall'emanazione del decreto di ricognizione ed eventuale aggiornamento delle tariffe massime di cui al precedente periodo, e comunque, in sede di prima applicazione, non oltre il 31 dicembre 2008, si procede all'aggiornamento delle tariffe massime, anche attraverso la valutazione comparativa dei tariffari regionali, sentite le società scientifiche e le associazioni di categoria interessate ...”;
- che tale sconto, ancorché calcolato con riferimento alle tariffe del DM 22 luglio 1996, come esposto nell'allegato n. 11 alla presente delibera, può essere inteso come sconto di natura forfetaria, da applicare al fatturato prodotto in base alle vigenti tariffe regionali, come autorevolmente interpretato da diverse Regioni (si veda ad es. la delibera della Giunta Regionale della Lombardia n. 4239 del 28.2.07); peraltro, la stessa lettera della norma, nonché la disamina della questione di legittimità esposta nella citata sentenza della Corte Costituzionale, evidenzia che la legge determina solo la *misura dello sconto* e non anche della *tariffa scontata*, lasciando inalterati i diversi tariffari regionali vigenti;
- che al riguardo, in merito alle corrette modalità di applicazione dello sconto ex art. 1, comma 796, lettera o) della legge 296/2006 per gli esercizi 2007 e 2008, sono stati posti diversi quesiti dalle Associazioni di Categoria e dalle ASL, tra i quali si citano: FEDERLAB con nota del 21.5.09 prot. n. 3091, prot. Regione n. 459237 del 26.5.09; S.N.R. – Sindacato Nazionale Area Radiologica con nota del 3.6.09, prot. Regione n.

512032 del 11.6.09; la ASL di Salerno con nota del 9.4.09 prot. n. 124, secondo cui “... a seguito della pronuncia della Corte Costituzionale ... con la quale è stata sancita la legittimità degli sconti ... risulta allo stato evidente la necessità di un provvedimento regionale in merito, al fine di evitare comportamenti difformi tra le varie AASSLL ed inutili contenziosi con le Strutture ...”;

- che risulta utile, al riguardo, far presente che la normativa regionale in materia di tetti di spesa ha configurato la regressione tariffaria alla stregua di uno sconto ex post: si veda ad esempio l'allegato C alla DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008, nel quale si precisa che una volta determinato “... l'ammontare di fatturato (il contributo) del singolo Centro al ... superamento del tetto di spesa della ASL in cui opera ... il Centro ... è tenuto ad emettere alla ASL nota credito per tale importo, che costituisce la regressione tariffaria unica (R.T.U.) in quanto si riferisce a tutto il fatturato dell'anno ...”;
- che, coerentemente con questa impostazione, nella riunione con i Referenti Aziendali per i Tetti di Spesa del 22 novembre 2007, convocata dal dirigente del Settore Programmazione Sanitaria con lettera del 19.11.07, prot. n. 980623, per discutere degli aspetti controversi concernenti la determinazione degli sconti ex lett. o) del comma 796 dell'art. 1 della legge 296/2006, di cui si allega il verbale sub B) alla presente delibera, si concordò (in linea tecnica) che la determinazione dell'importo con cui i diversi centri privati concorrono all'eventuale sfioramento del tetto di spesa (importo da dedurre, poi, in regressione tariffaria) sia effettuata sul loro fatturato al lordo (PRIMA) dello sconto ex lettera o) del comma 796 dell'art. 1 della legge 296/2006, con le modalità di calcolo esemplificate nell'esempio allegato a detto verbale, in modo che lo sconto intervenga ad integrazione della eventuale regressione tariffaria e non in aggiunta alla stessa;
- che, comunque, per l'anno in corso, come sopra specificato, i limiti di spesa attribuiti alle diverse branche dell'assistenza specialistica ambulatoriale dovranno essere definiti dalle ASL tenendo già conto (e, quindi, al netto) dello sconto ex lett. o) del comma 796 dell'art. 1 della legge 296/2006;

CONSIDERATO, inoltre,

- che, al fine di tenere conto della specificità delle prestazioni di dialisi, in corso di passaggio dall'assistenza indiretta all'accreditamento istituzionale, la sopra citata DGRC n. 1268/08 ha autorizzato le Aziende Sanitarie Locali, a decorrere dall'esercizio 2008, ad aumentare i volumi programmati ed il conseguente limite di spesa dell'assistenza specialistica per prestazioni di dialisi acquistate da soggetti privati accreditati e/o in provvisorio accreditamento, in misura equivalente alla riduzione del costo dell'assistenza indiretta, derivante dalla sostituzione in corso d'anno dell'assistenza indiretta per dialisi con l'acquisto di prestazioni erogate da soggetti accreditati ai sensi del Regolamento Consiliare n. 3 del 31.7.06 e s.m.i.;
- che, pertanto, anche se ininfluenza a livello di consolidato regionale, le singole Aziende Sanitarie Locali dovranno assumere a proprio carico, nei contratti con le strutture accreditate, la quota di prestazioni di dialisi erogata ai residenti di altre ASL (fatto salvo il riaddebito ed il rimborso attraverso la manovra compensativa della mobilità regionale) che, precedentemente, i centri operanti in assistenza indiretta fatturavano direttamente alle ASL di residenza del paziente;
- che sia, quindi, opportuno stabilire che eventuali sfioramenti o sotto utilizzi dei limiti di spesa della branca delle prestazioni di dialisi, quanto meno fino al completamento del processo di accreditamento istituzionale, siano esclusi da ogni possibilità di compensazione con altre branche della specialistica ambulatoriale e/o macroaree di prestazioni sanitarie;
- che sia opportuno, poi, precisare (anche per rispondere ai quesiti posti in merito da diverse ASL) che i limiti di spesa assegnati alle macroaree della riabilitazione ex art. 26 e della salute mentale e socio sanitario, come esposto anche in nota alle tabelle allegate n. 4 e n. 5, in coerenza con le regole di compilazione del Modello CE – Conto Economico delle Aziende Sanitarie di cui al DM 13 novembre 2007, comprendono i costi direttamente addebitati dalle strutture sanitarie di altre Regioni per prestazioni effettuate a cittadini residenti in Campania (trattandosi di prestazioni attualmente escluse dalla compensazione della mobilità sanitaria interregionale); pertanto le Aziende Sanitarie locali, nel formulare i limiti di spesa per i centri privati operanti nel loro territorio, devono prima enucleare ed accantonare le risorse necessarie per sostenere i costi direttamente addebitati dalle strutture sanitarie di altre Regioni; la determinazione delle risorse necessarie potrà essere effettuata sulla base della media degli ultimi due anni;
- che sia opportuno, infine, precisare che (anche per rispondere ai quesiti posti in merito da diverse ASL) che i limiti di spesa assegnati alla macroarea dell'assistenza ospedaliera, come esposto anche in nota all'allegato

n. 2 alla presente delibera, in coerenza con le regole di compilazione del Modello CE – Conto Economico delle Aziende Sanitarie di cui al DM 13 novembre 2007, comprendono i costi per prestazioni rese ai cittadini residenti all'estero ed agli stranieri temporaneamente presenti (STP);

DATO ATTO, infine,

- che la sopra citata delibera della Giunta Regionale n. 517 del 30 marzo 2007, nello stabilire i limiti di spesa per gli esercizi 2007, 2008, 2009 e 2010 in conformità al *Piano di Rientro*, aveva stabilito al punto 15 del dispositivo che *“I tetti di spesa ed i budget di costo stabiliti dalla presente delibera saranno monitorati almeno ogni tre mesi e potranno eventualmente essere rimodulati ogni anno, con successive delibere della Giunta Regionale, in funzione dell’andamento dei costi del Servizio Sanitario Regionale e degli incrementi del finanziamento statale per la sanità, nel rispetto di tutti gli obiettivi e di tutte le condizioni stabilite nel Piano di Rientro dal Disavanzo approvato dalla DGRC n. 460/07”*;
- che il disavanzo di € 554 milioni registrato nel preconsuntivo dell’esercizio 2008 delle aziende sanitarie (disavanzo che, secondo le valutazioni dei rischi svolte dagli Organi di verifica del Piano di Rientro: *Tavolo Tecnico per la Verifica degli Adempimenti Regionali e Comitato Permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza*, nella riunione congiunta tenutasi in Roma, presso il Ministero dell’Economia, il 2 aprile 2009, potrebbe risultare maggiore per ulteriori € 318 milioni), non consente di procedere ad una attenuazione e/o rimodulazione degli obiettivi di risparmio e dei limiti di spesa fissati per l’esercizio 2008 dalle DGRC n. 460 del 20 marzo 2007, n. 517 del 30 marzo 2007 e n. 1268 del 24 luglio 2008;
- che i contenuti principali del presente provvedimento sono stati discussi con i rappresentanti delle seguenti Associazioni di Categoria della sanità privata: A.I.O.P.; A.R.I.S.; FEDERINDUSTRIA Sezione Sanità; FEDERLAB – SBV; Confederazione Centri Antidiabete; S.N.R. Sindacato Nazionale Radiologi; FEDERTERME; Confindustria SANITA’; A.N.P.R.I.C.; A.I.A.S.; A.N.I.S.A.P.; A.S.P.A.T.; A.C.I.C.A.R.; A.P.I. Sanità; S.Na.Bi.L.P. – FEDERBIOLGI; A.R.C.A.D.E.; A.I.S.A.; Coordinamento ONLUS – F.O.A.I. nella riunione tenutasi il 18 giugno 2009, appositamente convocata dal Settore Programmazione dell’Assessorato alla Sanità con nota del 16 giugno 2009, prot. 0526749, come risulta dalla documentazione e dal verbale della riunione agli atti presso il medesimo Settore;
- che la presente delibera è assunta per urgenza ai sensi dell’art. 3, comma 8, dell’*Accordo per il Piano di Rientro* e, pertanto, viene trasmessa al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ed al Ministero dell’Economia dopo la sua adozione; si è, quindi, in attesa del parere positivo di conformità rispetto agli obblighi assunti dalla Regione Campania nel *Piano di Rientro*, fatte salve eventuali ulteriori prescrizioni dei Ministeri, che potranno essere recepite con successiva delibera, stante l’urgenza del presente provvedimento ai fini del rispetto degli obblighi di contenimento dei costi fissati nel *Piano di Rientro*;

VISTO

- il Patto per la Salute, tra il Ministro della Salute, il Ministro dell’Economia e delle Finanze e la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano, di cui all’Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006;
- l’art. 1, comma 180, legge 311/2004, il quale prevede che la Regione interessata, ove ricorrano le condizioni nello stesso previste, ovvero la sussistenza di rilevanti disavanzi di gestione del Servizio sanitario regionale il cui ripiano non è conseguibile attraverso strumenti ordinari, stipuli apposito Accordo con lo Stato che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell’equilibrio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;
- l’*Accordo* che il Ministro della Salute, il Ministro dell’Economia e delle Finanze ed il Presidente della Regione Campania hanno sottoscritto il 13 marzo 2007 *“... per l’approvazione del Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell’equilibrio economico ai sensi dell’articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311”*, da realizzarsi attraverso (art. 1, comma 3 dell’*Accordo*):
 - misure di riequilibrio del profilo erogativo dei Livelli Essenziali di Assistenza, in coerenza con il vigente Piano Sanitario Nazionale;

- misure di riequilibrio della gestione corrente, necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010 nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza, dettagliatamente individuate nel Piano di Rientro;
- la delibera di Giunta regionale n. 460 del 20 marzo 2007 con cui è stato approvato detto *Accordo* e l'allegato *Piano di Rientro 2007 - 2009* dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario regionale, ai sensi dell'art. 1, comma 180, legge 30 dicembre 2004, n. 311;

L'Assessore alla Sanità propone e la Giunta in conformità, a voto unanime,

DELIBERA

per i motivi precedentemente formulati e che si intendono qui riportati integralmente:

1. Le premesse e gli allegati formano parte integrante e sostanziale della presente delibera.
2. Di procedere in via di autotutela, ai sensi e per gli effetti dell'art. 21 nonies della legge 241/90 e s.m. e i. all'annullamento d'ufficio della delibera della Giunta Regionale n. 1149 del 19 giugno 2009, come rettificata per errata corrige dell'allegato n. 2 con DGRC n. 1232 del 10 luglio 2009, sussistendone le ragioni di interesse pubblico, a seguito di una nuova valutazione ritenuto che il contenzioso già attivato da diverse Associazioni di Categoria in merito alla legittimità dell'inserimento nei Protocolli d'Intesa con le Associazioni di categoria e nei conseguenti contratti con i singoli operatori privati delle clausole di sospensione dell'accreditamento e/o di acquiescenza ai provvedimenti regionali, possa ritardare ulteriormente il perfezionamento dei suddetti atti negoziali, con gravi conseguenze negative sul controllo della spesa sanitaria e tenendo conto altresì degli interessi dei destinatari e dei controinteressati.
3. L'iter procedurale per la determinazione dei volumi di prestazioni sanitarie da erogarsi nella Regione Campania e per l'attuazione dei correlati limiti di spesa, stabilito dalle delibere della Giunta Regionale n. 1272/03 e 2451/03, confermato per il 2004 dalla DGRC n. 048/03 e, con modifiche, per il 2005 dalle DGRC n. 2105/04 e n. 2157/05, per il 2006 dalla DGRC n. 800/06, per il 2007 dalla DGRC n. 517/07 e per il 2008 dalla DGRC n. 1268/08, per quanto non modificato dalla presente delibera, è esteso anche agli esercizi 2009 e 2010.
4. I limiti di spesa già definiti per gli esercizi 2009 e 2010 nella delibera della Giunta Regionale n. 517 del 30 marzo 2007 in esecuzione dell'*Accordo* che il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze ed il Presidente della Regione Campania hanno sottoscritto il 13 marzo 2007 "... per l'approvazione del Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311", con le modifiche ed integrazioni effettuate dalla DGRC n. 1268/08 e dalla presente delibera, sono riportati negli allegati da n. 1 a n. 9.
5. Le Aziende Sanitarie Locali devono provvedere immediatamente a costituire i nuovi Tavoli Tecnici tra le ASL e le Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative, per adeguarli al loro nuovo assetto territoriale.
6. Ai fini di della migliore attuazione della programmazione regionale oggetto della presente delibera, si dispongono le seguenti modalità attuative, recepite nella nuova formulazione dell'art. 5 dell'allegato A\1 (per il 2009) e A\1 bis (per il 2010) alla presente delibera:

per l'esercizio 2009:

la remunerazione delle prestazioni erogate nel periodo 1 gennaio 2009 – 31 ottobre 2009 non potrà superare l'85% del limite di spesa stabilito per la macroarea / branca / tipologia di prestazioni, rimanendo l'ulteriore 15% disponibile per la remunerazione delle prestazioni erogate nel periodo 1 novembre 2009 – 31 dicembre 2009; l'eventuale eccedenza nel valore delle prestazioni erogate, rispettivamente, nei primi dieci mesi dell'anno, e negli ultimi due, sarà abbattuta applicando la Regressione Tariffaria di cui all'allegato C alla DGRC n. 1268/08 separatamente ai due periodi temporali individuati; al fine di assicurare la massima trasparenza e di responsabilizzare maggiormente i singoli centri privati, oltre al normale monitoraggio del

consumo dei tetti di spesa, già previsto nell'ambito dei Tavoli Tecnici con le Associazioni di Categoria, le ASL provvederanno ad inviare a ciascuna struttura privata, a mezzo raccomandata A.R., la situazione di consumo dei volumi di prestazioni programmati e dei correlati limiti di spesa, aggiornata rispettivamente al 30.6.09 ed al 31.8.09, per singola macroarea / branca / tipologia di prestazioni;

per l'esercizio 2010:

- ciascuna ASL effettuerà in via preliminare, con i criteri già definiti al riguardo dalle precedenti delibere regionali in materia, la ripartizione dei volumi di prestazioni e del tetto di spesa di macroarea tra le diverse branche / tipologie di prestazioni; successivamente, ripartirà il tetto di spesa stabilito per ogni branca / tipologia di prestazioni (o macroarea, se non suddivisa in branche) alle singole strutture private operanti sul suo territorio con i seguenti criteri:
 - per le strutture già operanti al 1 gennaio 2008: in proporzione al fatturato totale relativo alle prestazioni rese nel periodo 1 gennaio 2007 - 30 giugno 2008 e nel I semestre 2009 (fatturato riconosciuto dopo i controlli formali e sostanziali, al lordo delle regressioni tariffarie e, per la specialistica ambulatoriale, al netto dello sconto ex art. 1 comma 796 lettera o) della legge 296 del 27/12/06); l'esclusione del secondo semestre 2008 è utile per evitare che la base di ripartizione alle singole strutture sia influenzata da comportamenti non uniformi dei centri privati in tale periodo, riguardo alla continuazione nella erogazione delle prestazioni anche dopo l'esaurimento del tetto di macroarea / branca;
 - per le strutture nuove (in quanto accreditate nel 2008 o successivamente, tenuto anche conto della programmazione 2009 e 2010 degli accreditamenti istituzionali, delegati alle ASL dalla legge regionale n. 16/08) e/o per tipologie di prestazioni precedentemente non riconosciute: in proporzione alla stima del fatturato (come sopra definito) riconoscibile nel 2010, che la ASL dovrà formulare, sentito in proposito il parere – non vincolante – del Tavolo Tecnico costituito presso la ASL con le Associazioni di Categoria della sanità privata ai sensi della vigente normativa regionale in materia di tetti di spesa;
 - per tutte le strutture: tenuto conto di eventuali aggiornamenti del fabbisogno delle ASL in merito ai volumi ed alle tipologie di prestazioni sanitarie, nonché al mix tra prestazioni per i propri residenti e prestazioni rese in mobilità attiva;
 - eventuali situazioni particolari potranno essere singolarmente esaminate nell'ambito del Tavolo Tecnico congiunto ASL – Associazioni di Categoria, che dovrà formulare una relazione di valutazione complessiva della ripartizione effettuata dalla ASL, da allegare al Protocollo d'Intesa;
- la ripartizione dei volumi di prestazioni e del tetto di spesa di macroarea tra le diverse branche / tipologie di prestazioni, nonché del limite di spesa attribuito alle singole strutture private, di cui al punto precedente, dovrà essere definita da ciascuna ASL entro il 20 ottobre 2009 e sottoposta alla approvazione della Giunta Regionale, che delibererà in merito entro il 20 novembre 2009; successivamente, le ASL dovranno provvedere a stipulare i conseguenti Protocolli d'Intesa con le Associazioni di Categoria (ovvero, in caso di mancato accordo, alla notifica del Protocollo alle Associazioni ed alle singole strutture) entro il 5 dicembre 2009, ed alla stipula dei contratti con le singole strutture entro il 20 dicembre 2009;
- 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, se non espressamente modificato con delibera della Giunta Regionale - che saranno riconosciute con i seguenti criteri, utili a garantire il rispetto del limite di spesa annuo, fermo restando il rispetto complessivo della Regressione Tariffaria Unica – R.T.U. in vigore dal 1 gennaio 2008 ai sensi della sopra citata DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008:
 - 85%. distribuito su base media mensile, a tariffa piena;
 - ulteriore 5%, distribuito su base media mensile, applicando una regressione tariffaria del 30%;

- ulteriore 5%, distribuito su base media mensile, applicando una regressione tariffaria del 50%;
 - residuo 5%, riservato alla decisione, che assumerà unilateralmente l'Azienda Sanitaria Locale entro il 31 ottobre dell'anno in corso, di mettere a disposizione tale importo:
 - in tutto o in parte, per ridurre le regressioni tariffarie di cui alle precedenti lettere b) e c);
 - in tutto o in parte, per stipulare accordi integrativi (ai sensi dell'art. 8-quinquies del DLGS 502/92 e s.m.i., comma 2, lettera e-bis), a tariffa scontata, per l'acquisto di tipologie di prestazioni per le quali la ASL ritiene opportuno o necessario avvalersi delle strutture private.
- la ripartizione dei limiti di spesa effettuata con i criteri sopra definiti sarà allegata al Protocollo d'Intesa e si intenderà espressamente accettata da ciascuna struttura privata all'atto della sottoscrizione del contratto; l'importo ripartito a ciascuna struttura dovrà essere espressamente evidenziato nel contratto che la medesima struttura è tenuta a stipulare con la ASL ai sensi dell'art. 8-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502; gli scaglioni di remunerazione di cui alle lettere a), b) e c) del precedente comma 1 saranno applicati sul progressivo mensile complessivo del valore della produzione delle singole strutture nei limiti della ripartizione del tetto di spesa della macroarea / branca attribuita ad ogni singola struttura; il mancato pieno utilizzo degli scaglioni da parte di alcune strutture si renderà disponibile per incrementare la disponibilità residua di cui alla precedente lettera d) punto i), in modo da attenuare la regressione tariffaria applicata alle altre strutture.
7. Nei Protocolli d'Intesa con le Associazioni di Categoria e nei contratti che le singole strutture private devono stipulare con le ASL ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del Dlgs 502/1992 e s.m.i., sono inserite le clausole contrattuali definite negli schemi allegati A\1, A\1bis, A\2 alla presente delibera, volte a:
- limitare la fatturazione mensile dei centri privati e delle case di cura agli acconti effettivamente liquidabili, stabilendo al contempo scadenze precise e ravvicinate entro le quali le ASL devono completare i controlli di merito ed applicare le regressioni tariffarie, in modo da consentire che la fatturazione a saldo avvenga direttamente per il residuo effettivamente riconoscibile, ed anche al fine di fornire elementi di certezza ad eventuali operazioni di anticipazioni su fatture ed evitare che, attraverso azioni esecutive sull'intero fatturato, i centri privati possano ottenere il pagamento di quote di fatturato non dovute;
 - devolvere ogni controversia relativa alla interpretazione o applicazione dei Protocolli d'Intesa e dei conseguenti contratti sottoscritti ai sensi della presente delibera, nonché di ogni altra pretesa, alla cognizione del giudice ordinario o amministrativo, con espressa esclusione della possibilità di compromettere per arbitri le controversie medesime.
8. Costituisce fattispecie di sospensione del rapporto di accreditamento provvisorio o istituzionale con le strutture private, 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 in legge n. 133/2008):
- a) la mancata sottoscrizione del contratto relativo ai limiti di spesa dell'anno in corso entro 10 giorni dalla richiesta della ASL di sottoscrivere tale contratto;
 - b) la sottoscrizione del contratto con apposizione di riserve, espresse nello stesso, ovvero in comunicazioni e/o documenti a latere, dai quali si evinca la persistenza di una volontà del soggetto firmatario del contratto in contrasto con il contenuto negoziale dello stesso.
9. Può costituire fattispecie di sospensione del rapporto di accreditamento provvisorio o istituzionale con le strutture private, 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 in legge n. 133/2008):
- c) l'impugnativa, da parte del soggetto firmatario del contratto, della presente delibera e/o degli atti della ASL presupposti, connessi e conseguenti, con espresso riferimento alla ripartizione dei limiti di spesa per macroarea / branca / tipologia di prestazioni / singola struttura: in tali casi sarà attivata la procedura di cui ai successivi punti;

d) il perseguimento di azioni esecutive su quote di fatturato, anche di anni precedenti, che la ASL ha formalmente comunicato non essere liquidabili, in quanto abbattute dalla regressione tariffaria necessaria per il rispetto dei tetti di spesa e/o per altri motivi (controlli sanitari, soglie di non appropriatezza, ecc.): fattispecie da valutarsi nel caso specifico, qualora si configuri una grave violazione del dovere di correttezza e buona fede nell'adempimento contrattuale.

10. Le ASL sono tenute a fornire all'Assessorato alla Sanità entro il 7 agosto 2009 l'elenco di tutte le strutture private p.a. o accreditate, allegando i contratti sottoscritti in attuazione della presente delibera ed indicando espressamente quali strutture ricadono nelle previsioni di cui alle precedenti lettere a), b), c) o d). La Giunta Regionale entro il 15 settembre 2009 ratificherà la sospensione dell'accreditamento *ipso jure* nelle ipotesi a) e b); e, sentito il parere dell'Avvocatura Regionale sul caso specifico, delibererà in merito alla sospensione dell'accreditamento nelle ipotesi c) e d).
11. Le ASL sono, comunque, tenute a comunicare immediatamente all'Assessorato alla Sanità il successivo insorgere di una delle fattispecie sospensive (sopra elencate), in modo che sia attivato il sopra descritto iter, ai fini della eventuale deliberazione da parte della Giunta Regionale della sospensione dell'accreditamento.
12. Nei casi in cui si procederà alla sospensione dell'accreditamento, le Aziende Sanitarie Locali dovranno accantonare nel proprio bilancio, per trimestre solare ed a consuntivo, in un apposito fondo rischi, la parte del tetto di spesa che altrimenti sarebbe stata liquidata alla struttura interessata, fino alla definizione dell'eventuale contenzioso.
13. Fermo restando quanto stabilito nei punti precedenti, al fine di pervenire nei tempi più brevi alla stipula dei Protocolli d'Intesa con le Associazioni di Categoria e dei conseguenti contratti con le strutture private provvisoriamente accreditate o accreditate, senza che la stipula di tali atti sia subordinata agli esiti di un contenzioso che potrebbe durare anche molto tempo, si allegano alla presente delibera:
 - sub A\1: lo schema di Protocollo d'Intesa da utilizzarsi per tutte le macroaree ad esclusione dell'assistenza ospedaliera;
 - sub A\1 bis: lo schema di Protocollo d'Intesa previsto per l'esercizio 2010 per tutte le macroaree ad esclusione dell'assistenza ospedaliera;
 - sub A\2: lo schema di Protocollo d'Intesa da utilizzarsi per la macroarea dell'assistenza ospedaliera;
 - sub A\3: lo schema di contratto da utilizzarsi per la stipula dei contratti con le singole strutture private, valido per tutte le macroaree ad esclusione dell'assistenza ospedaliera;
 - sub A\4: lo schema di contratto da utilizzarsi per la stipula dei contratti con le singole case di cura, valido per la macroarea dell'assistenza ospedaliera.

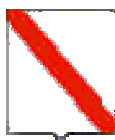
Tali nuovi schemi, per effetto dell'annullamento d'ufficio in via di autotutela ai sensi dell'art. 21 nonies legge n. 241/90 e s.m.i. della delibera della Giunta Regionale n. 1149 del 19 giugno 2009, come rettificata per errata corrige dell'allegato n. 2 con DGRC n. 1232 del 10 luglio 2009 dovranno essere utilizzati dalle ASL per stipulare i Protocolli d'Intesa con le Associazioni di Categoria e/o i conseguenti contratti con le singole strutture private.

14. I Protocolli d'Intesa con le Associazioni di Categoria e/o i conseguenti contratti con le singole strutture private, redatti secondo gli schemi allegati da A\1 ad A\4 alla presente delibera, dovranno essere definiti e sottoscritti entro il 7 agosto 2009. Da tale data, pertanto, cessa la remunerazione a carico del Servizio Sanitario pubblico delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate o provvisoriamente accreditate che non siano avvenute alla stipula del contratto.
15. Dall'esercizio in corso, oltre al generale divieto per ciascuna struttura privata provvisoriamente accreditata o accreditata di incrementare in misura superiore al 10% la propria produzione a carico del S.S.R., rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente, già stabilito dalle precedenti delibere regionali in materia di tetti di spesa, è istituito (con esclusione – per la propria specificità - della macroarea dell'assistenza ospedaliera) anche il divieto di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni (come definito al comma 6 dell'art. 4 dello schema di Protocollo d'Intesa allegato sub A\1 e A\1 bis per le varie macroaree / branche / tipologie di prestazioni) se non sulla base di adeguate motivazioni, la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico ASL – Associazioni di Categoria (in caso di valutazione positiva

da parte del tavolo tecnico, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa).

16. Per effetto di quanto stabilito dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 94/2009 del 1 aprile 2009, trova piena applicazione la disposizione recata dall'art. 1, comma 796, lettera o) della legge 27 dicembre 2006, n. 296, secondo la quale: "... fatto salvo quanto previsto in materia di aggiornamento dei tariffari delle prestazioni sanitarie dall'articolo 1, comma 170, quarto periodo, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come modificato dalla presente lettera, a partire dalla data di entrata in vigore della presente legge le strutture private accreditate, ai fini della remunerazione delle prestazioni rese per conto del Servizio sanitario nazionale, praticano uno sconto pari al 2 per cento degli importi indicati per le prestazioni specialistiche dal decreto del Ministro della sanità 22 luglio 1996, pubblicato nel supplemento ordinario n. 150 alla Gazzetta Ufficiale n. 216 del 14 settembre 1996, e pari al 20 per cento degli importi indicati per le prestazioni di diagnostica di laboratorio dal medesimo decreto ...".
17. Per agevolare ed assicurare uniformità nella applicazione della legge richiamata, nell'allegato n. 11 alla presente delibera viene esposto l'importo dello sconto, calcolato con riferimento a ciascuna prestazione specialistica del nomenclatore vigente nel 2007 e 2008 e fatte salve successive modifiche dello stesso.
18. Le ASL dovranno provvedere a calcolare l'importo dello sconto dovuto da ogni centro privato per il 2007 e per il 2008, applicando lo sconto unitario esposto nell'allegato n. 11 alla presente delibera al numero di prestazioni effettuate in tali esercizi, distintamente per ogni codice di prestazione. Tale modalità operativa dovrà essere applicata anche all'esercizio in corso, finché non interverranno le nuove tariffe massime nazionali (e le conseguenti determinazioni della Regione Campania), attese in attuazione dell'art. 8 del decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248, convertito con modifiche nella legge 28 febbraio 2008, n. 31.
19. Le modalità di applicazione dello sconto ex art. 1, comma 796, lettera o) della legge 296/2006 per gli esercizi 2007 e 2008 sono definite come esposto nell'allegato sub B) alla presente delibera, in base al quale la determinazione dell'importo con cui i diversi centri privati concorrono all'eventuale sfioramento del tetto di spesa (importo da dedurre, poi, in regressione tariffaria) deve essere effettuato sul loro fatturato al lordo (prima) dello sconto ex lettera o) del comma 796 dell'art. 1 della legge 296/2006, con le modalità di calcolo esemplificate in detto allegato, in modo che lo sconto intervenga ad integrazione della eventuale regressione tariffaria e non in aggiunta alla stessa. Mentre, per l'anno in corso, i limiti di spesa attribuiti alle diverse branche dell'assistenza specialistica ambulatoriale dovranno essere definiti dalle ASL tenendo già conto (e, quindi, al netto) dello sconto ex lett. o) del comma 796 dell'art. 1 della legge 296/2006.
20. Le Aziende Sanitarie Locali, sono tenute a procedere alla immediata e formale notifica della presente delibera nei confronti dei responsabili delle strutture organizzative interne responsabili dei vari fattori di costo, dei rappresentanti legali delle strutture sanitarie accreditate e/o provvisoriamente accreditate, nonché dei rappresentanti locali delle Associazioni di Categoria degli operatori della sanità pubblica e privata.
21. Le Aziende Sanitarie Locali devono conformare, nei termini sopra determinati, alle disposizioni recate dalla presente delibera, anche con la collaborazione delle Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative, i budget per macroarea, branca e/o tipologia di prestazioni, già stabiliti per l'esercizio 2009 in adempimento delle DGRC n. 517/07 e n. 1268/08 per quanto riguarda le prestazioni di assistenza sanitaria da acquistare nell'esercizio 2009 da terzi convenzionati o strutture sanitarie private accreditate o provvisoriamente accreditate, e adeguare i Protocolli d'Intesa già stipulati per l'esercizio 2009 con le medesime Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative (o stipulare ex novo, qualora non abbiano già provveduto), agli schemi esposti negli allegati A\1 e A\2 alla presente delibera. In mancanza di accordo tra le ASL e le Associazioni di Categoria per la definizione dei suddetti Protocolli d'Intesa, le ASL medesime provvederanno a notificare la propria proposta di Protocollo d'Intesa alle Associazioni di Categoria ed a tutte le strutture interessate, con richiesta di sottoscrivere, comunque, i conseguenti contratti.
22. Gli obiettivi 2009 e 2010 relativi al costo dell'Assistenza Integrativa e Protesica acquistata da terzi privati (prestazioni, tramite le farmacie convenzionate, per dietetica per alimentazioni particolari, protesica, presidi sanitari, presidi e materiale di medicazione, puri servizi di distribuzione) include anche i costi per assistenza integrativa (ausili per diabetici) e dietetica non erogata tramite farmacie convenzionate, l'assistenza protesica non erogata tramite farmacie convenzionate (ex art. 8, c. 2, D.Lgs. 502/92), la fornitura di presidi sanitari ed ausili tecnici inclusi nel nomenclatore delle protesi), sono ripartiti tra le nuove Aziende Sanitarie Locali come esposto nell'allegato n. 7 alla presente delibera.

23. Gli obiettivi 2009 e 2010 relativi al costo dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale erogata da medici SUMAI, fissati dal *Piano di Rientro dal Disavanzo*, sono ripartiti tra le nuove Aziende Sanitarie Locali come esposto nell'allegato n. 8 alla presente delibera.
24. Gli obiettivi 2009 e 2010, relativi al costo dei servizi di distribuzione dei farmaci per conto delle nuove Aziende Sanitarie Locali, sono ripartiti tra le medesime come esposto nell'allegato n. 9 alla presente delibera.
25. Al fine di tenere conto della specificità delle prestazioni di dialisi, in corso di passaggio dall'assistenza indiretta all'accreditamento istituzionale, le singole Aziende Sanitarie Locali dovranno assumere a proprio carico, nei contratti con le strutture accreditate, la quota di prestazioni di dialisi erogata ai residenti di altre ASL (fatto salvo il riaddebito ed il rimborso attraverso la manovra compensativa della mobilità regionale) che, precedentemente, i centri operanti in assistenza indiretta fatturavano direttamente alle ASL di residenza del paziente. Eventuali sforamenti o sotto utilizzi dei limiti di spesa della branca delle prestazioni di dialisi, fino al completamento del processo di accreditamento istituzionale, saranno esclusi da ogni possibilità di compensazione con altre branche della specialistica ambulatoriale e/o macroaree di prestazioni sanitarie.
26. I tetti di spesa ed i budget di costo stabiliti dalla presente delibera saranno monitorati almeno ogni tre mesi e potranno eventualmente essere rimodulati ogni anno, con successive delibere della Giunta Regionale, in funzione dell'andamento dei costi del Servizio Sanitario Regionale e del finanziamento statale per la sanità, nel rispetto di tutti gli obiettivi e di tutte le condizioni stabilite nel *Piano di Rientro dal Disavanzo* approvato dalla DGRC n. 460/07.
27. Il disavanzo di € 554 milioni registrato nel preconsuntivo dell'esercizio 2008 delle aziende sanitarie non consente di procedere ad una attenuazione e/o rimodulazione degli obiettivi di risparmio e dei limiti di spesa fissati per l'esercizio 2008 dalle DGRC n. 460/07, 517/07 e 1268/08.
28. Si dà atto che la presente delibera è assunta per urgenza ai sensi dell'art. 3, comma 8, dell'*Accordo per il Piano di Rientro* e, pertanto, viene trasmessa al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ed al Ministero dell'Economia dopo la sua adozione; si è, quindi, in attesa del parere positivo di conformità rispetto agli obblighi assunti dalla Regione Campania nel *Piano di Rientro*, fatte salve eventuali ulteriori prescrizioni dei Ministeri, che potranno essere recepite con successiva delibera, stante l'urgenza del presente provvedimento ai fini del rispetto degli obblighi di contenimento dei costi fissati nel *Piano di Rientro*.
29. Il presente provvedimento viene inviato ad intervenuta esecutività alle Aree Generali di Coordinamento 8, 19 e 20, ai Settori proponenti, alle Commissioni Bilancio e Sanità del Consiglio Regionale (ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L.R. n. 24/05), ed al Settore Stampa, Documentazione, Informazione e Bollettino Ufficiale per la immediata pubblicazione sul B.U.R.C.



GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

DELIBERAZIONE n°	1269	del	16/07/2009	AREA 19	SETTORE 1	SERVIZIO 3
------------------	------	-----	------------	------------	--------------	---------------

OGGETTO :

Piano 2007 - 2009 di Rientro dal disavanzo sanitario, volumi di prestazioni sanitarie 2009 e 2010 e correlati limiti spesa: integrazioni ed aggiornamenti delle disposizioni in materia di prestazioni sanitarie acquistate da privati accreditati e/o provvisoriamente accreditati, in conseguenza della razionalizzazione degli ambiti territoriali e distrettuali delle Aziende Sanitarie Locali operata dalla L.R. 16/08 e dalle DGRC n. 504 e n. 505 del 20 marzo 2009, e annullamento delle DGRC n. 1149/09 e n. 1232/09

QUADRO A	CODICE	COGNOME	MATRICOLA	FIRMA
PRESIDENTE ASSESSORE		<i>Assessore Santangelo Mario Luigi</i>	_____	_____
DIRIGENTE SETTORE		<i>Dr. D'Ascoli Albino</i>	_____	_____
IL COORDINATORE AREA		<i>Dr. D'Ascoli Albino</i>	_____	_____

VISTO IL DIRIGENTE SETTORE ATTIVITA' ASSISTENZA GIUNTA	COGNOME	FIRMA	
DATA ADOZIONE	16/07/2009	INVIATO PER L'ESECUZIONE IN DATA	20/07/2009

ALLE SEGUENTI AREE E SETTORI GENERALI DI COORDINAMENTO:

Dichiarazione di conformità della copia cartacea:

Il presente documento, ai sensi del T.U. dpr 445/2000 e successive modificazioni è copia conforme cartacea dei dati custoditi in banca dati della Regione Campania.

Firma
