

Deliberazione N. 521

Assessore

Presidente Roberto FICO



SPL	SSL	STL
204	05	03

Regione Campania

GIUNTA REGIONALE

SEDUTA DEL 30/09/2026

PROCESSO VERBALE

Oggetto:

Prestazioni di Dialisi ambulatoriale erogate dalle strutture private accreditate – Determinazioni per l'esercizio 2026

1)	Presidente	Roberto	FICO	Presidente
2)	Vicepresidente	Mario	CASILLO	
3)	Assessore	Fulvio	BONAVITACOLA	
4)	Assessore	Vincenzo	CUOMO	
5)	Assessore	Onofrio Giustino Angelo	CUTAIA	
6)	Assessore	Vincenzo	MARAIO	
7)	Assessore	Andrea	MORNIROLI	
8)	Assessore	Claudia	PECORARO	
9)	Assessore	Angelica	SAGGESE	
10)	Assessore	Maria Carmela	SERLUCA	
11)	Assessore	Fiorella	ZABATTA	Assente
	Segretario	Mauro	FERRARA	

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione Generale 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 Direttore a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO che

- a. con Deliberazione di Giunta Regionale n. 460 del 20.03.2007, è stato approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004, n. 311;
- b. con Delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009, è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente *pro tempore* della Giunta Regionale della Campania, ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla Legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
- c. l'art. 2, comma 88, della Legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: *"Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale"*;
- d. con Delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente *pro tempore* della Giunta Regionale della Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della Legge n. 191/2009;
- e. in data 10 luglio 2017, il Consiglio dei Ministri ha deliberato la nomina del Presidente *pro tempore* della Giunta Regionale della Campania a Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario;
- f. a seguito della Delibera del Consiglio dei Ministri del 5 dicembre 2019 e della verifica positiva degli adempimenti ivi previsti, intervenuta nella riunione congiunta del 24 gennaio 2020 del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, è cessato il mandato commissariale conferito con la menzionata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 luglio 2017, e la Regione Campania è rientrata nell'esercizio delle funzioni precedentemente ricomprese nel mandato commissariale, nel rispetto della cornice normativa vigente in materia sanitaria e in materia di Piani di rientro dai deficit sanitari;
- g. la Regione Campania, pur essendo uscita dal Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR stipulato il 13 marzo 2007 ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311, come attestato dalla riunione congiunta del 27 marzo 2026 del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, la gestione del Servizio Sanitario Regionale rimane soggetta a tutti gli obblighi di cui all'Accordo Stato – Regioni del 23 marzo 2005 e s.m.i. ed al costante monitoraggio dei Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, nell'ambito delle verifiche periodiche svolte dal suddetto *Tavolo di verifica degli adempimenti e Comitato LEA*;

PREMESSO, altresì, che

- a. il D. Lgs. n. 502/1992, all'art. 8-quinquies, aggiunto dall'art. 8 del D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229, stabilisce: *"Le regioni ... definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali ed individuano i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti:*
 - a) individuazione delle responsabilità riservate alla regione e di quelle attribuite alle unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;*
 - b) indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare ...;*
 - c) determinazione del piano delle attività relative alle alte specialità ed alla rete dei servizi di emergenza;*

- d) criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura”;*
- b. per la branca della Dialisi ambulatoriale i limiti di spesa sono assegnati ai singoli centri privati accreditati su base individuale (cd. tetti “*di struttura*”, anziché “*di branca*”), come stabilito dalla DGRC n. 215/2022 e ss.mm.ii.;
 - c. per il carattere indifferibile e “*salvavita*” di tali prestazioni, la normativa regionale vigente per gli esercizi 2024 e 2025, ai sensi delle DGRC n. 800 del 29.12.2023, DGRC n. 757 del 27.12.2024 e DGRC n. 175 del 02.04.2025, ha previsto la possibilità per le ASL di integrare i limiti di spesa prefissati, in modo da remunerare a consuntivo le singole strutture sulla base di quanto effettivamente erogato, dopo aver applicato tutti i controlli ed abbattimenti dovuti, operando:
 - c.1 la compensazione tra sottoutilizzi e sforamenti dei tetti di spesa assegnati ai centri operanti nella medesima ASL;
 - c.2 la compensazione, poi, a livello regionale tra gli eventuali risparmi realizzati in una ASL e gli sforamenti residui nelle altre ASL;
 - c.3 dopo i due passaggi precedenti: una decurtazione del 35% della tariffa sugli eventuali sforamenti residui dei tetti di spesa dei singoli centri privati;
 - d. in coerenza con tali disposizioni, lo schema di contratto tra le ASL e i singoli centri privati accreditati, operanti nella branca della Dialisi ambulatoriale, approvato dalle menzionate DGRC n. 800/2023 e n. 175/2025, dopo aver stabilito, all’art. 4, l’importo del limite di spesa individuale, prevedono all’art. 5 (*criteri di remunerazione delle prestazioni*) la seguente pattuizione: “*Le parti si danno atto che eventuali superamenti del limite di spesa di cui al precedente art. 4 potranno essere remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, previa stipula di apposito accordo integrativo tra la ASL ed il sottoscritto centro privato*”;
 - e. lo schema di contratto vigente per l’esercizio 2025 prevede che gli acconti in corso d’anno siano commisurati all’85% della produzione resa;
 - f. con DGRC 755 del 04.11.2025 in considerazione del carattere indifferibile e “*salvavita*” delle prestazioni di Dialisi ambulatoriale, e al fine di evitare interruzioni e/o ritardi nella erogazione di tali prestazioni, sono state semplificate le procedure vigenti, finalizzate a remunerare la spesa eccedente i limiti prefissati;

PRESO ATTO, sulla base dell’istruttoria dei competenti Uffici regionali, che

- a. con Decreto n. 215 del 26.06.2026 della Direzione Generale Tutela della salute e Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, in attuazione delle disposizioni di cui alle menzionate DGRC n. 800/2023, n. 757/2024, n. 755/2025, sulla base delle comunicazioni fornite dalle ASL, sono stati accertati i dati consuntivi dell’assistenza specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture private accreditate nell’esercizio 2025, rilevando che, per la branca della Dialisi ambulatoriale, dopo la compensazione all’interno delle AA.SS.LL, risulta: “*uno sforamento residuo, a livello Regione, di euro 2.609.809,61...; tale sforamento può essere riconosciuto per il 65% ..., previa integrazione dei relativi tetti di spesa 2025*”;
- b. con nota acquisita agli atti regionale protocollo N.0602349/2026 del 06/07/2026, l’Associazione di categoria ANISAP ha contestato le risultanze del DD 215/2026 rappresentando che lo sforamento rilevato a consuntivo 2025 è meramente economico e deriva dall’applicazione del Nuovo nomenclatore approvato a fine 2024 (DGRC 660/2024), che aumentava il Valore Medio Prestazionale da € 182,06 a € 189,56 per cui l’applicazione della regressione tariffaria del 35% è illegittima in quanto lo sforamento economico è stato indotto dall’aumento tariffario e non da uno sforamento delle prestazioni (queste ultime sono correlate al fabbisogno);
- c. per l’esercizio 2026, il monitoraggio costante della spesa effettuato dai competenti Uffici evidenzia un incremento dei volumi economici derivanti dagli aumenti tariffari intervenuti per la Dialisi ambulatoriale a seguito della applicazione del nuovo Nomenclatore della specialistica ambulatoriale (DGRC n. 660/2024 e s.m.i.);
- d. tale scenario richiede l’attivazione tempestiva di strumenti di flessibilità e di ottimizzazione delle risorse programmatiche al fine di garantire la continuità nell’erogazione delle prestazioni, al quale si dovrà far fronte con le integrazioni dei limiti di spesa a consuntivo, secondo le menzionate disposizioni regionali vigenti;
- e. nei giorni 20 e 31 luglio 2026, presso la sede della Regione Campania, vi sono stati incontri con le Associazioni di categoria dei centri di dialisi privati accreditati. All’esito di tali incontri, i

competenti Uffici, sulla base delle istanze presentate, tenuto conto del carattere indifferibile e “salvavita” delle prestazioni di Dialisi ambulatoriale, con lo scopo di garantire la continuità delle prestazioni, propongono di incrementare il limite di spesa fissato dalla DGRC 741 del 2025 adeguandolo ad un volume complessivo stimato di 750.000 prestazioni a un costo medio stimato per prestazione come da allegato prospetto denominato Allegato B). Propongono, inoltre, di confermare, anche per l'esercizio 2026 la procedura già applicata per gli esercizi pregressi, finalizzata a remunerare la spesa eccedente i limiti prefissati, con i seguenti adempimenti a carico delle AASSLL competenti:

- e.1 il Direttore Generale della ASL dovrà adottare una formale delibera che esamini ed approvi i controlli eseguiti dalle competenti strutture della ASL, in merito alla appropriatezza e regolarità delle prestazioni di dialisi erogate dai centri privati, ed autorizzi la liquidazione ed il pagamento degli acconti mensili anche oltre il limite di spesa annuale assegnato al singolo centro privato;
- e.2 con specifico riferimento ai menzionati controlli di appropriatezza, le ASL competenti assicurino lo svolgimento di verifiche rigorose, periodiche e documentate sull'appropriatezza prescrittiva, clinica e organizzativa delle prestazioni di dialisi erogate dalle strutture private accreditate, accertandone la conformità alla normativa vigente, alle linee guida nazionali e regionali, nonché agli standard assistenziali applicabili. Tali verifiche sono finalizzate a garantire la corretta allocazione delle risorse pubbliche, la qualità e la sicurezza dell'assistenza erogata e la piena coerenza delle prestazioni rese con i fabbisogni assistenziali effettivi. Le prestazioni che, all'esito dei controlli, risultino non appropriate, non conformi o comunque non riconoscibili secondo la disciplina vigente non sono ammesse a remunerazione a carico del S.S.R., con conseguente attivazione, ove ne ricorrano i presupposti, delle procedure di recupero delle somme eventualmente già corrisposte;
- e.3 successivamente, in sede di saldo annuale:
 - e.3.1 entro due mesi dalla fine dell'esercizio precedente, ogni ASL accerterà il consuntivo liquidabile a ciascuna struttura privata, al netto di tutti i controlli ed abbattimenti, procedendo con delibera del Direttore Generale alla compensazione tra sforamenti e sottoutilizzi all'interno della ASL;
 - e.3.2 sulla base del consuntivo delle diverse ASL, che sarà accertato con decreto della Direzione Generale Tutela della salute e Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, ciascuna ASL, con delibera del Direttore Generale, procederà a riconoscere e liquidare gli eventuali residui superamenti dei limiti di spesa assegnati alle singole strutture private accreditate, applicando la menzionata regressione tariffaria sulla eccedenza netta a livello regionale, e dando atto che i competenti Uffici aziendali hanno svolto tutti i controlli ed applicato tutti gli abbattimenti previsti dalla normativa vigente;
 - e.3.3 le suddette delibere dei Direttori Generali delle ASL dovranno essere immediatamente inviate alla Direzione Generale Tutela della Salute per consentire l'aggiornamento tempestivo della programmazione regionale;
- f. l'estensione all'esercizio 2026, delle speciali modalità di valorizzazione dell'attività extra-tetto mira a supportare i centri erogatori nel sostenere i costi di produzione dei trattamenti indifferibili e salvavita, derogando al rigido principio della non-remunerabilità dell'extra-tetto fissato dalla normativa nazionale e dagli accordi contrattuali originari sottoscritti dalle parti, nel rispetto del supremo principio di solidarietà e di salvaguardia della salute pubblica;
- g. in coerenza con tali indicazioni, lo schema di contratto per l'anno 2026 tra le ASL ed i singoli centri privati accreditati nella branca della Dialisi, dopo aver stabilito all'art. 4 l'importo del limite di spesa individuale, prevede all'art. 5 (*criteri di remunerazione delle prestazioni*) la seguente pattuizione: *“Le parti si danno atto che eventuali superamenti del limite di spesa di cui al precedente art. 4 saranno remunerate a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, previa stipula di apposito accordo integrativo tra la ASL ed il sottoscritto centro privato, applicando le stesse condizioni e modalità stabilite dalla DGRC n. 755/2025 con una decurtazione del 35% della tariffa sugli eventuali sforamenti residui dei tetti di spesa dei singoli centri privati”*;
- h. tale meccanismo, articolato sulla compensazione aziendale e regionale e sulla successiva remunerazione parziale delle eccedenze nette (regressione tariffaria del 35%), non costituisce un'imposizione tariffaria unilaterale o una decurtazione arbitraria, in quanto la predetta percentuale del 35% risulta già formalmente stabilita, consolidata e applicata nei vigenti atti di programmazione sanitaria regionale relativi agli esercizi precedenti (in particolare dalle DGRC

- n. 800/2023, n. 757/2024 e n. 175/2025), ponendosi in termini di perfetta e prevedibile continuità logica, tecnica e giuridica con l'azione amministrativa dell'Ente;
- i. gli uffici regionali hanno, altresì, elaborato lo schema contrattuale di cui all'Allegato A) che le ASL competenti per territorio dovranno predisporre per la stipula, inserendo gli importi dei limiti di spesa per l'esercizio 2026, di cui all'Allegato C) prospetto denominato "Tetti di spesa 2026 Dialisi" che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
 - j. gli Uffici propongono di precisare altresì che:
 - j.1 la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura privata accreditata è subordinata alla sottoscrizione da parte della stessa dello specifico contratto ai sensi dell'art. 8- quinquies, comma 2, del D.lgs. n 502/1992 e s.m.i. con la ASL nel cui territorio è ubicata, e non può eccedere i limiti di spesa fissati nella presente delibera e riportati nel suddetto contratto;
 - j.2 i limiti di spesa assegnati dalla presente delibera a ciascuna struttura privata hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo di spesa prefissato dalla presente delibera;
 - j.3 le Aziende Sanitarie Locali competenti per territorio non sono esentate dal verificare lo stato dell'accreditamento di ciascuna struttura privata e, se del caso, dal rifiutare la stipula del contratto ex art. 8 quinquies del D.lgs. 502/1992 e s.m.i. ed ogni addebito di prestazioni con oneri a carico del SSR;
 - j.4 le strutture private che entro il termine prefissato dalla presente delibera non avranno sottoscritto il contratto ex art. 8 quinquies, secondo gli schemi approvati dalla presente delibera, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale formulata dalla ASL competente in base alle disposizioni recate dalla presente delibera, si intenderanno prive di contratto e, pertanto, per tali strutture dalla stessa data cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica l'immediata sospensione del rapporto di accreditamento, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);

RITENUTO, pertanto

- a. di dover disporre, in considerazione del carattere indifferibile e "salvavita" delle prestazioni di Dialisi ambulatoriale ed al fine di evitare interruzioni e/o ritardi nella erogazione di tali prestazioni, l'incremento del limite di spesa fissato dalla DGRC 741 del 2025 adeguandolo ad un volume complessivo stimato di 750.000 prestazioni a un costo medio stimato per prestazione come da allegato prospetto denominato Allegato B);
- b. di dover confermare, anche per l'esercizio 2026 la procedura già applicata per gli esercizi pregressi, finalizzata a remunerare la spesa eccedente i limiti prefissati, all'esercizio 2026 che comporta gli adempimenti di cui alla lettera e) del "PRESO ATTO" a carico delle ASL competenti;
- c. di dover prendere atto dello schema contrattuale di cui all'Allegato A) Dialisi, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che le ASL competenti per territorio dovranno predisporre per la stipula, inserendo gli importi dei limiti di spesa per l'esercizio 2026 di cui alla tabella "Tetti di spesa 2026 Dialisi" Allegato C) al presente provvedimento a formarne parte integrante e sostanziale;
- d. di dover stabilire che le ASL e le strutture competenti dovranno sottoscrivere i relativi contratti entro e non oltre 20 gg dall'adozione del presente provvedimento;
- e. di dover precisare quanto indicato dagli uffici regionali alla lettera j) del "PRESO ATTO";

PROPONE e la Giunta, in conformità, a voto unanime

DELIBERA

Per i motivi espressi in narrativa che qui si intendono integralmente riportati e confermati:

1. di **DISPORRE**, in considerazione del carattere indifferibile e “salvavita” delle prestazioni di Dialisi ambulatoriale ed al fine di evitare interruzioni e/o ritardi nella erogazione di tali prestazioni, l’incremento del limite di spesa fissato dalla DGRC 741 del 2025 adeguandolo ad un volume complessivo stimato di 750.000 prestazioni a un costo medio stimato per prestazione come da allegato prospetto denominato Allegato B);
2. di **CONFERMARE**, anche per l’esercizio 2026 la procedura già applicata per gli esercizi pregressi, finalizzata a remunerare la spesa eccedente i limiti prefissati, all’esercizio 2026 che comporta i seguenti adempimenti a carico delle ASL competenti:
 - 2.1 per l’esercizio 2026, il Direttore Generale della ASL dovrà adottare una formale delibera che esamini ed approvi i controlli eseguiti dalle competenti strutture della ASL in merito alla appropriatezza e regolarità delle prestazioni di dialisi erogate dai centri privati, ed autorizzi la liquidazione ed il pagamento degli acconti mensili anche oltre il limite di spesa annuale assegnato al singolo centro privato;
 - 2.2 con specifico riferimento ai controlli di appropriatezza, le ASL competenti assicurino lo svolgimento di verifiche rigorose, periodiche e documentate sull’appropriatezza prescrittiva, clinica e organizzativa delle prestazioni di dialisi erogate dalle strutture private accreditate, accertandone la conformità alla normativa vigente, alle linee guida nazionali e regionali, nonché agli standard assistenziali applicabili. Tali verifiche sono finalizzate a garantire la corretta allocazione delle risorse pubbliche, la qualità e la sicurezza dell’assistenza erogata e la piena coerenza delle prestazioni rese con i fabbisogni assistenziali effettivi. Le prestazioni che, all’esito dei controlli, risultino non appropriate, non conformi o comunque non riconoscibili secondo la disciplina vigente non sono ammesse a remunerazione a carico del S.S.R., con conseguente attivazione, ove ne ricorrano i presupposti, delle procedure di recupero delle somme eventualmente già corrisposte;
 - 2.3 successivamente, in sede di saldo annuale:
 - 2.3.1 entro due mesi dalla fine dell’esercizio precedente, ogni ASL accerterà il consuntivo liquidabile a ciascuna struttura privata, al netto di tutti i controlli ed abbattimenti, procedendo con delibera del Direttore Generale alla compensazione tra sforamenti e sottoutilizzi all’interno della ASL;
 - 2.3.2 sulla base del consuntivo delle diverse ASL, che sarà accertato con decreto della Direzione Generale Tutela della salute e Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, ciascuna ASL, con delibera del Direttore Generale, procederà a riconoscere e liquidare gli eventuali residui superamenti dei limiti di spesa assegnati alle singole strutture private accreditate, applicando la menzionata regressione tariffaria sulla eccedenza netta a livello regionale, e dando atto che i competenti Uffici aziendali hanno svolto tutti i controlli ed applicato tutti gli abbattimenti previsti dalla normativa vigente;
 - 2.3.3 le menzionate delibere dei Direttori Generali delle ASL dovranno essere immediatamente inviate alla Direzione Generale per la Tutela della Salute, in modo da consentire il tempestivo aggiornamento della programmazione regionale;
3. di **PRENDERE ATTO** dello schema contrattuale di cui all’Allegato A) Dialisi, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che le ASL competenti per territorio dovranno predisporre per la stipula, inserendo gli importi dei limiti di spesa per l’esercizio 2026 di cui alla tabella “Tetti di spesa 2026 Dialisi” Allegato C) al presente provvedimento a formarne parte integrante e sostanziale;
4. di **STABILIRE** che le ASL e le strutture competenti dovranno sottoscrivere i relativi contratti entro e non oltre 20 gg dall’adozione del presente provvedimento;
5. di **PRECISARE** che:
 - 5.1 la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura privata accreditata è subordinata alla sottoscrizione da parte della stessa dello specifico contratto ai sensi dell’art. 8- quinquies, comma 2, del D.lgs. n 502/1992 e s.m.i. con la ASL nel cui territorio è ubicata, e non può eccedere i limiti di spesa fissati nella presente delibera e riportati nel suddetto contratto;
 - 5.2 i limiti di spesa assegnati dalla presente delibera a ciascuna struttura privata hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima

della stipula del contratto, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo di spesa prefissato dalla presente delibera;

- 5.3 le Aziende Sanitarie Locali competenti per territorio non sono esentate dal verificare lo stato dell'accreditamento di ciascuna struttura privata e, se del caso, dal rifiutare la stipula del contratto ex art. 8 quinquies del D.lgs. 502/1992 e s.m.i. ed ogni addebito di prestazioni con oneri a carico del SSR;
- 5.4 le strutture private che entro il termine prefissato dalla presente delibera non avranno sottoscritto il contratto ex art. 8 quinquies, secondo gli schemi approvati dalla presente delibera, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale formulata dalla ASL competente in base alle disposizioni recate dalla presente delibera, si intenderanno prive di contratto e, pertanto, per tali strutture dalla stessa data cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica l'immediata sospensione del rapporto di accreditamento, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008):
6. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento alla Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, anche per la notifica ai Ministeri competenti, alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste, alle Associazioni di categoria e alle strutture sanitarie private accreditate operanti nelle branche della Dialisi ambulatoriale, a So.Re.Sa. S.p.A. e al BURC per la pubblicazione ed alla Sezione Trasparenza del sito istituzionale della Regione Campania.