



DIR.GEN./ DIR. STAFF (*)	U.O.D. / Staff
DG 04	11

Regione Campania

GIUNTA REGIONALE

SEDUTA DEL **21/06/2022**

PROCESSO VERBALE

Oggetto :

Approvazione dei contratti con le strutture sanitarie private accreditate ex DGRC 215/2022.

1)	Presidente	Vincenzo	DE LUCA	PRESIDENTE
2)	Vice Presidente	Fulvio	BONAVITACOLA	
3)	Assessore	Nicola	CAPUTO	
4)	”	Felice	CASUCCI	ASSENTE
5)	”	Ettore	CINQUE	
6)	”	Bruno	DISCEPOLO	
7)	”	Valeria	FASCIONE	
8)	”	Armida	FILIPPELLI	
9)	”	Lucia	FORTINI	
10)	”	Antonio	MARCHIELLO	
11)	”	Mario	MORCONE	
	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

- a. che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- b. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
- c. che l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: *"Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale"*;
- d. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della legge n. 191/09;
- e. che in data 10 luglio 2017 il Consiglio dei Ministri ha deliberato la nomina del Presidente della Giunta Regionale a Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario;
- f. che 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 sopra citata deliberazione del Consiglio dei Ministri il 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;

PREMESSO ALTRESI'

- a. che il decreto del Commissario ad acta n. 10 del 17 gennaio 2020, tra l'altro, ha stabilito i volumi massimi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa, assegnati agli erogatori privati di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2019 e, in via provvisoria, per l'esercizio 2020, approvando i relativi schemi contrattuali da sottoscrivere tra le ASL e le strutture private accreditate, rispettivamente, per l'esercizio 2019 e per l'esercizio 2020;
- b. che la delibera della Giunta regionale n. 450 del 3 agosto 2020 ha stabilito in via definitiva i volumi massimi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa, assegnati agli erogatori privati di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2020, disponendo che le ASL e gli erogatori privati avrebbero utilizzato gli schemi contrattuali approvati dal DCA n. 10/2020 per formulare e sottoscrivere le conseguenti modifiche dei contratti per l'esercizio 2020;
- c. che la delibera della Giunta regionale n. 354 del 4 agosto 2021 ha stabilito in via definitiva i volumi massimi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa, assegnati agli erogatori privati di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2021, suddivisi fra il tetto di spesa *ordinario* e *l'integrazione*, consentita per il 2021 dall'art. 26, commi 2 e 3, del decreto legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito con modifiche dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, per il recupero delle minori prestazioni erogate nel 2020;
- d. che la medesima DGRC n. 354/2021 ha, inoltre, stabilito in via provvisoria la variazione percentuale dei limiti di spesa per l'esercizio 2022, rispetto al tetto di spesa *ordinario* 2021, con il seguente criterio: incremento del 1,5% per la dialisi ambulatoriale e del 3% per la radioterapia, a fronte di una generale riduzione di circa lo 0,8% dei limiti di spesa delle altre branche, necessaria per assicurare l'invarianza della spesa complessiva;
- e. che la delibera della Giunta regionale n. 599 del 28 dicembre 2021, nel mantenere la programmazione provvisoria dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, assegnati agli erogatori privati di prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2022 dalla DGRC n. 354/2021 sopra richiamata, per i motivi dettagliatamente illustrati nella stessa delibera, ha approvato le disposizioni

necessarie per applicare dal 1° gennaio 2022 l'impostazione dei tetti di spesa "di struttura" anche alle branche della Diabetologia, Cardiologia, Branche a Visita, Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi), Medicina Nucleare, Radiodiagnostica e Radioterapia, attraverso i successivi passaggi specificati nell'Allegato A - Nota Metodologica" alla medesima delibera;

- f. che, a tal fine, la DGRC n. 599/2021 ha previsto una fase provvisoria per il periodo gennaio – aprile 2022, durante la quale raccogliere dalle ASL ed istruire la documentazione dettagliatamente elencata nell'Allegato A alla stessa delibera, prevedendo che: "... sulla base dell'esame della ulteriore documentazione di cui ai precedenti punti ... e degli approfondimenti intervenuti con le ASL medesime e con i soggetti privati e/o loro Associazioni, entro il 30 aprile 2022 si procederà ad approvare in via definitiva i tetti di spesa "di struttura" per l'esercizio 2022, con le eventuali modifiche ed aggiornamenti, rispetto a quelli approvati in via provvisoria dalla presente delibera";
- g. che la Giunta regionale con delibera n. 215 del 4 maggio 2022 ha approvato diverse modifiche ed integrazioni alla programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, assegnati agli erogatori privati di prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2022, stabilita in via provvisoria dalla citata DGRC n. 599/2021 ed ha integrato i limiti di spesa 2022 per le finalità previste dall'articolo 26, commi 1 e 2, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, le cui disposizioni sono state prorogate fino al 31 dicembre 2022 dall'art. 1, comma 276, della legge 30 dicembre 2021, n. 234;
- h. che la stessa DGRC n. 215/2022 ha stabilito che: "... per la gestione corrente e i nuovi accreditamenti, per i quali viene assegnato il tetto di spesa 2022, gli schemi contrattuali approvati dalla DGRC n. 599/2021 possono continuare ad essere utilizzati, fino al loro adattamento alle innovazioni e modifiche stabilite dal presente provvedimento, che sarà effettuato con separata delibera ...";

RILEVATO

- a. che il Consiglio Regionale della Campania ha approvato la mozione n. 36 del 4 febbraio 2022, dando atto che la DGRC n. 599/2021, nel sancire "il passaggio dal sistema dei tetti di spesa "di branca", a quello dei tetti "di struttura", attraverso una definizione su base mensile dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati tetti di spesa", ha perseguito "la finalità ... di razionalizzare l'offerta di prestazioni sanitarie della macroarea, che negli anni scorsi ha evidenziato una cronica assenza di programmazione dell'effettivo fabbisogno", ed ha sottolineato la necessità e l'urgenza "che, contestualmente alla razionalizzazione della disciplina dei rapporti con gli erogatori privati, si provveda a potenziare e ottimizzare la rete dell'offerta pubblica";
- b. che l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato – AGCM, con parere del 3 marzo 2022, reso ai sensi dell'articolo 21-bis della legge 10 ottobre 1990, n. 287, in relazione alla DGRC n. 599/2021, dopo aver valutato il passaggio dall'impostazione del tetto di spesa "per branca" a quella "per struttura" costituisce "un elemento più funzionale al raggiungimento dell'obiettivo di individuare criteri di definizione dei budget idonei a tenere conto dei risultati effettivamente ottenuti da ciascuna struttura. L'assegnazione dei budget avviene infatti in favore di una singola struttura, e non più a livello di ASL, lasciando quindi spazio per una valutazione in concreto delle performance su base individuale", ha, però, evidenziato gli effetti restrittivi della concorrenza, che deriverebbero dalla adozione dei tetti di spesa "di struttura", qualora si adottasse solo il "criterio della spesa storica che consiste nell'attribuire ogni anno alle singole strutture private convenzionate lo stesso budget dell'anno precedente";
- c. che la stessa AGCM, preso atto delle modifiche ed integrazioni alla disciplina dei tetti di spesa 2022, apportate dalla DGRC n. 215/2022, con nota del 19.05.2022, prot. n. S4404, ha comunicato che: "l'Autorità, nella sua adunanza del 17 maggio 2022, a fronte dell'adeguamento di codesta Regione ai rilievi mossi nel parere in oggetto, ha disposto di non proporre ricorso" contro la DGRC n. 599/2021;

PRESO ATTO

- a) che i competenti Uffici regionali hanno elaborato i nuovi schemi contrattuali al fine dell'esecuzione di quanto disposto con la menzionata D.G.R. n.215/2022;
 - a.1) che i nuovi schemi contrattuali per l'esercizio 2022 modificati in più punti, rispetto a quelli approvati dalla DGRC n. 599/2021, in considerazione delle molteplici innovazioni introdotte dalla DGRC n. 215/2022 e degli ulteriori miglioramenti e chiarimenti, sono dettagliatamente esposti nel documento "Allegato A – Relazione Tecnica", allegato alla presente delibera:
 - 1. A\1 – Protocollo DIALISI – Anno 2022;
 - 2. A\2 – Contratto Dialisi – Anno 2022;
 - 3. A\3 - Protocollo Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT;
 - 4. A\4 - Contratto Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT;

5. A\5 - Protocollo Laboratori di Analisi 2022;
6. A\6 - Contratto Laboratori di Analisi 2022;
7. A\7 – Contratto FKT – Anno 2022;

rinviano, per la branca della Radioterapia, ad un successivo provvedimento l'approvazione della istruttoria, in corso di completamento, dei nuovi tetti di spesa individuali e del conseguente schema di contratto, che riceverà le modifiche previste nel paragrafo 8 - *Disposizioni particolari per le branche della Radioterapia e della Dialisi* dell'Allegato A alla DGRC n. 215/2022;

a.2) che i competenti Uffici hanno, altresì, elaborato, sulla base dei dati consuntivi 2021 rettificati da alcune ASL e della esigenza di apportare talune correzioni e miglioramenti, un parziale aggiornamento della programmazione dei tetti di spesa 2022 dell'assistenza specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture private accreditate, con le modifiche descritte nel paragrafo 2 - *Modifiche alla programmazione 2022 per ASL / branca* dell'allegato documento "Allegato A – *Relazione Tecnica*" ed esposte nelle allegato tabelle:

1. "Rettifica dell'Allegato n. 1 alla DGRC n. 215 /2022";
2. "Rettifica dell'Allegato n. 2.1 alla DGRC n. 215 /2022";
3. "Rettifica dell'Allegato n. 2.2 alla DGRC n. 215 /2022";
4. "Rettifica dell'Allegato n. 2.8 alla DGRC n. 215 /2022";

b) che sulla base dell'istruttoria svolta dai competenti Uffici risulta necessario stabilire che:

b.1 a partire dall'anno in corso, qualsiasi modifica delle aggregazioni dei Laboratori di Analisi, anche semplicemente all'interno della stessa ASL, se successiva alla data del 31 luglio dell'anno in corso, sarà considerata ai fini delle conseguenti modifiche dei tetti di spesa solo a decorrere dalla programmazione per l'esercizio successivo e sarà possibile derogare a tale disposizione solo nei casi di forza maggiore, attraverso la stipula di appositi accordi di presa d'atto e modifica dei tetti di spesa, sottoscritti fra tutti i centri privati coinvolti e la/le ASL interessata/e, approvati con delibera della/le medesima/e ASL e ratificati per presa d'atto con apposito decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute;

b.2 le strutture private accreditate dovranno sottoscrivere i nuovi contratti ex art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., adeguati ai criteri ed agli importi dei limiti di spesa assegnati dalla presente delibera, entro il 31 luglio 2022;

RITENUTO

a. di dover approvare i documenti elaborati dagli Uffici della Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale e di dover adottare le prescrizioni proposte dagli Uffici medesimi;

b. di dover precisare:

b.1 che l'adeguamento a successive disposizioni regionali del contratto ex art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., già stipulato tra le ASL e le singole strutture private accreditate in adempimento della DGRC n. 599/2021, è un obbligo specificamente previsto dai contratti medesimi (art. 11 per gli schemi negoziali relativi alle branche della dialisi e della FKT; art. 12 per le altre branche); pertanto, anche nel caso in cui la struttura accreditata abbia regolarmente sottoscritto a suo tempo il contratto previsto dalla DGRC n. 599/2021, qualora non addivenga alla stipula del nuovo contratto, secondo quanto previsto dalla presente delibera, la struttura risulterà priva di un contratto valido e, quindi, si applicherà la sospensione del rapporto di accreditamento fino alla rimozione della condizione sospensiva o alla revoca dello stesso nei casi di legge;

b.2 che, per tutto quanto non modificato dalla presente delibera, rimangono in vigore le disposizioni recate dalla citata delibera della Giunta regionale n. 215 del 4 maggio 2022;

b. 3 che i limiti di spesa fissati dalla presente delibera hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del SSR: rimane, infatti, obbligo della ASL territorialmente competente verificare prima della stipula dei contratti con i singoli operatori privati accreditati, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari per poter erogare prestazioni sanitarie con oneri a carico del SSR;

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 **APPROVARE** gli schemi contrattuali per l'esercizio 2022, come da "Allegato A – *Relazione Tecnica*", allegato alla presente delibera, composto da:

a. A\1 – Protocollo DIALISI – Anno 2022;

- b. A12 – Contratto Dialisi – Anno 2022;
- c. A13 - Protocollo Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT;
- d. A14 - Contratto Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT;
- e. A15 - Protocollo Laboratori di Analisi 2022;
- f. A16 - Contratto Laboratori di Analisi 2022;
- g. A17 – Contratto FKT – Anno 2022;

rinviando, per la branca della Radioterapia, ad un successivo provvedimento l'approvazione della istruttoria, in corso di completamento, dei nuovi tetti di spesa individuali e del conseguente schema di contratto, che recepirà le modifiche previsto nel paragrafo 8 - *Disposizioni particolari per le branche della Radioterapia e della Dialisi* dell'Allegato A alla DGRC n. 215/2022;

2. di **APPROVARE** specificamente tutte le indicazioni e disposizioni dettagliatamente esposte nell'allegato documento "**Allegato A – Relazione Tecnica**", con le relative tabelle:
 - a. "Rettifica dell'Allegato n. 1 alla DGRC n. 215 /2022";
 - b. "Rettifica dell'Allegato n. 2.1 alla DGRC n. 215 /2022";
 - c. "Rettifica dell'Allegato n. 2.2 alla DGRC n. 215 /2022";
 - d. "Rettifica dell'Allegato n. 2.8 alla DGRC n. 215 /2022";
 che costituiscono parte integrante e sostanziale della presente delibera.
3. di **STABILIRE** che, a partire dal 2022, qualsiasi modifica delle aggregazioni del Laboratori di Analisi, anche semplicemente all'interno della stessa ASL, se successiva alla data del 31 luglio dell'anno in corso, sarà considerata ai fini delle conseguenti modifiche dei tetti di spesa solo a decorrere dalla programmazione per l'esercizio successivo. Sarà possibile derogare a tale disposizione solo nei casi di forza maggiore, attraverso la stipula di appositi accordi di presa d'atto e modifica dei tetti di spesa, sottoscritti fra tutti i centri privati coinvolti e la/le ASL interessata/e, approvati con delibera della/le medesima/e ASL e ratificati per presa d'atto con apposito decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute.
4. di **PRECISARE** che per tutto quanto non modificato dalla presente delibera, rimangono in vigore le disposizioni recate dalla citata delibera della Giunta regionale n. 215 del 4 maggio 2022.
5. di **STABILIRE** che le ASL e le strutture private accreditate dovranno sottoscrivere i nuovi contratti ex art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., adeguati ai criteri ed agli importi dei limiti di spesa assegnati dalla presente delibera, entro il 31 luglio 2022.
6. di **PRECISARE** che l'adeguamento a successive disposizioni regionali del contratto ex art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1999 e s.m.i., già stipulato tra le ASL e le singole strutture private accreditate in adempimento della DGRC n. 599/2021, è un obbligo specificamente previsto dai contratti medesimi (art. 11 per gli schemi negoziali relativi alle branche della dialisi e della FKT; art. 12 per le altre branche); pertanto, anche nel caso in cui la struttura accreditata abbia regolarmente sottoscritto a suo tempo il contratto previsto dalla DGRC n. 599/2021, qualora non addivenga alla stipula del nuovo contratto, secondo quanto previsto dalla presente delibera, la struttura risulterà priva di un contratto valido e, quindi, si applicherà la sospensione del rapporto di accreditamento fino alla rimozione della condizione sospensiva o alla revoca dello stesso nei casi di legge.
7. di **PRECISARE** che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura privata è subordinata alla sottoscrizione da parte della stessa di 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.
8. di **PRECISARE** che i limiti di spesa fissati dalla presente delibera hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del SSR: rimane, infatti, obbligo della ASL territorialmente competente verificare prima della stipula dei contratti con i singoli operatori privati accreditati, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari per poter erogare prestazioni sanitarie con oneri a carico del SSR.
9. di **STABILIRE** che la presente delibera sarà immediatamente notificata alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste, a tutte le Associazioni di categoria ed a tutte le strutture private interessate.
10. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, riservandosi di adeguarlo alle eventuali osservazioni formulate dagli stessi.
11. di **TRASMETTERE** il presente atto alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, alla Direzione Generale per le Risorse Finanziarie, ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, al Direttore Generale della So.Re.Sa. S.p.A. e all'Ufficio competente per la pubblicazione sul BURC e nella Sezione Trasparenza del sito istituzionale della Regione Campania.



GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

DELIBERAZIONE n°	309	del	21/06/2022	DIR.GEN./DIR. STAFF (*)	UOD/STAFF DIR.GEN.
				DG 04	11

OGGETTO :

Approvazione dei contratti con le strutture sanitarie private accreditate ex DGRC 215/2022.

QUADRO A	CODICE	COGNOME	MATRICOLA	FIRMA
PRESIDENTE <input type="checkbox"/> ASSESSORE <input type="checkbox"/>		<i>Presidente De Luca Vincenzo</i>		<i>28/06/2022</i>
DIRETTORE GENERALE / DIRIGENTE STAFF		<i>Avv. Postiglione Antonio</i>	<i>15437</i>	<i>28/06/2022</i>

VISTO DIRETTORE GENERALE ATTIVITA' ASSISTENZA GIUNTA	COGNOME	FIRMA	
DATA ADOZIONE	<i>21/06/2022</i>	INVIATO PER L'ESECUZIONE IN DATA	<i>28/06/2022</i>

AI SEGUENTI UFFICI:

- 40 . 1 : Gabinetto del Presidente
- 50 . 4 : DG per la tutela della salute e il coordin. del sist. sanitario regionale
- 50 . 13 : Direzione generale per le risorse finanziarie

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

(*)

DG= Direzione Generale

US= Ufficio Speciale

SM= Struttura di Missione

UDCP= Uffici di Diretta Collaborazione con il Presidente

Allegato A\1 – Protocollo Dialisi – Anno 2022
(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

Schema di Protocollo di intesa tra l'Associazione _____ per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di DIALISI, da erogarsi per l'anno 2022 da parte delle strutture private accreditate ed i correlati limiti di spesa.

E

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

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di EMODIALISI AMBULATORIALE per l'anno 2022.

PREMESSO

- che la DGRC n. 599 del 28.12.2021, come modificata e integrata dalla DGRC n. 215 del 04.05.2022 e dalla DGRC n. ___ del ___/___/___, ha definito i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2022 per le prestazioni di dialisi ambulatoriale;
- che il presente protocollo si uniforma ai nuovi schemi dei protocolli d'intesa con le Associazioni di Categoria degli erogatori privati accreditati, approvati dalla richiamata DGRC n. ___ del ___/___/___, da applicarsi in sostituzione di quelli approvati in via provvisoria dalla sopra citata DGRC n. 599/2021;
- 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 delle delibere sopra citate.

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(oggetto)

1. Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione dei volumi, delle tipologie delle prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE ed i correlati limiti di spesa da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2022 da parte delle strutture private accreditate operanti nel territorio della sottoscritta ASL.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il fabbisogno di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2022 dalle strutture private accreditate, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2022 è stabilito in n. (prestazioni).

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per il volume di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE determinato all'art. 3, è fissato in € _____ per

Allegato A\1 – Protocollo Dialisi – Anno 2022
(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

l'anno 2022, applicando le tariffe vigenti e la soglia massima annua di fatturazione da parte di ciascun centro di dialisi del numero delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, rispetto al totale delle prestazioni di dialisi effettuate dallo stesso centro privato nel medesimo anno solare, con i criteri stabiliti dal decreto commissariale n. 53/2013, pubblicato sul BURC n. 37 del 8 luglio 2013.

Art. 5
(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni di cui al precedente art. 4 avverrà sulla base delle tariffe regionali e della soglia massima di remunerazione delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, pari al 20% del numero delle prestazioni di dialisi (codici da 39.95.1 a 39.95.9) complessivamente erogate da ogni struttura nell'anno solare, come stabilito dal sopra citato decreto commissariale n. 53/2013 e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4.
2. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente Protocollo, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4.
3. Le parti si danno atto che, in base a quanto disposto dalla citata DGRC n. ___/___, 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 appositi accordi integrativi tra la ASL ed i centri privati operanti sul proprio territorio, alle condizioni e con le modalità specificate nella stessa delibera.

Art. 6
(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e promuovere la compiuta e corretta applicazione del presente protocollo è istituito un tavolo tecnico composto da n. __ membri di cui n. _ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. _ membri nominati dalla ASL, di cui un membro con funzione di coordinamento. Al tavolo tecnico partecipa obbligatoriamente il Referente del Nucleo Operativo di Controllo (NOC) della ASL per la specifica linea di attività per il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, prevista dal DCA n. 103 del 06.12.2019 (pubblicato sul BURC n. 77/2019).
2. Il coordinatore convoca il tavolo tecnico aziendale almeno in via trimestrale per:
 - a) il monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL e con i monitoraggi effettuati a livello regionale in attuazione del DCA n. 103 del 06.12.2019, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto del limite di spesa definito dall'art 4;
 - b) l'esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
3. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che

procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria, dandone comunicazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019.

4. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o diseguglianze applicative del presente contratto, le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, sulla attuazione degli adempimenti previsti dal presente protocollo, comprese le attività svolte nell'ambito del tavolo tecnico.
5. Si allega al presente protocollo la delibera del Direttore Generale della ASL che attribuisce alle singole strutture i volumi massimi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2022, ed alla quale sono allegate le osservazioni dei componenti del tavolo tecnico di cui al presente articolo.

Art. 7

(documentazione delle prestazioni e modalità di pagamento delle prestazioni)

1. Le strutture private accreditate documentano l'attività sanitaria erogata a mezzo dei flussi informativi di cui al successivo art. 8, che costituiscono il riferimento anche per la definizione dei rapporti economici, in conformità alle disposizioni della vigente normativa. La fattura relativa alle prestazioni erogate in ciascun mese potrà essere emessa solo dopo il completamento delle operazioni di trasmissione dei dati di erogazione di cui al successivo art. 8 e dovrà essere accompagnata dall' *“attestazione delle operazioni registrate nel Sistema TS ai sensi del DM 2 novembre 2011”*, comprovante l'invio dei dati, utilizzando la funzionalità appositamente predisposta sul Sistema TS. In mancanza, l'ASL respingerà la fattura.
2. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà ad ogni struttura privata un acconto mensile pari all'85% del fatturato mensile, a condizione che siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente: in particolare, il File C mensile deve risultare uguale, per numero di prestazioni e valore economico, alla somma dei dati di erogazione trasmessi giorno per giorno nel FILE C giornaliero. Costituisce, inoltre, motivo di decurtazione e non liquidabilità delle prestazioni:
 - a) il mancato rispetto del *“Percorso diagnostico terapeutico per la definizione dei Criteri di Immissione di pazienti in IRC V stadio (naive) in terapia emodialitica cronica”*, approvato dal DCA n. 89/2016;
 - b) il superamento del limite del 15% delle prestazioni supplementari.
3. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà a sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono ma, comunque, a non meno di trenta giorni dalla data di ricezione della fattura. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 30 giugno per le fatture del primo trimestre; entro il 30 settembre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 dicembre per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 31 marzo dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. Per il pagamento di ciascun saldo la sottoscritta ASL potrà richiedere l'emissione di apposite note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria eventualmente necessaria per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato da parte della ASL a conclusione delle procedure

di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore delle strutture private accreditate, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.

4. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
5. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
6. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
7. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
8. Ai fini del rispetto dell'art. 3, comma 8, della legge 13 agosto 2010, n. 136, sulla tracciabilità dei pagamenti, le strutture private indicheranno il conto corrente bancario loro intestato, sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del contratto, e si impegneranno a comunicare tempestivamente eventuali modifiche, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante.

Art. 8 **(debito informativo e CUP regionale)**

1. Le strutture private accreditate sono impegnate:
 - a) ad entrare nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (Sistema **INFO**rmativo saNità Campan**IA** di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d'ora che l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale potrà avvenire attraverso l'utilizzo di una apposita piattaforma di prenotazione ed erogazione regionale (denominata CUP SINFONIA) in fase di realizzazione, nonché delle relative agende informatizzate di prenotazione che saranno concordate con la ASL di competenza;
 - b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall'art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa

nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;

- c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 e s.m.i.;
 - d) ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.
2. La sottoscritta ASL effettuerà i controlli, in relazione alle ricette dematerializzate delle prestazioni ambulatoriali erogate, attraverso la verifica dei dati elettronici resi disponibili dal Sistema TS con la lista delle ricette dematerializzate (NRE) erogate nel mese e registrate sul SAC, come sancito dal D.L. 78/2010 art. 11, comma 16 e quanto presente nel FILE C. In caso di irregolarità formali la struttura privata potrà procedere alla regolarizzazione dei flussi informativi, ove ancora possibile e consentito. Eventuali incongruenze potranno determinare la sospensione dei pagamenti finché non saranno state rimosse.
 3. Qualora vengano rilevate difformità in ordine a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, l'ufficio preposto della ASL, sulla base dei controlli effettuati dal Nucleo Operativo di Controllo (NOC) ai sensi del DCA n. 103/2019, procederà a specifica contestazione, anche ai fini della eventuale decurtazione degli importi non dovuti.
 4. Le strutture private accreditate sono responsabili della completezza e qualità dei dati trasmessi. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'erogatore, qualora non tempestivamente rimosso, costituisce giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento. In tal caso la sottoscritta ASL proporrà alla Regione con delibera motivata la sospensione dell'accREDITamento sino al permanere dell'inadempimento, fatta salva la possibilità che si giunga alla revoca dell'accREDITamento da parte degli organi competenti per grave inadempimento.

Art. 9

(fascicolo sanitario elettronico e protezione dei dati)

1. Al fine di garantire la trasmissione della documentazione sanitaria al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del cittadino, che abbia espresso il proprio consenso ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (c.d. GDPR), ove previsto da norme nazionali o regionali, le strutture sanitarie private sono impegnate ad adempiere a quanto necessario, per garantire l'interoperabilità del proprio sistema informatico ai fini dell'invio al FSE dei dati del cittadino, con quanto realizzato dalla Regione in materia di specifiche tecniche e supporto informatico per i relativi test.
2. Ai fini della corretta gestione dei dati personali delle prestazioni oggetto del presente contratto, la sottoscritta ASL, titolare del trattamento dei dati, provvederà a nominare ciascuna struttura privata "*Responsabile del Trattamento*" ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 679/2016 sulla protezione dei dati. La nomina avverrà mediante la stipula di apposito contratto, recante le finalità, i contenuti e le condizioni indicate dal suddetto art. 28, commi 3 e ss. del Regolamento UE 679/2016.
3. Le strutture private accreditate, in qualità di "*Responsabili del Trattamento*", sono impegnate a garantire l'adozione delle misure tecniche e organizzative più adeguate, affinché il trattamento

dei dati personali che le sono affidati dalla ASL sia conforme ai requisiti del citato Regolamento UE, e idoneo a tutelare i diritti degli interessati, secondo le indicazioni che verranno comunicate dalla ASL stessa e/o dalla Regione.

Art. 10

(precisazione in ordine al valore giuridico dell'Ordine Elettronico)

1. L'ordine di acquisto elettronico, previsto dalle disposizioni vigenti in materia di emissione e trasmissione dei documenti, attestanti l'ordinazione degli acquisti di beni e servizi effettuata in forma elettronica dagli enti del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 414, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, e dei successivi decreti del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 07.12.2018 e del 27.12.2019 (cd. *Nodo Smistamento Ordini in formato elettronico – NSO*), non costituisce riconoscimento giuridico della quantità e qualità delle prestazioni effettuate e/o da effettuare, ma è un mero strumento di regolarità e trasparenza amministrativa.
2. Pertanto, le prestazioni sanitarie eseguite dalle strutture private ed il corrispondente valore economico saranno comunque soggette all'applicazione di tutti gli abbattimenti previsti dai relativi contratti ex art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e/o da altre disposizioni normative nazionali e/o regionali in materia di variazione del volume e del valore medio delle prestazioni e loro limiti, inclusi tutti i controlli della regolarità e dell'appropriatezza prescrittiva, nonché agli abbattimenti del fatturato liquidabile, necessari per assicurare il rispetto dei limiti di spesa fissati dai medesimi contratti (regressioni tariffarie e/o altre decurtazioni).

Art. 11

(efficacia e norme finali)

1. Il presente protocollo si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2022, in esecuzione delle delibere richiamate in premessa.
2. Il presente protocollo sarà adeguato ai successivi provvedimenti regionali in materia, che dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.
3. Al fine di prevenire contenziosi sulle eventuali contestazioni in merito ai controlli eseguiti sulle prestazioni sanitarie e sulle misure adottate, le parti potranno richiedere un parere alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo di cui al DCA n. 103 del 06.12.2019
4. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente protocollo è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.

Art. 12

(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente accordo la sottoscritta Associazione accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del protocollo per il periodo di efficacia dello stesso.
2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati sub comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente protocollo, la sottoscritta Associazione rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti

Allegato A\1 – Protocollo Dialisi – Anno 2022
(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alla annualità di erogazione delle prestazioni, regolata con il presente contratto.

li , ____ / _____

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione

Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 7, comma 4: (*“A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito”*), e l'intero art. 12 (*Clausola di salvaguardia*) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione

Allegato A\2 – Contratto Dialisi – Anno 2022
(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

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

Contratto TRA

La struttura privata --(cod.....)
Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
con sede in (Prov: ; CAP: _____) –
rappresentata dal
come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o della Regione che redige il presente atto;
il / la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 T.U. 445/2000, dichiara:

- a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentate legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure - copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni (*oppure: si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di concordato con continuità aziendale*);
- c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 6 del D.Lgs. n. 159/2011, che non sussistono le cause ostative previste artt. 67 e 84, comma 4, del D.Lgs. n. 159/2011, e più in generale le cause di esclusione previste dall'art. 80 comma 1 e 2 del D.Lgs. 50/2016;
- d) di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;
- e) di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. (INPS o INAIL) n. _____ del ___/___/____ (data richiesta indicata nel DURC) ex art. 80, comma 4, del D.Lgs. n. 50/2016.

E

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

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di EMODIALISI AMBULATORIALE per l'anno 2022.

PREMESSO

- che la DGRC n. 599 del 28.12.2021, come modificata e integrata dalla DGRC n. 215 del 04.05.2022 e dalla DGRC n. ___ del ___/___/____, ha definito i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2022 per le prestazioni di dialisi ambulatoriale;
- che il presente contratto si uniforma ai nuovi schemi dei contratti ex art. 8-quinquies con gli erogatori privati accreditati, approvati dalla richiamata DGRC n. ___ del ___/___/____, da

Allegato A\2 – Contratto Dialisi – Anno 2022
(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

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

applicarsi in sostituzione di quelli approvati in via provvisoria dalla sopra citata DGRC n. 599/2021;

- 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 delle delibere sopra citate;

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, le tipologie ed i correlati limiti di spesa delle prestazioni di dialisi ambulatoriale da erogarsi per l'esercizio 2022 da parte delle strutture private accreditate, allegato sub A\1 alla DGRC n. ___ del __/__/___.

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(oggetto)

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2022 da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il fabbisogno di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1/1 – 31/12/2022 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2022, è stabilito in n. (prestazioni).

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per il volume di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE determinato all'art. 3, è fissato in € _____ per l'anno 2022, applicando le tariffe vigenti e la soglia massima annua di fatturazione da parte di ciascun centro di dialisi del numero delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, rispetto al totale delle prestazioni di dialisi effettuate dallo stesso centro privato nel medesimo anno solare, con i criteri stabiliti dal decreto commissariale n. 53/2013, pubblicato sul BURC n. 37 del 8 luglio 2013.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni di cui al precedente art. 4 avverrà sulla base delle tariffe regionali e della soglia massima di remunerazione delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, pari al 20% del numero delle prestazioni di dialisi (codici da

Allegato A\2 – Contratto Dialisi – Anno 2022
(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

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

39.95.1 a 39.95.9) complessivamente erogate dalla sottoscritta struttura nell'anno solare, come stabilito dal decreto n. 53/2013 del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario, e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4.

2. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento del limite di spesa indicato al precedente art. 4.
3. Le parti si danno atto che, in base a quanto disposto dalla citata DGRC n. ___/___, 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, alle condizioni e con le modalità specificate nella stessa delibera.

Art. 6
(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e promuovere la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto da n. __ membri di cui n. _ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. _ membri nominati dalla ASL, di cui un membro con funzione di coordinamento. Al tavolo tecnico partecipa obbligatoriamente il Referente del Nucleo Operativo di Controllo (NOC) della ASL per la specifica linea di attività per il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, prevista dal DCA n. 103 del 06.12.2019 (pubblicato sul BURC n. 77/2019).
2. Il coordinatore convoca il tavolo tecnico aziendale almeno in via trimestrale per:
 - a) il monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL e con i monitoraggi effettuati a livello regionale in attuazione del DCA n. 103 del 06.12.2019, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto del limite di spesa definito dall'art 4;
 - b) l'esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
3. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria, dandone comunicazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute.
4. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o diseguaglianze applicative del presente contratto, le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di

Allegato A\2 – Contratto Dialisi – Anno 2022
(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

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

Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, sulla attuazione degli adempimenti previsti dal presente protocollo, comprese le attività svolte nell'ambito del tavolo tecnico.

Art. 7

(documentazione delle prestazioni e modalità di pagamento delle prestazioni)

1. La sottoscritta struttura privata si impegna a documentare l'attività sanitaria erogata a mezzo dei flussi informativi di cui al successivo art. 8, che costituiscono il riferimento anche per la definizione dei rapporti economici, in conformità alle disposizioni della vigente normativa. La fattura relativa alle prestazioni erogate in ciascun mese potrà essere emessa solo dopo il completamento delle operazioni di trasmissione dei dati di erogazione di cui al successivo art. 8 e dovrà essere accompagnata dall' *"attestazione delle operazioni registrate nel Sistema TS ai sensi del DM 2 novembre 2011"*, comprovante l'invio dei dati, utilizzando la funzionalità appositamente predisposta sul Sistema TS. In mancanza, l'ASL respingerà la fattura.
2. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari all'85% del fatturato mensile, a condizione che siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente: in particolare, il File C mensile deve risultare uguale, per numero di prestazioni e valore economico, alla somma dei dati di erogazione trasmessi giorno per giorno nel FILE C giornaliero. Costituisce, inoltre, motivo di decurtazione e non liquidabilità delle prestazioni:
 - a) il mancato rispetto del *"Percorso diagnostico terapeutico per la definizione dei Criteri di Immissione di pazienti in IRC V stadio (naive) in terapia emodialitica cronica"*, approvato dal DCA n. 89/2016;
 - b) il superamento del limite del 15% delle prestazioni supplementari.
3. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà a sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono ma, comunque, a non meno di trenta giorni dalla data di ricezione della fattura. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 30 giugno 2022 per le fatture del primo trimestre; entro il 30 settembre 2022 per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 dicembre 2022 per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 31 marzo 2023 per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre 2022. Per il pagamento di ciascun saldo la sottoscritta ASL potrà richiedere l'emissione di apposite note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria eventualmente necessaria per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato, da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore della struttura privata, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.
4. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.

Allegato A\2 – Contratto Dialisi – Anno 2022
(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

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

5. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
6. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
7. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
8. Ai fini del rispetto dell'art. 3, comma 8, della legge 13 agosto 2010, n. 136, sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del presente contratto: codice IBAN: _____; presso: _____, generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: _____; impegnandosi a comunicare tempestivamente, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante, eventuali modifiche.

Art. 8

(debito informativo e CUP regionale)

1. La sottoscritta struttura privata con la sottoscrizione del presente contratto si impegna:
 - a) ad entrare nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (Sistema **INFO**rmativo saNità Campan**IA** di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d'ora che l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale potrà avvenire attraverso l'utilizzo di una apposita piattaforma di prenotazione ed erogazione regionale (denominata CUP SINFONIA) in fase di realizzazione, nonché delle relative agende informatizzate di prenotazione che saranno concordate con la ASL di competenza;
 - b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall'art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;

Allegato A\2 – Contratto Dialisi – Anno 2022
(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

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

- c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 e s.m.i.;
 - d) ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.
2. La sottoscritta ASL effettuerà i controlli, in relazione alle ricette dematerializzate delle prestazioni ambulatoriali erogate, attraverso la verifica dei dati elettronici resi disponibili dal Sistema TS con la lista delle ricette dematerializzate (NRE) erogate nel mese e registrate sul SAC, come sancito dal D.L. 78/2010 art. 11, comma 16 e quanto presente nel FILE C. In caso di irregolarità formali la struttura privata potrà procedere alla regolarizzazione dei flussi informativi, ove ancora possibile e consentito. Eventuali incongruenze potranno determinare la sospensione dei pagamenti finché non saranno state rimosse.
 3. Qualora vengano rilevate difformità in ordine a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, l'ufficio preposto della ASL, sulla base dei controlli effettuati dal Nucleo Operativo di Controllo (NOC) ai sensi del DCA n. 103/2019, procederà a specifica contestazione, anche ai fini della eventuale decurtazione degli importi non dovuti.
 4. La struttura privata è responsabile della completezza e qualità dei dati trasmessi. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'erogatore, qualora non tempestivamente rimosso, costituisce giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento. In tal caso la sottoscritta ASL proporrà alla Regione con delibera motivata la sospensione dell'accREDITamento sino al permanere dell'inadempimento, fatta salva la possibilità che si giunga alla revoca dell'accREDITamento da parte degli organi competenti per grave inadempimento.

Art. 9

(fascicolo sanitario elettronico e protezione dei dati)

1. Al fine di garantire la trasmissione della documentazione sanitaria al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del cittadino, che abbia espresso il proprio consenso ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (c.d. GDPR), ove previsto da norme nazionali o regionali, la sottoscritta struttura privata si impegna ad adempiere a quanto necessario, per garantire l'interoperabilità del proprio sistema informatico ai fini dell'invio al FSE dei dati del cittadino, con quanto realizzato dalla Regione in materia di specifiche tecniche e supporto informatico per i relativi test.
2. Ai fini della corretta gestione dei dati personali delle prestazioni oggetto del presente contratto, la sottoscritta ASL, titolare del trattamento dei dati, provvederà a nominare la sottoscritta struttura privata "*Responsabile del Trattamento*" ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 679/2016 sulla protezione dei dati. La nomina avverrà mediante la stipula di apposito contratto, recante le finalità, i contenuti e le condizioni indicate dal suddetto art. 28, commi 3 e ss. del Regolamento UE 679/2016.

Allegato A\2 – Contratto Dialisi – Anno 2022
(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

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

3. La sottoscritta struttura privata, in qualità di "*Responsabile del Trattamento*" si impegna a garantire l'adozione delle misure tecniche e organizzative più adeguate, affinché il trattamento dei dati personali che le sono affidati dalla ASL sia conforme ai requisiti del citato Regolamento UE, e idoneo a tutelare i diritti degli interessati, secondo le indicazioni che verranno comunicate dalla ASL stessa e/o dalla Regione.

Art. 10

(precisazione in ordine al valore giuridico dell'Ordine Elettronico)

1. L'ordine di acquisto elettronico, previsto dalle disposizioni vigenti in materia di emissione e trasmissione dei documenti, attestanti l'ordinazione degli acquisti di beni e servizi effettuata in forma elettronica dagli enti del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 414, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, e dei successivi decreti del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 07.12.2018 e del 27.12.2019 (cd. *Nodo Smistamento Ordini in formato elettronico – NSO*), non costituisce riconoscimento giuridico della quantità e qualità delle prestazioni effettuate e/o da effettuare, ma è un mero strumento di regolarità e trasparenza amministrativa.
2. Pertanto, le prestazioni sanitarie eseguite dalla sottoscritta struttura privata ed il corrispondente valore economico saranno comunque soggette all'applicazione di tutti gli abbattimenti previsti dal presente contratto e/o da altre disposizioni normative nazionali e/o regionali in materia di variazione del volume e del valore medio delle prestazioni e loro limiti, inclusi tutti i controlli della regolarità e dell'appropriatezza prescrittiva, nonché agli abbattimenti del fatturato liquidabile, necessari per assicurare il rispetto dei limiti di spesa fissati dal presente contratto (regressioni tariffarie e/o altre decurtazioni).

Art. 11

(efficacia e norme finali)

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2022 in esecuzione delle delibere richiamate in premessa.
2. Il presente contratto sarà adeguato ai successivi provvedimenti regionali in materia, che dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.
3. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.

Art. 12

(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la sottoscritta struttura privata accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto per il periodo di efficacia dello stesso.
2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati sub comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia

Allegato A\2 – Contratto Dialisi – Anno 2022
(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

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

alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alla annualità di erogazione delle prestazioni, regolata con il presente contratto.

li , ___ / _____

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 7, comma 4: (*“A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito”*), e l'intero art. 12 (*Clausola di salvaguardia*) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Allegato A3

(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

(Protocollo Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)

Schema di Protocollo di intesa tra l'ASL _____ e l'Associazione _____ per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di _____, da erogarsi nell'anno 2022 da parte delle strutture private accreditate ed i correlati limiti di spesa.

PREMESSO

- che la DGRC n. 599 del 28.12.2021, come modificata e integrata dalla DGRC n. 215 del 04.05.2022 e dalla DGRC n. ___ del __/__/____, ha stabilito i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2022 per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, riferite alle branche di:
 - Diabetologia
 - Cardiologia
 - Altre branche a visita
 - Radiodiagnostica
 - Medicina nucleare,
- che il presente protocollo si uniforma ai nuovi schemi dei protocolli d'intesa con le Associazioni di Categoria degli erogatori privati accreditati, approvati dalla richiamata DGRC n. ___ del __/__/____, da applicarsi in sostituzione di quelli approvati in via provvisoria dalla sopra citata DGRC n. 599/2021, nonché alla delibera n. _____ del __/__/2022, assunta dal Direttore Generale della sottoscritta ASL in attuazione delle disposizioni recate dalla DGRC n. 215 del 04.05.2022 e dalla DGRC n. ___ del __/06/2022;

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 citata DGRC n. ___ del __/06/2022.

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(oggetto)

Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di _____, da erogarsi nell'anno 2022 da parte delle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della sottoscritta ASL, ed i correlati limiti di spesa, stabiliti ai sensi delle delibere indicate in premessa.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2022 dalle strutture

private accreditate, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2022 è stabilito in n. (prestazioni), di cui l'1% (uno per cento) per utenti residenti fuori regione (fatta salva la maggiore quantità risultante dalla applicazione del criterio stabilito a tale riguardo dalle delibere richiamate in premessa.

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

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2022 relativa al volume di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, determinato per l'anno 2022 all'art. 3, comma 1, è fissato in:
 - a) € _____, per l'anno 2022, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio;
 - b) € _____, per l'anno 2022, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, al netto della compartecipazione dell'utente (ticket e quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i.);
2. Il limite di spesa lorda e netta, fissato al comma precedente, potrà essere utilizzato per utenti residenti fuori regione per una percentuale non superiore all'1% (uno per cento), fatta salva la maggiore quantità risultante dalla applicazione del criterio stabilito a tale riguardo dalle delibere richiamate in premessa.
3. Il limite di spesa fissato al comma precedente per i residenti fuori regione è inderogabile. Al contrario, l'eventuale sotto utilizzo di tale limite potrà essere speso per le prestazioni rese ai cittadini residenti in Campania, fermo restando il rispetto del limite complessivo di spesa stabilito al precedente comma 1.
4. L'importo di cui al comma 1, lettera a), diviso per il volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 1, definisce il valore medio delle prestazioni per la branca oggetto del presente protocollo, da declinare in conformità alla classificazione delle strutture erogatrici in base alle tipologie funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dal successivo art.6.
5. La sottoscritta ASL dà atto che, in base ai dati relativi alle prestazioni erogate nel primo quadrimestre 2022 dall'insieme delle strutture accreditate aventi la stessa classificazione (ai sensi del successivo art. 6), il valore medio delle prestazioni (VMP), da non superare di oltre il 10% ai fini del rispetto del vincolo di cui al successivo art. 8, comma 2, è attualmente pari:

(per la Diabetologia) ad € _____;

(oppure, per la Cardiologia) ad € _____;

(oppure, per la Radiodiagnostica)

ad € _____ per le strutture accreditate classificate in Tipologia "A";

ad € _____ per le strutture accreditate classificate in Tipologia "B";

ad € _____ per le strutture accreditate classificate in Tipologia "C";

ad € _____ per le strutture accreditate classificate in Tipologia "D".

(oppure, per la Medicina Nucleare)

ad € _____ per le strutture accreditate classificate in Tipologia "A";

ad € _____ per le strutture accreditate classificate in Tipologia "B.1";

ad € _____ per le strutture accreditate classificate in Tipologia "B.2";

Allegato A13

(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

(Protocollo Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)

ad € _____ per le strutture accreditate classificate in Tipologia “C”.

(oppure: solo per Branche a Visita):

5. La sottoscritta ASL dà atto che il valore medio delle prestazioni, da non superare di oltre il 10% ai fini del rispetto del vincolo di cui al successivo art. 8, comma 2, lettera a), calcolato in base ai dati relativi alle prestazioni erogate nel primo quadrimestre 2022 (ai sensi dell’art. 6, comma 4), è attualmente pari a:

€ _____ per la disciplina ministeriale __ (codice) _____ (descrizione);

€ _____ per la disciplina ministeriale __ (codice) _____ (descrizione);

€ _____ per la disciplina ministeriale __ (codice) _____ (descrizione);

€ _____ per la disciplina ministeriale __ (codice) _____ (descrizione).

NOTA: inserire il dato relativo alle diverse discipline ministeriali in cui sono accreditati i centri della ASL operanti nella branca “Branche a Visita”.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario, al netto del ticket e della quota ricetta (e fatte salve eventuali modifiche delle tariffe che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all’art. 4, se non espressamente modificati con delibera della Giunta Regionale).
2. Al fine di garantire la continuità assistenziale per tutti i dodici mesi dell’anno solare, ciascuna struttura privata applicherà i limiti di prestazioni e di spesa individuali, ad essa assegnati, nella misura di 1/12 (un dodicesimo) per ogni mese. Il rispetto di questo vincolo sarà verificato per ciascuna struttura privata accreditata sul progressivo del valore economico, al netto della compartecipazione dell’utente, delle prestazioni rese nel corso dell’anno solare, con la seguente tolleranza: sarà consentito – alle condizioni di priorità sotto specificate – che il suddetto importo cumulato raggiunga una eccedenza, rispetto alla somma dei dodicesimi del tetto di spesa netta per i mesi trascorsi, non superiore al 30% del tetto di spesa netta mensile, con l’obbligo di recuperare lo sfioramento al massimo entro il 31 dicembre 2022. Le prestazioni che in ciascun mese solare eccederanno la suddetta condizione, non saranno remunerate. Parimenti, non saranno remunerate le prestazioni che, pur rientrando nel suddetto limite del 30%, siano state rese dopo l’esaurimento del dodicesimo mensile del tetto di spesa annuo e non abbiano l’indicazione di URGENTE o BREVE nella prescrizione del MMG (“U” = “Priorità Urgente”, oppure “B” = “Priorità Breve”, poi riportata nel campo “35.0: Livello di Priorità della richiesta” del FILE C). Come previsto dalla DGRC n. 215/2022, il Direttore Generale per la Tutela della Salute emanerà appositi decreti, con i quali si darà atto del mese solare dal quale saranno ammesse al suddetto margine di tolleranza mensile le prestazioni individuate per specifici PDTA, e del correlato incremento del margine mensile. In sede di saldo annuale dei corrispettivi, l’ASL comunicherà l’eventuale extra tetto, riconosciuto liquidabile secondo i criteri stabiliti nelle delibere regionali n. 215 del 04.05.2022 e n. _____ del ____/06/2022, citate in premessa. Le parti si danno atto che, nei casi in cui si riduce il tetto di spesa netta assegnato ad una struttura ai sensi della DGRC n. 215/2022, rispetto a quello assegnato dalla DGRC n. 599/2021, in base ai criteri stabiliti nella DGRC n. _____ del ____/06/2022 richiamata in premessa, **a tutti gli effetti e, in**

Allegato A3

(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

(Protocollo Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)

particolare, ai fini della misura degli acconti mensili di cui al successivo art. 7, la ripartizione mensile del tetto di spesa netta sarà espressamente indicata nel singolo contratto.

3. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. 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.
4. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC nn. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6

(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e promuovere la compiuta e corretta applicazione del presente protocollo è istituito un tavolo tecnico composto da n. __ membri di cui n. _ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. _ membri nominati dalla ASL, di cui un membro con funzione di coordinamento. Al tavolo tecnico partecipa obbligatoriamente il Referente del Nucleo Operativo di Controllo (NOC) della ASL per la specifica linea di attività per il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, prevista dal DCA n. 103 del 06.12.2019 (pubblicato sul BURC n. 77/2019).
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Il coordinatore convoca il tavolo tecnico aziendale almeno in via trimestrale per:
 - a) il monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL e con i monitoraggi effettuati a livello regionale, in attuazione del DCA n. 103 del 06.12.2019, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - b) l'esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici;
 - c) l'esame dei conteggi del valore medio delle prestazioni, forniti dal coordinatore del tavolo tecnico secondo la tempistica prevista dall'art. 8, comma 1, differenziato in base alle diverse tipologie funzionali delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza secondo la classificazione seguente:

Allegato A3

(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

(Protocollo Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)

BRANCA	Tipologia A	Tipologia B	Tipologia C	Tipologia D
Radiodiagnostica	Radiologia tradizionale di base ed ecografia	Radiologia tradizionale, ecografia e TAC	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN ≤ 1 tesla	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN > 1 tesla
Medicina nucleare	Scintigrafie	Scintigrafie e PET	Solo le seguenti PET/TC: 92.11.6, 92.11.7 e 92.18.6	

- Il valore medio della branca “*Branche a Visita*” sarà determinato ed applicato, separatamente, per le prestazioni di medicina iperbarica, rispetto alle altre prestazioni della branca; per queste ultime, in considerazione delle rilevanti differenze esistenti nell’ambito di tale branca, è facoltà della ASL di determinare ed applicare il valore medio in base alle diverse BRANCHE SPECIALISTICHE in cui ricadono le singole prestazioni, come definite nell’allegato n. 3 al decreto del Ministro della sanità del 22 luglio 1996, recante “*Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell’ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe*” (G.U. Serie Generale, n. 216 del 14 settembre 1996).
- Il valore medio della branca “*Medicina Nucleare*” - *Tipologia B* sarà determinato ed applicato separatamente per le prestazioni di scintigrafia (B.1) e di PET (B.2).

Art. 7

(documentazione delle prestazioni e modalità di pagamento delle prestazioni)

- Le strutture private accreditate documentano l’attività sanitaria erogata a mezzo dei flussi informativi di cui al successivo art. 9, che costituiscono il riferimento anche per la definizione dei rapporti economici, in conformità alle disposizioni della vigente normativa. La fattura relativa alle prestazioni erogate in ciascun mese potrà essere emessa solo dopo il completamento delle operazioni di trasmissione dei dati di erogazione di cui al successivo art. 9 e dovrà essere accompagnata dall’ “*attestazione delle operazioni registrate nel Sistema TS ai sensi del DM 2 novembre 2011*”, comprovante l’invio dei dati, utilizzando la funzionalità appositamente predisposta sul Sistema TS. In mancanza, l’ASL respingerà la fattura.
- A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà ad ogni struttura privata un acconto mensile pari al 95% di un dodicesimo del tetto annuo di spesa al netto della compartecipazione, eventualmente maggiorato del valore economico netto del margine di tolleranza, riconosciuto liquidabile ai sensi del precedente art. 5, comma 2, a condizione che siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente: in particolare, il File C mensile deve risultare uguale, per numero di prestazioni e valore economico, alla somma dei dati di erogazione trasmessi giorno per giorno nel FILE C giornaliero.
- Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà a sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono ma, comunque, a non meno di trenta giorni dalla data di ricezione della fattura. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 gennaio dell’anno successivo per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 30

Allegato A3

(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

(Protocollo Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)

aprile dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. **Le eventuali decurtazioni per sfioramento del vincolo di costo medio saranno applicate dalla ASL a partire dal saldo del primo semestre, e saranno conguagliate in aumento o in diminuzione nei saldi successivi. In sede di saldo annuale dei corrispettivi, l'ASL comunicherà e pagherà anche l'eventuale extra tetto, riconosciuto liquidabile secondo i criteri stabiliti nelle delibere regionali n. 215 del 04.05.2022 e n. [REDACTED] del [REDACTED]/06/2022, citate in premessa.** Per il pagamento di ciascun saldo la sottoscritta ASL potrà richiedere l'emissione di apposite note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore delle strutture private accreditate, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.

4. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
5. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, non sarà liquidato e dovrà essere stornato da apposite note di credito, salvo conguaglio in sede di saldo annuale.
6. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
7. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
8. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.

Allegato A3

(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

(Protocollo Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)

9. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
10. Ai fini del rispetto dell'art. 3, comma 8, della legge 13 agosto 2010, n. 136, sulla tracciabilità dei pagamenti, le strutture private indicheranno il conto corrente bancario loro intestato, sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del contratto, e si impegneranno a comunicare tempestivamente eventuali modifiche, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante.

Art. 8

(variazione del volume e del valore medio delle prestazioni e loro limiti)

1. Il coordinatore del tavolo tecnico di cui all'art. 6, entro il mese successivo alla fine di ciascun trimestre solare, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4, e lo comunica agli altri componenti del tavolo tecnico ed alle strutture accreditate.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private accreditate, non è consentito ad ogni singola struttura privata di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni (**VMP**), determinato secondo i criteri di cui al comma 6 dell'art. 4 ed agli allegati schemi che definiscono il case-mix delle strutture facenti capo alla medesima branca/tipologia prestazionale. Il vincolo si applica in corso d'anno, sul progressivo delle prestazioni rese nel primo semestre, sul periodo gennaio – settembre e a saldo del consuntivo dell'intero esercizio, attraverso successivi conguagli in aumento o in diminuzione, come specificato nel precedente art. 7.
3. Il divieto di cui al comma precedente è tassativo e inderogabile. Eventuali situazioni particolari, su proposta del tavolo tecnico e se ritenute dalla ASL meritevoli di apprezzamento, dovranno formare oggetto di una delibera del Direttore Generale della ASL di proposta di deroga, da sottoporre all'approvazione della Regione.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o diseguglianze applicative del presente protocollo le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, sulla attuazione degli adempimenti previsti dal presente protocollo, comprese le attività svolte nell'ambito del tavolo tecnico.

Art. 9

(debito informativo e CUP regionale)

1. Le strutture private accreditate sono impegnate:

Allegato A3

(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

(Protocollo Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)

- a) ad entrare nel circuito della rete informatica denominata “SINFONIA” (Sistema **INFO**rmativo saNità Campan**IA** di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d’ora che l’accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale potrà avvenire attraverso l’utilizzo di una apposita piattaforma di prenotazione ed erogazione regionale (denominata CUP SINFONIA) in fase di realizzazione, nonché delle relative agende informatizzate di prenotazione che saranno concordate con la ASL di competenza;
 - b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall’art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;
 - c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 e s.m.i.;
 - d) ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.
2. La sottoscritta ASL effettuerà i controlli, in relazione alle ricette dematerializzate delle prestazioni ambulatoriali erogate, attraverso la verifica dei dati elettronici resi disponibili dal Sistema TS con la lista delle ricette dematerializzate (NRE) erogate nel mese e registrate sul SAC, come sancito dal D.L. 78/2010 art. 11, comma 16 e quanto presente nel FILE C. In caso di irregolarità formali la struttura privata potrà procedere alla regolarizzazione dei flussi informativi, ove ancora possibile e consentito. Eventuali incongruenze potranno determinare la sospensione dei pagamenti finché non saranno state rimosse.
 3. Qualora vengano rilevate difformità in ordine a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, l’ufficio preposto della ASL, sulla base dei controlli effettuati dal Nucleo Operativo di Controllo (NOC) ai sensi del DCA n. 103/2019, procederà a specifica contestazione, anche ai fini della eventuale decurtazione degli importi non dovuti.
 4. Le strutture private accreditate sono responsabili della completezza e qualità dei dati trasmessi. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all’erogatore, qualora non tempestivamente rimosso, costituisce giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento. In tal caso la sottoscritta ASL proporrà alla Regione con delibera motivata la sospensione dell’accreditamento sino al permanere dell’inadempimento, fatta salva la possibilità che si giunga alla revoca dell’accreditamento da parte degli organi competenti per grave inadempimento.

Art. 10

(fascicolo sanitario elettronico e protezione dei dati)

1. Al fine di garantire la trasmissione della documentazione sanitaria al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del cittadino, che abbia espresso il proprio consenso ai sensi del Regolamento

Allegato A13

(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

(Protocollo Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)

UE 679/2016 (c.d. GDPR), ove previsto da norme nazionali o regionali, le strutture sanitarie private sono impegnate ad adempiere a quanto necessario, per garantire l'interoperabilità del proprio sistema informatico ai fini dell'invio al FSE dei dati del cittadino, con quanto realizzato dalla Regione in materia di specifiche tecniche e supporto informatico per i relativi test.

2. Ai fini della corretta gestione dei dati personali delle prestazioni oggetto del presente contratto, la sottoscritta ASL, titolare del trattamento dei dati, provvederà a nominare ciascuna struttura privata "*Responsabile del Trattamento*" ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 679/2016 sulla protezione dei dati. La nomina avverrà mediante la stipula di apposito contratto, recante le finalità, i contenuti e le condizioni indicate dal suddetto art. 28, commi 3 e ss. del Regolamento UE 679/2016.
3. Le strutture private accreditate, in qualità di "*Responsabili del Trattamento*", sono impegnate a garantire l'adozione delle misure tecniche e organizzative più adeguate, affinché il trattamento dei dati personali che le sono affidati dalla ASL sia conforme ai requisiti del citato Regolamento UE, e idoneo a tutelare i diritti degli interessati, secondo le indicazioni che verranno comunicate dalla ASL stessa e/o dalla Regione.

Art. 11

(precisazione in ordine al valore giuridico dell'Ordine Elettronico)

1. L'ordine di acquisto elettronico, previsto dalle disposizioni vigenti in materia di emissione e trasmissione dei documenti, attestanti l'ordinazione degli acquisti di beni e servizi effettuata in forma elettronica dagli enti del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 414, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, e dei successivi decreti del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 07.12.2018 e del 27.12.2019 (cd. ***Nodo Smistamento Ordini in formato elettronico – NSO***), non costituisce riconoscimento giuridico della quantità e qualità delle prestazioni effettuate e/o da effettuare, ma è un mero strumento di regolarità e trasparenza amministrativa.

Pertanto, le prestazioni sanitarie eseguite dalle strutture private ed il corrispondente valore economico saranno comunque soggette all'applicazione di tutti gli abbattimenti previsti dai relativi contratti ex art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e/o da altre disposizioni normative nazionali e/o regionali in materia di variazione del volume e del valore medio delle prestazioni e loro limiti, inclusi tutti i controlli della regolarità e dell'appropriatezza prescrittiva, nonché agli abbattimenti del fatturato liquidabile, necessari per assicurare il rispetto dei limiti di spesa fissati dai medesimi contratti (regressioni tariffarie e/o altre decurtazioni).

Art. 12

(efficacia)

1. Il presente protocollo si riferisce al periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2022, in esecuzione delle delibere richiamate in premessa.
2. Il presente protocollo sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 13

(norme finali)

Allegato A\3

(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

(Protocollo Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)

1. In caso di contenzioso con uno o più centri privati, la ASL valuterà l'eventuale rischio di soccombenza, effettuando – se del caso – appositi accantonamenti al fondo rischi a fronte delle somme in contestazione, fino alla definizione del contenzioso stesso.
2. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente protocollo è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.

Art. 14

(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente accordo la sottoscritta Associazione accetta espressamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto e/o provvedimento agli stessi collegati e/o presupposti, in quanto costituenti parte integrante necessaria del sottoscrivendo protocollo.

li, ____ / _____

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione

Tutte le clausole del presente protocollo hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 7, comma 6: (*“A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito”*), e l'intero art. 14 (Clausola di salvaguardia) del presente Protocollo d'Intesa.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione

Contratto TRA

La struttura privata
 Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
 con sede in (Prov: __ ; CAP: _____) – Via n°
 rappresentato/a dal/la sottoscritto/a, CF
 come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o
 della Regione che redige il presente atto;

il / la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi
 dell'art. 76 T.U. 445/2000, dichiara:

- a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentate legale del soggetto contraente, come
 attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante
 la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data
 recente – oppure - copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci
 di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di
 concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni (*oppure:*
si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di concordato con
continuità aziendale);
- c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di
 prevenzione di cui all'articolo 6 del D.Lgs. n. 159/2011, che non sussistono le cause ostative
 previste artt. 67 e 84, comma 4, del D.Lgs. n. 159/2011, e più in generale le cause di esclusione
 previste dall'art. 80 comma 1 e 2 del D.Lgs. 50/2016;
- d) di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela
 dell'igiene e della salute sul lavoro;
- e) di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato
 dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. (INPS o INAIL) n.
 _____ del __/__/____ (data richiesta indicata nel DURC) ex art. 80, comma 4, del D.Lgs.
 n. 50/2016.

E

L'Azienda Sanitaria Locale con sede in
 Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
 rappresentata dal Direttore Generale, nato a il
, munito dei necessari poteri come da _____ di nomina n. ____ del _____,

PER

regolare per l'esercizio 2022 i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica
 ambulatoriale, relativamente alla branca di Laboratorio di Analisi (Patologia Clinica), ed i correlati
 limiti di spesa.

PREMESSO

- che la DGRC n. 599 del 28.12.2021, come modificata e integrata dalla DGRC n. 215 del
 04.05.2022, dalla DGRC n. ____ del __/06/2022 e dalla delibera n. _____ del __/__/2022,
 assunta dal Direttore Generale della sottoscritta ASL in attuazione delle disposizioni recate
 dalla DGRC n. 215 del 04.05.2022 e dalla DGRC n. ____ del __/06/2022, ha stabilito i volumi

di prestazioni ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2022 per le prestazioni di Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi), suddivisi tra:

- Prestazioni non "R";
 - Prestazioni "R" come da allegato n. 2 al DCA n. 40 del 13.07.2010 e s.m.i., suddivise tra:
 - Tutte le prestazioni "R" di cui al punto 1.a) del DCA n. 101/2013, escluse le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013;
 - Solo le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013;
- che il presente contratto si uniforma ai nuovi schemi dei contratti ex art. 8-quinquies con gli erogatori privati accreditati, approvati dalla richiamata DGRC n. ___ del __/06/2022, da applicarsi in sostituzione di quelli approvati in via provvisoria dalla sopra citata DGRC n. 599/2021.

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(oggetto)

Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di Patologia Clinica da erogarsi nell'anno 2022 da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa, stabiliti ai sensi delle delibere indicate in premessa.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il volume massimo delle prestazioni di Patologia Clinica, che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2022 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2022, è determinato come segue:
 - a) n. _____ prestazioni non "R", di cui il ___% (_____ per cento) per utenti residenti fuori regione;
 - b) n. _____ prestazioni "R", escluse le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, di cui il ___% (_____ per cento) per utenti residenti fuori regione;
 - c) n. _____ delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, di cui il ___% (_____ per cento) per utenti residenti fuori regione,

applicando per le prestazioni rese a residenti fuori regione il criterio stabilito a tale riguardo dalle delibere richiamate in premessa.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2022 relativa al volume di prestazioni di Patologia Clinica, determinato per l'anno 2022 all'art. 3, comma 1, è fissato in:
 - a) € _____, per l'anno 2022, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, di cui:
 - 1) € _____ per le prestazioni non "R";
 - 2) € _____ per le prestazioni "R", escluse le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013; ed

- 3) € _____ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013;
- b) € _____, per l'anno 2022, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, al netto della compartecipazione dell'utente (ticket e quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i.), di cui:
- 1) € _____ per le prestazioni non "R";
 - 2) € _____ per le prestazioni "R", escluse le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013; ed
 - 3) € _____ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013.
2. Il limite di spesa lorda e netta, fissato al comma precedente, in applicazione del criterio stabilito a tale riguardo dalle delibere richiamate in premessa, potrà essere utilizzato per utenti residenti fuori regione per una percentuale non superiore:
- a) al __% (_____ per cento) per le prestazioni non "R";
 - b) al __% (_____ per cento) per le prestazioni "R", escluse le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013; ed
 - c) al __% (_____ per cento) per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013.
3. I limiti di spesa fissati al comma precedente per i residenti fuori regione sono inderogabili. Al contrario, l'eventuale sotto utilizzo di tali limiti potrà essere speso per le prestazioni rese ai cittadini residenti in Campania, fermo restando il rispetto dei limiti complessivi di spesa stabiliti al precedente comma 1.
- 3-bis** Le parti si danno atto che, in base alle specifiche disposizioni stabilite nel punto 7 dell'All. A della DGRC n. 215/2022, come modificate e integrate nel punto 6 dell'All. A della sopra richiamata DGRC n. _____ del ____/06/2022, per l'esercizio in corso:
- a) E' consentita l'osmosi tra i limiti fissati nell'ambito delle prestazioni "R", tra "R non 7" e "7_R"; mentre il sotto utilizzo del tetto di spesa complessivo, assegnato per le prestazioni "R", sarà attribuito ad incremento di pari importo del tetto di spesa assegnato per le prestazioni non "R" (e non viceversa);
 - b) Qualora la somma degli importi riguardanti le prestazioni "R", stabiliti nel precedente comma 1, lettera a), punti 2) e 3), sia inferiore al 2% dell'importo totale del tetto di spesa LORDA, stabilito nel precedente comma 1, lettera a), è consentito incrementare la spesa lorda per le prestazioni "R" fino al 2% dell'importo totale del tetto di spesa LORDA, mediante una corrispondente riduzione della spesa per prestazioni "non R", tale da rispettare il complessivo tetto di spesa NETTA, stabilito nel precedente comma 1, lettera b), nonché i distinti vincoli di costo medio vigenti per i tre diversi raggruppamenti di prestazioni.
- 3 L'importo di cui al comma 1, a), 1), relativo alle prestazioni NON "R", diviso per i corrispondenti volumi massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 1, lettera a), definisce il valore medio delle prestazioni non "R", da declinare in conformità alla classificazione delle strutture erogatrici in base alle tipologie funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dal successivo art. 6.
- 4 La sottoscritta ASL dà atto che la sottoscritta struttura privata è attualmente classificata nella Tipologia "_____" ai sensi del successivo art. 6, e che il valore medio delle prestazioni non "R", da non superare di oltre il 10% ai fini del rispetto del vincolo di cui al successivo art. 8, comma 2,

lettera a), è attualmente pari ad € [REDACTED], calcolato in base ai dati relativi alle prestazioni erogate nel primo quadrimestre 2022 dall'insieme delle strutture aventi la stessa classificazione.

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

1. La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario, al netto del ticket e della quota ricetta (e fatte salve eventuali modifiche delle tariffe che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati con delibera della Giunta Regionale.
2. In ogni caso, tutti gli importi separatamente fissati nel precedente art. 4 quali limiti di spesa al netto del ticket e della quota ricetta per le prestazioni non "R", le prestazioni "R", escluse le 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, e le 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, costituiscono i limiti massimi di remunerazione, rispettivamente, delle prestazioni non "R", delle prestazioni "R", escluse le suddette 7 "R", e delle 7 "R" anzidette, acquistate nell'anno 2022 dalla sottoscritta struttura privata accreditata, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza del limite di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui al medesimo art. 4, ovvero, di residua disponibilità dei volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3. Al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa al netto del ticket e della quota ricetta, l'ASL potrà acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.
3. Al fine di garantire la continuità assistenziale per tutti i dodici mesi dell'anno solare, i limiti di prestazioni e di spesa sopra indicati (sempre considerati separatamente tra prestazioni non "R", le prestazioni "R", escluse le 7 "R", e le 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013) dovranno essere applicati dalla sottoscritta struttura privata nella misura di 1/12 (un dodicesimo) per ogni mese. Il rispetto di questo vincolo sarà verificato sul progressivo del valore economico, al netto della compartecipazione dell'utente, delle prestazioni rese nel corso dell'anno solare, con la seguente tolleranza: sarà consentito – alle condizioni di priorità sotto specificate – che il suddetto importo cumulato raggiunga una eccedenza, rispetto alla somma dei dodicesimi del tetto di spesa netta per i mesi trascorsi, non superiore al 30% (50% se la sottoscritta struttura ha superato la soglia di 200.000 prestazioni nel 2021) del tetto di spesa netta mensile, con l'obbligo di recuperare lo sfioramento al massimo entro il 31 dicembre 2022. Le prestazioni che in ciascun mese solare eccederanno la suddetta condizione, non saranno remunerate. Parimenti, non saranno remunerate le prestazioni che, pur rientrando nel suddetto limite del 30% (50% se la sottoscritta struttura ha superato la soglia di 200.000 prestazioni nel 2021), siano state rese dopo l'esaurimento del dodicesimo mensile del tetto di spesa annuo e non abbiano l'indicazione di URGENTE o BREVE nella prescrizione del MMG ("U" = "Priorità Urgente", oppure "B" = "Priorità Breve", poi riportata nel campo "35.0: Livello di Priorità della richiesta" del FILE C). Come previsto dalla DGRC n. 215/2022, il Direttore Generale per la Tutela della Salute emanerà appositi decreti, con i quali si darà atto del mese solare dal quale saranno ammesse al suddetto margine di tolleranza mensile le prestazioni individuate per specifici PDTA, e del correlato incremento del margine mensile. In sede di saldo annuale dei corrispettivi, l'ASL comunicherà l'eventuale extra tetto, riconosciuto liquidabile secondo i criteri stabiliti nelle delibere regionali n. 215 del 04.05.2022 e n. [REDACTED] del [REDACTED]/06/2022, citate in premessa.

3 bis (comma eventuale)

Le parti si danno atto che, essendo diminuito il complessivo tetto di spesa netta assegnato alla sottoscritta struttura ai sensi della DGRC n. 215/2022, rispetto a quello assegnato dalla DGRC n.

599/2021, in base ai criteri stabiliti nella DGRC n. [] del []/06/2022 richiamata in premessa, a **tutti gli effetti e, in particolare, ai fini della misura degli acconti mensili di cui al successivo art. 7**, la ripartizione mensile del tetto di spesa netta è confermata in:

€ _____ per le prestazioni “non R”;

€ _____ per le prestazioni “R non 7”;

€ _____ per le prestazioni “7 R”;

per ciascuno dei mesi da _____ a _____ 2022 (di regola, indicare da gennaio a maggio 2022), ed è ridotta ad:

€ _____ per le prestazioni “non R”;

€ _____ per le prestazioni “R non 7”;

€ _____ per le prestazioni “7 R”;

per i mesi da _____ a _____ 2022 (di regola, indicare: da giugno a dicembre 2022).

4. Ai sensi dell’art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell’anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. 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.
5. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC nn. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6 (Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e promuovere la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto da n. _ membri di cui n. _ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. _ membri nominati dalla ASL, di cui un membro con funzione di coordinamento. Al tavolo tecnico partecipa obbligatoriamente il Referente del Nucleo Operativo di Controllo (NOC) della ASL per la specifica linea di attività per il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, prevista dal DCA n. 103 del 06.12.2019 (pubblicato sul BURC n. 77/2019).
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell’ambito territoriale della ASL.
3. Il coordinatore convoca il tavolo tecnico aziendale almeno in via trimestrale per:
 - a) il monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL e con i monitoraggi effettuati a livello regionale, in attuazione del DCA n. 103 del 06.12.2019, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall’art 4;

- b) l'esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici;
- c) l'esame dei conteggi del valore medio delle prestazioni NON "R", forniti dal coordinatore del tavolo tecnico secondo la tempistica prevista dall'art. 8, comma 1, differenziato in base alle diverse tipologie funzionali delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza secondo la classificazione seguente:

BRANCA	Tipologia A	Tipologia B	Tipologia C	Tipologia D
Patologia Clinica	Laboratori generali di base con o senza settori specializzati A1 e A2	Laboratori generali di base con almeno tre settori specializzati, escluso A6	Laboratori generali di base con almeno tre settori specializzati, incluso A6	Laboratori specializzati

- d) il monitoraggio del valore medio per singolo centro privato delle prestazioni "R", escluse le 7 "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, e del raggruppamento delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, ai fini della applicazione delle limitazioni specificate all'art. 8, comma 2, lettera b).

Art. 7

(documentazione delle prestazioni e modalità di pagamento delle prestazioni)

1. La sottoscritta struttura privata si impegna a documentare l'attività sanitaria erogata a mezzo dei flussi informativi di cui al successivo art. 9, che costituiscono il riferimento anche per la definizione dei rapporti economici, in conformità alle disposizioni della vigente normativa. La fattura relativa alle prestazioni erogate in ciascun mese potrà essere emessa solo dopo il completamento delle operazioni di trasmissione dei dati di erogazione di cui al successivo art. 9 e dovrà essere accompagnata dall' "attestazione delle operazioni registrate nel Sistema TS ai sensi del DM 2 novembre 2011", comprovante l'invio dei dati, utilizzando la funzionalità appositamente predisposta sul Sistema TS. In mancanza, l'ASL respingerà la fattura.
2. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari al 95% di un dodicesimo del tetto annuo di spesa al netto della compartecipazione, eventualmente maggiorato del valore economico netto del margine di tolleranza, riconosciuto liquidabile ai sensi del precedente art. 5, comma 3, a condizione che siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente: in particolare, il File C mensile deve risultare uguale, per numero di prestazioni e valore economico, alla somma dei dati di erogazione trasmessi giorno per giorno nel FILE C giornaliero.
3. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà a sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono ma, comunque, a non meno di trenta giorni dalla data di ricezione della fattura. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 gennaio dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. **Le eventuali decurtazioni per sfioramento del vincolo di costo medio (compreso il VMP MASSIMO prefissato per le prestazioni "R") saranno applicate dalla ASL a partire dal saldo del primo semestre, e saranno conguagliate in aumento o in diminuzione nei saldi successivi. In sede**

di saldo annuale dei corrispettivi, l'ASL comunicherà e pagherà anche l'eventuale extra tetto, riconosciuto liquidabile secondo i criteri stabiliti nelle delibere regionali n. 215 del 04.05.2022 e n. [] del []/06/2022, citate in premessa. Per il pagamento di ciascun saldo la sottoscritta ASL potrà richiedere l'emissione di apposite note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore delle strutture private accreditate, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.

4. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
5. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, non sarà liquidato e dovrà essere stornato da apposite note di credito, salvo conguaglio in sede di saldo annuale.
6. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
7. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
8. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
9. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.

10. Ai fini del rispetto dell'art. 3, comma 8, della legge 13 agosto 2010, n. 136, sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del presente contratto:

codice IBAN: _____;

presso: _____,

generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: _____

impegnandosi a comunicare tempestivamente, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante, eventuali modifiche.

Art. 8

(variazione del volume e del valore medio delle prestazioni e loro limiti)

1. Il coordinatore del tavolo tecnico di cui all'art. 6, entro il mese successivo alla fine di ciascun trimestre solare, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4, e lo comunica agli altri componenti del tavolo tecnico ed alla sottoscritta struttura accreditata.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private accreditate, non è consentito ad ogni singola struttura privata:
 - a) di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni (**VMP**) non "R", determinato secondo i criteri di cui al comma 6 dell'art. 4 ed alle diverse tipologie funzionali di cui all'art. 6, comma 3, lettera c); il vincolo si applica in corso d'anno, sul progressivo delle prestazioni rese nel primo semestre, sul periodo gennaio – settembre e a saldo del consuntivo dell'intero esercizio, attraverso successivi conguagli in aumento o in diminuzione, come specificato nel precedente art. 7.
 - b) di superare i valori medi massimi del raggruppamento delle prestazioni "R", escluse le 7 "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, e del raggruppamento delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, stabiliti per l'esercizio 2022, rispettivamente, in euro **90,00** ed euro **125,00**.

Il vincolo si applica in corso d'anno, sul progressivo delle prestazioni rese nel primo semestre, sul periodo gennaio – settembre e a saldo del consuntivo dell'intero esercizio, attraverso successivi conguagli in aumento o in diminuzione, come specificato nel precedente art. 7.

3. I divieti di cui al comma precedente sono tassativi e inderogabili. Eventuali situazioni particolari, su proposta del tavolo tecnico e se ritenute dalla ASL meritevoli di apprezzamento, dovranno formare oggetto di una delibera del Direttore Generale della ASL di proposta di deroga, da sottoporre all'approvazione della Regione.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o diseguaglianze applicative del presente contratto le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita

dal DCA n. 103 del 06.12.2019, sulla attuazione degli adempimenti previsti dal presente protocollo, comprese le attività svolte nell'ambito del tavolo tecnico.

Art. 9**(debito informativo e CUP regionale)**

1. La sottoscritta struttura privata con la sottoscrizione del presente contratto si impegna:
 - a) ad entrare nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (Sistema **INFO**rmativo saNità Campan**IA** di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d'ora che l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale potrà avvenire attraverso l'utilizzo di una apposita piattaforma di prenotazione ed erogazione regionale (denominata CUP SINFONIA) in fase di realizzazione, nonché delle relative agende informatizzate di prenotazione che saranno concordate con la ASL di competenza;
 - b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall'art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;
 - c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 e s.m.i.;
 - d) ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.
2. La sottoscritta ASL effettuerà i controlli, in relazione alle ricette dematerializzate delle prestazioni ambulatoriali erogate, attraverso la verifica dei dati elettronici resi disponibili dal Sistema TS con la lista delle ricette dematerializzate (NRE) erogate nel mese e registrate sul SAC, come sancito dal D.L. 78/2010 art. 11, comma 16 e quanto presente nel FILE C. In caso di irregolarità formali la struttura privata potrà procedere alla regolarizzazione dei flussi informativi, ove ancora possibile e consentito. Eventuali incongruenze potranno determinare la sospensione dei pagamenti finché non saranno state rimosse.
3. Qualora vengano rilevate difformità in ordine a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, l'ufficio preposto della ASL, sulla base dei controlli effettuati dal Nucleo Operativo di Controllo (NOC) ai sensi del DCA n. 103/2019, procederà a specifica contestazione, anche ai fini della eventuale decurtazione degli importi non dovuti.
4. La struttura privata è responsabile della completezza e qualità dei dati trasmessi. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'erogatore, qualora non tempestivamente rimosso, costituisce giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento. In tal caso la sottoscritta ASL proporrà alla Regione con delibera motivata la sospensione dell'accREDITAMENTO sino al permanere dell'inadempimento, fatta salva la possibilità che si giunga alla revoca dell'accREDITAMENTO da parte degli organi competenti per grave inadempimento.

Art. 10

(fascicolo sanitario elettronico e protezione dei dati)

1. Al fine di garantire la trasmissione della documentazione sanitaria al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del cittadino, che abbia espresso il proprio consenso ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (c.d. GDPR), ove previsto da norme nazionali o regionali, la sottoscritta struttura privata si impegna ad adempiere a quanto necessario, per garantire l'interoperabilità del proprio sistema informatico ai fini dell'invio al FSE dei dati del cittadino, con quanto realizzato dalla Regione in materia di specifiche tecniche e supporto informatico per i relativi test.
2. Ai fini della corretta gestione dei dati personali delle prestazioni oggetto del presente contratto, la sottoscritta ASL, titolare del trattamento dei dati, provvederà a nominare la sottoscritta struttura privata "*Responsabile del Trattamento*" ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 679/2016 sulla protezione dei dati. La nomina avverrà mediante la stipula di apposito contratto, recante le finalità, i contenuti e le condizioni indicate dal suddetto art. 28, commi 3 e ss. del Regolamento UE 679/2016.
3. La sottoscritta struttura privata, in qualità di "*Responsabile del Trattamento*" si impegna a garantire l'adozione delle misure tecniche e organizzative più adeguate, affinché il trattamento dei dati personali che le sono affidati dalla ASL sia conforme ai requisiti del citato Regolamento UE, e idoneo a tutelare i diritti degli interessati, secondo le indicazioni che verranno comunicate dalla ASL stessa e/o dalla Regione.

Art. 11

(precisazione in ordine al valore giuridico dell'Ordine Elettronico)

1. L'ordine di acquisto elettronico, previsto dalle disposizioni vigenti in materia di emissione e trasmissione dei documenti, attestanti l'ordinazione degli acquisti di beni e servizi effettuata in forma elettronica dagli enti del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 414, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, e dei successivi decreti del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 07.12.2018 e del 27.12.2019 (cd. *Nodo Smistamento Ordini in formato elettronico – NSO*), non costituisce riconoscimento giuridico della quantità e qualità delle prestazioni effettuate e/o da effettuare, ma è un mero strumento di regolarità e trasparenza amministrativa.
2. Pertanto, le prestazioni sanitarie eseguite dalla sottoscritta struttura privata ed il corrispondente valore economico saranno comunque soggette all'applicazione di tutti gli abbattimenti previsti dal presente contratto e/o da altre disposizioni normative nazionali e/o regionali in materia di variazione del volume e del valore medio delle prestazioni e loro limiti, inclusi tutti i controlli della regolarità e dell'appropriatezza prescrittiva, nonché agli abbattimenti del fatturato liquidabile, necessari per assicurare il rispetto dei limiti di spesa fissati dal presente contratto (regressioni tariffarie e/o altre decurtazioni).

Art. 12

(efficacia del contratto)

1. Il presente contratto si riferisce al periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2022, e sarà adeguato ad eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 13

(norme finali)

1. In caso di contenzioso con uno o più centri privati, la ASL valuterà l'eventuale rischio di soccombenza, effettuando – se del caso – appositi accantonamenti al fondo rischi a fronte delle somme in contestazione, fino alla definizione del contenzioso stesso.
2. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto e/o di ogni altro rapporto del sottoscritto centro privato con il servizio sanitario regionale è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere le delibere richiamate in premessa.

Art. 14

(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la sottoscritta struttura privata accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto per il periodo di efficacia dello stesso.
2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati sub comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alla annualità di erogazione delle prestazioni, regolata con il presente contratto.

li , ___ / _____

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 7, comma 6: (*“A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito”*), e l'intero art. 14 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Allegato A/7 – Contratto FKT – Anno 2022
(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

Contratto tra
Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
con sede in (Prov: __ ; CAP: _____) – Via n°
rappresentato/a dal/la sottoscritto/a, CF
come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o della Regione che redige il presente atto;

il / la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 T.U. 445/2000, dichiara:

- a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentate legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure - copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni (*oppure: si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di concordato con continuità aziendale*);
- c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 6 del D.Lgs. n. 159/2011, che non sussistono le cause ostative previste artt. 67 e 84, comma 4, del D.Lgs. n. 159/2011, e più in generale le cause di esclusione previste dall'art. 80 comma 1 e 2 del D.Lgs. 50/2016;
- d) di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;
- e) di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. (INPS o INAIL) n. _____ del __/__/____ (data richiesta indicata nel DURC) ex art. 80, comma 4, del D.Lgs. n. 50/2016.

E

L'Azienda Sanitaria Locale con sede in Partita IVA:
rappresentata dal Direttore Generale, nato a il
....., munito dei necessari poteri come da DPGRC di nomina n. ____ del _____,

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti all'area della assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di medicina fisica e riabilitativa (cd. riabilitazione ex art 44 della L. 833/78), come definita nell'allegato n. 3 alla DGRC n. 1269 del 16.7.09 e nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza", da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2022, redatto in conformità alla delibera della Giunta regionale n. ____ del __/__/____.

PREMESSO

- che la DGRC n. 599 del 28.12.2021, come modificata e integrata dalla DGRC n. 215 del 04.05.2022 e dalla DGRC n. ____ del __/__/____, ha definito i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2022 per le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa;

Allegato A/7 – Contratto FKT – Anno 2022
(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

- che il presente contratto si uniforma ai nuovi schemi dei contratti ex art. 8-quinquies con gli erogatori privati accreditati, approvati dalla richiamata DGRC n. ___ del __/__/____, da applicarsi in sostituzione di quelli approvati in via provvisoria dalla sopra citata DGRC n. 599/2021.

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(oggetto)

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria di medicina fisica e riabilitativa (cd. riabilitazione ex art 44 della L. 833/78) come definita nell'allegato, n. 3 alla DGRC n. 1269 del 16.7.09 e nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza") da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2022 da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il volume massimo di prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2022 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2022, è determinato in n. prestazioni.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa e, quindi, il fatturato, per l'esercizio 2022 per il volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato come segue:
 - a) € _____, applicando le tariffe vigenti;
 - b) € _____, applicando le tariffe vigenti, al netto della compartecipazione dell'utente (ticket e quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i.);
2. Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare almeno in parte la continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate, il consumo massimo del tetto annuale è fissato al 95% al 30 novembre 2022; pertanto, nulla spetterà alla sottoscritta struttura, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto limite.
3. Al fine di garantire la continuità assistenziale per tutti i dodici mesi dell'anno solare, i limiti di prestazioni e di spesa sopra indicati dovranno essere applicati dalla sottoscritta struttura privata ripartendoli in dodicesimi su base mensile. Il rispetto di questo vincolo sarà verificato sul progressivo delle prestazioni rese in corso d'anno solare, con una oscillazione mensile non superiore al 30% del tetto mensile, nei limiti della capacità produttiva massima della struttura, e con obbligo di recuperare lo sforamento entro i tre mesi successivi e, comunque, entro il 31

Allegato A/7 – Contratto FKT – Anno 2022
(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

dicembre 2022. Le prestazioni rese in eccesso rispetto alla suddetta oscillazione massima mensile non saranno remunerate.

4. La sottoscritta struttura potrà recuperare nel mese successivo l'eventuale volume di prestazioni non richiesto dagli aventi diritto, rispetto alla percentuale massima fissata al comma precedente: si precisa, comunque, che nulla spetterà né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per il caso in cui detto volume non sia stato recuperato entro il 31 dicembre 2022.
5. In sede di saldo annuale dei corrispettivi, l'ASL comunicherà **l'eventuale extra tetto**, riconosciuto liquidabile secondo i criteri stabiliti nel paragrafo 7 dell'Allegato A alla DGRC n. del /06/2022, citata in premessa.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle vigenti tariffe regionali - fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4. Per le strutture interessate dalle riconversioni parziali o totali in strutture socio sanitarie, al momento della riconversione la residua quota di dodicesimi del tetto di spesa annuo sarà riservata alle prestazioni riconvertite.
2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa annuale al netto della compartecipazione dell'utente costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate dalla ASL in ciascun esercizio, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza del limite di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui all'art. 4, comma 1, lettera a), ovvero, di residua disponibilità del volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3; al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa di cui all'art. 4, comma 1, lettere a) e b), l'ASL potrà acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.
3. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. 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.
4. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC n. 6757/96, 377/98, 1270 e 1272/2003, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6

(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e promuovere la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto da n. membri di cui n. designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. membri

Allegato A/7 – Contratto FKT – Anno 2022
(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

nominati dalla ASL, di cui un membro con funzione di coordinamento. Al Tavolo tecnico partecipa obbligatoriamente il Referente del Nucleo Operativo di Controllo (NOC) della ASL per la specifica linea di attività per il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, prevista dal DCA n. 103 del 06.12.2019 (pubblicato sul BURC n. 77/2019)

2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Il coordinatore convoca il tavolo tecnico aziendale almeno in via trimestrale per:
 - a) il monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL e con i monitoraggi effettuati a livello regionale in attuazione del DCA n. 103 del 06.12.2019, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - b) l'esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o diseguglianze applicative del presente contratto, le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, sulla attuazione degli adempimenti previsti dal presente protocollo, comprese le attività svolte nell'ambito del tavolo tecnico.

Art. 7

(documentazione delle prestazioni e modalità di pagamento delle prestazioni)

1. La sottoscritta struttura privata si impegna a documentare l'attività sanitaria erogata a mezzo dei flussi informativi di cui al successivo art. 8, che costituiscono il riferimento anche per la definizione dei rapporti economici, in conformità alle disposizioni della vigente normativa. La fattura relativa alle prestazioni erogate in ciascun mese potrà essere emessa solo dopo il completamento delle operazioni di trasmissione dei dati di erogazione di cui al successivo art. 8 e dovrà essere accompagnata dall' *"attestazione delle operazioni registrate nel Sistema TS ai sensi del DM 2 novembre 2011"*, comprovante l'invio dei dati, utilizzando la funzionalità appositamente predisposta sul Sistema TS. In mancanza, l'ASL respingerà la fattura.
2. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari al 90% del fatturato mensile, a condizione che siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente: in particolare, il File C mensile deve risultare uguale, per numero di prestazioni e valore economico, alla somma dei dati di erogazione trasmessi giorno per giorno nel FILE C giornaliero.
3. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono ma, comunque, a non meno di trenta giorni dalla data di ricezione della fattura. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 30 giugno per le fatture del primo trimestre; entro il 30 settembre per le fatture relative ai mesi da aprile a luglio; entro il 31 dicembre per le fatture relative ai mesi di agosto, settembre ed ottobre; entro il 31 marzo

Allegato A/7 – Contratto FKT – Anno 2022
(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

dell'anno successivo per le fatture di novembre e dicembre. Per il pagamento di ciascun saldo la sottoscritta ASL potrà richiedere l'emissione di apposite note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria eventualmente necessaria per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato, da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore della struttura privata, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.

4. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della sottoscritta struttura privata, il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, non sarà liquidato e dovrà essere stornato da apposite note di credito, salvo conguaglio in sede di saldo annuale.
5. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
6. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
7. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
8. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
9. Ai fini del rispetto dell'art. 3, comma 8, della legge 13 agosto 2010, n. 136, sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del presente contratto:

codice IBAN: _____;

presso: _____,

Allegato A/7 – Contratto FKT – Anno 2022
(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: _____;
_____;
impegnandosi a comunicare tempestivamente, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante, eventuali modifiche.

Art. 8

(debito informativo e CUP regionale)

1. La sottoscritta struttura privata con la sottoscrizione del presente contratto si impegna:
 - a) ad entrare nel circuito della rete informatica denominata “SINFONIA” (Sistema **INFO**rmativo saNità Campan**IA** di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d’ora che l’accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale potrà avvenire attraverso l’utilizzo di una apposita piattaforma di prenotazione ed erogazione regionale (denominata CUP SINFONIA) in fase di realizzazione, nonché delle relative agende informatizzate di prenotazione che saranno concordate con la ASL di competenza;
 - b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall’art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;
 - c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 e s.m.i.;
 - d) ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.
2. La sottoscritta ASL effettuerà i controlli, in relazione alle ricette dematerializzate delle prestazioni ambulatoriali erogate, attraverso la verifica dei dati elettronici resi disponibili dal Sistema TS con la lista delle ricette dematerializzate (NRE) erogate nel mese e registrate sul SAC, come sancito dal D.L. 78/2010 art. 11, comma 16 e quanto presente nel FILE C. In caso di irregolarità formali la struttura privata potrà procedere alla regolarizzazione dei flussi informativi, ove ancora possibile e consentito. Eventuali incongruenze potranno determinare la sospensione dei pagamenti finché non saranno state rimosse.
3. Qualora vengano rilevate difformità in ordine a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, l’ufficio preposto della ASL, sulla base dei controlli effettuati dal Nucleo Operativo di Controllo (NOC) ai sensi del DCA n. 103/2019, procederà a specifica contestazione, anche ai fini della eventuale decurtazione degli importi non dovuti.
4. La struttura privata è responsabile della completezza e qualità dei dati trasmessi. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all’erogatore, qualora non tempestivamente rimosso, costituisce giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento. In tal caso la sottoscritta ASL proporrà alla Regione con delibera motivata la sospensione dell’accreditamento sino al permanere dell’inadempimento, fatta salva la possibilità

Allegato A/7 – Contratto FKT – Anno 2022
(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

che si giunga alla revoca dell'accreditamento da parte degli organi competenti per grave inadempimento.

Art. 9

(fascicolo sanitario elettronico e protezione dei dati)

1. Al fine di garantire la trasmissione della documentazione sanitaria al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del cittadino, che abbia espresso il proprio consenso ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (c.d. GDPR), ove previsto da norme nazionali o regionali, la sottoscritta struttura privata si impegna ad adempiere a quanto necessario, per garantire l'interoperabilità del proprio sistema informatico ai fini dell'invio al FSE dei dati del cittadino, con quanto realizzato dalla Regione in materia di specifiche tecniche e supporto informatico per i relativi test.
2. Ai fini della corretta gestione dei dati personali delle prestazioni oggetto del presente contratto, la sottoscritta ASL, titolare del trattamento dei dati, provvederà a nominare la sottoscritta struttura privata "*Responsabile del Trattamento*" ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 679/2016 sulla protezione dei dati. La nomina avverrà mediante la stipula di apposito contratto, recante le finalità, i contenuti e le condizioni indicate dal suddetto art. 28, commi 3 e ss. del Regolamento UE 679/2016.
3. La sottoscritta struttura privata, in qualità di "*Responsabile del Trattamento*" si impegna a garantire l'adozione delle misure tecniche e organizzative più adeguate, affinché il trattamento dei dati personali che le sono affidati dalla ASL sia conforme ai requisiti del citato Regolamento UE, e idoneo a tutelare i diritti degli interessati, secondo le indicazioni che verranno comunicate dalla ASL stessa e/o dalla Regione.

Art. 10

(precisazione in ordine al valore giuridico dell'Ordine Elettronico)

1. L'ordine di acquisto elettronico, previsto dalle disposizioni vigenti in materia di emissione e trasmissione dei documenti, attestanti l'ordinazione degli acquisti di beni e servizi effettuata in forma elettronica dagli enti del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 414, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, e dei successivi decreti del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 07.12.2018 e del 27.12.2019 (cd. *Nodo Smistamento Ordini in formato elettronico – NSO*), non costituisce riconoscimento giuridico della quantità e qualità delle prestazioni effettuate e/o da effettuare, ma è un mero strumento di regolarità e trasparenza amministrativa.
2. Pertanto, le prestazioni sanitarie eseguite dalla sottoscritta struttura privata ed il corrispondente valore economico saranno comunque soggette all'applicazione di tutti gli abbattimenti previsti dal presente contratto e/o da altre disposizioni normative nazionali e/o regionali in materia di variazione del volume e del valore medio delle prestazioni e loro limiti, inclusi tutti i controlli della regolarità e dell'appropriatezza prescrittiva, nonché agli abbattimenti del fatturato liquidabile, necessari per assicurare il rispetto dei limiti di spesa fissati dal presente contratto (regressioni tariffarie e/o altre decurtazioni).

Art. 11

(efficacia del contratto)

3. Il presente contratto si riferisce al periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2022.
4. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Allegato A/7 – Contratto FKT – Anno 2022
(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

Art. 12

(norme finali)

1. Per ogni controversia riguardo l'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.
2. Per qualsiasi controversia tra la sottoscritta struttura privata e la ASL e/o la Regione, anche non inerente al presente contratto, è espressamente escluso il ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere le delibere richiamate in premessa.

Art. 13

(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la sottoscritta struttura privata accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto per il periodo di efficacia dello stesso.
2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati sub comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alla annualità di erogazione delle prestazioni, regolata con il presente contratto.

lì , ___ / _____

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 7, comma 5, (“*A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito*”) e l'intero art. 13 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

1. Premessa

La delibera della Giunta regionale n. 215 del 4 maggio 2022, recante: “*Assegnazione per l'esercizio 2022 dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa alle strutture sanitarie private accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale: modifiche e integrazioni alla DGRC n. 599 del 28 dicembre 2021*”, ha stabilito che: “... per la gestione corrente e i nuovi accreditamenti, per i quali viene assegnato il tetto di spesa 2022, gli schemi contrattuali approvati dalla DGRC n. 599/2021 possono continuare ad essere utilizzati, fino al loro adattamento alle innovazioni e modifiche stabilite dal presente provvedimento, che sarà effettuato con separata delibera ...”.

Il presente provvedimento ha, quindi, innanzitutto, la finalità di dare esecuzione alla disposizione richiamata. Contiene, inoltre, degli aggiornamenti della programmazione dei tetti di spesa 2022 di alcune branche dell'assistenza specialistica ambulatoriale, e diverse modifiche, integrazioni e precisazioni, rese opportune dalla introduzione dei tetti di spesa “*di struttura*”, operata dalle DGRC n. 599/2021 e n. 215/2022.

2. Modifiche alla programmazione 2022 per ASL / branca

Rispetto alla programmazione 2022 stabilita dalla DGRC n. 215/2022, la presente delibera aggiorna la programmazione 2022, come si espone di seguito.

La modifica più rilevante riguarda i volumi di prestazioni ed i correlati limi di spesa della dialisi ambulatoriale. E', infatti, emersa l'esigenza di tenere conto del maggiore consuntivo 2021, comunicato dalla Direzione Generale della ASL di Avellino con lettera del 19.05.2022, prot. n. 31493, nonché delle criticità segnalate da alcune Associazioni di Categoria (nota ANISAP del 11.05.2022).

Considerato anche l'andamento preconsuntivo delle prestazioni di dialisi nei primi quattro mesi del 2022 (invero, non dissimile dal consuntivo 2021), si è stabilito, prudenzialmente, di incrementare il limite di spesa 2022 della branca di 995 mila euro, rispetto al budget fissato dalla DGRC n. 215/2022, riducendo da euro 2.051 mila ad euro 1.055 mila il “*Residuo acc.to per contratti integrativi e/o per contenziosi*”, esposto nel quadro complessivo della programmazione 2022. L'incremento consentirà alle ASL di ripartire più agevolmente il budget 2022 alle singole strutture. Fermo restando che la particolare regolamentazione del settore della dialisi (compensazione a consuntivo tra sforamenti e sottoutilizzi dei tetti di spesa individuali, prima a livello di ASL e, poi, a livello di budget complessivo regionale) consente di assorbire anche l'impatto di contenziosi per nuovi accreditamenti (v. decreto n. 447 del 14.12.2021 della Direzione Generale per la Tutela della Salute). Si approva, quindi, la allegata tabella di “*Rettifica dell'Allegato n. 2.8 alla DGRC n. 215 /2022*”.

Per la Diabetologia, come si espone nella allegata tabella di “*Rettifica dell'Allegato n. 2.1 alla DGRC n. 215 /2022*”, è stato incrementato di 277 mila euro l'accantonamento per i nuovi accreditamenti, in corso ai sensi della DGRC n. 544/2020. Inoltre, il budget della ASL Napoli 2 Nord è stato incrementato di circa 52 mila euro, in modo da renderlo conforme all'importo proposto dal Direttore Generale della ASL con nota del 28.05.2021, prot. n. 21611/u (al netto dell'accantonamento del 3% per prestazioni extra tetto in regressione tariffaria). Mentre il budget della ASL di Salerno è stato incrementato di circa 95 mila euro, in modo da riportare al tetto di branca ex DGRC n. 450/2020, il tetto di spesa dei centri preesistenti ai nuovi accreditamenti (che hanno iniziato ad operare nel 2021).

Riguardo alle Branche a Visita, si è proceduto ad alcune correzioni e miglioramenti, anche espositivi, con un incremento complessivo di 151 mila euro, come si espone nella allegata tabella di “*Rettifica dell'Allegato n. 2.2 alla DGRC n. 215 /2022*”.

A seguito delle modifiche appena espone, l'allegato n. 1 alla DGRC n. 215/2022: “*Quadro delle prestazioni da privato soggette alla Spending Review (DL 95/2012 e s.m.i.)*”, viene sostituito dalla allegata tabella “*Rettifica dell'Allegato n. 1 alla DGRC n. 215 /2022*”.

Si evidenzia, poi, che è in corso, e si prevede di completare nelle prossime settimane, l'istruttoria per l'attuazione di quanto previsto nel paragrafo 8 - *Disposizioni particolari per le branche della Radioterapia e della Dialisi* dell'Allegato A alla DGRC n. 215/2022 per la branca della Radioterapia: "... in considerazione delle specificità di queste prestazioni, si ritiene necessario stabilire una regolamentazione in parte analoga a quella vigente da diversi anni per la dialisi ambulatoriale, incaricando le ASL di assegnare il tetto individuale di struttura ... la Direzione Generale per la Tutela della Salute e le ASL istruiranno una proposta di suddivisione del budget tra i diversi centri, che sarà oggetto di confronto con i centri interessati per essere poi sottoposta alla approvazione della Giunta regionale".

Si segnala, infine, la correzione di un mero refuso: nell'allegato A.1 alla DGRC 215/2022 la penultima nota, relativa al nuovo accreditamento del centro di radiodiagnostica RADAN (codice NSIS RAD434), riguarda l'ASL Napoli 3 Sud e non l'ASL di Salerno.

3. Stipula nuovi contratti e decorrenza delle variazioni apportate ai tetti di spesa 2022

La delibera della Giunta regionale n. 215 del 4 maggio 2022, nel paragrafo 3 - *Nuovo conteggio dei tetti di struttura 2022* dell'Allegato A, ha previsto che: "Poiché per ciascuna struttura il nuovo tetto di spesa risulta di importo diverso (maggiore o anche minore) rispetto a quello provvisorio stabilito dalla DGRC n. 599/2021, per uniformità si stabilisce che la differenza in più o in meno deve essere ripartita a carico delle mensilità residue, salvo diverso accordo tra i singoli centri e le ASL competenti".

Tuttavia, risulta evidente che, nei casi di riduzione del tetto annuo di spesa, l'importo della riduzione non può che essere ripartito a carico delle mensilità residue. In caso di incremento, invece, poiché la verifica del rispetto dei dodicesimi mensili del budget avviene sempre sul progressivo cumulato dall'inizio dell'anno, è possibile stabilire che la differenza in più venga ripartita su tutte le mensilità, da gennaio a dicembre. In questi casi, infatti, si verificherà che:

- a) Il singolo centro ha erogato da gennaio in poi una produzione cumulata contenuta nei dodicesimi del tetto ex DGRC n. 599/2021; e, allora, potrà utilizzare nei mesi residui il maggior tetto di spesa attribuito in dodicesimi ai mesi in cui era vigente il tetto di spesa precedente;
- b) Il singolo centro ha erogato una produzione cumulata maggiore dei dodicesimi del tetto ex DGRC n. 599/2021; e, allora, dal mese successivo all'entrata in vigore del nuovo tetto di spesa, diventa immediatamente liquidabile l'eccedenza rientrando nell'incremento retroattivo del tetto di spesa mensile; e, per i mesi successivi, la verifica del rispetto dei dodicesimi mensili del budget avverrà in relazione al progressivo cumulato dei nuovi e più alti dodicesimi del nuovo tetto annuale.

Per uniformare e semplificare la transizione dal precedente tetto di spesa ex DGRC n. 599/2021 al nuovo tetto attribuito ai sensi della DGRC n. 215/2022, si ritiene quindi opportuno stabilire la seguente regola generale.

Le modifiche dei tetti di spesa 2022 ai sensi della DGRC n. 215/2022:

- A) Se in riduzione, sono ripartite a carico delle mensilità da giugno a dicembre 2022.
- B) Se in aumento, sono ripartite sulle mensilità da gennaio a dicembre 2022.

Gli schemi contrattuali, approvati dalla presente delibera, sono quindi conformati alla regola appena esposta. Tale regola potrà essere derogata solo qualora, per situazioni particolari, che le ASL dovranno espressamente motivare nelle delibere che devono adottare per le correzioni dei tetti di spesa individuali (in attuazione delle disposizioni stabilite nel citato paragrafo 3 - *Nuovo conteggio dei tetti di struttura 2022* dell'Allegato A alla DGRC n. 215/2022), risulti necessario ridurre retroattivamente il tetto di spesa 2022 assegnato dalla DGRC n. 599/2021.

Per semplificazione operativa, poi, nella branca di Patologia Clinica, la regola appena esposta si applicherà in base alla variazione (se in aumento o in diminuzione) del limite di spesa netta complessivamente attribuito ad una singola struttura, indipendentemente dalla circostanza per cui le diverse componenti del tetto di spesa (prestazioni “non R”, “R non 7” e “7_R”) abbiano variazioni di segno diverso, rispetto al tetto di spesa netta attribuito dalla DGRC n. 599/2021, procedendo nei mesi successivi ai conseguenti conguagli degli acconti maturati.

I nuovi contratti dovranno essere stipulati entro il 31 luglio p.v.

Al riguardo, si evidenzia che l'adeguamento a successive disposizioni regionali del contratto ex art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1999 e s.m.i., già stipulato tra le ASL e le singole strutture private accreditate in adempimento della DGRC n. 599/2021, è un obbligo specificamente previsto dai contratti medesimi (art. 11 per gli schemi negoziali relativi alle branche della dialisi e della FKT; art. 12 per le altre branche). Pertanto, anche nel caso in cui la struttura accreditata abbia regolarmente sottoscritto a suo tempo il contratto previsto dalla DGRC n. 599/2021, qualora non addivenga alla stipula del nuovo contratto, secondo quanto previsto dalla presente delibera, la struttura risulterà priva di un contratto valido e, quindi, si applicherà la sospensione del rapporto di accreditamento fino alla rimozione della condizione sospensiva o alla revoca dello stesso nei casi di legge.

4. Applicazione del vincolo di costo medio

Come si è chiarito nel paragrafo 5 dell'Allegato A alla DGRC n. 215/2022, la precedente impostazione dei tetti di spesa “*di branca*” prevedeva per ciascuna struttura privata accreditata due importanti limitazioni:

- 1) le prestazioni erogate potevano essere incrementate annualmente al massimo del 10% (cd. “*overselling*”): limite oltre il quale le prestazioni non erano riconosciute liquidabili;
- 2) il mix delle prestazioni erogate non poteva essere sbilanciato verso quelle di maggiore importo unitario, in modo da evitare la selezione delle prestazioni di maggiore ricavo unitario ed assicurare all'utenza la disponibilità di tutte le prestazioni: vincolo di non superare di oltre il 10% il costo medio della branca / raggruppamento dei centri per tipologie omogenee (cd. VMP: *Valore Medio Prestazioni*).

La prima limitazione è stata sostituita dalla introduzione:

- a) di meccanismi di premialità / penalizzazione, che consentono una variabilità del *budget* individuale da un anno all'altro;
- b) dalla facoltà di produrre un extra tetto che – entro il 10% del tetto di spesa netta – potrà essere remunerato a consuntivo in misura parziale.

La seconda limitazione è rimasta operante anche nella nuova impostazione dei tetti di spesa “*di struttura*”.

Gli schemi contrattuali delle branche dell'assistenza specialistica ambulatoriale che, fino al 2021, erano regolate da tetti di spesa “*di branca*” (e, quindi, con esclusione delle branche della dialisi e della FKT, per le caratteristiche peculiari di tali branche), prevedono all'art. 8 il divieto di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni, da aggiornare in corso d'anno (eccetto che per le prestazioni di Patologia Clinica contrassegnate dalla lettera “R”, che hanno un VMP MASSIMO prefissato a livello regionale e indicato nel contratto).

La nuova impostazione dei tetti di spesa “*di struttura*” consente di migliorare e semplificare la gestione di questo vincolo. A tal fine, nei nuovi schemi contrattuali, approvati dalla presente delibera, sono state introdotte diverse modifiche. In particolare:

Allegato A – Relazione Tecnica

- 1) Nell'art. 4 - (*rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni*), dopo la definizione del VMP esposta dal comma 4, è stato aggiunto un comma 5, nel quale l'ASL, in sede di stipula del nuovo contratto, dovrà dare atto:
 - a) dell'importo aggiornato del VMP cui deve attenersi la struttura privata contraente (con la suddetta tolleranza massima del 10%), come calcolato sui dati dei primi quattro mesi del 2022;
 - b) della specifica classificazione in cui ricade nel 2022 la struttura contraente ai fini del VMP (prevista per le branche di Patologia Clinica, Medicina Nucleare e Radiodiagnostica).
- 2) Nell'art. 7 - (*documentazione delle prestazioni e modalità di pagamento delle prestazioni*), ai fini della liquidazione del saldo trimestrale delle prestazioni erogate nel primo semestre 2022 (che ha scadenza di pagamento al 31 ottobre), nonché nel periodo gennaio – settembre 2022 (che ha scadenza di pagamento al 31 gennaio 2023), è stata introdotta la decurtazione del fatturato relativo ai mesi da gennaio a giugno, ovvero, da gennaio a settembre, che risulti eccedente di oltre il 10% il VMP cui deve attenersi la struttura privata accreditata, aggiornato, rispettivamente, in base ai dati del primo semestre 2022 e ai dati del periodo gennaio – settembre 2022. In caso di sfioramento del vincolo di costo medio, l'ASL comunicherà alla struttura l'importo della conseguente nota di credito da emettere per accedere al saldo trimestrale. Con la stessa periodicità sarà applicato anche il vincolo del VMP MASSIMO già prefissato nei contratti per le prestazioni "R". Si noti che **tali decurtazioni sono provvisorie**, poiché ad ogni successivo saldo trimestrale, fino a quello relativo all'intero anno solare (che ha scadenza di pagamento al 30 aprile 2023), ciascuna struttura privata ha la possibilità di rientrare dallo sfioramento di oltre il 10% del proprio VMP di riferimento.

5. Criteri di utilizzo degli accantonamenti da distribuire per l'esercizio 2022

La DGRC n. 215/2022, nel determinare il tetto di spesa 2022 delle branche dell'assistenza specialistica ambulatoriale che, fino al 2021, erano regolate da tetti di spesa "*di branca*", ha accantonato circa euro 22,4 milioni per: "*importi da assegnare in corso d'anno, da attribuire per extra tetto, nuovi accreditamenti, integrazioni, situazioni particolari ecc.*". Tale importo è rimasto pressoché invariato nella presente delibera: dopo le rettifiche esposte nel precedente paragrafo 2, il suddetto l'accantonamento ammonta a circa euro 22,1 milioni (cfr. l'allegata tabella "*Rettifica dell'Allegato n. 1 alla DGRC n. 215/2022*").

Come già specificato nella DGRC n. 215/2022, tale accantonamento è destinato, innanzitutto, ad assicurare, alle strutture che lo ritengano vantaggioso, di produrre un extra tetto che – entro e non oltre il 10% del tetto di spesa netta – potrà essere remunerato a consuntivo nella misura di almeno il 30%. A questa finalità sono vincolati euro 12.577.340. Il residuo accantonamento – pari ad euro 9.517.522 – per la parte che non sarà stata utilizzata, andrà ad incrementare la suddetta percentuale del 30%, alla quale saranno aggiunti anche gli eventuali importi dei tetti di spesa individuali che, a consuntivo, risulteranno non utilizzati.

Il finanziamento di tali accantonamenti è stato effettuato a carico di ciascuna ASL e branca con criteri di assoluta proporzionalità, come si può agevolmente riscontrare negli specchietti di sintesi, esposti in calce agli allegati da 2.1 a 2.7 alla DGRC n. 599/2021 (in parte rettificati dalla presente delibera: v. sopra paragrafo 2). Fa eccezione soltanto la Diabetologia, per la quale sussiste un accantonamento ulteriore di:

- a) euro 900 mila, da assegnare a breve, all'esito del giudizio di primo grado su un rilevante contenzioso;
- b) euro 277 mila, quale "*Ulteriore acc.to per nuovi accreditamenti ex DGRC n. 544/2020*".

Per quanto riguarda le modalità con cui saranno utilizzati detti accantonamenti, giova ricordare che le finalità degli stessi sono state dettagliatamente definite ed esposte nel paragrafo 5 dell'Allegato A

alla DGRC n. 215/2022, non a caso intitolato: **“Ulteriori criteri di determinazione dei tetti di struttura: le misure che consentono la concorrenzialità”**.

In sostanza, come si è esposto in tale paragrafo, l'accantonamento del 3%, incrementato del residuo a fine anno dell'accantonamento per *“nuovi accreditamenti e situazioni particolari”* e dei sotto utilizzi dei tetti di spesa individuali, è volto ad incentivare (senza obbligarle) le strutture accreditate più attrattive e concorrenziali, assicurando una significativa remunerazione dell'extra tetto che riterranno di produrre nel 2022. Si ricorda, peraltro, il seguente passaggio finale del suddetto paragrafo 5: *“Si segnala, infine, che l'effettuazione di prestazioni extra tetto in regressione tariffaria è inserita nei parametri di valutazione (indicatore n. 7) definiti nell'Allegato B ai fini della metodologia di determinazione e variazione dei tetti di spesa “volta a garantire, da un anno all'altro, dinamismo e variabilità nella determinazione dei tetti individuali di struttura, in modo da premiare i comportamenti ritenuti maggiormente performanti”*.

Pertanto, in sede di saldo dei corrispettivi dovuti dalle ASL alle strutture private accreditate per l'esercizio 2022, il sopra citato accantonamento complessivo di euro 12.577.340, incrementato della parte non utilizzata dell'accantonamento di euro 9.517.522 per *“nuovi accreditamenti e situazioni particolari”* e degli eventuali sotto utilizzi dei tetti di spesa individuali, costituirà un unico fondo indistinto – a prescindere dalle ASL e dalle branche in cui si sono formate le economie – da ripartire secondo una proporzione assolutamente lineare a tutte le strutture private accreditate che avranno prodotto un extra tetto liquidabile, a prescindere dalla circostanza per la quale tali strutture presenteranno un extra tetto liquidabile uguale o inferiore al 10% del loro tetto individuale di spesa netta.

Per maggiore chiarezza, si espone il seguente esempio. Se, a consuntivo dell'esercizio 2022, il sopra detto fondo indistinto regionale dovesse consentire di remunerare in regressione tariffaria il 40% della somma totale degli extra tetto liquidabili (sempre nel limite massimo del 10% del tetto individuale di spesa netta), due strutture che abbiano a consuntivo un extra tetto pari, rispettivamente, al 10% e al 5% del loro tetto di spesa netta, riceveranno una remunerazione dell'extra tetto del 40% e, quindi, un importo pari, rispettivamente, al 4% e al 2% del loro tetto individuale.

Non vi è, quindi, a livello di ASL e di branca una *“proprietà esclusiva”* degli accantonamenti, proprio per le finalità per cui sono stati costituiti e sono destinati.

Parimenti, l'utilizzo dello stanziamento di euro 9.517.522 per *“nuovi accreditamenti e situazioni particolari”* sarà effettuato a copertura delle situazioni che concretamente si verificano nelle diverse ASL e branche, potendo essere anche ben superiore, rispetto al 2% che è stato prelevato da ciascuna branca e ASL per costituire lo stanziamento. Mentre il residuo non utilizzato, rifluirà indistintamente in tutte le branche ed ASL, come chiarito sopra.

Si richiama, ai fini della più corretta e uniforme applicazione dei criteri appena esposti, la disposizione recata dalla DGRC n. 215/2022, laddove ha incaricato: *“i Direttori Generali delle ASL, la Direzione Generale per la Tutela della Salute e la So.Re.Sa. S.p.A. affinché si coordinino per svolgere con le modalità più efficienti e tempestive i compiti di verifica e aggiornamento dei tetti di spesa, secondo i criteri dettagliatamente specificati negli Allegati A e B alla presente delibera”* (punto 5 del dispositivo).

Infine, in merito all'accertamento degli eventuali sotto utilizzi dei tetti di spesa individuali, al fine di aggiungere tali economie alla remunerazione delle prestazioni extra tetto, si forniscono le seguenti indicazioni.

Le ASL, in sede di determinazione del saldo dei corrispettivi dovuti per l'esercizio 2022, dovranno porre la dovuta attenzione nel verificare che tali economie siano effettive e, quindi, non derivanti da meri disguidi e/o abbattimenti validamente contestabili dalla struttura accreditata interessata. Dopo aver effettuato queste verifiche, tali economie potranno essere rese disponibili per le finalità sopra previste. Nel caso in cui il soggetto interessato dovesse comunque contestare il mancato riconoscimento di corrispettivi, l'ASL valuterà se effettuare un apposito accantonamento al fondo rischi aziendale.

6. Altre disposizioni, riguardanti la branca della Patologia Clinica

Riguardo alla branca della Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi) la DGRC n. 215/2022, nel punto 7 dell'Allegato A, per le motivazioni ivi esposte, ha disposto che:

- a) *Le ASL devono verificare lo stato dell'accreditamento dei singoli centri ai fini della erogabilità delle prestazioni comprese nei tetti di spesa individuali delle prestazioni "R", assegnati nell'allegato 2.6 e, qualora la struttura non sia accreditata per tali prestazioni, aggiungeranno l'importo del tetto di spesa delle prestazioni "R" a quello delle prestazioni "non R".*
- b) *Tutti i centri dotati di idoneo accreditamento dei propri settori (ad es. settori A1 e A2 e metodica PCR), qualora non abbiano nell'allegato 2.6 un tetto di spesa assegnato per tali prestazioni, ovvero il tetto assegnato sia inferiore al 2% del loro tetto complessivo (lordo), potranno erogare le prestazioni "R" rientranti nei settori per i quali sono accreditati, nel limite del 2% del loro tetto complessivo (lordo).*
- c) *Dal 2022 è consentita l'osmosi fra il tetto di spesa delle prestazioni "R" escluse le 7R, e quello delle "7 Prestazioni "R" Alto Costo", nel rispetto del tetto complessivo delle prestazioni "R" e dei distinti vincoli di costo medio vigenti per i due raggruppamenti di prestazioni".*

In merito alla disposizione sub a), occorre precisare quanto segue:

- 1) La verifica dovrà essere eseguita separatamente, per le "Prestazioni "R" escluse le 7R" e per le "7 Prestazioni "R" Alto Costo ex DCA 101/13", potendo risultare che solo il tetto di uno dei due raggruppamenti vada azzerato e aggiunto a quello delle prestazioni "non R";
- 2) Nell'aggiungere l'importo del tetto di spesa (LORDA e NETTA) delle prestazioni "R" a quello delle prestazioni "non R", l'ASL dovrà incrementare il volume massimo delle prestazioni "non R", rispettando il valore medio implicito nel preesistente tetto delle prestazioni "non R" (e, quindi, in proporzione, l'incremento del numero delle prestazioni "non R" sarà molto più elevato dell'incremento degli importi in euro del budget di spesa, avendo le prestazioni "non R" un valore medio molto più basso).

In merito alla disposizione sub b), occorre precisare quanto segue:

- 1) **Il limite del 2% si riferisce al totale del tetto di spesa LORDO** (importo in euro a tariffa piena, ovvero, al lordo della compartecipazione dell'utente), assegnato dalla DGRC n. 215/2022 al singolo centro **per l'insieme di tutte le prestazioni "R": "Prestazioni "R" escluse le 7R" più "7 Prestazioni "R" Alto Costo ex DCA 101/13"** (considerata anche l'osmosi tra i due raggruppamenti di prestazioni, consentita dal punto c);
- 2) Qualora la struttura accreditata si avvalga della suddetta facoltà, **si precisa che il tetto di spesa NETTA** (importo in euro al netto della compartecipazione dell'utente), **complessivamente assegnato dalla DGRC n. 215/2022 al singolo centro per l'insieme di tutte le prestazioni "R" e "non R", rimane invariato**. Ne consegue che, in tal caso, l'incremento di spesa per le prestazioni "R" dovrà essere compensato da una corrispondente riduzione della spesa per prestazioni "non R", **tale da rispettare il tetto di spesa netta complessivo (nonché i distinti vincoli di costo medio vigenti per i tre diversi raggruppamenti di prestazioni)**.

Si ritiene opportuno, poi, aggiungere un margine di flessibilità, consentendo per l'esercizio in corso ai singoli Laboratori di Analisi che l'eventuale sottoutilizzo del tetto di spesa loro assegnato per le prestazioni "R" ("R non 7" e/o "7_R"), sia automaticamente attribuito ad incremento di pari importo del tetto di spesa assegnato per le prestazioni non "R" (**e non viceversa**), sempre nel rigoroso rispetto del **tetto di spesa NETTA** (importo in euro al netto della compartecipazione dell'utente), **complessivamente assegnato dalla DGRC n. 215/2022 al singolo centro per l'insieme di tutte le prestazioni, sia "R" che "non R"**.

Al fine di attuare tali disposizioni, negli schemi di contratto della branca di Patologia Clinica è stato previsto nell'art. 4 un comma 3 bis, che le richiama e ne dà espressamente atto.

Allegato A – Relazione Tecnica

Ancora riguardo alla branca della Patologia Clinica, si rammenta che il DCA n. 10 del 17.01.2020 aveva introdotto in materia di modifiche nella composizione delle aggregazioni dei laboratori di analisi la seguente disposizione: *“Nel periodo dal 1° luglio al 31 dicembre, a decorrere dall’anno in corso, è fatto divieto alle singole strutture private e/o alle loro Aggregazioni di modificare la loro composizione nel caso in cui tale modifica interessi SPOKE operanti in una ASL diversa da quella in cui opera e alla quale fattura l’HUB. Modifiche che intervengano nel periodo dal 1° luglio al 31 dicembre dovranno ricevere una apposita autorizzazione (o presa d’atto, se dovute a casi di forza maggiore) da parte del Direttore Generale per la Tutela della Salute. Diversamente, i soggetti interessati non potranno chiedere nessuna variazione compensativa dei tetti di spesa attribuiti alle ASL su cui impatta la variazione dell’Aggregazione”*.

Considerato che negli ultimi anni si sono verificati numerosi casi di modifica delle aggregazioni dei laboratori, che hanno generato non poche difficoltà ai fini della programmazione dei relativi tetti di spesa, risulta opportuno modificare e rafforzare le limitazioni già in vigore, stabilendo che, a partire dal 2022, qualsiasi modifica delle aggregazioni, anche semplicemente all’interno della stessa ASL, se successiva alla data del 31 luglio dell’anno in corso, sarà considerata ai fini delle conseguenti modifiche dei tetti di spesa solo a decorrere dalla programmazione per l’esercizio successivo. Sarà possibile derogare a tale disposizione solo nei casi di forza maggiore, attraverso la stipula di appositi accordi di presa d’atto e modifica dei tetti di spesa, sottoscritti fra tutti i centri privati coinvolti e la/le ASL interessata/e, approvati con delibera della/le medesima/e ASL e ratificati per presa d’atto con apposito decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute.

7. Altre disposizioni, riguardanti la branca della FKT

Infine, risulta opportuno introdurre anche per la branca della Medicina Fisica e Riabilitazione, l’attribuzione dell’eventuale tetto di spesa individuale residuo a fine anno, a parziale remunerazione dell’eventuale extra tetto degli altri centri della stessa ASL. Questa previsione, analogamente a quanto stabilito per le altre branche dell’assistenza specialistica ambulatoriale, favorirà la crescita di anno in anno delle strutture accreditate che risultino più competitive e attrattive per l’utenza. Anche per la redistribuzione di queste economie valgono le disposizioni prudenziali espresse alla fine del paragrafo precedente.

Schema di Protocollo di intesa tra l'ASL _____ e l'Associazione _____ per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi), da erogarsi nell'anno 2022 da parte delle strutture private accreditate ed i correlati limiti di spesa.

PREMESSO

- che la DGRC n. 599 del 28.12.2021, come modificata e integrata dalla DGRC n. 215 del 04.05.2022, dalla DGRC n. ___ del __/06/2022 e dalla delibera n. _____ del __/__/2022, assunta dal Direttore Generale della sottoscritta ASL in attuazione delle disposizioni recate dalla DGRC n. 215 del 04.05.2022 e dalla DGRC n. ___ del __/06/2022, ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie relativamente alla branca di _____, da erogare nell'anno 2022, ha stabilito i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2022 per le prestazioni di Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi), suddivisi tra:
 - Prestazioni non "R";
 - Prestazioni "R" come da allegato n. 2 al DCA n. 40 del 13.07.2010 e s.m.i., suddivise tra:
 - Tutte le prestazioni "R" di cui al punto 1.a) del DCA n. 101/2013, escluse le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013;
 - Solo le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013;
- che il presente protocollo si uniforma ai nuovi schemi dei protocolli d'intesa con le Associazioni di Categoria degli erogatori privati accreditati, approvati dalla richiamata DGRC n. ___ del __/06/2022, da applicarsi in sostituzione di quelli approvati in via provvisoria dalla sopra citata DGRC n. 599/2021;
- 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 citata DGRC n. ___ del __/06/2022.

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

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

**Art. 2
(oggetto)**

Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di Patologia Clinica da erogarsi nell'anno 2022 da parte delle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della sottoscritta ASL, ed i correlati limiti di spesa, stabiliti ai sensi delle delibere indicate in premessa.

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

1. Il volume massimo delle prestazioni di Patologia Clinica, che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2022 dalle strutture private accreditate, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2022, è determinato

come segue: n. _____ prestazioni non "R"; n. _____ prestazioni "R", escluse le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013; n. _____ delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, applicando nei contratti con i singoli Laboratori di Analisi, per ciascuna delle tre tipologie di prestazioni, i criteri stabiliti per le prestazioni rese a residenti fuori regione dalle delibere richiamate in premessa.

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

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2022 relativa al volume di prestazioni di Patologia Clinica, determinato per l'anno 2022 all'art. 3, comma 1, è fissato – a livello di ASL - in:
 - a) € _____, per l'anno 2022, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, di cui:
 - 1) € _____ per le prestazioni non "R";
 - 2) € _____ per le prestazioni "R", escluse le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013; ed
 - 3) € _____ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013;
 - b) € _____, per l'anno 2022, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, al netto della compartecipazione dell'utente (ticket e quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i.), di cui:
 - 1) € _____ per le prestazioni non "R";
 - 2) € _____ per le prestazioni "R", escluse le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013; ed
 - 3) € _____ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013.
 2. Il limite di spesa lorda e netta, fissato al comma precedente, potrà essere utilizzato da ciascun Laboratorio di Analisi per utenti residenti fuori regione per una percentuale non superiore all'1% (uno per cento), fatta salva la maggiore quantità risultante dalla applicazione del criterio stabilito a tale riguardo dalle delibere richiamate in premessa.
 3. I limiti di spesa fissati al comma precedente per i residenti fuori regione sono inderogabili. Al contrario, l'eventuale sotto utilizzo di tali limiti potrà essere speso per le prestazioni rese ai cittadini residenti in Campania, fermo restando il rispetto dei limiti complessivi di spesa stabiliti al precedente comma 1.
- 3-bis** Le parti si danno atto che, in base alle specifiche disposizioni stabilite nel punto 7 dell'Allegato A della DGRC n. 215/2022, come modificate e integrate nel punto 6 dell'Allegato A della sopra richiamata DGRC n. _____ del _____/06/2022, nell'esercizio in corso, per le singole strutture accreditate:
- a) E' consentita l'osmosi tra i limiti fissati nell'ambito delle prestazioni "R", tra "R non 7" e "7_R"; mentre il sotto utilizzo del tetto di spesa complessivo, assegnato per le prestazioni "R", sarà attribuito ad incremento di pari importo del tetto di spesa assegnato per le prestazioni non "R" (e non viceversa);
 - b) Qualora la somma degli importi riguardanti le prestazioni "R", stabiliti nel precedente comma 1, lettera a), punti 2) e 3), sia inferiore al 2% dell'importo totale del tetto di spesa LORDA, stabilito nel precedente comma 1, lettera a), è consentito incrementare la spesa lorda per le prestazioni "R" fino al 2% dell'importo totale del tetto di spesa LORDA,

mediante una corrispondente riduzione della spesa per prestazioni “non R”, tale da rispettare il complessivo tetto di spesa NETTA, stabilito nel precedente comma 1, lettera b), nonché i distinti vincoli di costo medio vigenti per i tre diversi raggruppamenti di prestazioni.

4. L'importo di cui al comma 1, a), 1), relativo alle prestazioni NON “R”, diviso per i corrispondenti volumi massimo di prestazioni di cui all'art. 3, definisce il valore medio delle prestazioni NON “R”, da declinare in conformità alla classificazione delle strutture erogatrici in base alle tipologie funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dal successivo art. 6.
5. La sottoscritta ASL dà atto che, in base ai dati relativi alle prestazioni erogate nel primo quadrimestre 2022 dall'insieme delle strutture aventi la stessa classificazione (ai sensi del successivo art. 6), il valore medio delle prestazioni non “R”, da non superare di oltre il 10% ai fini del rispetto del vincolo di cui al successivo art. 8, comma 2, lettera a), è attualmente pari:

ad € per i Laboratori di Analisi classificati in Tipologia “A”;
ad € per i Laboratori di Analisi classificati in Tipologia “B”;
ad € per i Laboratori di Analisi classificati in Tipologia “C”;
ad € per i Laboratori di Analisi classificati in Tipologia “D”.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario, al netto del ticket e della quota ricetta (e fatte salve eventuali modifiche delle tariffe che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati con delibera della Giunta Regionale).
2. In ogni caso, tutti gli importi separatamente fissati nel precedente art. 4 quali limiti di spesa al netto del ticket e della quota ricetta per le prestazioni non “R”, le prestazioni “R”, escluse le 7 prestazioni “R” di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, e le 7 prestazioni “R” di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, costituiscono i limiti massimi di remunerazione, rispettivamente, delle prestazioni non “R”, delle prestazioni “R”, escluse le suddette 7 “R”, e delle 7 “R” anzidette, acquistate nell'anno 2022 dai centri privati, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza dei corrispondenti limiti di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui all'art. 4, comma 1, lettera a), ovvero, di residua disponibilità dei volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4; al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa di cui all'art. 4, comma 1, lettere a) e b), le ASL potranno acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.
3. Al fine di garantire la continuità assistenziale per tutti i dodici mesi dell'anno solare, ciascuna struttura privata applicherà i limiti di prestazioni e di spesa individuali, ad essa assegnati (sempre considerati separatamente tra prestazioni non “R”, le prestazioni “R”, escluse le 7 “R”, e le 7 prestazioni “R” di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013), nella misura di 1/12 (un dodicesimo) per ogni mese. Il rispetto di questo vincolo sarà verificato sul progressivo del valore economico, al netto della compartecipazione dell'utente, delle prestazioni rese da ciascun Laboratorio di Analisi nel corso dell'anno solare, con la seguente tolleranza: sarà consentito – alle condizioni di priorità sotto specificate – che il suddetto importo cumulato raggiunga una eccedenza, rispetto alla somma dei dodicesimi del tetto di spesa netta per i mesi trascorsi, non superiore al 30%

(50% se la struttura ha superato la soglia di 200.000 prestazioni nel 2021) del tetto di spesa netta mensile, con l'obbligo di recuperare lo sfioramento al massimo entro il 31 dicembre 2022. Le prestazioni che in ciascun mese solare eccederanno la suddetta condizione, non saranno remunerate. Parimenti, non saranno remunerate le prestazioni che, pur rientrando nel suddetto limite del 30% (50% se la struttura ha superato la soglia di 200.000 prestazioni nel 2021), siano state rese dopo l'esaurimento del dodicesimo mensile del tetto di spesa annuo e non abbiano l'indicazione di URGENTE o BREVE nella prescrizione del MMG ("U" = "Priorità Urgente", oppure "B" = "Priorità Breve", poi riportata nel campo "35.0: Livello di Priorità della richiesta" del FILE C). Come previsto dalla DGRC n. 215/2022, il Direttore Generale per la Tutela della Salute emanerà appositi decreti, con i quali si darà atto del mese solare dal quale saranno ammesse al suddetto margine di tolleranza mensile le prestazioni individuate per specifici PDTA, e del correlato incremento del margine mensile. In sede di saldo annuale dei corrispettivi, l'ASL comunicherà l'eventuale extra tetto, riconosciuto liquidabile secondo i criteri stabiliti nelle delibere regionali n. 215 del 04.05.2022 e n. [REDACTED] del [REDACTED]/06/2022, citate in premessa. Le parti si danno atto che, nei casi in cui si riduce il tetto di spesa netta assegnato ad una struttura ai sensi della DGRC n. 215/2022, rispetto a quello assegnato dalla DGRC n. 599/2021, in base ai criteri stabiliti nella DGRC n. [REDACTED] del [REDACTED]/06/2022 richiamata in premessa, **a tutti gli effetti e, in particolare, ai fini della misura degli acconti mensili di cui al successivo art. 7**, la ripartizione mensile del tetto di spesa netta sarà espressamente indicata nel singolo contratto.

4. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, 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.
5. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC nn. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6 (Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e promuovere la compiuta e corretta applicazione del presente protocollo è istituito un tavolo tecnico composto da n. __ membri di cui n. _ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. _ membri nominati dalla ASL, di cui un membro con funzione di coordinamento. Al tavolo tecnico partecipa obbligatoriamente il Referente del Nucleo Operativo di Controllo (NOC) della ASL per la specifica linea di attività per il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, prevista dal DCA n. 103 del 06.12.2019 (pubblicato sul BURC n. 77/2019).

2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Il coordinatore convoca il tavolo tecnico aziendale almeno in via trimestrale per:
 - a) il monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL e con i monitoraggi effettuati a livello regionale, in attuazione del DCA n. 103 del 06.12.2019, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - b) l'esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici;
 - c) l'esame dei conteggi del valore medio delle prestazioni NON "R", forniti dal coordinatore del tavolo tecnico secondo la tempistica prevista dall'art. 8, comma 1, differenziato in base alle diverse tipologie funzionali delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza secondo la classificazione seguente:

BRANCA	Tipologia A	Tipologia B	Tipologia C	Tipologia D
Patologia Clinica	Laboratori generali di base con o senza settori specializzati A1 e A2	Laboratori generali di base con almeno tre settori specializzati, escluso A6	Laboratori generali di base con almeno tre settori specializzati, incluso A6	Laboratori specializzati

- d) il monitoraggio del valore medio per singolo centro privato delle prestazioni "R", escluse le 7 "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, e del raggruppamento delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, ai fini della applicazione delle limitazioni specificate all'art. 8, comma 2, lettera b).

Art. 7

(documentazione delle prestazioni e modalità di pagamento delle prestazioni)

1. Le strutture private accreditate documentano l'attività sanitaria erogata a mezzo dei flussi informativi di cui al successivo art. 9, che costituiscono il riferimento anche per la definizione dei rapporti economici, in conformità alle disposizioni della vigente normativa. La fattura relativa alle prestazioni erogate in ciascun mese potrà essere emessa solo dopo il completamento delle operazioni di trasmissione dei dati di erogazione di cui al successivo art. 9 e dovrà essere accompagnata dall' "attestazione delle operazioni registrate nel Sistema TS ai sensi del DM 2 novembre 2011", comprovante l'invio dei dati, utilizzando la funzionalità appositamente predisposta sul Sistema TS. In mancanza, l'ASL respingerà la fattura.
2. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà ad ogni struttura privata un acconto mensile pari al 95% di un dodicesimo del tetto annuo di spesa al netto della compartecipazione, eventualmente maggiorato del valore economico netto del margine di tolleranza, riconosciuto liquidabile ai sensi del precedente art. 5, comma 2, a condizione che siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente: in particolare, il File C mensile deve risultare uguale, per numero di prestazioni e valore economico, alla somma dei dati di erogazione trasmessi giorno per giorno nel FILE C giornaliero.

3. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà a sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono ma, comunque, a non meno di trenta giorni dalla data di ricezione della fattura. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 gennaio dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. **Le eventuali decurtazioni per sfioramento del vincolo di costo medio (compreso il VMP MASSIMO prefissato per le prestazioni "R") saranno applicate dalla ASL a partire dal saldo del primo semestre, e saranno conguagliate in aumento o in diminuzione nei saldi successivi. In sede di saldo annuale dei corrispettivi, l'ASL comunicherà e pagherà anche l'eventuale extra tetto, riconosciuto liquidabile secondo i criteri stabiliti nelle delibere regionali n. 215 del 04.05.2022 e n. [REDACTED] del [REDACTED]/06/2022, citate in premessa.** Per il pagamento di ciascun saldo la sottoscritta ASL potrà richiedere l'emissione di apposite note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore delle strutture private accreditate, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.
4. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
5. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, non sarà liquidato e dovrà essere stornato da apposite note di credito, salvo conguaglio in sede di saldo annuale.
6. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
7. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
- a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.

8. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
9. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiari espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
10. Ai fini del rispetto dell'art. 3, comma 8, della legge 13 agosto 2010, n. 136, sulla tracciabilità dei pagamenti, le strutture private indicheranno il conto corrente bancario loro intestato, sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del contratto, e si impegneranno a comunicare tempestivamente eventuali modifiche, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante.

Art. 8

(variazione del volume e del valore medio delle prestazioni e loro limiti)

1. Il coordinatore del tavolo tecnico di cui all'art. 6, entro il mese successivo alla fine di ciascun trimestre solare, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4, e lo comunica agli altri componenti del tavolo tecnico ed alle strutture accreditate.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private accreditate, non è consentito ad ogni singola struttura privata:
 - a) di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni (**VMP**) non "R", determinato secondo i criteri di cui al comma 6 dell'art. 4 ed alle diverse tipologie funzionali di cui all'art. 6, comma 3, lettera c).
 - b) di superare i valori medi massimi del raggruppamento delle prestazioni "R", escluse le 7 "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, e del raggruppamento delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, stabiliti per l'esercizio 2022, rispettivamente, in euro **90,00** ed euro **125,00**.

Il vincolo si applica in corso d'anno, sul progressivo delle prestazioni rese nel primo semestre, sul periodo gennaio – settembre e a saldo del consuntivo dell'intero esercizio, attraverso successivi conguagli in aumento o in diminuzione, come specificato nel precedente art. 7.

3. I divieti di cui al comma precedente sono tassativi e inderogabili. Eventuali situazioni particolari, su proposta del tavolo tecnico e se ritenute dalla ASL meritevoli di apprezzamento, dovranno formare oggetto di una delibera del Direttore Generale della ASL di proposta di deroga, da sottoporre all'approvazione della Regione.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria.

5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o diseguglianze applicative del presente protocollo le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, sulla attuazione degli adempimenti previsti dal presente protocollo, comprese le attività svolte nell'ambito del tavolo tecnico.

Art. 9**(debito informativo e CUP regionale)**

1. Le strutture private accreditate sono impegnate:
 - a) ad entrare nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (Sistema **INFO**rativo saNità Campan**IA** di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d'ora che l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale potrà avvenire attraverso l'utilizzo di una apposita piattaforma di prenotazione ed erogazione regionale (denominata CUP SINFONIA) in fase di realizzazione, nonché delle relative agende informatizzate di prenotazione che saranno concordate con la ASL di competenza;
 - b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall'art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;
 - c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 e s.m.i.;
 - d) ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.
2. La sottoscritta ASL effettuerà i controlli, in relazione alle ricette dematerializzate delle prestazioni ambulatoriali erogate, attraverso la verifica dei dati elettronici resi disponibili dal Sistema TS con la lista delle ricette dematerializzate (NRE) erogate nel mese e registrate sul SAC, come sancito dal D.L. 78/2010 art. 11, comma 16 e quanto presente nel FILE C. In caso di irregolarità formali la struttura privata potrà procedere alla regolarizzazione dei flussi informativi, ove ancora possibile e consentito. Eventuali incongruenze potranno determinare la sospensione dei pagamenti finché non saranno state rimosse.
3. Qualora vengano rilevate difformità in ordine a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, l'ufficio preposto della ASL, sulla base dei controlli effettuati dal Nucleo Operativo di Controllo (NOC) ai sensi del DCA n. 103/2019, procederà a specifica contestazione, anche ai fini della eventuale decurtazione degli importi non dovuti.
4. Le strutture private accreditate sono responsabili della completezza e qualità dei dati trasmessi. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'erogatore, qualora non tempestivamente rimosso, costituisce giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento. In tal caso la sottoscritta ASL proporrà alla Regione con delibera motivata la

sospensione dell'accreditamento sino al permanere dell'inadempimento, fatta salva la possibilità che si giunga alla revoca dell'accreditamento da parte degli organi competenti per grave inadempimento.

Art. 10**(fascicolo sanitario elettronico e protezione dei dati)**

1. Al fine di garantire la trasmissione della documentazione sanitaria al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del cittadino, che abbia espresso il proprio consenso ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (c.d. GDPR), ove previsto da norme nazionali o regionali, le strutture sanitarie private sono impegnate ad adempiere a quanto necessario, per garantire l'interoperabilità del proprio sistema informatico ai fini dell'invio al FSE dei dati del cittadino, con quanto realizzato dalla Regione in materia di specifiche tecniche e supporto informatico per i relativi test.
2. Ai fini della corretta gestione dei dati personali delle prestazioni oggetto del presente contratto, la sottoscritta ASL, titolare del trattamento dei dati, provvederà a nominare ciascuna struttura privata "*Responsabile del Trattamento*" ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 679/2016 sulla protezione dei dati. La nomina avverrà mediante la stipula di apposito contratto, recante le finalità, i contenuti e le condizioni indicate dal suddetto art. 28, commi 3 e ss. del Regolamento UE 679/2016.
3. Le strutture private accreditate, in qualità di "*Responsabili del Trattamento*", sono impegnate a garantire l'adozione delle misure tecniche e organizzative più adeguate, affinché il trattamento dei dati personali che le sono affidati dalla ASL sia conforme ai requisiti del citato Regolamento UE, e idoneo a tutelare i diritti degli interessati, secondo le indicazioni che verranno comunicate dalla ASL stessa e/o dalla Regione.

Art. 11**(precisazione in ordine al valore giuridico dell'Ordine Elettronico)**

1. L'ordine di acquisto elettronico, previsto dalle disposizioni vigenti in materia di emissione e trasmissione dei documenti, attestanti l'ordinazione degli acquisti di beni e servizi effettuata in forma elettronica dagli enti del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 414, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, e dei successivi decreti del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 07.12.2018 e del 27.12.2019 (cd. ***Nodo Smistamento Ordini in formato elettronico – NSO***), non costituisce riconoscimento giuridico della quantità e qualità delle prestazioni effettuate e/o da effettuare, ma è un mero strumento di regolarità e trasparenza amministrativa.
2. Pertanto, le prestazioni sanitarie eseguite dalle strutture private ed il corrispondente valore economico saranno comunque soggette all'applicazione di tutti gli abbattimenti previsti dai relativi contratti ex art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e/o da altre disposizioni normative nazionali e/o regionali in materia di variazione del volume e del valore medio delle prestazioni e loro limiti, inclusi tutti i controlli della regolarità e dell'appropriatezza prescrittiva, nonché agli abbattimenti del fatturato liquidabile, necessari per assicurare il rispetto dei limiti di spesa fissati dai medesimi contratti (regressioni tariffarie e/o altre decurtazioni).

Art. 12**(efficacia)**

1. Il presente protocollo si riferisce al periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2022, in esecuzione delle delibere richiamate in premessa.

2. Il presente protocollo sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 13
(norme finali)

1. In caso di contenzioso con uno o più centri privati, la ASL valuterà l'eventuale rischio di soccombenza, effettuando – se del caso – appositi accantonamenti al fondo rischi a fronte delle somme in contestazione, fino alla definizione del contenzioso stesso.
2. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente protocollo è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.

Art. 14
(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente accordo la sottoscritta Associazione accetta espressamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto e/o provvedimento agli stessi collegati e/o presupposti, in quanto costituenti parte integrante necessaria del sottoscrivendo protocollo.

li , ____ / _____

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione

Tutte le clausole del presente protocollo hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 7, comma 6: (*“A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito”*), e l'intero art. 14 (Clausola di salvaguardia) del presente Protocollo d'Intesa.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione

Rettifica dell'Allegato n. 2.1 alla DGRC n. 215 /2022

Centri Anti Diabete (Diabetologia)

NSIS_22	Denominazione struttura erogatrice	A	B	C	D	E	NOTE
		TETTO 2022 presente delibera NUM (1)	TETTO 2022 presente delibera LORDO (2)	TETTO 2022 presente delibera NETTO (3)	composizione % del TETTO 2022 NETTO (3) in base a col. E	media due anni migliori 2018 - 2021 NETTO (3)	
ASL Avellino							
086300	CENTRO ANTIDIABETICO CAMPANO S.R.L.	98.914	1.038.600	950.124	57%	981.214	
105103	CENTRO ANITIDIABETICO A.I.D. IRPINO S.R.L.	32.200	338.100	309.281	19%	319.401	
150002	LABORATORIO ANALISI S.LUCA S.R.L.	41.686	437.700	400.437	24%	413.540	
ASL Avellino Totale		172.800	1.814.400	1.659.842	100%	1.714.155	
ASL Benevento							
171500	CENTRO POLID.GAMMACORD-SANNIO TAC SRL	19.552	205.300	187.850	100%	187.330	
ASL Benevento Totale		19.552	205.300	187.850	100%	187.330	
ASL Caserta							
000057	IST.STUDIO E CURA DIABETE	0	0	0			Sono accantonati euro 900 mila da assegnare in tutto in parte all'esito del contenzioso in corso (udienza TAR fissata per il 08.06.2022)
	Centro Antidiabete Normanno s.r.l.	15.213	159.733	146.100			
000113	ASSOCIAZ.ITALIANA DIABETICI	192.381	2.020.000	1.847.979	81%	1.511.854	
341114	C.ANTID.TERRA DI LAVORO	45.448	477.200	436.521	19%	357.123	
ASL Caserta Totale		253.042	2.656.933	2.430.600	100%	1.868.977	
ASL Napoli 1 Centro							
440007	CENTRO ANTIDIAB.A.I.D. SRL	35.248	370.100	338.611	20%	328.631	
450066	CENTRO POLIDIAGNOSTICO LEPANTO S.N.C.	25.448	267.200	244.476	14%	237.270	
470137	LEGA ITALIANA DIABETE - L.I.D. CENTRO ANTIDI	20.352	213.700	195.530	11%	189.767	
480180	C.A.D. - CENTRO ASSISTENZA DIABETICI S.A.S.	39.524	415.000	379.612	22%	368.423	
520355	A.N.A.D. SAS - AGGREGATO AGG 308 DA 01/201	25.029	262.800	240.448	14%	233.361	
530334	SPE S.R.L. ANALISI CLINICHE	14.276	149.900	137.161	8%	133.118	
530378	ISTITUTO DIAGNOSTICA DEL PROF. FUMO ERRIC	20.486	215.100	196.820	11%	191.019	
ASL Napoli 1 Centro Totale		180.363	1.893.800	1.732.658	100%	1.681.589	
ASL Napoli 2 Nord							
DIA451	Poliambulatorio Roekere di Claudia Dello Iacov	23.495	246.700	225.686	13%		Si tratta di nuovi accreditamenti, che hanno iniziato ad operare nel settembre 2021. L'ASL potrà rimodulare in corso d'anno o dal 2023 la distribuzione del budget in funzione di elementi premiali e di qualità
DIA452	Centro Antidiabete Emotest S.R.L.	23.495	246.700	225.686	13%		
DIA453	C.M.P. Centro Di Medicina Preventiva S.N.C. di I	23.495	246.700	225.686	13%		
DIA454	C.M.G.M Diabetologia S.R.L.	23.495	246.700	225.686	13%		
DIA455	Centro Polidiagnostico B. Croce S.R.L.	23.495	246.700	225.686	13%		
DIA456	Biodiagnostica Rispoli S.R.L.	23.495	246.700	225.686	13%		
DIA457	Laboratorio analisi cliniche Arli S.R.L.	23.495	246.700	225.686	13%		
DIA458	Ma.Ma. S.R.L.	23.495	246.700	225.686	13%		
ASL Napoli 2 Nord Totale		187.960	1.973.600	1.805.488	100%		
ASL Napoli 3 Sud							
008025	CENTRO ANTID. AID SRL	38.257	401.700	367.491	32%	307.722	
008136	CENTRO ANTIDIABETE AID PORTICI SRL	18.743	196.800	180.071	16%	150.784	
008431	A.I.D. OPLONTI SRL	42.876	450.200	411.834	35%	344.853	
731400	CENTRO ANTIDIABETE A.I.D. SRL	21.000	220.500	201.681	17%	168.879	
ASL Napoli 3 Sud Totale		120.876	1.269.200	1.161.077	100%	972.238	
ASL Salerno							
002200	CENTRO ANTIDIABETICO A.I.D. - S.R.L. - SALERN	33.733	354.200	324.018	30%	321.835	
003600	"CENTRO PER LA DIAGNOSI E LA CURA DEL DIAE	21.676	227.600	208.252	19%	206.849	
010300	A.I.D.ASSOCIAZIONE ITALIANA DIABETE SOC.CO	25.010	262.600	240.262	22%	238.643	
040111	CENTRO MEDICO CONTI S.R.L.	18.829	197.700	180.848	17%	179.630	
080110	LABORATORIO ANALISI CLINICHE SCHIAVO S.R.L	13.629	143.100	130.882	12%	130.000	Ha iniziato l'attività da gen 2021: considerando apr - set 2021 si ha una proiezione di riferimento di 130 mila euro
ASL Salerno Totale		112.877	1.185.200	1.084.262	100%	1.076.957	
DIABETOLOGIA TOTALE		1.047.470	10.998.433	10.061.777		7.501.246	

Quadro delle risorse disponibili (spesa netta)	TETTO da DGRC n. 599/2021	Integrazione 2022 (art. 26 DL 73/21 e s.m.i.)	accantonamenti			TETTO 2022 presente delibera
			nuovi accreditamenti e rettifiche dei tetti	prestazioni extra tetto in regressione tariffaria	acc.to per contenzioso ASL CE (*)	
ASL Avellino	1.695.401	51.800	34.944	52.416		1.659.841
ASL Benevento	188.137	9.600	3.955	5.932		187.850
ASL Caserta	3.505.895	0	70.118	105.177	900.000	2.430.600
ASL Napoli 1 Centro	1.574.451	249.400	36.477	54.716		1.732.658
ASL Napoli 2 Nord	1.845.513	55.000	38.010	57.015		1.805.488
ASL Napoli 3 Sud	1.134.386	87.800	24.443	36.666		1.161.077
ASL Salerno	936.629	204.700	22.827	34.240		1.084.262
Ulteriore acc.to per nuovi accreditam. ex DGRC n. 544/2020		277.000				0
TOTALE ASL	10.880.412	935.300	507.774	346.162	900.000	10.061.776

(*) Contenzioso ASL CE (v. sopra e Allegato A.1)

NOTE: 1) Numero prestazioni; 2) Importo in euro a tariffa piena; 3) Importo in euro netto ticket e quota ricetta pag. n. 1 di 1

Rettifica dell'Allegato n. 2.2 alla DGRC n. 215 /2022

Branche a Visita		A	B	C	D	E	
NSIS_22	Denominazione struttura erogatrice	TETTO 2022 presente delibera NUM (1)	TETTO 2022 presente delibera LORDO (2)	TETTO 2022 presente delibera NETTO (3)	composizione % del TETTO 2022 NETTO (3) in base a col. E	media due anni migliori 2018 - 2021 NETTO (3)	NOTE
ASL Avellino							
086400	CASA DI CURA VILLA DEI PINI	3.431	36.200	32.936	100%	32.220	
ASL Avellino Totale		3.431	36.200	32.936	100%	32.220	
ASL Caserta							
000046	ORL MAIO -CASERTA	6.497	97.200	88.407	2%	94.641	
000073	LEC DI A.MARIA E C.	8.779	90.700	82.540	2%	88.360	
000101	SDP DR PICCIRILLO	42.922	1.035.700	942.434	20%	1.008.892	
000105	CDC	219	4.600	4.162	0,1%	4.455	
000106	DR BRIGNOLA -OCULISTICA	3.538	101.800	92.680	2%	99.215	
000107	MELENCHI CENTRO OCULISTICO	11.992	302.200	274.981	6%	294.372	
000160	COI DI DE VINCENTIS G. E G. SAS	29.250	705.800	642.292	13%	687.585	
000170	IATREION MEDICINA POLISPECIALISTICA	24	600	557	0,0%	596	
150014	CLINICA SANT'ANNA	17.093	478.600	435.537	9%	466.250	
341112	CENTRO MEDICO BERGER	24.292	291.500	265.290	5%	283.997	
341118	CENTRO OCULISTICO EMME S.R.L.	21.292	704.300	640.900	13%	686.094	
341125	STUDIO MEDICO DR.ROMOLO GRELLA	51.048	1.231.800	1.120.887	23%	1.199.929	
381112	CENTRO POLISP. S.APOLLONIA	10.883	262.600	238.945	5%	255.795	
ASL Caserta Totale		227.829	5.307.400	4.829.612	100%	5.170.181	
ASL Napoli 1 Centro							
440005	ROTONDI SERRA	8.965	127.300	115.803	2%	122.269	
440006	STUDIO OCULISTICO E POLISPECIALISTICO DOTT	2.431	37.200	33.830	1%	35.719	
440076	CLINICA MEDITERRANEA SPA (LABORATORIO D	472	11.100	10.068	0,2%	10.630	
450046	CLINIC CENTER S.P.A. - (CENTRO DI RIABILITAZI	3.626	87.000	79.201	2%	83.623	
450064	CENTRO OCULISTICO BENUSIGLIO S.N.C.	1.070	17.500	15.918	0,3%	16.807	
450065	DR. FROJO MAURO	4.559	110.000	100.104	2%	105.694	
460094	OPTEUSO S.A.S.	4.075	96.300	87.602	2%	92.494	
470120	CUTIS S.AS.	443	7.200	6.564	0,1%	6.931	
470131	D.T.O. S.A.S.	9.501	253.100	230.293	5%	243.152	
470134	S. APOLLONIA S.A.S.	14.530	350.600	319.013	7%	336.826	
470135	SAN STANISLAO S.A.S.	6.378	153.900	140.002	3%	147.820	
480203	VALDENT S.A.S.	16.705	403.100	366.830	8%	387.313	
480212	HERMITAGE CAPODIMONTE SPA	4.732	54.400	49.521	1%	52.286	
490199	CENTRO ODONTOSTOMAT. BAMONTE S.A.S DI /	30.990	747.800	680.451	15%	718.446	
490200	EMMECI S.N.C. DI M. MAISTO & C	10.170	245.400	223.297	5%	235.766	
500267	CENTRO NEUROLOGICO TERRITORIALE S.A.S.	10.515	125.900	114.533	2%	120.928	
510259	CENTRO DENTISTICO CAMPANO S.T.P. SRL	4.849	117.000	106.489	2%	112.435	
510260	DOTT. SANGIOVANNI PAOLA	2.677	64.600	58.786	1%	62.069	
520307	CENTRO MEDICO CAMPANO S.R.L.	507	29.800	27.106	1%	28.620	
520313	DENTAL IGEA SRS	5.326	120.000	109.156	2%	115.251	
530337	CENTRO POLIDIAGNOSTICO PERSICO PRIMI S.R.	6.056	127.200	115.752	2%	122.215	
530432	CENTRO ODONTOIATRICO DR.F.SELLITTI	26.826	647.300	588.995	13%	621.884	
530433	G.M.P. SRL	5.669	83.200	75.721	2%	79.949	
530434	CENTRO ODONTOSTOMATOLOGICO CERASUOLI	28.160	679.500	618.297	13%	652.822	
530443	FUTURA S.R.L. DI ALDO MARRA	5.147	120.600	109.775	2%	115.905	
AMB384	CENTRO MULTIMEDICO AMBROSIO SRL	14.782	286.800	260.945	6%	275.516	
	Fondazione S. Maria della Misericordia	8.404	226.900	206.500			v. allegato nuovi accreditamenti e situazioni particolari
ASL Napoli 1 Centro Totale		237.565	5.330.700	4.850.552	100%	4.903.370	
ASL Napoli 2 Nord							
021051	CASA DI CURA SAN GIOVAN GIUSEPPE CENTRO	266	5.900	5.345	0,4%	6.594	
022004	CENTRO SERAPIDE SPA	303	5.800	5.236	0,4%	6.460	
022036	CENTRO DENTALE FLEGREO	1.372	33.100	30.150	2%	37.199	
022062	IPER SRL SOCIETA' PER LA GESTIONE DEI CENTRI	5.994	495.300	450.695			Terapia Iperbarica: v. allegato situazioni particolari
022064	CENTRO SERAPIDE SPA	48	900	782	0,05%	965	
022065	CENTRO SERAPIDE SPA	189	3.700	3.379	0,2%	4.169	
023005	CASA DI CURA VILLA DEI FIORI MUGNANO	19.625	395.600	359.958	24%	444.110	
023010	CENTRO SERAPIDE SPA	252	4.900	4.435	0,3%	5.472	
023011	DENTAL CENTER SRL	12.433	300.000	273.014	18%	336.840	
023012	DENTI SANI DEL DR. LUIGI PIANESE & C.	1.608	38.800	35.288	2%	43.538	

Rettifica dell'Allegato n. 2.2 alla DGRC n. 215 /2022

Branche a Visita		A	B	C	D	E	
NSIS_22	Denominazione struttura erogatrice	TETTO 2022 presente delibera NUM (1)	TETTO 2022 presente delibera LORDO (2)	TETTO 2022 presente delibera NETTO (3)	composizione % del TETTO 2022 NETTO (3) in base a col. E	media due anni migliori 2018 - 2021 NETTO (3)	NOTE
150207	CASA DI CURA VILLA DEI FIORI ACERRA	867	71.600	65.190			Terapia Iperbarica: v. allegato situazioni particolari
612011	AESCULAPIUS CENTER S.A.S DI IOVINE LUCA	2.637	42.900	39.035	3%	48.161	
713011	DPM DENTALE S.A.S.	2.656	64.100	58.328	4%	71.964	
720100	DOTT. ANGELO DE FAZIO SAS	5.048	121.800	110.795	7%	136.697	
812611	PANACEA S.R.L.	15.860	382.700	348.280	23%	429.701	
AMB440	L'UOMO DI DI BONITO ANTONIO SAS	8.650	231.600	210.734	14%	260.000	Ha iniziato l'attività da gen 2021: considerando apr - set 2021 si ha una proiezione di riferimento di 260 mila euro
ASL Napoli 2 Nord Totale		77.808	2.198.700	2.000.644	100%	1.831.870	
ASL Napoli 3 Sud							
008017	CENTRO LASER SRL PUNTO PRELIEVO DIAGNOS	741	15.800	14.379	0,4%	13.437	
008137	F. VERNIERO SRL	7.468	180.200	164.014	5%	153.270	
008321	CENTRO COSIMO	1.620	39.100	35.592	1%	33.260	
008322	DR. ZARCONE GIULIO	3.908	94.300	85.808	3%	80.187	
008428	DIMED S.R.L.	32.463	879.300	800.143	25%	747.727	
008438	EUDENTAL SRL	42.748	1.031.500	938.633	29%	877.145	
008523	DR. GUARNIERI E C.	5.487	132.400	120.523	4%	112.628	
008621	CASA DI CURA MARIA ROSARIA AMBULATORIO	3.986	235.700	214.444	7%	200.396	
150111	STAZIONE CLIMATICA BIANCHI SRL	12.004	143.000	130.141	4%	121.616	
700100	ALMA CENTER U.O. NEUROLOGIA SRL	596	11.000	10.003	0%	9.348	
700200	CENTRO BERGER S.A.S.	27.913	542.400	493.526	15%	461.196	
760100	CENTRO S.M. LA NOVA S.A.S.	11.281	109.100	99.238	3%	92.737	
770100	CASA DI CURA 'S.LUCIA' SRL	6.227	112.600	102.452	3%	95.741	
770300	POLISPECIAL.VESUVIANA S.A.S.	3.602	57.000	51.903	2%	48.503	
	M.O.D.E. Clinic di Giovanni Corrado	8.404	226.900	206.500			v. allegato nuovi accreditamenti e situazioni particolari
ASL Napoli 3 Sud Totale		168.448	3.810.300	3.467.299	100%	3.047.191	
ASL Salerno							
000300	CASA DI CURA TORTORELLA SPA - HUB -	4.771	241.400	219.673	21%	171.187	
003900	DOTT.RI ARMANDO & PIEPAOLO CAVALLO DIAG	800	16.900	15.356	1%	11.967	
005100	CENTRO OCULISTICO DEL RE - S.R.L.	7.459	372.300	338.800	32%	264.020	
010400	CASA DI CURA VILLA CHIARUGI S.R.L.	720	13.300	12.106	1%	9.434	
012800	CE.M.S.I. CAPO SPARTIVENTO-SALERNO - S.R.L.	8.568	708.000	644.233			Terapia Iperbarica: v. allegato situazioni particolari
013200	CE.DI.SA. - CENTRO DIAGNOSTICO SALERNITAN	11.992	183.600	167.034	16%	130.166	
602200	CAMPOLONGO HOSPITAL SPA	8.491	130.100	118.389	11%	92.258	
610201	'CENTRO ODONTOIATRICO' DI TRIPODI ANTONII	7.956	191.900	174.638	17%	136.092	
AMB425	CE.DI.SA SPA VIA MANZO	3.454	61.000	55.537			v. allegato nuovi accreditamenti e situazioni particolari
ASL Salerno Totale		54.211	1.918.500	1.745.766	100%	815.124	
BRANCHE A VISITA TOTALE		769.292	18.601.800	16.926.809		15.799.956	

Quadro delle risorse disponibili (spesa netta)	TETTO da DGRC n. 599/2021	Integrazione 2022 (art. 26 DL 73/21 e s.m.i.)	accantonamento o per diverse finalità (*)	incrementi per finalità specifiche (**)	TETTO 2022 presente delibera
ASL Avellino	34.669	0	1.733		32.936
ASL Benevento	0	0	0		0
ASL Caserta	5.014.501	69.300	254.190		4.829.611
ASL Napoli 1 Centro	4.660.445	238.900	255.292	206.500	4.850.553
ASL Napoli 2 Nord	1.851.542	154.400	105.297	100.000	2.000.645
ASL Napoli 3 Sud	3.443.290	0	182.490	206.500	3.467.300
ASL Salerno	1.589.648	148.000	91.882	100.000	1.745.766
TOTALE ASL	16.594.095	610.600	890.884	613.000	16.926.811

(*) Eventuali altri nuovi accreditamenti, rettifiche e acquisto di prestazioni extra tetto in regressione tariffaria

(**) V. sopra: nuovi accreditamenti su NA1 e NA3 e incremento Medicina Iperbarica su NA2 e SA

Rettifica dell'Allegato n. 2.8 alla DGRC n. 215 /2022

Prestazioni di dialisi ambulatoriale: programmazione 2022 (aggiornamento per il 2022 dell'allegato n. 2 alla DGRC n. 354/2021)									
	A	B		C	D		E	F	
ASL	Consuntivo 2020 n° prestazioni di dialisi ambulatori ale	Consuntivo 2021 n° prestazioni di dialisi ambulatori ale	var %	Consuntivo 2020 di spesa netta (con soglia convettive al 20%) comunicato dalle ASL	Consuntivo 2021 di spesa netta (con soglia convettive al 20%) comunicato dalle ASL	var %	Volumi massimi 2022 di prestazioni	Limite di spesa netta 2022 con soglia convettive al 20%	var % rispetto al consunti vo 2021
ASL Avellino	33.978	34.453	1,4%	6.063.654,18	6.145.445,59	1,3%	34.936	6.233.592,00	1,4%
ASL Benevento	30.955	29.269	-5,4%	5.492.775,73	5.204.910,71	-5,2%	31.121	5.526.062,00	6,2%
ASL Caserta	119.948	119.422	-0,4%	21.351.022,75	21.310.131,57	-0,2%	122.595	21.839.768,00	2,5%
ASL Napoli 1 Centro	106.967	103.283	-3,4%	19.110.040,46	18.447.846,56	-3,5%	108.256	19.338.956,00	4,8%
ASL Napoli 2 Nord	165.750	160.509	-3,2%	29.541.501,29	28.634.177,23	-3,1%	167.903	29.934.152,00	4,5%
ASL Napoli 3 Sud	157.090	150.546	-4,2%	28.060.050,61	26.918.780,81	-4,1%	158.605	28.339.862,00	5,3%
ASL Salerno	148.606	145.204	-2,3%	26.556.359,02	25.978.710,05	-2,2%	150.969	26.988.663,00	3,9%
TOTALE	763.294	742.686	-2,7%	136.175.404,04	132.640.002,52	-2,6%	774.385	138.201.055,00	4,2%

Rettifica dell'Allegato n. 1 alla DGRC n. 215 /2022

Quadro delle prestazioni da privato soggette alla Spending Review (DL 95/2012 e s.m.i.)

Limiti di Spesa programmati per le strutture sanitarie private accreditate 2020 - 2022

(importi in migliaia di euro)	2020 (DGRC n. 450 e 621/2020)	var 2020 - 2019	var %	2021 (provvisorio da DGRC n. 621/2020)	2021 definitivo PRIMA della integraz. ex art. 26 (DGRC n. 354 e 497/2021)	Integrazion e 2021 ex art. 26 DL 73/2021 (DGRC n. 354 e 497/2021)	Totale 2021 con integraz. ex art. 26 DL 73/2021 (DGRC n. 354 e 497/2021)	2022 (provvisorio da DGRC n. 354, 497 e 599/2021)	2022 definitivo PRIMA della integrazione ex art. 26 del DL 73/2021 e smi	differenza sul tetto provvisori o 2022 (v. nota 1)	Integrazio ne 2022 ex art. 26 DL 73/2021 e s.m.i.	Totale 2022 con integraz. ex art. 26 DL 73/2021 e s.m.i.	var % (rispetto al 2022 provvisor io)
Assistenza Specialistica e Ospedaliera da Ospedali Religiosi e IRCCS Maugeri (compreso PACC ed escluso incentivo Alta Spec.)	165.368	0	0,0%	165.368	165.368	3.000	168.368	165.368	165.368	0	2.000	167.368	1,2%
Diabetologia	9.203	682	8,0%	9.111	10.972	1.119	12.090	10.880	9.126	-1.754	935	10.062	-7,5% (2)
Branche a visita	16.902	1.252	8,0%	16.733	16.733	1.004	17.737	16.594	16.316	-278	611	16.927	2,0%
Cardiologia	35.013	1.667	5,0%	34.663	34.663	9.490	44.153	34.375	32.441	-1.934	4.302	36.742	6,9%
Patologia Clinica (Laboratorio di analisi)	111.172	4.782	4,5%	110.060	110.060	23.032	133.092	109.144	103.169	-5.975	10.364	113.533	4,0%
Medicina nucleare	46.330	4.664	11,2%	45.867	45.877	2.641	48.518	45.496	43.161	-2.334	1.188	44.350	-2,5%
Radiodiagnostica	131.763	3.214	2,5%	130.446	130.446	31.442	161.888	129.360	122.185	-7.175	14.149	136.333	5,4%
Radioterapia	33.660	3.028	9,9%	33.323	37.629	2.551	40.180	38.757	37.923	-834	1.148	39.071	0,8%
Dialisi	136.322	2.960	2,2%	138.367	138.219	0	138.219	140.292	138.201	-2.091	0	138.201	-1,5%
Medicina Fisica e Riabilitazione (FKT)	36.411	331	0,9%	36.046	36.046	673	36.719	35.747	36.046	300	303	36.349	1,7%
Totale Assistenza Specialistica da altri privati	556.776	22.580	4,2%	554.616	560.645	71.951	632.596	560.645	538.569	-22.076	33.000	571.569	1,9%
Accantonamento per importi da assegnare in corso d'anno, da attribuire per extra tetto, nuovi accreditamenti, integrazioni, situazioni particolari ecc.: v. All. A				10.000				20.850	22.095	1.245	0	22.095	n.s.
Assistenza Ospedaliera da case di cura private, escludendo: la riattivazione dei PL di lungodegenza della ex Villa Russo, l'incentivo per Alta Specialità e compresi i PACC	635.582	0	0,0%	628.632	635.582	40.000	675.582	614.732	635.582	20.850	15.000	650.582	5,8%
Residuo acc.to per contratti integrativi e/o per contenziosi	4.943	4.674	n.s.	4.053	1.074		1.074	1.074	1.055	-19		1.055	n.s.
TOTALE GENERALE	1.362.669	27.253	2,0%	1.362.669	1.362.669	114.951	1.477.621	1.362.669	1.362.669	0	50.000	1.412.669	3,7%
per memoria:													
Riattivazione PL Villa Russo	14.418	0	0%	14.418	14.418		14.418	14.418	14.418			14.418	
Incentivo Alta Specialità per le case di cura private	45.000	0	0%	45.000	45.000		45.000	45.000	45.000			45.000	
Totale tetto di spesa Case di Cura private	695.000	0	0%	688.050	695.000	40.000	735.000	674.150	695.000	20.850	15.000	710.000	5%
Incentivo Alta Specialità per altri Ospedali privati	9.000	0	0%	9.000	9.000			9.000	9.000				
LIMITE di LEGGE	1.362.669			1.362.669	1.362.669			1.362.669	1.362.669				

(1) A fronte delle riduzioni sussistono gli accantonamenti da attribuire per extra tetto (da remunerare in regressione tariffaria), nuovi accreditamenti, integrazioni, situazioni particolari ecc.: v. Allegato A

(2) La riduzione è dovuta all'accantonamento di euro 900 mila, che si prevede di assegnare entro giugno p.v. all'esito del contenzioso in corso nella ASL di Caserta (v. Allegato situazioni particolari)

Contratto TRA

La struttura privata
Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
con sede in (Prov: __ ; CAP: _____) – Via n°
rappresentato/a dal/la sottoscritto/a, CF
come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o della Regione che redige il presente atto;
il / la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 T.U. 445/2000, dichiara:

- a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentate legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure - copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni (*oppure: si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di concordato con continuità aziendale*);
- c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 6 del D.Lgs. n. 159/2011, che non sussistono le cause ostative previste artt. 67 e 84, comma 4, del D.Lgs. n. 159/2011, e più in generale le cause di esclusione previste dall'art. 80 comma 1 e 2 del D.Lgs. 50/2016;
- d) di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;
- e) di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. (INPS o INAIL) n. _____ del __/__/____ (data richiesta indicata nel DURC) ex art. 80, comma 4, del D.Lgs. n. 50/2016.

E

L'Azienda Sanitaria Locale con sede in
Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
rappresentata dal Direttore Generale, nato a il
....., munito dei necessari poteri come da _____ di nomina n. ____ del _____,

PER

regolare per l'esercizio 2022 i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di _____, ed i correlati limiti di spesa.

PREMESSO

- che la DGRC n. 599 del 28.12.2021, come modificata e integrata dalla DGRC n. 215 del 04.05.2022, dalla DGRC n. ____ del __/06/2022 e dalla delibera n. _____ del __/__/2022, assunta dal Direttore Generale della sottoscritta ASL in attuazione delle disposizioni recate dalla DGRC n. 215 del 04.05.2022 e dalla DGRC n. ____ del __/06/2022, ha fissato i limiti

massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie relativamente alla branca di _____, da erogare nell'anno 2022;

- che il presente contratto si uniforma ai nuovi schemi dei contratti ex art. 8-quinquies con gli erogatori privati accreditati, approvati dalla richiamata DGRC n. ____ del __/06/2022, da applicarsi in sostituzione di quelli approvati in via provvisoria dalla sopra citata DGRC n. 599/2021.

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(oggetto)

Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di _____ da erogarsi nell'anno 2022 da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa, stabiliti ai sensi delle delibere indicate in premessa.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il volume massimo delle prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2022 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2022, è determinato come segue: n. _____ prestazioni, di cui il ___% (_____ per cento) per utenti residenti fuori regione, applicando per le prestazioni rese a residenti fuori regione il criterio stabilito a tale riguardo dalle delibere richiamate in premessa.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2022 relativa al volume di prestazioni di _____, determinato per l'anno 2022 all'art. 3, comma 1, è fissato in:
 - a) € _____, per l'anno 2022, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio,
 - b) € _____, per l'anno 2022, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, al netto della compartecipazione dell'utente (ticket e quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i.).
2. Il limite di spesa lorda e netta, fissato al comma precedente, in applicazione del criterio stabilito a tale riguardo dalle delibere richiamate in premessa, potrà essere utilizzato per utenti residenti fuori regione per una percentuale non superiore al ___% (_____ per cento).
3. I limiti di spesa fissati al comma precedente per i residenti fuori regione sono inderogabili. Al contrario, l'eventuale sotto utilizzo di tali limiti potrà essere speso per le prestazioni rese ai cittadini residenti in Campania, fermo restando il rispetto dei limiti complessivi di spesa stabiliti al precedente comma 1.
4. L'importo di cui al comma 1, lettera a), diviso per i corrispondenti volumi massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 1, definisce il valore medio delle prestazioni da declinare in conformità alla classificazione delle strutture erogatrici in base alle tipologie funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dal successivo art. 6.

5. *(per le Branche di Radiodiagnostica e di Medicina Nucleare)* La sottoscritta ASL dà atto che la sottoscritta struttura privata è attualmente classificata nella Tipologia “**■**” ai sensi del successivo art. 6, e che il valore medio delle prestazioni, da non superare di oltre il 10% ai fini del rispetto del vincolo di cui al successivo art. 8, comma 2, lettera a), è attualmente pari ad € **■,■** (€ **■,■** per B.1 e € **■,■** per **■** B.2 per la branca “B” della Medicina Nucleare), calcolato in base ai dati relativi alle prestazioni erogate nel primo quadrimestre 2022 dall’insieme delle strutture accreditate appartenenti alla stessa branca ed aventi la stessa classificazione.

(oppure: per le Branche di Diabetologia e di Cardiologia):

5. La sottoscritta ASL dà atto che il valore medio delle prestazioni, da non superare di oltre il 10% ai fini del rispetto del vincolo di cui al successivo art. 8, comma 2, lettera a), è attualmente pari ad € **■,■**, calcolato in base ai dati relativi alle prestazioni erogate nel primo quadrimestre 2022 dall’insieme delle strutture accreditate appartenenti alla stessa branca ed aventi la stessa classificazione.

(oppure: solo per Branche a Visita):

5. La sottoscritta ASL dà atto che il valore medio delle prestazioni, da non superare di oltre il 10% ai fini del rispetto del vincolo di cui al successivo art. 8, comma 2, lettera a), calcolato in base ai dati relativi alle prestazioni erogate nel primo quadrimestre 2022 (ai sensi dell’art. 6, comma 4), è attualmente pari a:

€ **■,■** per la disciplina ministeriale **■** (codice) _____ (descrizione);

€ **■,■** per la disciplina ministeriale **■** (codice) _____ (descrizione);

€ **■,■** per la disciplina ministeriale **■** (codice) _____ (descrizione);

€ **■,■** per la disciplina ministeriale **■** (codice) _____ (descrizione).

NOTA: inserire il dato relativo alle diverse discipline ministeriali in cui è accreditata la singola struttura, calcolato come media dei dati, rilevati per ciascuna disciplina ministeriale, dei centri della ASL operanti nella branca “Branche a Visita”.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni alla sottoscritta struttura avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario, al netto del ticket e della quota ricetta (e fatte salve eventuali modifiche delle tariffe che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all’art. 4, se non espressamente modificati con delibera della Giunta Regionale.
2. In ogni caso, tutti gli importi separatamente fissati nel precedente art. 4 quali limiti di spesa al netto del ticket e della quota ricetta costituiscono i limiti massimi di remunerazione delle prestazioni acquistate nell’anno 2022 dalla sottoscritta struttura privata accreditata, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza del limite di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui al medesimo art. 4, ovvero, di residua disponibilità dei volumi massimi di prestazioni di cui all’art. 3. Al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa al netto del ticket e della quota ricetta, l’ASL potrà acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.
3. Al fine di garantire la continuità assistenziale per tutti i dodici mesi dell’anno solare, i limiti di prestazioni e di spesa sopra indicati dovranno essere applicati dalla sottoscritta struttura privata

nella misura di 1/12 (un dodicesimo) per ogni mese. Il rispetto di questo vincolo sarà verificato sul progressivo del valore economico, al netto della compartecipazione dell'utente, delle prestazioni rese nel corso dell'anno solare, con la seguente tolleranza: sarà consentito – alle condizioni di priorità sotto specificate – che il suddetto importo cumulato raggiunga una eccedenza, rispetto alla somma dei dodicesimi del tetto di spesa netta per i mesi trascorsi, non superiore al 30% del tetto di spesa netta mensile, con l'obbligo di recuperare lo sfioramento al massimo entro il 31 dicembre 2022. Le prestazioni che in ciascun mese solare eccederanno la suddetta condizione, non saranno remunerate. Parimenti, non saranno remunerate le prestazioni che, pur rientrando nel suddetto limite del 30%, siano state rese dopo l'esaurimento del dodicesimo mensile del tetto di spesa annuo e non abbiano l'indicazione di URGENTE o BREVE nella prescrizione del MMG (“U” = “Priorità Urgente”, oppure “B” = “Priorità Breve”, poi riportata nel campo “35.0: Livello di Priorità della richiesta” del FILE C). Come previsto dalla DGRC n. 215/2022, il Direttore Generale per la Tutela della Salute emanerà appositi decreti, con i quali si darà atto del mese solare dal quale saranno ammesse al suddetto margine di tolleranza mensile le prestazioni individuate per specifici PDTA, e del correlato incremento del margine mensile. In sede di saldo annuale dei corrispettivi, l'ASL comunicherà l'eventuale extra tetto, riconosciuto liquidabile secondo i criteri stabiliti nelle delibere regionali n. 215 del 04.05.2022 e n. [] del []/06/2022, citate in premessa.

3 bis (comma eventuale)

Le parti si danno atto che, essendo diminuito il tetto di spesa netta assegnato alla sottoscritta struttura ai sensi della DGRC n. 215/2022, rispetto a quello assegnato dalla DGRC n. 599/2021, in base ai criteri stabiliti nella DGRC n. [] del []/06/2022 richiamata in premessa, **a tutti gli effetti e, in particolare, ai fini della misura degli acconti mensili di cui al successivo art. 7**, la ripartizione mensile del tetto di spesa netta è confermata in € _____ per ciascuno dei mesi da _____ a _____ 2022 (di regola, indicare da gennaio a maggio 2022), ed è ridotta ad € _____ per i mesi da _____ a _____ 2022 (di regola, indicare: da giugno a dicembre 2022).

4. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. 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.
5. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC nn. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6
(Tavolo Tecnico)

Allegato A4

(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

(Contratto Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e promuovere la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto da n. __ membri di cui n. _ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. _ membri nominati dalla ASL, di cui un membro con funzione di coordinamento. Al tavolo tecnico partecipa obbligatoriamente il Referente del Nucleo Operativo di Controllo (NOC) della ASL per la specifica linea di attività per il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, prevista dal DCA n. 103 del 06.12.2019 (pubblicato sul BURC n. 77/2019).
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Il coordinatore convoca il tavolo tecnico aziendale almeno in via trimestrale per:
 - a) il monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL e con i monitoraggi effettuati a livello regionale, in attuazione del DCA n. 103 del 06.12.2019, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - b) l'esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici;
 - c) l'esame dei conteggi del valore medio delle prestazioni, forniti dal coordinatore del tavolo tecnico secondo la tempistica prevista dall'art. 8, comma 1, differenziato in base alle diverse tipologie funzionali delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza secondo la classificazione seguente:

BRANCA	Tipologia A	Tipologia B	Tipologia C	Tipologia D
Radiodiagnostica	Radiologia tradizionale di base ed ecografia	Radiologia tradizionale, ecografia e TAC	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN ≤ 1 tesla	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN > 1 tesla
Medicina nucleare	Scintigrafie	Scintigrafie e PET	Solo le seguenti PET/TC: 92.11.6, 92.11.7 e 92.18.6	

4. Il valore medio della branca "*Branche a Visita*" sarà determinato ed applicato, separatamente, per le prestazioni di medicina iperbarica, rispetto alle altre prestazioni della branca; per queste ultime, in considerazione delle rilevanti differenze esistenti nell'ambito di tale branca, è facoltà della ASL di determinare ed applicare il valore medio in base alle diverse BRANCHE SPECIALISTICHE in cui ricadono le singole prestazioni, come definite nell'allegato n. 3 al decreto del Ministro della sanità del 22 luglio 1996, recante "*Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe*" (G.U. Serie Generale, n. 216 del 14 settembre 1996).
5. Il valore medio della branca "*Medicina Nucleare*" - *Tipologia B* sarà determinato ed applicato separatamente per le prestazioni di scintigrafia (B.1) e di PET (B.2).

Art. 7

(documentazione delle prestazioni e modalità di pagamento delle prestazioni)

Allegato A4

(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

(Contratto Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)

1. La sottoscritta struttura privata si impegna a documentare l'attività sanitaria erogata a mezzo dei flussi informativi di cui al successivo art. 9, che costituiscono il riferimento anche per la definizione dei rapporti economici, in conformità alle disposizioni della vigente normativa. La fattura relativa alle prestazioni erogate in ciascun mese potrà essere emessa solo dopo il completamento delle operazioni di trasmissione dei dati di erogazione di cui al successivo art. 9 e dovrà essere accompagnata dall' "attestazione delle operazioni registrate nel Sistema TS ai sensi del DM 2 novembre 2011", comprovante l'invio dei dati, utilizzando la funzionalità appositamente predisposta sul Sistema TS. In mancanza, l'ASL respingerà la fattura.
2. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari al 95% di un dodicesimo del tetto annuo di spesa al netto della compartecipazione, eventualmente maggiorato del valore economico netto del margine di tolleranza, riconosciuto liquidabile ai sensi del precedente art. 5, comma 3, a condizione che siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente: in particolare, il File C mensile deve risultare uguale, per numero di prestazioni e valore economico, alla somma dei dati di erogazione trasmessi giorno per giorno nel FILE C giornaliero.
3. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà a sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono ma, comunque, a non meno di trenta giorni dalla data di ricezione della fattura. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 gennaio dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. **Le eventuali decurtazioni per sfioramento del vincolo di costo medio saranno applicate dalla ASL a partire dal saldo del primo semestre, e saranno conguagliate in aumento o in diminuzione nei saldi successivi. In sede di saldo annuale dei corrispettivi, l'ASL comunicherà e pagherà anche l'eventuale extra tetto, riconosciuto liquidabile secondo i criteri stabiliti nelle delibere regionali n. 215 del 04.05.2022 e n. [] del []/06/2022, citate in premessa.** Per il pagamento di ciascun saldo la sottoscritta ASL potrà richiedere l'emissione di apposite note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore delle strutture private accreditate, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.
4. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
5. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in

maturazione, non sarà liquidato e dovrà essere stornato da apposite note di credito, salvo conguaglio in sede di saldo annuale.

6. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
7. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
8. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
9. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiari espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
10. Ai fini del rispetto dell'art. 3, comma 8, della legge 13 agosto 2010, n. 136, sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del presente contratto:

codice IBAN: _____;

presso: _____,

generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: _____

impegnandosi a comunicare tempestivamente, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante, eventuali modifiche.

Art. 8

(variazione del volume e del valore medio delle prestazioni e loro limiti)

1. Il coordinatore del tavolo tecnico di cui all'art. 6, entro il mese successivo alla fine di ciascun trimestre solare, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4, e lo comunica agli altri componenti del tavolo tecnico ed alla sottoscritta struttura accreditata.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private accreditate, non è consentito non è consentito alla

Allegato A4

(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

(Contratto Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)

sottoscritta struttura privata di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni (VMP), determinato secondo i criteri di cui al comma 6 dell'art. 4 ed agli allegati schemi che definiscono il case-mix delle strutture facenti capo alla medesima branca/tipologia prestazionale. Il vincolo si applica in corso d'anno, sul progressivo delle prestazioni rese nel primo semestre, sul periodo gennaio – settembre e a saldo del consuntivo dell'intero esercizio, attraverso successivi conguagli in aumento o in diminuzione, come specificato nel precedente art. 7.

3. Il divieto di cui al comma precedente è tassativo e inderogabile. Eventuali situazioni particolari, su proposta del tavolo tecnico e se ritenute dalla ASL meritevoli di apprezzamento, dovranno formare oggetto di una delibera del Direttore Generale della ASL di proposta di deroga, da sottoporre all'approvazione della Regione.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o disequaglianze applicative del presente contratto le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, sulla attuazione degli adempimenti previsti dal presente protocollo, comprese le attività svolte nell'ambito del tavolo tecnico.

Art. 9

(debito informativo e CUP regionale)

1. La sottoscritta struttura privata con la sottoscrizione del presente contratto si impegna:
 - a) ad entrare nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (Sistema **INFO**rmativo saNità Campan**IA** di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d'ora che l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale potrà avvenire attraverso l'utilizzo di una apposita piattaforma di prenotazione ed erogazione regionale (denominata CUP SINFONIA) in fase di realizzazione, nonché delle relative agende informatizzate di prenotazione che saranno concordate con la ASL di competenza;
 - b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall'art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;
 - c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 e s.m.i.;
 - d) ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.

Allegato A4

(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

(Contratto Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)

2. La sottoscritta ASL effettuerà i controlli, in relazione alle ricette dematerializzate delle prestazioni ambulatoriali erogate, attraverso la verifica dei dati elettronici resi disponibili dal Sistema TS con la lista delle ricette dematerializzate (NRE) erogate nel mese e registrate sul SAC, come sancito dal D.L. 78/2010 art. 11, comma 16 e quanto presente nel FILE C. In caso di irregolarità formali la struttura privata potrà procedere alla regolarizzazione dei flussi informativi, ove ancora possibile e consentito. Eventuali incongruenze potranno determinare la sospensione dei pagamenti finché non saranno state rimosse.
3. Qualora vengano rilevate difformità in ordine a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, l'ufficio preposto della ASL, sulla base dei controlli effettuati dal Nucleo Operativo di Controllo (NOC) ai sensi del DCA n. 103/2019, procederà a specifica contestazione, anche ai fini della eventuale decurtazione degli importi non dovuti.
4. La struttura privata è responsabile della completezza e qualità dei dati trasmessi. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'erogatore, qualora non tempestivamente rimosso, costituisce giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento. In tal caso la sottoscritta ASL proporrà alla Regione con delibera motivata la sospensione dell'accREDITamento sino al permanere dell'inadempimento, fatta salva la possibilità che si giunga alla revoca dell'accREDITamento da parte degli organi competenti per grave inadempimento.

Art. 10

(fascicolo sanitario elettronico e protezione dei dati)

1. Al fine di garantire la trasmissione della documentazione sanitaria al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del cittadino, che abbia espresso il proprio consenso ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (c.d. GDPR), ove previsto da norme nazionali o regionali, la sottoscritta struttura privata si impegna ad adempiere a quanto necessario, per garantire l'interoperabilità del proprio sistema informatico ai fini dell'invio al FSE dei dati del cittadino, con quanto realizzato dalla Regione in materia di specifiche tecniche e supporto informatico per i relativi test.
2. Ai fini della corretta gestione dei dati personali delle prestazioni oggetto del presente contratto, la sottoscritta ASL, titolare del trattamento dei dati, provvederà a nominare la sottoscritta struttura privata "*Responsabile del Trattamento*" ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 679/2016 sulla protezione dei dati. La nomina avverrà mediante la stipula di apposito contratto, recante le finalità, i contenuti e le condizioni indicate dal suddetto art. 28, commi 3 e ss. del Regolamento UE 679/2016.
3. La sottoscritta struttura privata, in qualità di "*Responsabile del Trattamento*" si impegna a garantire l'adozione delle misure tecniche e organizzative più adeguate, affinché il trattamento dei dati personali che le sono affidati dalla ASL sia conforme ai requisiti del citato Regolamento UE, e idoneo a tutelare i diritti degli interessati, secondo le indicazioni che verranno comunicate dalla ASL stessa e/o dalla Regione.

Art. 11

(precisazione in ordine al valore giuridico dell'Ordine Elettronico)

1. L'ordine di acquisto elettronico, previsto dalle disposizioni vigenti in materia di emissione e trasmissione dei documenti, attestanti l'ordinazione degli acquisti di beni e servizi effettuata in forma elettronica dagli enti del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 414, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, e dei successivi decreti del Ministro dell'Economia e delle

Allegato A4

(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

(Contratto Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)

Finanze del 07.12.2018 e del 27.12.2019 (cd. *Nodo Smistamento Ordini in formato elettronico – NSO*), non costituisce riconoscimento giuridico della quantità e qualità delle prestazioni effettuate e/o da effettuare, ma è un mero strumento di regolarità e trasparenza amministrativa.

2. Pertanto, le prestazioni sanitarie eseguite dalla sottoscritta struttura privata ed il corrispondente valore economico saranno comunque soggette all'applicazione di tutti gli abbattimenti previsti dal presente contratto e/o da altre disposizioni normative nazionali e/o regionali in materia di variazione del volume e del valore medio delle prestazioni e loro limiti, inclusi tutti i controlli della regolarità e dell'appropriatezza prescrittiva, nonché agli abbattimenti del fatturato liquidabile, necessari per assicurare il rispetto dei limiti di spesa fissati dal presente contratto (regressioni tariffarie e/o altre decurtazioni).

Art. 12

(efficacia del contratto)

1. Il presente contratto si riferisce al periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2022, in esecuzione delle delibere richiamate in premessa.
2. Il presente contratto sarà adeguato ad eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 13

(norme finali)

1. In caso di contenzioso con uno o più centri privati, la ASL valuterà l'eventuale rischio di soccombenza, effettuando – se del caso – appositi accantonamenti al fondo rischi a fronte delle somme in contestazione, fino alla definizione del contenzioso stesso.
2. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto e/o di ogni altro rapporto del sottoscritto centro privato con il servizio sanitario regionale è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere le delibere richiamate in premessa.

Art. 14

(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la sottoscritta struttura privata accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto per il periodo di efficacia dello stesso.
2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati sub comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alla annualità di erogazione delle prestazioni, regolata con il presente contratto.

Allegato A\4

(in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.)

(Contratto Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)

li , ___ / _____

Timbro e firma della ASL _____

Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante

della struttura privata

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 7, comma 6: (*“A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito”*), e l'intero art. 14 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____

Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante

della struttura privata
