

Schema di Protocollo di intesa tra l'ASL _____ e le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza in regime di ricovero ospedaliero da erogarsi per l'anno ____ (2009, 2010) da parte delle case di cura private accreditate o temporaneamente accreditate, ed i correlati limiti di spesa.

PREMESSO

- che con deliberazione n. 1272 del 28 marzo 2003, pubblicata sul B.U.R.C. n. 16 del 14 aprile 2003, 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;
- che con deliberazione 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, la Giunta Regionale, nel definire i volumi delle prestazioni ed i correlati limiti spesa per l'esercizio 2003, ha provveduto, in applicazione dei principi e delle procedure di cui alla citata deliberazione n. 1272/2003, ad emanare schemi tipo (allegati A/1, A/2 e A/3 alla DGRC n. 2451/03) per la definizione di accordi con le associazioni di categoria e con i singoli privati temporaneamente accreditati per regolare i volumi per singola branca e/o tipologia di prestazioni e il regime di remunerazione delle stesse;
- che per l'anno 2004 con deliberazione 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, 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;
- che per l'esercizio 2005, con delibere 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, la Giunta Regionale ha stabilito, tra l'altro, 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);
- che con delibera n. 800 del 16 giugno 2006 la Giunta Regionale:
 - ha definito per l'esercizio 2006 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;

- ha confermato le procedure e le modalità applicative dei limiti di spesa correlati ai volumi di prestazioni sanitarie, già stabilito dalle sopra citate 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, apportando ulteriori modifiche che sono recepite nel presente Protocollo;
- che con delibera n. 517 del 30 marzo 2007 la Giunta Regionale, in attuazione del *Piano di Rientro dal Disavanzo* approvato con DGRC n. 460 del 20 marzo 2007, ha definito i volumi di prestazioni sanitarie ed i correlati limiti di spesa per gli esercizi 2007, 2008, 2009 e 2010, nonché le relative procedure applicative;
- che con delibere n. 1268 del 24 luglio 2008 e n. ____ del __ luglio 2009 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;

DATO ATTO

- che con la citata deliberazione n. ____ del __ luglio 2009 la Giunta Regionale ha definito per la macroarea “attività di assistenza in regime di ricovero ospedaliero” il fabbisogno di prestazioni ed il correlato limite di spesa, relativamente alle prestazioni erogate dalle Case di Cura private provvisoriamente accreditate o accreditate, insistenti nell'ambito territoriale della ASL _____, suddiviso tra:
 - A) prestazioni erogate ai propri residenti;
 - B) prestazioni erogate ai residenti di altre ASL regionali;
 - C) prestazioni erogate a residenti extra Regione;
- che tale fabbisogno di prestazioni per la suddetta macroarea ed il correlato limite di spesa rappresentano la quota appropriata di attività riconosciuta a carico del Servizio Sanitario Regionale e quindi il limite massimo di spesa sostenibile;
- che per la macroarea assistenza ospedaliera la medesima delibera ha stabilito di procedere dal 2008 alla introduzione del cd. *Budget di Struttura*, con i seguenti criteri:
 - ciascuna ASL ripartisce alle Case di Cura private operanti sul suo territorio il 90% del tetto di spesa assegnato alla ASL ed esposto nell'allegato n. 9 alla stessa delibera, colonna (G), composto da: colonna (A) Budget residenti ASL + colonna (C) Budget residenti extra regione + colonna (F) Budget mobilità residenti altre ASL della Regione;
 - la ripartizione viene effettuata dalla ASL applicando criteri uniformi e trasparenti, basati su parametri oggettivi quali: il maggiore volume annuo di prestazioni, di fatturato e di peso complessivo dei DRG, realizzato nell'arco degli ultimi tre anni; la capacità produttiva nell'esercizio in corso eventualmente dichiarata dalla Casa di Cura; il numero dei posti letto accreditati ed attivi, ripartito per le diverse discipline; l'esigenza della ASL di assicurare determinati volumi di alcune prestazioni di ricovero rispetto ad altre, più facilmente sostituibili da parte delle strutture pubbliche a disposizione dell'utenza, con particolare riferimento ai ricoveri di emergenza / urgenza effettuati presso le Case di Cura inserite nella rete del SIRES ed ai ricoveri di riabilitazione e lungodegenza;

- la delibera del Direttore Generale recante la ripartizione del tetto di spesa a ciascuna Casa di Cura deve essere adeguatamente motivata e dettagliata, e dovrà essere allegata al Protocollo d’Intesa con le Associazioni di Categoria, allegato sub A/2 alla presente delibera;
- lo sfioramento del Budget di Struttura assegnato a ciascuna Casa di Cura determinerà una corrispondente regressione tariffaria sul fatturato complessivo della stessa Casa di Cura; la regressione potrà eventualmente essere attenuata (o annullata) a consuntivo, in sede di ripartizione della residua quota del 10% del limite di spesa assegnato alla ASL;
- il rimanente 10% del limite di spesa sarà riservato dalla ASL per essere ripartito a consuntivo alle Case di Cura operanti sul territorio della ASL, in modo da attenuare le regressioni tariffarie, con i seguenti criteri:
 - il 5% in proporzione al valore dei ricoveri di alta complessità cui all’allegato B alla DGRC n. 800/06;
 - il 5% in proporzione al valore consuntivati di ulteriori DRG, specificati dalla ASL nella sopra descritta delibera del Direttore Generale da allegarsi al Protocollo d’Intesa con le Associazioni di Categoria, prescelti dalla ASL in base a considerazioni di fabbisogno e di programmazione proprie della ASL medesima e non sindacabili da parte delle Case di Cura e/o delle loro Associazioni, con esclusione dei DRG individuati dalla Giunta Regionale come prestazioni a maggiore rischio di non appropriatezza;

CONSIDERATO

- che, al fine di dare corso ai provvedimenti attuativi dei disposti della Giunta Regionale, secondo i principi e i criteri dalla medesima definiti, occorre determinare:
 - a) i volumi massimi di prestazioni erogabili da parte delle Case di Cura private operanti nella stessa ASL;
 - b) i correlati limiti di spesa;
 - c) le modalità di remunerazione delle prestazioni e delle regressioni tariffarie eventualmente necessarie per contenere i costi nei limiti di spesa definiti, fermo restando che tali modalità dovranno conformarsi ai criteri tecnici stabiliti nell’allegato C) (Regressione Tariffaria Unica – R.T.U. in vigore dal 1 gennaio 2008) alla DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008, ed alle possibilità di compensazione tra sfioramenti dei limiti di spesa programmati e minore utilizzo di altri limiti di spesa programmati consentite dalla medesima delibera;
 - d) le modalità per il monitoraggio dei volumi erogati e dei costi sostenuti per la corretta applicazione delle disposizioni Regionali.

VISTO

- 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 e le tipologie delle prestazioni di assistenza in regime di ricovero ospedaliero da erogarsi per l’anno _____ (2009, 2010) da parte delle case di cura private accreditate o temporaneamente accreditate, ed i correlati limiti di spesa, allegato sub A/2 alla citata DGRC n. ____/2009;

PRECISATO

- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative della DGRC n. ____/2009, definiti e condivisi con le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative sottoscrittrici dal presente protocollo di intesa;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

1. La premessa é patto e forma parte integrante del presente protocollo d'intesa.

Art. 2

(oggetto)

Il presente protocollo di intesa ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza ospedaliera da erogarsi nell'anno ____ (2009, 2010) da parte delle Case di Cura private temporaneamente accreditate ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il fabbisogno di prestazioni di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, che la ASL prevede di dover acquistare per i propri residenti presso le Case di Cura private ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ dimessi, di cui:
 - a) n. ____ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800 del 16/3/2006, come integrato dalla ASL ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
 - b) n. ____ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
2. Il fabbisogno di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle Case di Cura private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ dimessi, di cui:
 - a) n. ____ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800 del 16/3/2006, come integrato dalla ASL ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
 - b) n. ____ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
3. Il fabbisogno di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni, residenti all'estero ed STP dalle Case di Cura private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ dimessi, di cui:
 - a) n. ____ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800 del 16/3/2006, come integrato dalla ASL ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
 - b) n. ____ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.

4. Il volume massimo di prestazioni erogabili in regime di ricovero ospedaliero è determinato in n. ____ dimessi, derivato dalla somma dei valori di cui ai commi 1, 2 e 3.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno ____ (2009, 2010) per il volume di prestazioni di assistenza in regime di ricovero ospedaliero, determinato all'art. 3, comma 4, è fissato in € _____, composto comespecificato nei successivi commi 2, 3 e 4.
2. Il limite di spesa per le prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, che la ASL prevede di dover acquistare per i propri residenti presso le Case di Cura private ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, di cui:
 - a) € _____ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800 del 16/3/2006, come integrato dalla ASL ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
 - b) € _____ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
3. Il limite di spesa per le prestazioni assistenza in regime di ricovero ospedaliero che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle Case di Cura private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____ di cui:
 - a) € _____ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800 del 16/3/2006, come integrato dalla ASL ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
 - b) € _____ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
4. Il limite di spesa per le prestazioni assistenza in regime di ricovero ospedaliero che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni, residenti all'estero ed STP dalle Case di Cura private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____ di cui:
 - a) € _____ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800 del 16/3/2006, come integrato dalla ASL ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
 - b) € _____ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
5. Le prestazioni erogate a residenti di altre Regioni, residenti all'estero ed STP di cui al precedente comma 4, concorrono ai sopra citati limiti di spesa; tuttavia, l'eventuale superamento del limite di cui al comma 4, potrà comportare analogo incremento dello stesso limite, in base alle condizioni di riconoscimento dell'addebito alle altre Regioni, stabilite dalla citata DGRC n. 517/2007, ed agli Enti deputati al rimborso delle prestazioni rese in mobilità internazionale o agli STP, ed asseverate dalle strutture regionali (Assessorato alla Sanità e Agenzia Sanitaria Regionale) che gestiscono gli addebiti e gli accrediti della compensazione della mobilità sanitaria tra le Regioni; l'eventuale sotto utilizzo del limite di cui al comma 4 non potrà essere utilizzato per compensare superamenti dei limiti di cui ai commi 2 e 3.
6. Le prestazioni di cui alla lettera a) dei precedenti commi 2, 3 e 4 concorrono ai sopra citati limiti di spesa; tuttavia, la regressione tariffaria derivante dall'eventuale superamento, a consuntivo, dei limiti stabiliti per le prestazioni di cui alla lettera a) dei commi 2, 3 e 4 del presente articolo, potrà essere parzialmente o interamente attenuata dalla quota del limite di spesa accantonata dalla ASL per tale finalità ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario - 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 della Giunta Regionale.
2. La allegata delibera del Direttore Generale della ASL n. ____ del __/__/2009 determina la ripartizione dei limiti di spesa di cui al precedente art. 4 per ciascuna Casa di Cura privata operante nella ASL e l'elenco dei DRG che la ASL ha scelto per integrazione dell'allegato B alla DGRC n. 800/06, secondo i criteri stabiliti dalla DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008.
3. Le prestazioni rientranti nei limiti di spesa di cui al precedente art. 4, come ripartiti per ciascuna Casa di Cura dalla allegata delibera del Direttore Generale della ASL, saranno remunerate a tariffa piena.
4. Le prestazioni eccedenti i limiti di spesa di cui al precedente art. 4, come ripartiti per ciascuna Casa di Cura dalla allegata delibera del Direttore Generale della ASL, determinano il contributo di ciascuna Casa di Cura privata al superamento del limite di spesa assegnato alla ASL per la macroarea delle prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, che la ASL prevede di dover complessivamente acquistare presso le Case di Cura private ubicate nel suo territorio. Pertanto, per tale importo, la Casa di Cura è impegnata ad emettere nota credito, ai sensi dell'allegato C) - Regressione Tariffaria Unica – R.T.U. – alla DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008.
5. La regressione tariffaria di cui al comma precedente potrà essere ridotta (finanche ad essere annullata) attraverso la ripartizione proporzionale – a consuntivo – della quota del limite di spesa accantonata dalla ASL, di cui al comma 6 del precedente art. 4, nella misura in cui i DRG compresi nell'allegato B alla DGRC n. 800/06, integrati con gli ulteriori DRG definiti nella allegata delibera del Direttore Generale della ASL, saranno stati erogati da ciascuna Casa di Cura privata, 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.
6. 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 accordo, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate..

Art. 6

(istituzione e compiti del Tavolo Tecnico)

1. Con la finalità di monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente accordo, è istituito un tavolo tecnico composto da n. _____ membri di cui n. _____ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, firmatarie del presente accordo, e di n. _____ membri nominati dal Direttore Generale.
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) stesura di protocolli aventi l'obiettivo di regolamentare l'attività del singolo settore;
 - b) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle strutture e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - c) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nel precedente art. 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.

Art. 7

(attività del Tavolo Tecnico)

1. Con cadenza mensile la ASL comunicherà al tavolo tecnico di cui all'art. 6 ed a tutte le altre AA.SS.LL. della Regione i dati relativi ai volumi e alle modalità di remunerazione delle prestazioni erogate dalle strutture ubicate nel territorio aziendale a cittadini non residenti (mobilità attiva).
2. Con cadenza almeno bimestrale, la ASL comunicherà altresì, al tavolo tecnico ed alle singole strutture erogatrici del proprio territorio – in via telematica, sul sito *Internet* della ASL e, per la situazione al 31 agosto dell'anno corrente, a mezzo raccomandata A.R. da inviare a ciascuna struttura privata entro il 30 settembre dell'anno in corso - i volumi remunerabili a tariffa piena, i volumi residui e la stima, in corso d'anno ed a consuntivo, della eventuale parte di fatturato di ciascuna Casa di Cura privata, che costituisce contributo al superamento dei limiti di spesa di cui al precedente art. 4, ai fini della applicazione della R.T.U. – Regressione Tariffaria Unica (di cui all'allegato C della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008).
3. Per le finalità di cui ai commi precedenti le Case di Cura private si impegnano 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; eventuali ritardi comporteranno l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 9.

Art. 8

(variazione del volume delle prestazioni e loro limiti)

1. I limiti di spesa di cui all'art. 4 sono suscettibili di aggiornamento con i criteri stabiliti dalla DGRC n. 517/2007 e richiamati nel comma 5 del precedente art. 4.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le diverse strutture, non è consentito ad una singola Casa di Cura, se non sulla base di adeguate motivazioni (la cui valutazione è affidata alla ASL, con obbligo di

riferire al tavolo tecnico di cui all'art. 6), ad una singola Casa di Cura di incrementare il fatturato a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quello registrato nel corrispondente periodo dell'anno precedente; fermo restando che, in caso di valutazione positiva da parte della ASL, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa).

Art. 9

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, sarà corrisposto alle strutture che, in applicazione del presente protocollo di intesa, sottoscriveranno il contratto di cui al successivo art. 10, un acconto pari (al massimo, stante la produzione resa) ad un dodicesimo mensile del limite di spesa ripartito alle singole Case di Cura dalla delibera del Direttore Generale della ASL di cui all'art. 5, comma 2 (pari complessivamente – per l'insieme delle case di cura - al 90% del limite di spesa della macroarea).
2. Ciascuna Casa di Cura maturerà il diritto al pagamento delle suddette fatture mensili di acconto entro trenta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono; la fatturazione del saldo di tutte le fatture mensili di acconto potrà essere effettuata dalla struttura privata solo dopo aver ricevuto dalla ASL, entro il 30 aprile dell'anno successivo, la determinazione del saldo liquidabile in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni e previa determinazione definitiva della eventuale regressione tariffaria di cui al precedente art. 4. La fattura di saldo non potrà essere emessa dalla struttura per un importo maggiore di quello liquidato dalla ASL e dovrà essere pagata dalla ASL entro i trenta giorni successivi. Qualora insorgano da parte della struttura contestazioni delle decurtazioni operate dalla ASL in sede di liquidazione del saldo annuale (fermo restando quanto previsto al successivo art. 11), la medesima struttura dovrà astenersi dal fatturare anche la parte non riconosciuta, e la ASL avrà il diritto di chiederne lo storno entro trenta giorni, in attesa dell'esito della contestazione.
3. Una volta verificate le fatture di acconto, la ASL notificherà l'addebito delle eventuali irregolarità alla struttura, la quale provvederà - se del caso - ad emettere la relativa nota di credito a favore della ASL, consentendo la liquidazione del conguaglio a saldo. A fini di regolarità contabile, la liquidazione del conguaglio è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota di credito.

Art. 10

(efficacia del contratto)

1. Le Case di Cura, in uno con le Associazioni di categoria firmatarie del presente protocollo di intesa, sottoscriveranno i singoli contratti che recepiranno i principi e le modalità sancite nel protocollo medesimo.
2. La remunerazione a carico del Servizio sanitario regionale delle prestazioni erogate dalle strutture è subordinata alla sottoscrizione da parte di ciascuna di esse del contratto previsto dal comma 1.
3. Il presente protocollo di intesa si riferisce a tutto l'anno _____ (2009, 2010), in esecuzione della deliberazione di Giunta regionale n. ____/2009.

4. Analoga durata ed efficacia avranno i contratti stipulati con le singole strutture, in applicazione del presente protocollo di intesa.
5. Il presente protocollo di intesa sarà adeguato alle modifiche della delibera della Giunta Regionale n. ____/2009, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza del protocollo stesso.

Art. 11
(norme finali)

1. Per ogni controversia riguardo l'attuazione del presente accordo le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede la ASL.
2. Le parti, nel sottoscrivere i contratti di cui ai commi 1 e 2 dell'art. 10, rinunciano espressamente agli effetti di eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti e, dunque, ad eccezione dei giudizi arbitrali già incardinati, si obbligano ad adire il giudice ordinario o amministrativo per qualunque controversia dovesse insorgere in merito alla applicazione o interpretazione dell'accordo di cui al comma 1 o di accordi pregressi, anche relativamente a pretese aventi ad oggetto il rapporto di provvisorio accreditamento, le articolazioni organizzative dei soggetti privati provvisoriamente accreditati, la quantità, la tipologia e le modalità di erogazione delle prestazioni, il mancato o ritardato pagamento delle prestazioni, il rapporto di accreditamento istituzionale.
3. La parte privata dichiara espressamente di conoscere la citata delibera della Giunta Regionale n. ____ del __ luglio 2009.