



DIR.GEN./ DIR. STAFF (*)	U.O.D. / Staff
DG 04	13

# Regione Campania

GIUNTA REGIONALE

SEDUTA DEL **02/04/2025**

## PROCESSO VERBALE

Oggetto :

**Attuazione delle delibere della Giunta Regionale n. 757 del 27 dicembre 2024 e n. 80 del 24 febbraio 2025: approvazione degli schemi dei contratti con le strutture private accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale e integrazioni al relativo nomenclatore e catalogo regionale - Determinazioni**

1)	Presidente	Vincenzo	DE LUCA	<b>PRESIDENTE</b>
2)	Vice Presidente	Fulvio	BONAVITACOLA	
3)	Assessore	Nicola	CAPUTO	
4)	”	Felice	CASUCCI	<b>ASSENTE</b>
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 che**

- a. 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. 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 ss.mm.ii.;
- c. l'art. 2, comma 88, della Legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: *"Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale"*;
- d. con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo i Programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della Legge n. 191/09;
- e. 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. 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 citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 luglio 2017, e la Regione Campania è rientrata nell'esercizio delle funzioni precedentemente ricomprese nel mandato commissariale, nel rispetto della cornice normativa vigente in materia sanitaria e in materia di Piani di rientro dai deficit sanitari;

**PREMESSO, altresì, che**

- a. 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 del 4 agosto 2021, 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;
- b. la citata 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 elencata nell'Allegato A, 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"*;
- c. la Giunta regionale con delibera n. 215 del 4 maggio 2022 ha approvato 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 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 ..."*;
- d. la delibera della Giunta regionale n. 309 del 21 giugno 2022 ha dato esecuzione alla menzionata disposizione, approvando i nuovi schemi contrattuali, eccetto che per la branca della Radioterapia, per la quale ha rinviato ad un successivo provvedimento l'approvazione dei nuovi tetti di spesa individuali per l'esercizio 2022 e del conseguente schema di contratto; inoltre, ha approvato vari 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;
- e. la DGRC n. 609 del 22 novembre 2022 ha approvato in via definitiva i tetti individuali “*di struttura*”, assegnati per l’esercizio 2022 alle strutture private di Radioterapia, e i relativi schemi contrattuali, adeguati ai criteri ed agli importi dei limiti di spesa assegnati dalla medesima delibera;
  - f. la Giunta regionale con delibera n. 800 del 29 dicembre 2023 ha approvato il quadro delle risorse disponibili per gli esercizi 2023 e 2024, ed i conseguenti limiti di spesa, assegnati alle strutture private accreditate per l’assistenza specialistica ambulatoriale per l’esercizio 2023 e, in via provvisoria, per l’esercizio 2024, stabilendo anche i relativi schemi di contratto ex art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., che ogni struttura privata era tenuta a sottoscrivere con gli importi e la regolamentazione dei tetti di spesa definitivi per l’esercizio 2023, e provvisori per l’esercizio 2024;
  - g. con delibera della Giunta regionale n. 757 del 27 dicembre 2024 è stata approvata la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, da assegnare a ciascuna struttura privata accreditata per la specialistica ambulatoriale, in via definitiva, per l’esercizio 2024 e, in via provvisoria, per l’esercizio 2025 ed è stata rinviata ad una successiva delibera l’adozione “*degli schemi contrattuali che le ASL competenti per territorio dovranno predisporre per confermare o modificare i contratti già stipulati per l’esercizio 2024 ai sensi della DGRC n. 800/2023 - in via provvisoria - inserendo gli importi dei limiti di spesa definitivi per l’esercizio 2024 di cui agli Allegati alla presente delibera, nonché per fissare i limiti di spesa 2025 provvisori, secondo le indicazioni fornite nell’Allegato A – Relazione Tecnica alla presente delibera*”;
  - h. nella Relazione Tecnica allegata alla citata DGRC n. 757/2024 è delineato il quadro complessivo delle risorse, che le Regioni possono destinare all’acquisto dalle strutture private accreditate delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica ambulatoriale, in base alla quale per il 2025 si registra una riduzione di circa euro 13 milioni;

#### **PRESO ATTO dall’istruttoria dei competenti Uffici regionali che**

- a. la Conferenza dei Presidenti delle Regioni, con lettera al Governo del 13 febbraio 2025, ha ribadito la necessità, condivisa da tutte le Regioni, che sia accolta la proposta emendativa “*già contenuta nel documento approvato dalla Conferenza il 23 gennaio scorso, trasmesso al Governo e al Parlamento*”, di estendere anche all’esercizio 2025 “*quanto già previsto dai commi 218, 220 e 232 dell’articolo 1 della legge 30 dicembre 2023, n. 213, circa la possibilità di destinare una quota dello 0,4% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato al raggiungimento*” degli obiettivi di riduzione delle liste di attesa;
- b. si conferma, pertanto, il livello provvisorio dei tetti di spesa 2025 in misura pari a quello definitivo per l’esercizio 2024, salvo intervenire – prudenzialmente - entro il prossimo mese di giugno, per eventuali modifiche al livello definitivo dei limiti di spesa per l’annualità in corso;
- c. dal 30 dicembre 2024 è entrata in vigore la nuova codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017, le relative tariffe, e il nuovo Catalogo regionale, giusta delibera della Giunta regionale n. 660 del 26.11.2024;
- d. la DGRC n. 80 del 24 febbraio 2025, anche ai fini della applicazione del nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale e del relativo Catalogo dell’assistenza specialistica ambulatoriale, in vigore dal 30.12.2024, ha stabilito ulteriori disposizioni operative, tra le quali si evidenzia:
  - d.1. l’associazione delle prestazioni LEA di specialistica ambulatoriale ai settori specializzati in cui sono accreditati i laboratori di analisi;
  - d.2. l’applicazione della classificazione cd. “FA-RE” alle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
  - d.3. una parziale flessibilità del tetto di spesa 2025 dei Laboratori di Analisi, relativo alle prestazioni di Microbiologia / Virologia, Anatomia ed Istologia Patologica, confluite nell’Allegato n. 3 alla DGRC n. 757/2024;
- e. che i competenti Uffici della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR, all’esito dell’istruttoria di competenza e in attuazione della DGRC n. 757/2024, hanno elaborato l’Allegato A - Relazione Tecnica, nella quale sono descritti dettagliatamente i principali aggiornamenti, rispetto ai precedenti schemi contrattuali (di cui alla DGRC n. 800/2023) ed i seguenti nuovi schemi:
  - e.1. A\1: Anno 2025 provvisorio e conferma/modifica Anno 2024 (*Protocollo con le Associazioni della Dialisi ambulatoriale*);
  - e.2. A\2: Anno 2025 provvisorio e conferma/modifica Anno 2024 (*Contratto Dialisi ambulatoriale*);
  - e.3. A\3: Anno 2025 provvisorio e conferma/modifica Anno 2024 (*Protocollo Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT*);
  - e.4. A\4: Anno 2025 provvisorio e conferma/modifica Anno 2024 (*Contratto Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT*);
  - e.5. A\5: Anno 2025, in via provvisoria, e definitivo Anno 2024 (*Protocollo Laboratori di Analisi*);
  - e.6. A\6: Anno 2025 provvisorio e conferma/modifica Anno 2024 (*Contratto Laboratorio di Analisi*);
  - e.7. A\7: Anno 2025 provvisorio e conferma/modifica Anno 2024 (*Contratto Medicina Fisica e Riabilitazione –*

FKT);

- e.8. A\8: Anno 2025 provvisorio e conferma/modifica Anno 2024 (*Contratto Radioterapia*);
- f. le ASL competenti per territorio dovranno anche predisporre e stipulare entro il 30 aprile 2025 i conseguenti contratti con le strutture private accreditate, confermando o, se del caso, modificando gli importi dei limiti di spesa definitivi per l'esercizio 2024, e inserendo gli importi provvisori dei limiti di spesa 2025, determinati in attuazione dei criteri stabiliti nell'Allegato A – *Relazione Tecnica* alla DGRC n. 757/2024, come integrata per la branca di Laboratorio di Analisi dalle disposizioni stabilite dalla citata DGRC n. 80/2025;
- g. la menzionata DGRC n. 757/2024 ha affidato alle ASL il compito di istruire, in coordinamento con la Direzione Generale per la Tutela della Salute, e in concerto con le Aziende Ospedaliere pubbliche operanti sul loro territorio – tra l'altro – anche appositi ADDENDUM ai contratti ex art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. con le strutture private operanti sul loro territorio, finalizzati ad assicurare la disponibilità di prenotazioni (SLOT) dedicate per le priorità definite dalla stessa ASL, applicando anche le ulteriori indicazioni operative che vengono fornite nella allegata *Relazione Tecnica*;
- h. nella allegata *Relazione Tecnica* e nella tabella di cui all'Allegato n. 1 sono state elaborate opportune precisazioni e integrazioni al Nomenclatore e Catalogo regionale, di cui all'Allegato n. 2 alla DGRC n. 660/2024 ed all'Allegato n. 1 alla DGRC n. 80/2025, che si propongono di approvare con la presente delibera;
- i. la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura privata accreditata è subordinata alla sottoscrizione da parte della stessa dello specifico contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. con la ASL nel cui territorio è ubicata, e non può eccedere i limiti di spesa stabiliti ai sensi delle menzionate DGRC n. 757/2024 e n. 80/2025 e riportati nel citato contratto;
- j. le strutture private che entro il 30 aprile 2025 non avranno sottoscritto il contratto ex art. 8 quinquies, secondo gli schemi approvati dalla presente delibera, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale formulata dalla ASL competente in base alle disposizioni recate dalla presente delibera, si intenderanno prive di contratto e, pertanto, per tali strutture dalla stessa data cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica l'immediata sospensione del rapporto di accreditamento, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);

**RITENUTO di dover** approvare, in conformità all'istruttoria dei competenti uffici regionali, l'Allegato A – *Relazione Tecnica* ed i seguenti nuovi schemi contrattuali:

- A\1: Anno 2025 provvisorio e conferma/modifica Anno 2024 (*Protocollo con le Associazioni della Dialisi ambulatoriale*);
- A\2: Anno 2025 provvisorio e conferma/modifica Anno 2024 (*Contratto Dialisi ambulatoriale*);
- A\3: Anno 2025 provvisorio e conferma/modifica Anno 2024 (*Protocollo Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT*);
- A\4: Anno 2025 provvisorio e conferma/modifica Anno 2024 (*Contratto Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT*);
- A\5: Anno 2025, in via provvisoria, e definitivo Anno 2024 (*Protocollo Laboratori di Analisi*);
- A\6: Anno 2025 provvisorio e conferma/modifica Anno 2024 (*Contratto Laboratorio di Analisi*);
- A\7: Anno 2025 provvisorio e conferma/modifica Anno 2024 (*Contratto Medicina Fisica e Riabilitazione – FKT*);
- A\8: Anno 2025 provvisorio e conferma/modifica Anno 2024 (*Contratto Radioterapia*);

nonché le precisazioni e integrazioni al Nomenclatore e Catalogo regionale, di cui all'Allegato n. 2 alla DGRC n. 660/2024 ed all'Allegato n. 1 alla DGRC n. 80/2025, espone nella allegata *Relazione Tecnica* e nella tabella di cui all'Allegato n. 1, che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

**PROPONE** e la Giunta, in conformità, a voto unanime

### **DELIBERA**

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

1. di **APPROVARE** l'Allegato A - *Relazione Tecnica* ed i seguenti nuovi schemi contrattuali, che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:
  - 1.1 A\1: Anno 2025 provvisorio e conferma/modifica Anno 2024 (*Protocollo con le Associazioni della Dialisi ambulatoriale*);
  - 1.2 A\2: Anno 2025 provvisorio e conferma/modifica Anno 2024 (*Contratto Dialisi ambulatoriale*);
  - 1.3 A\3: Anno 2025 provvisorio e conferma/modifica Anno 2024 (*Protocollo Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT*);

- 1.4 A14: Anno 2025 provvisorio e conferma/modifica Anno 2024 (*Contratto Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT*);
- 1.5 A15: Anno 2025, in via provvisoria, e definitivo Anno 2024 (*Protocollo Laboratori di Analisi*);
- 1.6 A16: Anno 2025 provvisorio e conferma/modifica Anno 2024 (*Contratto Laboratorio di Analisi*);
- 1.7 A17: Anno 2025 provvisorio e conferma/modifica Anno 2024 (*Contratto Medicina Fisica e Riabilitazione – FKT*);
- 1.8 A18: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (*Contratto Radioterapia*);
2. di **APPROVARE**, altresì, le precisazioni e integrazioni al Nomenclatore e Catalogo regionale, di cui all'Allegato n. 2 alla DGRC n. 660/2024 ed all'Allegato n. 1 alla DGRC n. 80/2025, esposte nella allegata Relazione Tecnica e nella tabella di cui all'Allegato n. 1, che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di **PRECISARE** che le ASL competenti per territorio dovranno predisporre e stipulare entro il 30 aprile 2025 i conseguenti contratti con le strutture private accreditate, confermando o, se del caso, modificando gli importi dei limiti di spesa definitivi per l'esercizio 2024, e inserendo gli importi provvisori dei limiti di spesa 2025, determinati in attuazione dei criteri stabiliti nell'Allegato A – Relazione Tecnica alla DGRC n. 757/2024, come integrata per la branca di Laboratorio di Analisi dalle disposizioni stabilite dalla DGRC n. 80/2025;
4. di **PRECISARE** che le ASL devono istruire e stipulare appositi accordi con strutture private operanti sul proprio territorio, attraverso ADDENDUM ai contratti ex art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., che assicurino la disponibilità di prenotazioni (SLOT) dedicate per le priorità definite dalle stesse ASL, come previsto dalla DGRC n. 757/2024, applicando anche le ulteriori indicazioni operative che vengono fornite nella allegata Relazione Tecnica;
5. di **PRECISARE** che:
  - 5.1. la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura privata accreditata è subordinata alla sottoscrizione da parte della stessa dello specifico contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. con la ASL nel cui territorio è ubicata, e non può eccedere i limiti di spesa stabiliti ai sensi delle DGRC n. 757/2024 e n. 80/2025 e riportati nel contratto;
  - 5.2. le strutture private che entro il 30 aprile 2025 non avranno sottoscritto il contratto ex art. 8 quinquies, secondo gli schemi approvati dalla presente delibera, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale formulata dalla ASL competente in base alle disposizioni recate dalla presente delibera, si intenderanno prive di contratto e, pertanto, per tali strutture dalla stessa data cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica l'immediata sospensione del rapporto di accreditamento, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);
6. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento per il tramite della Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste, a tutte le Associazioni di categoria ed a tutte le strutture sanitarie private interessate, nonché ai Ministeri affiancanti, riservandosi di adeguarlo alle eventuali osservazioni formulate dagli stessi;
7. di **TRASMETTERE** il presente atto alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale anche per la notifica alle AA.SS.LL., alle AA.OO., alle AA.OO.UU., all'IRCCS Pascale nonché alla So.Re.Sa. S.p.A., alla Direzione Generale per le Risorse Finanziarie 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°	175	del	02/04/2025	DIR.GEN./DIR. STAFF (*)	UOD/STAFF DIR.GEN.
				DG 04	13

**OGGETTO :**

***Attuazione delle delibere della Giunta Regionale n. 757 del 27 dicembre 2024 e n. 80 del 24 febbraio 2025: approvazione degli schemi dei contratti con le strutture private accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale e integrazioni al relativo nomenclatore e catalogo regionale - Determinazioni***

QUADRO A	CODICE	COGNOME	MATRICOLA	FIRMA
PRESIDENTE <input type="checkbox"/> ASSESSORE <input type="checkbox"/>		<i>Presidente De Luca Vincenzo</i>		<i>02/04/2025</i>
DIRETTORE GENERALE / DIRIGENTE STAFF		<i>Avv. Postiglione Antonio</i>	<i>15437</i>	<i>02/04/2025</i>

VISTO DIRETTORE GENERALE ATTIVITA' ASSISTENZA GIUNTA	COGNOME	FIRMA	
DATA ADOZIONE	<i>02/04/2025</i>	INVIATO PER L'ESECUZIONE IN DATA	<i>02/04/2025</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 n. 1: integrazione degli allegati n. 2 alla DGRC n. 660/2024 e n. 1 alla DGRC n. 80/2025

Codice Nomenclatore	Descrizione Nomenclatore	CODICE CATALOGO REGIONALE	DESCRIZIONE CATALOGO REGIONALE	Indicazioni prescrittive	Tariffa	Branca Specialistica_DPCM 2017						Codice Branca Fa.Re	Descrizione Fa.Re
						CODICE BRANCA 1	DESCRIZIONE BRANCA 1	CODICE BRANCA 2	DESCRIZIONE BRANCA 2	CODICE BRANCA 3	DESCRIZIONE BRANCA 3		
93.11.7	ADDESTRAMENTO ALLA RESPIRAZIONE DIAFRAMMATICA, ESERCIZI CALISTENICI Per seduta individuale. Ciclo di 5 sedute	93117.001	ADDESTRAMENTO ALLA RESPIRAZIONE DIAFRAMMATICA, ESERCIZI CALISTENICI Per seduta individuale. Ciclo di 5 sedute	Non prescrivibile insieme ai PR	4,20 €	22	Pneumologia	12	Medicina fisica e riabilitazione			R90	Altra Riabilitazione
93.15	MANIPOLAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE. Per seduta. Ciclo fino a 4 sedute	93150.001	MANIPOLAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE. Per seduta. Ciclo fino a 4 sedute	Non prescrivibile insieme ai PR	14,70 €	12	Medicina fisica e riabilitazione	19	Ortopedia			R20	Riabilitazione e Rieducazione Funzionale
93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni. Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	93160.001	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni. Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	Non prescrivibile insieme ai PR	8,85 €	19	Ortopedia	12	Medicina fisica e riabilitazione			R20	Riabilitazione e Rieducazione Funzionale
93.18.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA INDIVIDUALE relativa alle "funzioni dell'apparato cardiovascolare,ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta di 30 minuti caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Ciclo fino a 10 sedute	93181.001	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA INDIVIDUALE relativa alle "funzioni dell'apparato cardiovascolare,ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta di 30 minuti caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Ciclo fino a 10 sedute	Non prescrivibile insieme ai PR	11,40 €	02	Cardiologia	12	Medicina fisica e riabilitazione	22	Pneumologia	R90	Altra Riabilitazione
93.18.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA DI GRUPPO relativa alle "funzioni dell'apparato cardiovascolare,ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta di 60 minuti caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Max 6 pazienti. Ciclo fino a 10 sedute	93182.001	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA DI GRUPPO relativa alle "funzioni dell'apparato cardiovascolare,ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta di 60 minuti caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Max 6 pazienti. Ciclo fino a 10 sedute	Non prescrivibile insieme ai PR	3,85 €	02	Cardiologia	12	Medicina fisica e riabilitazione	22	Pneumologia	R90	Altra Riabilitazione
93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO per linfedema	93564.001	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO per linfedema	Non prescrivibile insieme ai PR	6,85 €	12	Medicina fisica e riabilitazione	19	Ortopedia			T90	Altre prestazioni Terapeutiche
93.99.3	DRENAGGIO DELLE SECREZIONI BRONCHIALI Per seduta. Ciclo di 5 sedute	93993.001	DRENAGGIO DELLE SECREZIONI BRONCHIALI Per seduta. Ciclo di 5 sedute	Non prescrivibile insieme ai PR	8,70 €	22	Pneumologia	12	Medicina fisica e riabilitazione			T90	Altre prestazioni Terapeutiche
98.59.5	TERAPIA CON ONDE D'URTO [FOCALI] MEDIANTE APPARECCHIO DI LITOTRIPSIA per trattamento di fasciti plantari, pseudoartrosi, presenza di calcificazioni delle strutture periartrali della spalla. Per seduta. Fino ad un massimo di 3 sedute, non ripetibili per la stessa patologia entro 12 mesi	98595.001	TERAPIA CON ONDE D'URTO [FOCALI] MEDIANTE APPARECCHIO DI LITOTRIPSIA per trattamento di fasciti plantari, pseudoartrosi, presenza di calcificazioni delle strutture periartrali della spalla. Per seduta. Fino ad un massimo di 3 sedute, non ripetibili per la stessa patologia entro 12 mesi	Non prescrivibile insieme ai PR	60,00 €	19	Ortopedia	12	Medicina fisica e riabilitazione			T90	Altre prestazioni Terapeutiche

### 1. Premessa

Si premette che il quadro complessivo delle risorse, che le Regioni possono destinare all'acquisto dalle strutture private accreditate delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica ambulatoriale, non è stato finora modificato dal legislatore nazionale, rispetto alla situazione esposta nella Relazione Tecnica allegata alla DGRC n. 757/2024, in base alla quale per il 2025 si registra una riduzione di circa euro 13 milioni.

Su tale problematica è intervenuta anche la Conferenza dei Presidenti delle Regioni che, con lettera al Governo del 13 febbraio scorso, ha ribadito la necessità, condivisa da tutte le Regioni, che sia accolta la proposta emendativa *“già contenuta nel documento approvato dalla Conferenza il 23 gennaio scorso, trasmesso al Governo e al Parlamento”*, di estendere anche all'esercizio 2025 *“quanto già previsto dai commi 218, 220 e 232 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2023, n. 213, circa la possibilità di destinare una quota dello 0,4% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato al raggiungimento”* degli obiettivi di riduzione delle liste di attesa.

Allo stato, pertanto, si conferma il livello provvisorio dei tetti di spesa 2025 in misura pari a quello definitivo per l'esercizio 2024, salvo intervenire – prudenzialmente - entro il prossimo mese di giugno, per eventuali modifiche al livello definitivo dei limiti di spesa per l'annualità in corso.

### 2. Schemi contrattuali approvati dalla presente delibera

La delibera della Giunta regionale n. 757 del 27 dicembre 2024 ha approvato la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, da assegnare a ciascuna struttura privata accreditata per la specialistica ambulatoriale, in via definitiva, per l'esercizio 2024 e, in via provvisoria, per l'esercizio 2025. Ed ha rinviato ad una successiva delibera l'adozione *“degli schemi contrattuali che le ASL competenti per territorio dovranno predisporre per confermare o modificare i contratti già stipulati per l'esercizio 2024 ai sensi della DGRC n. 800/2023 - in via provvisoria - inserendo gli importi dei limiti di spesa definitivi per l'esercizio 2024 di cui agli Allegati alla presente delibera, nonché per fissare i limiti di spesa 2025 provvisori, secondo le indicazioni fornite nell'Allegato A – Relazione Tecnica alla presente delibera”*.

Con DGRC n. 80 del 24 febbraio 2025, poi, anche ai fini della applicazione del nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale e del relativo Catalogo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, in vigore dal 30.12.2024, si è provveduto a stabilire ulteriori disposizioni operative, tra le quali si evidenzia:

- l'associazione delle prestazioni LEA di specialistica ambulatoriale ai settori specializzati in cui sono accreditati i laboratori di analisi;
- l'applicazione della classificazione cd. *“FA-RE”* alle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- una parziale flessibilità del tetto di spesa 2025 dei Laboratori di Analisi, relativo alle prestazioni di Microbiologia / Virologia, Anatomia ed Istologia Patologica, confluite nell'Allegato n. 3 alla DGRC n. 757/2024.

Con la presente delibera si procede, quindi, ad approvare i seguenti nuovi schemi contrattuali:

## Allegato A – Relazione Tecnica

A\1: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (*Protocollo con le Associazioni della Dialisi ambulatoriale*);

A\2: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (*Contratto Dialisi ambulatoriale*);

A\3: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (*Protocollo Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT*);

A\4: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (*Contratto Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT*);

A\5: Anno 2025, in via provvisoria, e definitivo Anno 2024 (*Protocollo Laboratori di Analisi*);

A\6: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (*Contratto Laboratorio di Analisi*);

A\7: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (*Contratto Medicina Fisica e Riabilitazione – FKT*);

A\8: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (*Contratto Radioterapia*),

che le ASL competenti per territorio dovranno predisporre per la stipula, inserendo gli importi dei limiti di spesa definitivi per l'esercizio 2024 e gli importi provvisori dei limiti di spesa 2025, determinati in attuazione dei criteri stabiliti nell'Allegato A – Relazione Tecnica alla DGRC n. 757/2024, come integrata per la branca di Laboratorio di Analisi dalle disposizioni stabilite dalla sopra citata DGRC n. 80/2025.

Rispetto ai precedenti schemi, definiti dalla DGRC n. 800/2023 per regolare i limiti di spesa 2023, in via definitiva, e 2024, in via provvisoria, sono state apportate solo piccole modifiche e integrazioni, coerenti con le disposizioni vigenti.

L'innovazione di maggiore rilievo, sulla quale si richiama l'attenzione delle strutture private accreditate, riguarda l'introduzione nei contratti di tutte le branche specialistiche, eccetto quelle della Dialisi, della Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi), della Radioterapia e della Medicina Fisica e Riabilitazione (FKT) – per le specifiche difficoltà di prenotazione delle sedute necessarie per erogare le prestazioni a cadenza ciclica e/o contenute nei pacchetti -, del seguente obbligo:

*“le prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse a condizione che:*

- a) siano state prenotate nel **Sistema CUP Sinfonia** di cui al successivo art. 9, su agende configurate all'atto della prenotazione con **flag Online=SI**, ovvero, visibili e prenotabili oltre che dagli operatori della sottoscritta struttura, anche tramite tutti gli altri canali: APP, Portale CUP, Farmacie, ecc.;*
- b) sia stata registrata la loro erogazione sul **Sistema CUP Sinfonia** in data non anteriore alla loro prenotazione,*

*con la sola eccezione delle prestazioni prenotate prima del 30 aprile 2025, oppure, delle prestazioni la cui prenotazione è riservata agli operatori della struttura privata: follow up, utenti residenti in altre regioni, STP ed ENI, sulla base delle disposizioni di riferimento”.*

Mentre per le branche della Dialisi, della Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi), della Radioterapia e della Medicina Fisica e Riabilitazione (FKT), si precisa che: *“le prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse, a condizione che sia stata registrata la loro*

erogazione sul Sistema CUP Sinfonia”, con la ulteriore specificazione che l’erogazione deve essere avvenuta “in data non anteriore alla loro prenotazione”, valida per tali branche con esclusione di quella di Laboratorio di Analisi.

In generale, poi, si precisa che le strutture private accreditate sono tenute: “a mettere e mantenere a disposizione del Sistema CUP SINFONIA il 100% delle proprie agende digitali, configurate con **flag Online=SI**, ovvero, visibili e prenotabili oltre che dagli operatori della sottoscritta struttura, anche tramite tutti gli altri canali: APP, Portale CUP, Farmacie, ecc., per tutte le prestazioni oggetto del presente contratto, ivi comprese (in sola visibilità) quelle la cui prenotazione è riservata dalle disposizioni vigenti agli operatori della struttura privata: follow up, utenti residenti in altre regioni, STP ed ENI; è tenuta, altresì, ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali per classi di priorità e ad effettuare la presa in carico dell’utente per le prestazioni relative ai follow-up”. Mentre per le branche della Dialisi, della Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi), della Radioterapia e della Medicina Fisica e Riabilitazione (FKT), tale obbligo riguarda la sola visibilità delle agende: “La sottoscritta struttura privata è tenuta a mettere e mantenere a disposizione del Sistema CUP SINFONIA il 100% delle proprie agende digitali - in sola visibilità - per tutte le prestazioni oggetto del presente contratto; è tenuta, altresì, ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali per classi di priorità e ad effettuare la presa in carico dell’utente per le prestazioni relative ai follow-up”.

Si sottolinea, poi, che negli articoli del contratto, riguardanti il debito informativo delle strutture private accreditate, è stato evidenziato l’obbligo di alimentare, in tutti i flussi informativi che li prevedono, anche i dati relativi alle prestazioni sanitarie erogate in regime privatistico. Il completo ed esatto adempimento di questa disposizione è particolarmente rilevante per assicurare la corretta alimentazione del FSE – Fascicolo Sanitario Elettronico ai sensi dei DM 22 maggio 2022 e 9 settembre 2023 e, pertanto, la sua inosservanza può costituire giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento, come per le prestazioni con oneri a carico del SSR.

### 3. Termine per la stipula del contratto

La DGRC n. 757/2024 nell’Allegato A – Relazione Tecnica ha stabilito i criteri con i quali le ASL devono confermare o modificare i limiti spesa 2024, già inseriti nei contratti con le strutture private accreditate, stipulati ai sensi della DGRC n. 800/2023. E, al fine di velocizzare e semplificare l’attuazione della programmazione regionale, ha disposto che a partire dal 2025: “A conclusione delle istruttorie sopra previste, le ASL procederanno alla loro immediata attuazione ed ai conseguenti contratti con le strutture private accreditate, previa adozione di apposite delibere del Direttore Generale della ASL, immediatamente esecutive, ma con riserva di presa d’atto e ratifica (o modifica) da parte della Regione. In particolare, qualora le deliberazioni assunte siano conformi ai provvedimenti generali già deliberati dalla Giunta regionale, sarà sufficiente la presa d’atto con decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute”.

Ai fini della determinazione dei tetti di spesa provvisori per l’esercizio 2025, in sintesi, la DGRC n. 757/2024 ha incaricato le ASL di istruire i seguenti passaggi fondamentali, dettagliatamente descritti nell’Allegato A - Relazione Tecnica alla stessa delibera:

- 1) Verifica e conferma, o eventuale modifica, del limite di spesa assegnato in via provvisoria per l’esercizio 2024.

- 2) Calcolo del limite di spesa provvisorio di ciascuna struttura per l'esercizio 2025 come proiezione degli importi determinati al punto precedente punto, tenendo conto dei casi in cui è necessario adeguare su base annua gli importi assegnati per il 2024 per periodi infrannuali, nonché di ogni altra situazione particolare: nuovi accreditamenti, modifiche nelle Aggregazioni dei Laboratori, rilevanti implementazioni tecnologiche, ecc.
- 3) Applicazione delle variazioni "**per il 2023**" e "**per il 2024**", che derivano dalla applicazione dell'Allegato B alla DGRC n. 215/2022 e s.m.i. in base ai dati consuntivi ed agli Indicatori di Performance relativi all'attività 2022 e 2023, sommandole algebricamente al limite di spesa 2025 calcolato nel precedente punto 2.
- 4) Determinazione degli Indicatori di Performance di cui all'Allegato B alla DGRC n. 215/2022 e s.m.i. in base ai dati consuntivi di attività 2024, e conseguente variazione (+/- 5%) del tetto di spesa 2025.

La presente delibera dispone, quindi, che le ASL e le strutture private accreditate devono stipulare i contratti definitivi 2024 e provvisori 2025 entro il 30 aprile 2025.

Per chiarezza e trasparenza, la delibera "*immediatamente esecutiva*", che il Direttore Generale di ciascuna ASL è chiamato ad adottare prima della stipula dei contratti (e che, si ricorda, viene espressamente richiamata nella premessa dei contratti medesimi), dovrà specificare tutti i passaggi svolti nel determinare gli importi dei limiti di spesa definitivi 2024 e provvisori 2025.

#### **4. ADDENDUM ai contratti per SLOT dedicati**

Ciascuna ASL deve definire e stipulare gli ADDENDUM previsti nel paragrafo 6. *Ulteriori disposizioni generali per la determinazione dei limiti di spesa 2025 e successivi* dell'Allegato A - Relazione Tecnica alla DGRC n. 757/2024, finalizzati ad assicurare la disponibilità di SLOT dedicati per le priorità definite dalla stessa ASL. Le disposizioni appena richiamate hanno affidato alle ASL il compito di istruire, in coordinamento con la Direzione Generale per la Tutela della Salute, e in concerto con le aziende ospedaliere pubbliche operanti sul loro territorio – tra l'altro – anche tali ADDENDUM.

Si sottolinea che, per incentivare le strutture private, la DGRC n. 757/2024 ha stabilito che le prestazioni acquistate tramite questi accordi, pur ricadendo necessariamente nei limiti di spesa assegnati a ciascuna struttura privata (fatta salva la eventuale rimodulazione dei limiti di spesa complessivi 2025), godranno del seguente vantaggio: se di valore medio superiore alla massima eccedenza consentita, rispetto al VMP – Valore Medio Prestazionale di riferimento per la struttura privata, NON determineranno abbattimenti a consuntivo per applicazione del vincolo del VMP.

Pertanto, nel flusso informativo "FILE C", al fine di assicurare la tracciabilità delle prestazioni acquisite in relazione ai suddetti ADDENDUM, negli stessi accordi sarà stabilito che le strutture private interessate dovranno inserire nel tracciato C2, alla posizione 202 (campo alfanumerico di un solo carattere) il numero "9".

#### **5. Applicazione delle tariffe del nuovo nomenclatore: disposizioni particolari**

Come è noto, dal 30 dicembre 2024 è entrata in vigore la nuova codifica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017, le relative tariffe, e il nuovo Catalogo regionale, giusta delibera della Giunta regionale n. 660 del 26.11.2024, integrata dalla successiva DGRC n. 80 del 24.02.2025.

In questi primi mesi di operatività del nuovo nomenclatore sono emerse delle situazioni particolari, che richiedono delle precisazioni, come si espone nel seguito del presente paragrafo.

### 5.1 Branca della Dialisi ambulatoriale

Per la branca della Dialisi ambulatoriale, l'applicazione del precedente nomenclatore (DM 18 ottobre 2012), operata dal DCA n. 53 del 3 giugno 2013, prevedeva la seguente limitazione: la tariffa delle dialisi convettive (identificate con i codici: 39.95.5 e 39.95.7) e della emofiltrazione (39.95.8), stabilite in € 232,41, erano riconosciute per non più del 20% del totale delle prestazioni di dialisi ambulatoriale erogate da ciascun centro privato; soglia poi elevata al 25% dalla DGRC n. 189 del 19.04.2023. Oltre questa soglia, era stabilito che le prestazioni di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8 sarebbero state remunerate con la tariffa della dialisi non convettiva 39.95.4 (€ 165,27), che è la tipologia di dialisi extracorporea di gran lunga più diffusa: quasi 2/3 del totale.

Si noti anche che la emofiltrazione (codice 39.95.8) era una procedura utilizzata raramente (circa lo 0,01%), riguardando di regola pazienti in rianimazione e/o con sepsi, per i quali è necessario rimuovere endotossine, citochine e altre impurità. Sussisteva, inoltre, un'altra prestazione di dialisi non convettiva: la 39.95.9 con tariffa di € 172,85, denominata EMODIALISI – EMOFILTRAZIONE, erogata in circa l'1,5% dei casi (dati consuntivi 2022 – 2023) e pressoché interamente solo da pochi centri privati.

Questa regolamentazione ha fatto sì che dal 2013 al 2022 l'importo unitario massimo, riconoscibile alle strutture private accreditate, ammontasse mediamente a circa € 178,70; e che dal 2023, a seguito dell'aumento della sopra citata soglia dal 20 al 25%, l'importo medio unitario massimo sia aumentato a circa € 182,06.

Il nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale richiede, tuttavia, una revisione delle regole sopra richiamate, poiché:

- ha aumentato ad € 240,00 la tariffa delle dialisi convettive 39.95.5 e 39.95.7;
- ha aumentato ad € 172,75 la tariffa della emodialisi più diffusa: 39.95.4;
- ha ridotto ad € 206,55 la tariffa della emofiltrazione 39.95.8;
- ha soppresso la prestazione di EMODIALISI – EMOFILTRAZIONE codice 39.95.9;
- ha introdotto diversi nuovi codici di prestazioni di dialisi, soggette a specifici requisiti organizzativi e di appropriatezza, da applicarsi in casi molto particolari e limitati: con infusione di nutrienti, con membrane speciali, ecc.

Al fine di evitare possibili comportamenti opportunistici, consentendo comunque l'incremento dal 2025 a circa € 189,56 dell'importo medio unitario massimo, i criteri fissati nell'art. 5, comma 1, dello schema di contratto con i centri privati di dialisi sono quindi aggiornati dalla presente delibera come segue: *“Le prestazioni di cui al precedente art. 4 sono remunerate applicando le tariffe di cui al nomenclatore regionale e relativo catalogo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, approvato dalla DGRC n. 660/2024 e s.m.i., applicando a ciascuna struttura la soglia massima annua di fatturazione del numero delle prestazioni di dialisi convettive con codice 39.95.5 e 39.95.7, rispetto al totale delle prestazioni di dialisi effettuate dallo stesso centro privato nel medesimo anno solare (elevata dal 20% al 25% dalla DGRC n. 189/2023); le prestazioni di dialisi convettive con codice*

*39.95.5 e 39.95.7, eccedenti detta soglia, nonché tutte le altre prestazioni di dialisi o emofiltrazione (nei casi in cui siano appropriate e la struttura ne abbia i requisiti) saranno remunerate in misura non superiore alla tariffa della dialisi non convettiva con codice 39.95.4. Per l'esercizio 2024 si conferma la regolamentazione stabilita nell'art. 5, comma 1, del contratto provvisorio ex DGRC n. 800/2023".*

### **5.2 Prestazioni erogabili sia in FKT che in altre branche**

Si è riscontrato che alcune prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa, che nel DPCM del 12 gennaio 2017 sono considerate prescrivibili sia in tale branca, sia in altre branche specialistiche, nel Nomenclatore e Catalogo regionale, di cui all'Allegato n. 2 alla DGRC n. 660/2024 ed all'Allegato n. 1 alla DGRC n. 80/2025, sono prescrivibili solo nei Pacchetti Riabilitativi, definiti nell'Allegato n. 3 alla DGRC n. 660/2024. Mentre nel Nomenclatore e Catalogo regionale precedente, tali prestazioni erano erogabili anche da parte di strutture accreditate in altre branche.

Si ritiene opportuno, quindi, allineare il nuovo Nomenclatore e Catalogo regionale alle indicazioni recate dal DPCM del 12 gennaio 2017, modificando i suddetti allegati alle DGRC n. 660/2024 e n. 80/2025 tramite la tabella che forma l'Allegato n. 1 alla presente delibera.

**Allegato A\1: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Protocollo con le Associazioni della Dialisi ambulatoriale)**

**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 2025 da parte delle strutture private accreditate ed i correlati limiti di  
spesa, e \_\_\_\_\_ (conferma / modifica) anno 2024.**

**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 massimi e i correlati limiti di spesa per le prestazioni di assistenza specialistica  
ambulatoriale - branca di EMODIALISI AMBULATORIALE - per l'anno 2025, in via provvisoria,  
e per \_\_\_\_\_ (specificare: confermare / modificare) il limite di spesa 2024.

**PREMESSO**

- che la DGRC n. 800 del 29.12.2023, ha definito i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2023 e, in via provvisoria, per l'anno 2024, per le prestazioni di dialisi ambulatoriale;
- che la DGRC n. 757 del 27.12.2024 ha approvato in via definitiva i volumi di prestazioni di dialisi ambulatoriale ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2024 e, in via provvisoria, per l'anno 2025, rinviando ad una successiva delibera l'adozione degli schemi contrattuali, che le ASL competenti per territorio devono predisporre per confermare o modificare i contratti già stipulati - in via provvisoria - per l'esercizio 2024 ai sensi della DGRC n. 800/2023, nonché per fissare i limiti di spesa 2025 provvisori; delibera poi approvata con n. \_\_\_\_ del \_\_/\_\_/2025;
- che il Direttore Generale della sottoscritta ASL, in attuazione delle disposizioni recate dalla richiamata DGRC n. 757/2024, con propria delibera n. \_\_\_\_ del \_\_/\_\_/2025 ha stabilito in via provvisoria per ciascuna struttura privata accreditata i limiti massimi di spesa nell'esercizio 2025, entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie relativamente alla branca di dialisi ambulatoriale;
- che il presente protocollo si uniforma ai nuovi schemi contrattuali, approvati dalla richiamata DGRC n. \_\_\_\_ del \_\_/\_\_/2025;

**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, in via provvisoria, dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE da erogarsi da parte delle strutture private accreditate operanti nel territorio della sottoscritta ASL nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2025 ed i correlati limiti di spesa, nonché la \_\_\_\_\_ (specificare: conferma / modifica) del limite di spesa 2024.

**Allegato A\1: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Protocollo con le Associazioni della Dialisi ambulatoriale)**

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

2. Il volume di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1/1 – 31/12/2025 dalle strutture private accreditate, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2025, è stabilito in n. .... (prestazioni); mentre per l'esercizio 2024 si \_\_\_\_\_ (*si conferma, oppure, si modifica*) il volume di prestazioni già previsto ai sensi della DGRC n. 800/2023 (*in caso di modifica: stabilendolo 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 via provvisoria, in € \_\_\_\_\_ per l'anno 2025 e \_\_\_\_\_ (*specificare: confermato / modificato*) in € \_\_\_\_\_ per l'esercizio 2024.
2. Il limite di spesa fissato al comma precedente potrà essere utilizzato da ciascuna struttura privata accreditata per utenti residenti fuori regione per una percentuale non superiore all'1% (uno per cento), fatta salva la eventuale maggiore percentuale risultante dalla applicazione in singoli casi del criterio richiamato nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023.

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

1. Le prestazioni di cui al precedente art. 4 sono remunerate applicando le tariffe di cui al nomenclatore regionale e relativo catalogo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, approvato dalla DGRC n. 660/2024 e s.m.i., applicando a ciascuna struttura la soglia massima annua di fatturazione del numero delle prestazioni di dialisi convettive con codice 39.95.5 e 39.95.7, rispetto al totale delle prestazioni di dialisi effettuate dallo stesso centro privato nel medesimo anno solare (elevata dal 20% al 25% dalla DGRC n. 189/2023); le prestazioni di dialisi convettive con codice 39.95.5 e 39.95.7, eccedenti detta soglia, nonché tutte le altre prestazioni di dialisi o emofiltrazione (nei casi in cui siano appropriate e la struttura ne abbia i requisiti) saranno remunerate in misura non superiore alla tariffa della dialisi non convettiva con codice 39.95.4. Per l'esercizio 2024 si conferma la regolamentazione stabilita nell'art. 5, comma 1, del contratto provvisorio ex DGRC n. 800/2023.
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 del limite di spesa indicato al precedente art. 4.
3. Le parti si danno atto che eventuali superamenti del limite di spesa di cui al precedente art. 4 potranno essere remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, previa stipula di apposito accordo integrativo tra la ASL ed i centri privati operanti sul proprio territorio, applicando le stesse condizioni e modalità stabilite per l'esercizio 2024 dalla DGRC n. 800/2023, citata in premessa.

**Allegato A\1: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Protocollo con le Associazioni della Dialisi ambulatoriale)**

4. La sottoscritta Associazione prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse a condizione che sia stata registrata la loro erogazione sul **Sistema CUP Sinfonia** in data non anteriore alla loro prenotazione.

**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 tra le Associazioni di categoria e l'ASL. 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. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
  - a) monitoraggio MENSILE 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) 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 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. 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 alla struttura privata un acconto mensile pari all'85% della produzione mensile liquidabile entro il limite di spesa di cui al precedente art. 4, a condizione che siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente: in

**Allegato A\1: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Protocollo con le Associazioni della Dialisi ambulatoriale)**

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 della struttura privata, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime. **Si sottolinea, inoltre, che per le prestazioni erogate a partire dal 1° giugno 2025 deve essere rispettata la condizione posta nell'art. 5, comma 4.**
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

**Allegato A\1: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Protocollo con le Associazioni della Dialisi ambulatoriale)**

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 ed operare con continuità nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (Sistema **IN**FOrmativo 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 dovrà avvenire attraverso l'utilizzo del Sistema CUP SINFONIA, attraverso agende informatizzate di prenotazione a carico del SSR, secondo le modalità operative ed evolutive stabilite dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e/o dalla Giunta regionale;
  - 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, comprese quelle con onere a carico dell'assistito, 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 Associazione prende atto che le strutture private sono tenute a mettere e mantenere a disposizione del Sistema CUP SINFONIA il 100% delle proprie agende digitali - in sola visibilità - per tutte le prestazioni oggetto del presente contratto; sono tenute, altresì, ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali per classi di priorità e ad effettuare la presa in carico dell'utente per le prestazioni relative ai follow-up.
3. 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. Si precisa che nel debito informativo della struttura rientrano anche i dati e i documenti clinici (ai fini del FSE di cui al successivo art. 10) inerenti alle prestazioni sanitarie erogate in regime privatistico.

## **Allegato A\1: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (Protocollo con le Associazioni della Dialisi ambulatoriale)**

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.

4. 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.
5. 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. L'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico dovrà avvenire secondo le nuove Linee Guida FSE 2.0 ai sensi dei Decreti del Ministro della Salute del 20 maggio 2022 - *Linee Guida per l'Attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico* (G.U. n. 160 del 11.07.2022), del 9 settembre 2023 - *Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0* (G.U. n. 249 del 24.10.2023), e s.m.i.
3. Ai fini della corretta gestione dei dati personali delle prestazioni oggetto del presente protocollo, 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.
4. 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

**Allegato A\1: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Protocollo con le Associazioni della Dialisi ambulatoriale)**

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 2025, nonché all'esercizio 2024, in esecuzione delle delibere richiamate in premessa.
2. Il presente protocollo sarà adeguato ai successivi provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.
3. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente protocollo è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
4. La sottoscritta Associazione dichiara espressamente di conoscere le delibere richiamate in premessa.

**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 ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente accordo.

li ....., \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Timbro e firma della ASL \_\_\_\_\_  
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della Associazione

**Allegato A\1: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Protocollo con le Associazioni della Dialisi ambulatoriale)**

---

Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui: all'art. 5, comma 4: *“La sottoscritta Associazione prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse a condizione che sia stata registrata la loro erogazione sul Sistema CUP Sinfonia in data non anteriore alla loro prenotazione”*; 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”*, l'art. 11, comma 3: *“Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente protocollo è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti”* e l'intero art. 12 (Clausola di salvaguardia) del presente protocollo, che si ripete per espressa accettazione:

*“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 ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente accordo”.*

Timbro e firma della ASL \_\_\_\_\_  
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della Associazione

**Allegato A\2: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024  
(Contratto Dialisi ambulatoriale)**

**Contratto TRA**

La struttura privata ..... - (cod. NSIS .....)  
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 massimi e i correlati limiti di spesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - branca di EMODIALISI AMBULATORIALE - per l'anno 2025, in via provvisoria, e per \_\_\_\_\_ (*specificare: confermare / modificare*) il limite di spesa 2024.

**PREMESSO**

- che la DGRC n. 800 del 29.12.2023, ha definito i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2023 e, in via provvisoria, per l'anno 2024, per le prestazioni di dialisi ambulatoriale;
- che la DGRC n. 757 del 27.12.2024 ha approvato in via definitiva i volumi di prestazioni di dialisi ambulatoriale ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2024 e, in via provvisoria, per

## **Allegato A\2: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (Contratto Dialisi ambulatoriale)**

l'anno 2025, rinviando ad una successiva delibera l'adozione degli schemi contrattuali, che le ASL competenti per territorio devono predisporre per confermare o modificare i contratti già stipulati - in via provvisoria - per l'esercizio 2024 ai sensi della DGRC n. 800/2023, nonché per fissare i limiti di spesa 2025 provvisori; delibera poi approvata con n. \_\_\_\_ del \_\_/\_\_/2025;

- che il Direttore Generale della sottoscritta ASL, in attuazione delle disposizioni recate dalla richiamata DGRC n. 757/2024, con propria delibera n. \_\_\_\_ del \_\_/\_\_/2025 ha stabilito in via provvisoria per ciascuna struttura privata accreditata i limiti massimi di spesa nell'esercizio 2025, entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie relativamente alla branca 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 \_\_/\_\_/2025;

### **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, in via provvisoria, dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2025, da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa, nonché la \_\_\_\_\_ (*specificare: conferma / modifica*) del limite di spesa 2024.

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

2. Il volume di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1/1 – 31/12/2025 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2025, è stabilito in n. .... (prestazioni); mentre per l'esercizio 2024 si \_\_\_\_\_ (*si conferma, oppure, si modifica*) il volume di prestazioni già previsto nel contratto provvisorio (*in caso di modifica: stabilendolo 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 via provvisoria, in € \_\_\_\_\_ per l'anno 2025 e \_\_\_\_\_ (*specificare: confermato / modificato*) in € \_\_\_\_\_ per l'esercizio 2024.
2. Il limite di spesa fissato al comma precedente, in applicazione del criterio richiamato nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023, potrà essere utilizzato per utenti residenti fuori regione per una percentuale non superiore al \_\_\_\_% (\_\_\_\_\_ per cento), per il 2025; mentre per l'esercizio 2024, in via definitiva, si \_\_\_\_\_ (*si conferma, oppure, si modifica*) il limite di utilizzo per utenti residenti fuori regione, già previsto nel contratto provvisorio (*in caso di modifica: stabilendolo in una percentuale non superiore al \_\_\_\_% (\_\_\_\_\_ per cento)*).

**Allegato A\2: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024  
(Contratto Dialisi ambulatoriale)**

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

1. Le prestazioni di cui al precedente art. 4 sono remunerate applicando le tariffe di cui al nomenclatore regionale e relativo catalogo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, approvato dalla DGRC n. 660/2024 e s.m.i., applicando a ciascuna struttura la soglia massima annua di fatturazione del numero delle prestazioni di dialisi convettive con codice 39.95.5 e 39.95.7, rispetto al totale delle prestazioni di dialisi effettuate dallo stesso centro privato nel medesimo anno solare (elevata dal 20% al 25% dalla DGRC n. 189/2023); le prestazioni di dialisi convettive con codice 39.95.5 e 39.95.7, eccedenti detta soglia, nonché tutte le altre prestazioni di dialisi o emofiltrazione (nei casi in cui siano appropriate e la struttura ne abbia i requisiti) saranno remunerate in misura non superiore alla tariffa della dialisi non convettiva con codice 39.95.4. Per l'esercizio 2024 si conferma la regolamentazione stabilita nell'art. 5, comma 1, del contratto provvisorio ex DGRC n. 800/2023.
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 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, applicando le stesse condizioni e modalità stabilite per l'esercizio 2024 dalla DGRC n. 800/2023, citata in premessa.
4. La sottoscritta struttura privata prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse a condizione che sia stata registrata la loro erogazione sul **Sistema CUP Sinfonia** in data non anteriore alla loro prenotazione.

**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 tra le Associazioni di categoria e l'ASL. 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. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
  - a) monitoraggio MENSILE 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;

**Allegato A\2: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024  
(Contratto Dialisi ambulatoriale)**

- b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
- 3. 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 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 contratto, 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% della produzione mensile liquidabile entro il limite di spesa di cui al precedente art. 4, 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

## **Allegato A\2: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (Contratto Dialisi ambulatoriale)**

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. **Si sottolinea, inoltre, che per le prestazioni erogate a partire dal 1° giugno 2025 deve essere rispettata la condizione posta nell'art. 5, comma 4.**

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, 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:

**Allegato A\2: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Dialisi ambulatoriale)**

- a) ad entrare ed operare con continuità nel circuito della rete informatica denominata “SINFONIA” (Sistema **INFO**rativo sa**N**ità 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 dovrà avvenire attraverso l’utilizzo del Sistema CUP SINFONIA, attraverso agende informatizzate di prenotazione a carico del SSR, secondo le modalità operative ed evolutive stabilite dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e/o dalla Giunta regionale;
  - 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, comprese quelle con onere a carico dell’assistito, 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 struttura privata è tenuta a mettere e mantenere a disposizione del Sistema CUP SINFONIA il 100% delle proprie agende digitali - in sola visibilità - per tutte le prestazioni oggetto del presente contratto; è tenuta, altresì, ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali per classi di priorità e ad effettuare la presa in carico dell’utente per le prestazioni relative ai follow-up.
  3. 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. Si precisa che nel debito informativo della struttura rientrano anche i dati e i documenti clinici (ai fini del FSE di cui al successivo art. 10) inerenti alle prestazioni sanitarie erogate in regime privatistico. 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.
  4. 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.
  5. 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

## **Allegato A\2: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (Contratto Dialisi ambulatoriale)**

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. L'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico dovrà avvenire secondo le nuove Linee Guida FSE 2.0 ai sensi dei Decreti del Ministro della Salute del 20 maggio 2022 - *Linee Guida per l'Attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico* (G.U. n. 160 del 11.07.2022), del 9 settembre 2023 - *Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0* (G.U. n. 249 del 24.10.2023), e s.m.i.
3. 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.
4. 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).

**Allegato A\2: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024  
(Contratto Dialisi ambulatoriale)**

**Art. 11  
(efficacia del contratto e norme finali)**

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2025, nonché all'esercizio 2024, in esecuzione delle delibere richiamate in premessa.
2. Il presente contratto sarà adeguato ai successivi provvedimenti regionali in materia, qualora 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, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
4. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere le delibere richiamate in premessa.

**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 alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate 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. 5, comma 4: *“La sottoscritta struttura privata prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse a condizione che sia stata registrata la loro erogazione sul Sistema CUP Sinfonia in data non anteriore alla loro prenotazione”*; 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”*, l'art. 11, comma 3: *“Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto è di competenza esclusiva del*

**Allegato A\2: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024  
(Contratto Dialisi ambulatoriale)**

*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” e l'intero art. 12 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto, che si ripete per espressa accettazione:*

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

Timbro e firma della ASL \_\_\_\_\_  
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della struttura privata

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allegato A\4: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)**

**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 i volumi massimi e i correlati limiti di spesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - branca di \_\_\_\_\_ -, da erogarsi per l'anno 2025, in via provvisoria, e per \_\_\_\_\_ (*specificare: confermare / modificare*) il limite di spesa 2024.

**PREMESSO**

- che la DGRC n. 800 del 29.12.2023, ha definito i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2023 e, in via provvisoria, per l'anno 2024, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;

**Allegato A\4: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)**

- che la DGRC n. 757 del 27.12.2024 ha approvato in via definitiva i volumi di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2024 e, in via provvisoria, per l'anno 2025, rinviando ad una successiva delibera l'adozione degli schemi contrattuali, che le ASL competenti per territorio devono predisporre per confermare o modificare i contratti già stipulati - in via provvisoria - per l'esercizio 2024 ai sensi della DGRC n. 800/2023, nonché per fissare i limiti di spesa 2025 provvisori; delibera poi approvata con n. \_\_\_\_ del \_\_/\_\_/2025;
- che il Direttore Generale della sottoscritta ASL, in attuazione delle disposizioni recate dalla richiamata DGRC n. 757/2024, con propria delibera n. \_\_\_\_ del \_\_/\_\_/2025 ha stabilito in via provvisoria per ciascuna struttura privata accreditata i limiti massimi di spesa nell'esercizio 2025, entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie relativamente alla branca di \_\_\_\_\_;
- 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 \_\_/\_\_/2025;

**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, in via provvisoria, dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di \_\_\_\_\_ da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2025, da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa, nonché la \_\_\_\_\_ (*specificare: conferma / modifica*) del limite di spesa 2024.

**Art. 3**

**(quantità delle prestazioni)**

1. Il volume massimo delle prestazioni di cui all'art. 2, che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1/1 – 31/12/2025 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2025, è stabilito in n. .... (prestazioni); mentre per l'esercizio 2024 si \_\_\_\_\_ (*si conferma, oppure, si modifica*) il volume di prestazioni già previsto nel contratto provvisorio (*in caso di modifica: stabilendolo in n. .... prestazioni*).

**Art. 4**

**(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)**

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa relativa al volume di prestazioni determinato all'art. 3, comma 1, è fissato come segue:
  - a) in via provvisoria, in € \_\_\_\_\_ per l'anno 2025 e \_\_\_\_\_ (*specificare: confermato / modificato*) in € \_\_\_\_\_ per l'esercizio 2024, applicando le tariffe pro tempore vigenti,
  - b) in via provvisoria, in € \_\_\_\_\_ per l'anno 2025 e \_\_\_\_\_ (*specificare: confermato / modificato*) in € \_\_\_\_\_ per l'esercizio 2024, applicando le tariffe pro

**Allegato A\4: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)**

tempore 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. Il limite di spesa lorda e netta, fissato al comma precedente, in applicazione del criterio richiamato nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023, potrà essere utilizzato per utenti residenti fuori regione per una percentuale non superiore al \_\_\_\_% (\_\_\_\_\_ per cento), per il 2025; mentre per l'esercizio 2024, in via definitiva, si \_\_\_\_\_ (si conferma, oppure, si modifica) il limite di utilizzo per utenti residenti fuori regione, già previsto nel contratto provvisorio (in caso di modifica: stabilendolo in una percentuale non superiore al \_\_\_\_% (\_\_\_\_\_ per cento).
3. Il limite di spesa netta, 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 dei limiti complessivi di spesa stabiliti al precedente comma 1.
4. Per ciascun anno 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, 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 periodo 01/01/2025 - \_\_/\_\_/2025 dall'insieme delle strutture accreditate appartenenti alla stessa branca ed aventi la stessa classificazione.

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

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, è attualmente pari ad € \_\_\_\_\_, calcolato in base ai dati relativi alle prestazioni erogate nel periodo 01/01/2025 - \_\_/\_\_/2025 dall'insieme delle strutture accreditate appartenenti alla stessa branca ed aventi la stessa classificazione.

**(oppure: solo per Branche a Visita):**

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, calcolato in base ai dati relativi alle prestazioni erogate nel periodo 01/01/2025 - \_\_/\_\_/2025 (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".**

**Allegato A\4: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)**

**Art. 5**

**(criteri di remunerazione delle prestazioni)**

1. Le prestazioni di cui al precedente art. 4 sono remunerate applicando le tariffe di cui al nomenclatore regionale e relativo catalogo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, pro tempore vigente, al netto del ticket e della quota ricetta (e fatte salve eventuali successive 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 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.
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 dello stesso anno. 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).
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.

**Allegato A\4: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)**

6. La sottoscritta struttura privata prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse a condizione che:

- a) siano state prenotate nel **Sistema CUP Sinfonia** di cui al successivo art. 9, su agende configurate all'atto della prenotazione con **flag Online=SI**, ovvero, visibili e prenotabili oltre che dagli operatori della sottoscritta struttura, anche tramite tutti gli altri canali: APP, Portale CUP, Farmacie, ecc.;
- b) sia stata registrata la loro erogazione sul **Sistema CUP Sinfonia** in data non anteriore alla loro prenotazione,

con la sola eccezione delle prestazioni prenotate prima del 30 aprile 2025, oppure, delle prestazioni la cui prenotazione è riservata agli operatori della struttura privata: *follow up*, utenti residenti in altre regioni, STP ed ENI, sulla base delle disposizioni di riferimento.

**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. Al tavolo tecnico aziendale spettano, in particolare, i seguenti compiti:
  - a) monitoraggio MENSILE 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) 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) esame dei conteggi del valore medio delle prestazioni, forniti dal coordinatore del tavolo tecnico, 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
Radiodiagn ostica	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

**Allegato A\4: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)**

Medicina nucleare	Scintigrafie	Scintigrafie e PET (comprese le PET/TC)	Strutture accreditate per la MN soltanto per le PET/TC effettuate con macchina ibrida	
-------------------	--------------	---	---	--

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.
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), con possibilità per l’ASL di applicare una ulteriore diversificazione, laddove nell’ambito della tipologia B sussistono centri che effettuano o meno le prestazioni di PET/TC.

**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; e purché la fattura di acconto sia supportata dalla documentazione di una produzione complessiva liquidabile, cumulata dall’inizio dell’anno solare, non inferiore alla somma degli acconti già liquidati dall’inizio dell’anno solare (diversamente, l’acconto dovrà essere ridotto della eccedenza della produzione cumulata, rispetto alla somma degli acconti liquidati, fatta salva la possibilità di recupero nei mesi successivi). **Si sottolinea, inoltre, che per le prestazioni erogate a partire dal 1° giugno 2025 deve essere rispettata la condizione posta nell’art. 5, comma 6.**
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

**Allegato A\4: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
*(Contratto Specialistica Amb. 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 nella DGRC n. \_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_ richiamata 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. Entro il 30 giugno dell'anno successivo, previo accertamento del consuntivo regionale di tutte le branche della specialistica ambulatoriale, l'ASL liquiderà l'eventuale eccedenza facoltativa, fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) sul limite di spesa netta di cui al precedente comma 1, riconoscibile in parziale regressione tariffaria nella misura di almeno il 30% (trenta per cento), secondo i criteri stabiliti nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023 sopra citata.
6. 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.
7. 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.
8. 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.

**Allegato A\4: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)**

9. 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.
10. 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.
11. 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 alla sottoscritta struttura privata di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni (**VMP**), determinato secondo i criteri di cui all'art. 4 e all'art. 6, 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, fatto salvo quanto previsto al successivo comma 6.
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.

**Allegato A\4: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)**

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 contratto, comprese le attività svolte nell'ambito del tavolo tecnico.
6. In considerazione delle specificità della branca, l'ASL competente per territorio potrà consentire a propri centri di Diabetologia di derogare al limite del 10% di cui al precedente comma 2, fino a raggiungere un superamento massimo del VMP di branca del 50%, qualora il centro interessato rimanga entro una spesa annua per paziente di euro 240,00= (soglia di attenzione fissata dal DCA n. 88 del 24 luglio 2013, oltre la quale le ASL sono tenute ad effettuare approfondimenti e verifiche).

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

1. La sottoscritta struttura privata con la sottoscrizione del presente contratto si impegna:
  - a) ad entrare ed operare con continuità 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 dovrà avvenire attraverso l'utilizzo del Sistema CUP SINFONIA, attraverso agende informatizzate di prenotazione a carico del SSR, secondo le modalità operative ed evolutive stabilite dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e/o dalla Giunta regionale;
  - 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, comprese quelle con onere a carico dell'assistito, 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 struttura privata è tenuta a mettere e mantenere a disposizione del Sistema CUP SINFONIA il 100% delle proprie agende digitali, configurate con **flag Online=SI**, ovvero, visibili e prenotabili oltre che dagli operatori della sottoscritta struttura, anche tramite tutti gli altri canali: APP, Portale CUP, Farmacie, ecc., per tutte le prestazioni oggetto del presente contratto, ivi comprese (in sola visibilità) quelle la cui prenotazione è riservata dalle disposizioni vigenti agli operatori della struttura privata: *follow up*, utenti residenti in altre regioni, STP ed

**Allegato A\4: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)**

ENI; è tenuta, altresì, ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali per classi di priorità e ad effettuare la presa in carico dell'utente per le prestazioni relative ai follow-up.

3. 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. Si precisa che nel debito informativo della struttura rientrano anche i dati e i documenti clinici (ai fini del FSE di cui al successivo art. 10) inerenti alle prestazioni sanitarie erogate in regime privatistico. 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.
4. 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.
5. 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. L'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico dovrà avvenire secondo le nuove Linee Guida FSE 2.0 ai sensi dei Decreti del Ministro della Salute del 20 maggio 2022 - *Linee Guida per l'Attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico* (G.U. n. 160 del 11.07.2022), del 9 settembre 2023 - *Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0* (G.U. n. 249 del 24.10.2023), e s.m.i.
3. 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.
4. 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

**Allegato A\4: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)**

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 e norme finali)**

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2025, nonché all'esercizio 2024, 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.
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, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
4. 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

**Allegato A\4: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)**

alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate 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. 5, comma 6: *“La sottoscritta struttura privata prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse a condizione che: a) siano state prenotate nel Sistema CUP Sinfonia di cui al successivo art. 9, su agende configurate all'atto della prenotazione con flag Online=SI, ovvero, visibili e prenotabili oltre che dagli operatori della sottoscritta struttura, anche tramite tutti gli altri canali: APP, Portale CUP, Farmacie, ecc.; b) sia stata registrata la loro erogazione sul Sistema CUP Sinfonia in data non anteriore alla loro prenotazione, con la sola eccezione delle prestazioni prenotate prima del 30 aprile 2025, oppure, delle prestazioni la cui prenotazione è riservata agli operatori della struttura privata: follow up, utenti residenti in altre regioni, STP ed ENI, sulla base delle disposizioni di riferimento”;*

all'art. 7, comma 7: *“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”;*

all'art. 12, comma 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, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti”;*

e l'intero art. 13 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto, che si ripete per espressa accettazione:

*“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*

**Allegato A\4: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)**

*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 alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente contratto”.*

Timbro e firma della ASL \_\_\_\_\_  
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della struttura privata

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allegato A\3: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
*(Protocollo Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)*

**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 \_\_\_\_\_, da erogarsi da erogarsi per l'anno 2025 da parte delle strutture private accreditate ed i correlati limiti di spesa, e \_\_\_\_\_ (conferma / modifica) anno 2024.**

**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 massimi e i correlati limiti di spesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - branca di \_\_\_\_\_ -, da erogarsi per l'anno 2025, in via provvisoria, e per \_\_\_\_\_ (specificare: confermare / modificare) il limite di spesa 2024.

**PREMESSO**

- che la DGRC n. 800 del 29.12.2023, ha definito i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2023 e, in via provvisoria, per l'anno 2024, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- che la DGRC n. 757 del 27.12.2024 ha approvato in via definitiva i volumi di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2024 e, in via provvisoria, per l'anno 2025, rinviando ad una successiva delibera l'adozione degli schemi contrattuali, che le ASL competenti per territorio devono predisporre per confermare o modificare i contratti già stipulati - in via provvisoria - per l'esercizio 2024 ai sensi della DGRC n. 800/2023, nonché per fissare i limiti di spesa 2025 provvisori; delibera poi approvata con n. \_\_\_\_ del \_\_/\_\_/2025;
- che il Direttore Generale della sottoscritta ASL, in attuazione delle disposizioni recate dalla richiamata DGRC n. 757/2024, con propria delibera n. \_\_\_\_ del \_\_/\_\_/2025 ha stabilito in via provvisoria per ciascuna struttura privata accreditata i limiti massimi di spesa nell'esercizio 2025, entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie relativamente alla branca di \_\_\_\_\_;
- che il presente protocollo si uniforma ai nuovi schemi contrattuali, approvati dalla richiamata DGRC n. \_\_\_\_ del \_\_/\_\_/2025;

**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, in via provvisoria, dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di \_\_\_\_\_ da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2025, da parte delle strutture private accreditate operanti nel territorio della sottoscritta ASL ed i

**Allegato A\3: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Protocollo Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)**

correlati limiti di spesa, nonché la \_\_\_\_\_ (specificare: conferma / modifica) del limite di spesa 2024.

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

1. Il volume massimo delle prestazioni di cui all'art. 2, che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1/1 – 31/12/2025 dalle strutture private accreditate, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2025, è stabilito in n. .... (prestazioni); mentre per l'esercizio 2024 si \_\_\_\_\_ (si conferma, oppure, si modifica) il volume di prestazioni già previsto ai sensi della DGRC n. 800/2023 (in caso di modifica: stabilendolo in n. .... prestazioni).

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

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa relativa al volume di prestazioni determinato all'art. 3, comma 1, è fissato come segue:
  - a) in via provvisoria, in € \_\_\_\_\_ per l'anno 2025 e \_\_\_\_\_ (specificare: confermato / modificato) in € \_\_\_\_\_ per l'esercizio 2024, applicando le tariffe pro tempore vigenti,
  - b) in via provvisoria, in € \_\_\_\_\_ per l'anno 2025 e \_\_\_\_\_ (specificare: confermato / modificato) in € \_\_\_\_\_ per l'esercizio 2024, applicando le tariffe pro tempore 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. Il limite di spesa lorda e netta, fissato al comma precedente, potrà essere utilizzato da ciascuna struttura privata accreditata per utenti residenti fuori regione per una percentuale non superiore all'1% (uno per cento), fatta salva la eventuale maggiore percentuale risultante dalla applicazione in singoli casi del criterio richiamato nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023.
3. Il limite di spesa netta, 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 dei limiti complessivi di spesa stabiliti al precedente comma 1.
4. Per ciascun anno 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. La sottoscritta ASL dà atto che, in base ai dati relativi alle prestazioni erogate nel periodo 01/01/2025 - \_\_/\_\_/2025 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, è attualmente pari:

(per la **Diabetologia**) ad € \_\_\_\_\_;

(oppure, per la **Cardiologia**) ad € \_\_\_\_\_;

(oppure, per la **Radiodiagnostica**)

**Allegato A\3: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Protocollo Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)**

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”;  
ad € \_\_\_\_\_ per le strutture accreditate classificate in Tipologia “C”.

**(oppure: solo per Branche a Visita):**

€ \_\_\_\_\_ 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. Le prestazioni di cui al precedente art. 4 sono remunerate applicando le tariffe di cui al nomenclatore regionale e relativo catalogo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, pro tempore vigente, al netto del ticket e della quota ricetta (e fatte salve eventuali successive 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 dalle strutture private accreditate, 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 da ciascuna 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 dello stesso anno. 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

### **Allegato A\3: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (Protocollo Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)**

prescrizione del MMG (“U” = “Priorità Urgente”, oppure “B” = “Priorità Breve”, poi riportata nel campo “35.0: Livello di Priorità della richiesta” del FILE C).

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.
6. La sottoscritta Associazione prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse a condizione che:
  - a) siano state prenotate nel **Sistema CUP Sinfonia** di cui al successivo art. 9, su agende configurate all’atto della prenotazione con **flag Online=SI**, ovvero, visibili e prenotabili oltre che dagli operatori della struttura privata, anche tramite tutti gli altri canali: APP, Portale CUP, Farmacie, ecc.;
  - b) sia stata registrata la loro erogazione sul **Sistema CUP Sinfonia** in data non anteriore alla loro prenotazione,con la sola eccezione delle prestazioni prenotate prima del 30 aprile 2025, oppure, delle prestazioni la cui prenotazione è riservata agli operatori della struttura privata: *follow up*, utenti residenti in altre regioni, STP ed ENI, sulla base delle disposizioni di riferimento.

#### **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. Al tavolo tecnico aziendale spettano, in particolare, i seguenti compiti:

**Allegato A\3: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
*(Protocollo Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)*

- a) monitoraggio MENSILE 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) 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) esame dei conteggi del valore medio delle prestazioni, forniti dal coordinatore del tavolo tecnico, 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 (comprese le PET/TC)	Strutture accreditate per la MN soltanto per le PET/TC effettuate con macchina ibrida	

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.
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), con possibilità per l'ASL di applicare una ulteriore diversificazione, laddove nell'ambito della tipologia B sussistono centri che effettuano o meno le prestazioni di PET/TC.

**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 alla struttura privata un acconto mensile pari al 95% di un dodicesimo del tetto annuo di spesa al netto della

**Allegato A\3: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Protocollo Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)**

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; e purché la fattura di acconto sia supportata dalla documentazione di una produzione complessiva liquidabile, cumulata dall'inizio dell'anno solare, non inferiore alla somma degli acconti già liquidati dall'inizio dell'anno solare (diversamente, l'acconto dovrà essere ridotto della eccedenza della produzione cumulata, rispetto alla somma degli acconti liquidati, fatta salva la possibilità di recupero nei mesi successivi). **Si sottolinea, inoltre, che per le prestazioni erogate a partire dal 1° giugno 2025 deve essere rispettata la condizione posta nell'art. 5, comma 6.**

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 sfornamento del vincolo di costo medio saranno applicate dalla ASL a partire dal saldo del primo semestre, e saranno congruagliate 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 nella DGRC n. \_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_ richiamata 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. Entro il 30 giugno dell'anno successivo, previo accertamento del consuntivo regionale di tutte le branche della specialistica ambulatoriale, l'ASL liquiderà l'eventuale eccedenza facoltativa, fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) sul limite individuale di spesa netta, assegnato a ciascuna struttura ai sensi del precedente comma 1, riconoscibile in parziale regressione tariffaria nella misura di almeno il 30% (trenta per cento), secondo i criteri stabiliti nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023 sopra citata.
6. 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

**Allegato A\3: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Protocollo Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)**

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

7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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 private 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 a ciascuna struttura privata di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni (**VMP**), determinato secondo i criteri di cui all'art. 4 e all'art. 6, 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

**Allegato A\3: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Protocollo Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)**

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, fatto salvo quanto previsto al successivo comma 6.
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 disequilibranze 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.
6. In considerazione delle specificità della branca, l'ASL competente per territorio potrà consentire a propri centri di Diabetologia di derogare al limite del 10% di cui al precedente comma 2, fino a raggiungere un superamento massimo del VMP di branca del 50%, qualora il centro interessato rimanga entro una spesa annua per paziente di euro 240,00= (soglia di attenzione fissata dal DCA n. 88 del 24 luglio 2013, oltre la quale le ASL sono tenute ad effettuare approfondimenti e verifiche).

**Art. 9**

**(debito informativo e CUP regionale)**

1. Le strutture private accreditate sono impegnate:
  - a) ad entrare ed operare con continuità nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (Sistema **IN**Formativo 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 dovrà avvenire attraverso l'utilizzo del Sistema CUP SINFONIA, attraverso agende informatizzate di prenotazione a carico del SSR, secondo le modalità operative ed evolutive stabilite dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e/o dalla Giunta regionale;
  - 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, comprese quelle con onere a carico dell'assistito, 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.;

**Allegato A\3: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Protocollo Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)**

- 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 Associazione prende atto che le strutture private sono tenute a mettere e mantenere a disposizione del Sistema CUP SINFONIA il 100% delle proprie agende digitali, configurate con **flag Online=SI**, ovvero, visibili e prenotabili oltre che dagli operatori della sottoscritta struttura, anche tramite tutti gli altri canali: APP, Portale CUP, Farmacie, ecc., per tutte le prestazioni oggetto del presente protocollo, ivi comprese (in sola visibilità) quelle la cui prenotazione è riservata dalle disposizioni vigenti agli operatori della struttura privata: *follow up*, utenti residenti in altre regioni, STP ed ENI; sono tenute, altresì, ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali per classi di priorità e ad effettuare la presa in carico dell'utente per le prestazioni relative ai follow-up.
  3. 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. Si precisa che nel debito informativo della struttura rientrano anche i dati e i documenti clinici (ai fini del FSE di cui al successivo art. 10) inerenti alle prestazioni sanitarie erogate in regime privatistico. 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.
  4. 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.
  5. 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. L'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico dovrà avvenire secondo le nuove Linee Guida FSE 2.0 ai sensi dei Decreti del Ministro della Salute del 20 maggio 2022 - *Linee Guida*

**Allegato A\3: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Protocollo Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)**

per l'Attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (G.U. n. 160 del 11.07.2022), del 9 settembre 2023 - Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 (G.U. n. 249 del 24.10.2023), e s.m.i.

3. Ai fini della corretta gestione dei dati personali delle prestazioni oggetto del presente protocollo, 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.
4. 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 e norme finali)**

1. Il presente protocollo si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2025, nonché all'esercizio 2024, in esecuzione delle delibere richiamate in premessa.
2. Il presente protocollo sarà adeguato ad eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.
3. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente protocollo è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
4. La sottoscritta Associazione dichiara espressamente di conoscere le delibere richiamate in premessa.

**Allegato A\3: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Protocollo Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)**

**Art. 13**  
**(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 ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente accordo.

lì ..... , \_\_\_ / \_\_\_\_\_

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. 5, comma 6: *“La sottoscritta Associazione prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse a condizione che: a) siano state prenotate nel Sistema CUP Sinfonia di cui al successivo art. 9, su agende configurate all’atto della prenotazione con flag Online=SI, ovvero, visibili e prenotabili oltre che dagli operatori della struttura privata, anche tramite tutti gli altri canali: APP, Portale CUP, Farmacie, ecc.; b) sia stata registrata la loro erogazione sul Sistema CUP Sinfonia in data non anteriore alla loro prenotazione, con la sola eccezione delle prestazioni prenotate prima del 30 aprile 2025, oppure, delle prestazioni la cui prenotazione è riservata agli operatori della struttura privata: follow up, utenti residenti in altre regioni, STP ed ENI, sulla base delle disposizioni di riferimento.”;*

all'art. 7, comma 7: *“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”;*

all'art. 12, comma 3: *“Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente protocollo è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti”;*

**Allegato A\3: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Protocollo Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)**

e l'intero art. 13 (*Clausola di salvaguardia*) del presente protocollo, che si ripete per espressa accettazione:

“Art. 13

(*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 ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente accordo”.*

Timbro e firma della ASL \_\_\_\_\_  
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della Associazione

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allegato A\6: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024  
(Contratto Laboratorio di Analisi)**

**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 i volumi massimi e i correlati limiti di spesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - branca di Laboratorio di Analisi (Patologia Clinica) per l'anno 2025 -, in via provvisoria, e per \_\_\_\_\_ (*specificare: confermare / modificare*) il limite di spesa 2024, ed i correlati limiti di spesa.

**PREMESSO**

- che la DGRC n. 800 del 29.12.2023, ha definito i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2023 e, in via provvisoria, per l'anno 2024, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- che la DGRC n. 757 del 27.12.2024 ha approvato in via definitiva i volumi di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2024 e, in via provvisoria, per l'anno 2025, rinviando ad una successiva delibera l'adozione degli schemi

## **Allegato A\6: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (Contratto Laboratorio di Analisi)**

contrattuali, che le ASL competenti per territorio devono predisporre per confermare o modificare i contratti già stipulati - in via provvisoria - per l'esercizio 2024 ai sensi della DGRC n. 800/2023, nonché per fissare i limiti di spesa 2025 provvisori;

- che la DGRC n. 80 del 24.02.2025 ha approvato diverse indicazioni operative, tra le quali si evidenzia:
  - l'associazione delle prestazioni LEA di specialistica ambulatoriale ai settori specializzati in cui sono accreditati i laboratori di analisi;
  - l'applicazione della classificazione cd. "FA-RE" alle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
  - una parziale flessibilità del tetto di spesa relativo alle prestazioni di Microbiologia / Virologia, Anatomia ed Istologia Patologica, confluite nell'Allegato n. 3 alla DGRC n. 757/2024;
- che il Direttore Generale della sottoscritta ASL, in attuazione delle disposizioni recate dalle richiamate DGRC n. 757/2024 e n. 80/2025, con propria delibera n. \_\_\_\_ del \_\_/\_\_/2025 ha stabilito in via provvisoria per ciascuna struttura privata accreditata i limiti massimi di spesa nell'esercizio 2025, entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie relativamente alla branca di Laboratorio di Analisi (Patologia Clinica);
- che, recependo anche le disposizioni recate dalla DGRC n. 80/2025, la Giunta regionale con delibera n. \_\_\_\_ del \_\_/\_\_/2025 ha approvato i nuovi schemi dei contratti ex art. 8-quinquies con gli erogatori privati accreditati, previsti dalla DGRC n. 757/2024, ai quali il presente contratto si uniforma;

### **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, in via provvisoria, dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di Laboratorio di Analisi (Patologia Clinica) da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2025, da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa, nonché la \_\_\_\_\_ (*specificare: conferma / modifica*) del limite di spesa 2024.
2. In conformità alla DGRC n. 80/2025, richiamata in premessa, dal 1° gennaio 2025 il budget delle prestazioni di Laboratorio di Analisi non è più suddiviso fra prestazioni "**non R**" e "**R**", ma fra prestazioni NON rientranti nell'Allegato n. 3 alla DGRC n. 757/2024 (d'ora innanzi, per brevità: "**Non\_All\_3**"), e prestazioni rientranti nell'Allegato n. 3 alla DGRC n. 757/2024 (d'ora innanzi, per brevità: "**All\_3**").

#### **Art. 3**

##### **(quantità delle prestazioni)**

1. Il volume massimo delle prestazioni di Laboratorio di Analisi (Patologia Clinica), che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1/1 – 31/12/2025 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2025, è stabilito in n. .... prestazioni, di cui:
  - a) n. \_\_\_\_\_ prestazioni "**Non\_All\_3**", di cui il \_\_\_% (\_\_\_\_\_ per cento) per utenti residenti fuori regione;
  - b) n. \_\_\_\_\_ prestazioni "**All\_3**", di cui il \_\_\_% (\_\_\_\_\_ per cento) per utenti residenti fuori regione;

**Allegato A\6: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Laboratorio di Analisi)**

mentre per l'esercizio 2024 si \_\_\_\_\_ (si conferma, oppure, si modifica) il volume di prestazioni già previsto nel contratto provvisorio (in caso di modifica: stabilendolo in n. .... prestazioni, di cui:

- c) n. \_\_\_\_\_ prestazioni non "R", di cui il \_\_\_% (\_\_\_\_\_ per cento) per utenti residenti fuori regione;
- d) 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;
- e) 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).

**Art. 4**

**(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)**

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa relativa al volume di prestazioni di Patologia Clinica, determinato all'art. 3, comma 1, è fissato per l'anno 2025, in via provvisoria, in:

- a) € \_\_\_\_\_, applicando le tariffe vigenti nel corso del 2025, di cui:
  - 1) € \_\_\_\_\_ per le prestazioni "**Non\_All\_3**";
  - 2) € \_\_\_\_\_ per le prestazioni "**All\_3**";
- b) € \_\_\_\_\_, applicando le tariffe vigenti nel corso del 2025, al netto della compartecipazione dell'utente (ticket e quota ricetta regionale di cui al DCA n. 53/2010 e s.m.i.), di cui:
  - 1) € \_\_\_\_\_ per le prestazioni "**Non\_All\_3**";
  - 2) € \_\_\_\_\_ per le prestazioni "**All\_3**";

mentre per l'esercizio 2024, in via definitiva, \_\_\_\_\_ (si conferma, oppure, si modifica) il limite di spesa già previsto nel contratto provvisorio, stipulato per lo stesso esercizio ai sensi della DGRC n. 800/2023, come segue:

- c) € \_\_\_\_\_, applicando le tariffe vigenti nel corso del 2024, 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;
- d) € \_\_\_\_\_, applicando le tariffe vigenti nel corso del 2024, al netto della compartecipazione dell'utente (ticket e quota ricetta regionale di cui al DCA 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 richiamato nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023, nell'esercizio 2025 potrà essere utilizzato per utenti residenti fuori regione per una percentuale non superiore:

- a) al \_\_\_% (\_\_\_\_\_ per cento) per le prestazioni "**Non\_All\_3**";
- b) al \_\_\_% (\_\_\_\_\_ per cento) per le prestazioni "**All\_3**";

**Allegato A\6: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Laboratorio di Analisi)**

mentre per l'esercizio 2024, in via definitiva, si \_\_\_\_\_ (si conferma, oppure, si modifica) il limite di utilizzo per utenti residenti fuori regione, già previsto nel contratto provvisorio (in caso di modifica: stabilendolo in 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. Inoltre,

per l'esercizio 2025:

- a) i Laboratori di Analisi che ne abbiano i requisiti di accreditamento, dopo avere esaurito la componente "**All\_3**" del loro tetto di spesa, potranno utilizzare fino ad un massimo del 15% (quindici per cento) della componente "**Non\_All\_3**" del loro tetto di spesa, per erogare ulteriori prestazioni di Microbiologia/virologia e di Anatomia ed istologia patologica (codici L59 e L60 della classificazione FA.RE.), rientranti nell'Allegato n. 3 alla DGRC n. 757/2024;
- b) l'eventuale sotto utilizzo della componente "**All\_3**" del loro tetto di spesa sarà attribuito ad incremento di pari importo della componente "**Non\_All\_3**" del loro tetto di spesa (e non viceversa);
- c) qualora nel precedente comma 1 i limiti di spesa lorda e netta per le prestazioni "**All\_3**" siano inferiori al 2% dell'importo totale del tetto di spesa lorda e netta, è consentito (in presenza dei requisiti di accreditamento) di incrementare i limiti di spesa lorda e netta per le prestazioni "**All\_3**" fino al 2% dell'importo totale del tetto di spesa lorda e netta, mediante una corrispondente riduzione del limite di spesa per le prestazioni "**Non\_All\_3**", tale da rispettare il complessivo tetto di spesa NETTA, stabilito nel precedente comma 1, lettera b).

mentre per l'esercizio 2024 si confermano le seguenti disposizioni, già stabilite nello schema di contratto approvato dalla DGRC n. 800/2023:

- d) è 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);
- e) qualora la somma degli importi riguardanti le prestazioni "R" sia inferiore al 2% dell'importo totale del complessivo tetto di spesa lorda e netta, 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 lorda e netta, stabilito nel precedente comma 1, lettere c) e d), nonché i distinti vincoli di costo medio vigenti per i tre diversi raggruppamenti di prestazioni.

3 Per ciascun anno l'importo a tariffa di cui al comma 1, relativo alle prestazioni "**Non\_All\_3**" ed a quelle "**All\_3**" (per il 2025), nonché quello relativo alle prestazioni "**Non R**" (per il 2024), diviso per il corrispondente volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, definisce il valore medio delle stesse prestazioni, da declinare in conformità alla classificazione delle strutture

## **Allegato A\6: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024** **(Contratto Laboratorio di Analisi)**

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\_All\_3**”, 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 periodo 01/01/2025 - \_\_/\_\_/2025 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, costituiscono i limiti massimi di remunerazione delle prestazioni acquistate in ciascun esercizio dalla sottoscritta struttura privata accreditata, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza dei limiti 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 (e, quindi, di spesa lorda) 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, 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 nell’anno precedente) del tetto di spesa netta mensile, con l’obbligo di recuperare lo sfioramento al massimo entro il 31 dicembre dello stesso anno. 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 nell’anno precedente), 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).
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

## **Allegato A\6: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (Contratto Laboratorio di Analisi)**

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.
6. La sottoscritta struttura privata prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse a condizione che sia stata registrata la loro erogazione sul **Sistema CUP Sinfonia**.

### **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. Al tavolo tecnico aziendale spettano, in particolare, i seguenti compiti:
  - a) monitoraggio MENSILE 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) 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) esame dei conteggi del valore medio delle prestazioni, forniti dal coordinatore del tavolo tecnico, 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) monitoraggio del valore medio per singolo centro privato e per l'insieme dei centri privati, ai fini della applicazione delle limitazioni specificate all'art. 8, comma 2.

### **Art. 7**

**Allegato A\6: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Laboratorio di Analisi)**

**(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; e purché la fattura di acconto sia supportata dalla documentazione di una produzione complessiva liquidabile, cumulata dall'inizio dell'anno solare, non inferiore alla somma degli acconti già liquidati dall'inizio dell'anno solare (diversamente, l'acconto dovrà essere ridotto della eccedenza della produzione cumulata, rispetto alla somma degli acconti liquidati, fatta salva la possibilità di recupero nei mesi successivi).
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 sforamento 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 nella DGRC n. \_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ richiamata 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).

**Allegato A\6: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Laboratorio di Analisi)**

5. Entro il 30 giugno dell'anno successivo, previo accertamento del consuntivo regionale di tutte le branche della specialistica ambulatoriale, l'ASL liquiderà l'eventuale eccedenza facoltativa, fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) sul limite di spesa netta di cui al precedente comma 1, riconoscibile in parziale regressione tariffaria nella misura di almeno il 30% (trenta per cento), secondo i criteri stabiliti nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023 sopra citata.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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

## **Allegato A\6: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (Contratto Laboratorio di Analisi)**

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 **VMP** - valore medio delle prestazioni "**Non\_All\_3**", nonché di quelle "**All\_3**", determinato secondo i criteri di cui all'art. 4 per le diverse tipologie funzionali di cui all'art. 6, comma 3, lettera c); per le prestazioni elencate nell'Allegato n. 3 alla DGRC n. 757/2024, l'obbligo si applica, inoltre, definendo i seguenti due diversi raggruppamenti delle prestazioni in base alla classificazione FA.RE. di cui all'Allegato n. 2 alla DGRC n. 80/2025:
    - a.1. L59 e L60: Microbiologia/virologia non di base e di Anatomia ed istologia patologica;
    - a.2. L70: Genetica e Citogenetica.
  - b) per l'esercizio 2024 si conferma il vincolo, già stabilito nello schema di contratto approvato dalla DGRC n. 800/2023, di non superare di oltre il 10% il VMP delle prestazioni "**NON\_R**", nonché i valori medi massimi di € 90,00 e di € 125,00 stabiliti, rispettivamente, per il raggruppamento delle prestazioni "**R non 7**" e "**7\_R**".
3. Il vincolo di cui al comma precedente 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. 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 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 contratto, 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 ed operare con continuità nel circuito della rete informatica denominata "**SINFONIA**" (**Sistema INFO**rativo sa**N**ità Cam**PA**nia 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 dovrà avvenire attraverso l'utilizzo del Sistema CUP SINFONIA, attraverso agende informatizzate di prenotazione a carico del SSR, secondo le modalità operative ed evolutive stabilite dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e/o dalla Giunta regionale;
  - 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

## **Allegato A\6: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (Contratto Laboratorio di Analisi)**

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, comprese quelle con onere a carico dell'assistito, 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 struttura privata è tenuta a mettere e mantenere a disposizione del Sistema CUP SINFONIA il 100% delle proprie agende digitali - in sola visibilità - per tutte le prestazioni oggetto del presente contratto; è tenuta, altresì, ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali per classi di priorità e ad effettuare la presa in carico dell'utente per le prestazioni relative ai follow-up.
  3. 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. Si precisa che nel debito informativo della struttura rientrano anche i dati e i documenti clinici (ai fini del FSE di cui al successivo art. 10) inerenti alle prestazioni sanitarie erogate in regime privatistico. 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.
  4. 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.
  5. 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.

**Allegato A\6: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Laboratorio di Analisi)**

2. L'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico dovrà avvenire secondo le nuove Linee Guida FSE 2.0 ai sensi dei Decreti del Ministro della Salute del 20 maggio 2022 - *Linee Guida per l'Attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico* (G.U. n. 160 del 11.07.2022), del 9 settembre 2023 - *Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0* (G.U. n. 249 del 24.10.2023), e s.m.i.
3. 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.
4. 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 e norme finali)**

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2025, nonché all'esercizio 2024, 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.
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, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
4. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere le delibere richiamate in premessa.

**Art. 13**

**(Clausola di salvaguardia)**

**Allegato A\6: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Laboratorio di Analisi)**

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 alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate 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. 5, comma 6: *“La sottoscritta struttura privata prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse a condizione che sia stata registrata la loro erogazione sul Sistema CUP Sinfonia”*; all'art. 7, comma 7: *“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”*), l'art. 12, comma 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, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti”*, e l'intero art. 13 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto, che si ripete per espressa accettazione:

*“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 alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente contratto”.*

**Allegato A\6: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Laboratorio di Analisi)**

Timbro e firma della ASL \_\_\_\_\_  
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della struttura privata

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allegato A\5: Anno 2025, in via provvisoria, e definitivo Anno 2024**  
**(Protocollo Laboratori di Analisi)**

**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 Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi), da erogarsi nell'anno 2025 da parte delle strutture private accreditate ed i correlati limiti di spesa, e \_\_\_\_\_ (conferma / modifica) anno 2024.**

**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 massimi e i correlati limiti di spesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - branca di Laboratorio di Analisi (Patologia Clinica) per l'anno 2025 -, in via provvisoria, e per \_\_\_\_\_ (specificare: confermare / modificare) il limite di spesa 2024, ed i correlati limiti di spesa.

**PREMESSO**

- che la DGRC n. 800 del 29.12.2023, ha definito i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2023 e, in via provvisoria, per l'anno 2024, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- che la DGRC n. 757 del 27.12.2024 ha approvato in via definitiva i volumi di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2024 e, in via provvisoria, per l'anno 2025, rinviando ad una successiva delibera l'adozione degli schemi contrattuali, che le ASL competenti per territorio devono predisporre per confermare o modificare i contratti già stipulati - in via provvisoria - per l'esercizio 2024 ai sensi della DGRC n. 800/2023, nonché per fissare i limiti di spesa 2025 provvisori;
- che la DGRC n. 80 del 24.02.2025 ha approvato diverse indicazioni operative, tra le quali si evidenzia:
  - l'associazione delle prestazioni LEA di specialistica ambulatoriale ai settori specializzati in cui sono accreditati i laboratori di analisi;
  - l'applicazione della classificazione cd. "FA-RE" alle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
  - una parziale flessibilità del tetto di spesa relativo alle prestazioni di Microbiologia / Virologia, Anatomia ed Istologia Patologica, confluite nell'Allegato n. 3 alla DGRC n. 757/2024;
- che il Direttore Generale della sottoscritta ASL, in attuazione delle disposizioni recate dalle richiamate DGRC n. 757/2024 e n. 80/2025, con propria delibera n. \_\_\_\_ del \_\_/\_\_/2025 ha stabilito in via provvisoria per ciascuna struttura privata accreditata i limiti massimi di spesa nell'esercizio 2025, entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie relativamente alla branca di Laboratorio di Analisi (Patologia Clinica);
- che, recependo anche le disposizioni recate dalla DGRC n. 80/2025, la Giunta regionale con delibera n. \_\_\_\_ del \_\_/\_\_/2025 ha approvato i nuovi schemi dei contratti ex art. 8-quinquies con gli erogatori privati accreditati, previsti dalla DGRC n. 757/2024, ai quali il presente protocollo si uniforma;

**Si conviene quanto segue:**

## **Allegato A\5: Anno 2025, in via provvisoria, e definitivo Anno 2024** *(Protocollo Laboratori di Analisi)*

### **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, in via provvisoria, dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di Laboratorio di Analisi (Patologia Clinica) da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2025, da parte delle strutture private accreditate operanti nel territorio della sottoscritta ASL ed i correlati limiti di spesa, nonché la \_\_\_\_\_ (*specificare: conferma / modifica*) del limite di spesa 2024.
2. In conformità alla DGRC n. 80/2025, richiamata in premessa, dal 1° gennaio 2025 il budget delle prestazioni di Laboratorio di Analisi non è più suddiviso fra prestazioni “**non R**” e “**R**”, ma fra prestazioni NON rientranti nell’Allegato n. 3 alla DGRC n. 757/2024 (d’ora innanzi, per brevità: “**Non\_All\_3**”), e prestazioni rientranti nell’Allegato n. 3 alla DGRC n. 757/2024 (d’ora innanzi, per brevità: “**All\_3**”).

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

1. Il volume massimo delle prestazioni di Laboratorio di Analisi (Patologia Clinica), che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1/1 – 31/12/2025 dalle strutture private accreditate, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2025, è stabilito in n. .... prestazioni, di cui:
  - a) n. \_\_\_\_\_ prestazioni “**Non\_All\_3**”;
  - b) n. \_\_\_\_\_ prestazioni “**All\_3**”;mentre per l’esercizio 2024 si \_\_\_\_\_ (*si conferma, oppure, si modifica*) il volume di prestazioni già previsto nel contratto provvisorio (*in caso di modifica: stabilendolo in n. .... prestazioni, di cui:*
  - c) n. \_\_\_\_\_ prestazioni non “R”;
  - d) n. \_\_\_\_\_ prestazioni “R”, escluse le n. 7 prestazioni “R” di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013;
  - e) n. \_\_\_\_\_ delle n. 7 prestazioni “R” di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013.

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

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa relativa al volume di prestazioni di Patologia Clinica, determinato all’art. 3, comma 1, è fissato per l’anno 2025, in via provvisoria, in:
  - a) € \_\_\_\_\_, applicando le tariffe vigenti nel corso del 2025, di cui:
    - 1) € \_\_\_\_\_ per le prestazioni “**Non\_All\_3**”;
    - 2) € \_\_\_\_\_ per le prestazioni “**All\_3**”;
  - b) € \_\_\_\_\_, applicando le tariffe vigenti nel corso del 2025, al netto della compartecipazione dell’utente (ticket e quota ricetta regionale di cui al DCA n. 53/2010 e s.m.i.), di cui:
    - 1) € \_\_\_\_\_ per le prestazioni “**Non\_All\_3**”;
    - 2) € \_\_\_\_\_ per le prestazioni “**All\_3**”;

## **Allegato A\5: Anno 2025, in via provvisoria, e definitivo Anno 2024** **(Protocollo Laboratori di Analisi)**

mentre per l'esercizio 2024, in via definitiva, \_\_\_\_\_ (si conferma, oppure, si modifica) il limite di spesa già previsto nel contratto provvisorio, stipulato per lo stesso esercizio ai sensi della DGRC n. 800/2023, come segue:

- c) € \_\_\_\_\_, applicando le tariffe vigenti nel corso del 2024, 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;
- d) € \_\_\_\_\_, applicando le tariffe vigenti nel corso del 2024, al netto della compartecipazione dell'utente (ticket e quota ricetta regionale di cui al DCA 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 eventuale maggiore percentuale risultante dalla applicazione in singoli casi del criterio richiamato nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023.
- 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. Inoltre,

per l'esercizio 2025:

- a) i Laboratori di Analisi che ne abbiano i requisiti di accreditamento, dopo avere esaurito la componente "**All\_3**" del loro tetto di spesa, potranno utilizzare fino ad un massimo del 15% (quindici per cento) della componente "**Non\_All\_3**" del loro tetto di spesa, per erogare ulteriori prestazioni di Microbiologia/virologia e di Anatomia ed istologia patologica (codici L59 e L60 della classificazione FA.RE.), rientranti nell'Allegato n. 3 alla DGRC n. 757/2024;
- b) l'eventuale sotto utilizzo della componente "**All\_3**" del loro tetto di spesa sarà attribuito ad incremento di pari importo della componente "**Non\_All\_3**" del loro tetto di spesa (e non viceversa);
- c) qualora nel precedente comma 1 i limiti di spesa lorda e netta per le prestazioni "**All\_3**" siano inferiori al 2% dell'importo totale del tetto di spesa lorda e netta, è consentito (in presenza dei requisiti di accreditamento) di incrementare i limiti di spesa lorda e netta per le prestazioni "**All\_3**" fino al 2% dell'importo totale del tetto di spesa lorda e netta, mediante una corrispondente riduzione del limite di spesa per le prestazioni "**Non\_All\_3**", tale da rispettare il complessivo tetto di spesa NETTA, stabilito nel precedente comma 1, lettera b).

mentre per l'esercizio 2024 si confermano le seguenti disposizioni, già stabilite nello schema di contratto approvato dalla DGRC n. 800/2023:

- d) è 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

## **Allegato A\5: Anno 2025, in via provvisoria, e definitivo Anno 2024** **(Protocollo Laboratori di Analisi)**

“R”, sarà attribuito ad incremento di pari importo del tetto di spesa assegnato per le prestazioni non “R” (e non viceversa);

- e) qualora la somma degli importi riguardanti le prestazioni “R” sia inferiore al 2% dell’importo totale del complessivo tetto di spesa lorda e netta, 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 lorda e netta, stabilito nel precedente comma 1, lettere c) e d), nonché i distinti vincoli di costo medio vigenti per i tre diversi raggruppamenti di prestazioni.
4. Per ciascun anno l’importo a tariffa di cui al comma 1, relativo alle prestazioni “**Non\_All\_3**” ed a quelle “**All\_3**” (per il 2025), nonché quello relativo alle prestazioni “**Non R**” (per il 2024), diviso per il corrispondente volume massimo di prestazioni di cui all’art. 3, definisce il valore medio delle stesse 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. La sottoscritta ASL dà atto che, in base ai dati relativi alle prestazioni erogate nel periodo 01/01/2025 - \_\_/\_\_/2025 dall’insieme delle strutture aventi la stessa classificazione (ai sensi del successivo art. 6), 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 a:

Tipologia dei Laboratori ai fini de VMP:	A	B	C	D
Prestazioni "Non_All_3"	€ ____,00	€ ____,00	€ ____,00	€ ____,00
Prestazioni "All_3" e FA.RE. L59 e L60	€ ____,00	€ ____,00	€ ____,00	€ ____,00
Prestazioni "All_3" e FA.RE. L70	€ ____,00	€ ____,00	€ ____,00	€ ____,00

### **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, costituiscono i limiti massimi di remunerazione delle prestazioni acquistate in ciascun esercizio dalle strutture private accreditate, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza dei limiti 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 (e, quindi, di spesa lorda) 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, dovranno essere applicati da ciascuna 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

## **Allegato A\5: Anno 2025, in via provvisoria, e definitivo Anno 2024** **(Protocollo Laboratori di Analisi)**

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 nell'anno precedente) del tetto di spesa netta mensile, con l'obbligo di recuperare lo sfioramento al massimo entro il 31 dicembre dello stesso anno. 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 nell'anno precedente), 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).

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.
6. La sottoscritta Associazione prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse a condizione che sia stata registrata la loro erogazione sul **Sistema CUP Sinfonia**.

### **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. Al tavolo tecnico aziendale spettano, in particolare, i seguenti compiti:
  - a) monitoraggio MENSILE dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL e con i monitoraggi effettuati a

## **Allegato A\5: Anno 2025, in via provvisoria, e definitivo Anno 2024** **(Protocollo Laboratori di Analisi)**

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) 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) esame dei conteggi del valore medio delle prestazioni, forniti dal coordinatore del tavolo tecnico, 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) monitoraggio del valore medio per singolo centro privato e per l'insieme dei centri privati, ai fini della applicazione delle limitazioni specificate all'art. 8, comma 2.

### **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 alla 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; e purché la fattura di acconto sia supportata dalla documentazione di una produzione complessiva liquidabile, cumulata dall'inizio dell'anno solare, non inferiore alla somma degli acconti già liquidati dall'inizio dell'anno solare (diversamente, l'acconto dovrà essere ridotto della eccedenza della produzione cumulata, rispetto alla somma degli acconti liquidati, fatta salva la possibilità di recupero nei mesi successivi).
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

**Allegato A\5: Anno 2025, in via provvisoria, e definitivo Anno 2024**  
**(Protocollo Laboratori di Analisi)**

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 nella DGRC n. \_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_ richiamata 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. Entro il 30 giugno dell'anno successivo, previo accertamento del consuntivo regionale di tutte le branche della specialistica ambulatoriale, l'ASL liquiderà l'eventuale eccedenza facoltativa, fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) sul limite individuale di spesa netta, assegnato a ciascuna struttura ai sensi del precedente comma 1, riconoscibile in parziale regressione tariffaria nella misura di almeno il 30% (trenta per cento), secondo i criteri stabiliti nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023 sopra citata.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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

## **Allegato A\5: Anno 2025, in via provvisoria, e definitivo Anno 2024** **(Protocollo Laboratori di Analisi)**

risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.

10. 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.
11. 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 private 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 a ciascuna struttura privata:
  - a) di superare di oltre il 10% il **VMP** - valore medio delle prestazioni "**Non\_All\_3**", nonché di quelle "**All\_3**", determinato secondo i criteri di cui all'art. 4 per le diverse tipologie funzionali di cui all'art. 6, comma 3, lettera c); per le prestazioni elencate nell'Allegato n. 3 alla DGRC n. 757/2024, l'obbligo si applica, inoltre, definendo i seguenti due diversi raggruppamenti delle prestazioni in base alla classificazione FA.RE. di cui all'Allegato n. 2 alla DGRC n. 80/2025:
    - a.1. L59 e L60: Microbiologia/virologia non di base e di Anatomia ed istologia patologica;
    - a.2. L70: Genetica e Citogenetica.
  - b) per l'esercizio 2024 si conferma il vincolo, già stabilito nello schema di contratto approvato dalla DGRC n. 800/2023, di non superare di oltre il 10% il VMP delle prestazioni "**NON\_R**", nonché i valori medi massimi di € 90,00 e di € 125,00 stabiliti, rispettivamente, per il raggruppamento delle prestazioni "**R non 7**" e "**7\_R**".
3. Il vincolo di cui al comma precedente 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. 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

## **Allegato A\5: Anno 2025, in via provvisoria, e definitivo Anno 2024** **(Protocollo Laboratori di Analisi)**

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 ed operare con continuità 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 dovrà avvenire attraverso l'utilizzo del Sistema CUP SINFONIA, attraverso agende informatizzate di prenotazione a carico del SSR, secondo le modalità operative ed evolutive stabilite dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e/o dalla Giunta regionale;
  - 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, comprese quelle con onere a carico dell'assistito, 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 Associazione prende atto che le strutture private sono tenute a mettere e mantenere a disposizione del Sistema CUP SINFONIA il 100% delle proprie agende digitali - in sola visibilità - per tutte le prestazioni oggetto del presente contratto; sono tenute, altresì, ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali per classi di priorità e ad effettuare la presa in carico dell'utente per le prestazioni relative ai follow-up.
3. 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. Si precisa che nel debito informativo della struttura rientrano anche i dati e i documenti clinici (ai fini del FSE di cui al successivo art. 10) inerenti alle prestazioni sanitarie erogate in regime privatistico. 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.

## **Allegato A\5: Anno 2025, in via provvisoria, e definitivo Anno 2024** **(Protocollo Laboratori di Analisi)**

4. 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.
5. 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. L'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico dovrà avvenire secondo le nuove Linee Guida FSE 2.0 ai sensi dei Decreti del Ministro della Salute del 20 maggio 2022 - *Linee Guida per l'Attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico* (G.U. n. 160 del 11.07.2022), del 9 settembre 2023 - *Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0* (G.U. n. 249 del 24.10.2023), e s.m.i.
3. Ai fini della corretta gestione dei dati personali delle prestazioni oggetto del presente protocollo, 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.
4. 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

**Allegato A\5: Anno 2025, in via provvisoria, e definitivo Anno 2024**  
**(Protocollo Laboratori di Analisi)**

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 e norme finali)**

1. Il presente protocollo si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2025, nonché all'esercizio 2024, in esecuzione delle delibere richiamate in premessa.
2. Il presente protocollo sarà adeguato ad eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.
3. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente protocollo è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
4. La sottoscritta Associazione dichiara espressamente di conoscere le delibere richiamate in premessa.

**Art. 13**  
**(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 ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente accordo.

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. 5, comma 6: *“La sottoscritta Associazione prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, erogate a far data dal 1°*

**Allegato A\5: Anno 2025, in via provvisoria, e definitivo Anno 2024**  
**(Protocollo Laboratori di Analisi)**

*giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse a condizione che sia stata registrata la loro erogazione sul Sistema CUP Sinfonia”; all’art. 7, comma 7: (“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”), l’art. 12, comma 3: “Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente protocollo è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti”, e l’intero art. 13 (Clausola di salvaguardia) del presente protocollo, che si ripete per espressa accettazione:*

*“Art. 13*

*(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 ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente accordo”.*

Timbro e firma della ASL \_\_\_\_\_  
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della Associazione

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allegato A\7: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024  
(Contratto Medicina Fisica e Riabilitazione – FKT)**

**Contratto TRA**

La struttura privata ..... - (cod. NSIS .....)  
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 massimi e i correlati limiti di spesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - branca di Medicina Fisica e Riabilitativa (cd. riabilitazione ex art 44 della L. 833/78) -, da erogarsi per l'anno 2025, in via provvisoria, e per \_\_\_\_\_ (*specificare: confermare / modificare*) il limite di spesa 2024.

**PREMESSO**

- che la DGRC n. 800 del 29.12.2023, ha definito i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2023 e, in via provvisoria, per l'anno 2024, per le prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT);

**Allegato A\7: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024  
(Contratto Medicina Fisica e Riabilitazione – FKT)**

- che la DGRC n. 757 del 27.12.2024 ha approvato in via definitiva i volumi di prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT) ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2024 e, in via provvisoria, per l'anno 2025, rinviando ad una successiva delibera l'adozione degli schemi contrattuali, che le ASL competenti per territorio devono predisporre per confermare o modificare i contratti già stipulati - in via provvisoria - per l'esercizio 2024 ai sensi della DGRC n. 800/2023, nonché per fissare i limiti di spesa 2025 provvisori; delibera poi approvata con n. \_\_\_\_ del \_\_/\_\_/2025;
- che il Direttore Generale della sottoscritta ASL, in attuazione delle disposizioni recate dalla richiamata DGRC n. 757/2024, con propria delibera n. \_\_\_\_ del \_\_/\_\_/2025 ha stabilito in via provvisoria per ciascuna struttura privata accreditata i limiti massimi di spesa nell'esercizio 2025, entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie relativamente alla branca di Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT);
- 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 \_\_/\_\_/2025;

**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, in via provvisoria, dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT) da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2025, da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa, nonché la \_\_\_\_\_ (*specificare: conferma / modifica*) del limite di spesa 2024.

**Art. 3**

**(quantità delle prestazioni)**

1. Il volume massimo di prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT) la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1/1 – 31/12/2025 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2025, è stabilito in n. .... (prestazioni); mentre per l'esercizio 2024 si \_\_\_\_\_ (*si conferma, oppure, si modifica*) il volume di prestazioni già previsto nel contratto provvisorio (*in caso di modifica: stabilendolo 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 il volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato come segue:
  - a) in via provvisoria, in € \_\_\_\_\_ per l'anno 2025 e \_\_\_\_\_ (*specificare: confermato / modificato*) in € \_\_\_\_\_ per l'esercizio 2024, applicando le tariffe pro tempore vigenti;
  - b) in via provvisoria, in via provvisoria, in € \_\_\_\_\_ per l'anno 2025 e \_\_\_\_\_ (*specificare: confermato / modificato*) in € \_\_\_\_\_ per l'esercizio 2024, applicando

**Allegato A\7: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Medicina Fisica e Riabilitazione – FKT)**

le tariffe pro tempore 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 99% al 30 novembre dello stesso anno; 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 dicembre dello stesso anno. 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 dello stesso anno.
5. Il limite di spesa lorda e netta, fissato per il 2025 nel precedente comma 1, in applicazione del criterio richiamato nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023, potrà essere utilizzato per utenti residenti fuori regione per una percentuale non superiore al \_\_\_\_% (\_\_\_\_\_ per cento). Tale limite 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 dei limiti complessivi di spesa stabiliti al precedente comma 1.

**Art. 5**

**(criteri di remunerazione delle prestazioni)**

1. Le prestazioni di cui al precedente art. 4 sono remunerate applicando le tariffe di cui al nomenclatore regionale e relativo catalogo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, pro tempore vigente, fatti salvi eventuali successivi 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 (e, quindi, di spesa lorda) 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

## **Allegato A\7: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (Contratto Medicina Fisica e Riabilitazione – FKT)**

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.
5. La sottoscritta struttura privata prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse, a condizione che sia stata registrata la loro erogazione sul **Sistema CUP Sinfonia** in data non anteriore alla loro prenotazione.

### **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. 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. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
  - a) 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) 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 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

**Allegato A\7: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Medicina Fisica e Riabilitazione – FKT)**

Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, sulla attuazione degli adempimenti previsti dal presente contratto, 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% della produzione mensile liquidabile entro il limite di spesa di cui al precedente art. 4, 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 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. **Si sottolinea, inoltre, che per le prestazioni erogate a partire dal 1° giugno 2025 deve essere rispettata la condizione posta nell'art. 5, comma 5.**
4. Entro il 30 giugno dell'anno successivo, previo accertamento del consuntivo regionale di tutte le branche della specialistica ambulatoriale, l'ASL liquiderà l'eventuale eccedenza facoltativa, fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) sul limite di spesa netta di cui al precedente comma 1, riconoscibile in parziale regressione tariffaria nella misura di almeno il 30% (trenta per cento), secondo i criteri stabiliti nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023 sopra citata.
5. 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

**Allegato A\7: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Medicina Fisica e Riabilitazione – FKT)**

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 subordinato 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**  
**(debito informativo e CUP regionale)**

1. La sottoscritta struttura privata con la sottoscrizione del presente contratto si impegna:
  - a) ad entrare ed operare con continuità nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (Sistema **IN**Formativo sa**N**ità 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 dovrà avvenire attraverso l'utilizzo del Sistema CUP SINFONIA, attraverso agende

**Allegato A\7: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Medicina Fisica e Riabilitazione – FKT)**

informatizzate di prenotazione a carico del SSR, secondo le modalità operative ed evolutive stabilite dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e/o dalla Giunta regionale;

- 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, comprese quelle con onere a carico dell'assistito, 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 struttura privata è tenuta a mettere e mantenere a disposizione del Sistema CUP SINFONIA il 100% delle proprie agende digitali - in sola visibilità - per tutte le prestazioni oggetto del presente contratto; è tenuta, altresì, ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali per classi di priorità e ad effettuare la presa in carico dell'utente per le prestazioni relative ai follow-up.
3. 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. Si precisa che nel debito informativo della struttura rientrano anche i dati e i documenti clinici (ai fini del FSE di cui al successivo art. 10) inerenti alle prestazioni sanitarie erogate in regime privatistico. 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.
4. 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.
5. 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)**

**Allegato A\7: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Medicina Fisica e Riabilitazione – FKT)**

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. L'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico dovrà avvenire secondo le nuove Linee Guida FSE 2.0 ai sensi dei Decreti del Ministro della Salute del 20 maggio 2022 - *Linee Guida per l'Attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico* (G.U. n. 160 del 11.07.2022), del 9 settembre 2023 - *Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0* (G.U. n. 249 del 24.10.2023), e s.m.i.
3. 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.
4. 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 e norme finali)**

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2025, nonché all'esercizio 2024, in esecuzione delle delibere richiamate in premessa.
2. Il presente contratto sarà adeguato ai successivi provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

**Allegato A\7: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024  
(Contratto Medicina Fisica e Riabilitazione – FKT)**

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, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
4. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere le delibere richiamate in premessa.

**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 alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate 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. 5, comma 5: *“La sottoscritta struttura privata prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse a condizione che sia stata registrata la loro erogazione sul Sistema CUP Sinfonia in data non anteriore alla loro prenotazione”*; 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 subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito”*), l'art. 11, comma 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, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti”*, e l'intero art. 12 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto, che si ripete per espressa accettazione:

*“Art. 12  
(Clausola di salvaguardia)*

**Allegato A\7: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024  
(Contratto Medicina Fisica e Riabilitazione – FKT)**

*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 alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente contratto”.*

Timbro e firma della ASL \_\_\_\_\_  
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della struttura privata

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allegato A\8: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024  
(Contratto Radioterapia)**

**Contratto TRA**

La struttura privata ..... - (cod. NSIS .....)  
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 i volumi massimi e i correlati limiti di spesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - branca di RADIOTERAPIA per l'anno 2025 -, in via provvisoria, e per \_\_\_\_\_ (*specificare: confermare / modificare*) il limite di spesa 2024, ed i correlati limiti di spesa.

**PREMESSO**

- che la DGRC n. 800 del 29.12.2023, ha definito i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2023 e, in via provvisoria, per l'anno 2024, per le prestazioni di radioterapia;
- che la DGRC n. 757 del 27.12.2024 ha approvato in via definitiva i volumi di prestazioni di radioterapia ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2024 e, in via provvisoria, per l'anno 2025, rinviando ad una successiva delibera l'adozione degli schemi contrattuali che le ASL competenti per territorio devono predisporre per confermare o modificare i contratti già

## **Allegato A\8: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (Contratto Radioterapia)**

stipulati - in via provvisoria - per l'esercizio 2024 ai sensi della DGRC n. 800/2023, nonché per fissare i limiti di spesa 2025 provvisori; delibera poi approvata con n. \_\_\_\_ del \_\_/\_\_/2025;

- che il Direttore Generale della sottoscritta ASL, in attuazione delle disposizioni recate dalla richiamata DGRC n. 757/2024, con propria delibera n. \_\_\_\_ del \_\_/\_\_/2025 ha stabilito in via provvisoria per ciascuna struttura privata accreditata i limiti massimi di spesa nell'esercizio 2025, entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie relativamente alla branca di Radioterapia;
- 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 \_\_/\_\_/2025.

### **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, in via provvisoria, dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di RADIOTERAPIA da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2025, da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa, nonché la \_\_\_\_\_ (*specificare: conferma / modifica*) del limite di spesa 2024.

#### **Art. 3**

##### **(quantità delle prestazioni)**

1. Il volume massimo delle prestazioni di RADIOTERAPIA, che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1/1 – 31/12/2025 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2025, è stabilito in n. .... (prestazioni); mentre per l'esercizio 2024 si \_\_\_\_\_ (*si conferma, oppure, si modifica*) il volume di prestazioni già previsto nel contratto provvisorio (*in caso di modifica: stabilendolo in n. .... prestazioni*).

#### **Art. 4**

##### **(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)**

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa relativa al volume di prestazioni di RADIOTERAPIA, determinato all'art. 3, comma 1, è fissato come segue:
  - a) in via provvisoria, in € \_\_\_\_\_ per l'anno 2025 e \_\_\_\_\_ (*specificare: confermato / modificato*) in € \_\_\_\_\_ per l'esercizio 2024, applicando le tariffe pro tempore vigenti,
  - b) in via provvisoria, in € \_\_\_\_\_ per l'anno 2025 e \_\_\_\_\_ (*specificare: confermato / modificato*) in € \_\_\_\_\_ per l'esercizio 2024, applicando le tariffe pro tempore 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. Il limite di spesa lorda e netta, fissato al comma precedente, in applicazione del criterio richiamato nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023, potrà essere utilizzato per utenti residenti fuori regione per una percentuale non superiore al \_\_\_\_% (\_\_\_\_ per cento), per il 2025; mentre per l'esercizio 2024, in via definitiva, si \_\_\_\_\_ (*si conferma, oppure, si modifica*) il limite di utilizzo per utenti residenti fuori regione, già previsto nel contratto provvisorio (*in caso di modifica: stabilendolo in una percentuale non superiore al \_\_\_\_% (\_\_\_\_ per cento)*).

**Allegato A\8: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Radioterapia)**

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 il corrispondente volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 1, definisce il valore medio delle prestazioni da aggiornare in corso d'anno secondo quanto previsto dai successivi art. 6 e 8.
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 periodo 01/01/2025 - \_\_/\_\_/2025 dall'insieme delle strutture accreditate appartenenti alla stessa branca ed aventi la stessa classificazione.

**Art. 5**

**(criteri di remunerazione delle prestazioni)**

1. Le prestazioni di cui al precedente art. 4 sono remunerate applicando le tariffe di cui al nomenclatore regionale e relativo catalogo dell'assistenza specialistica ambulatoriale pro tempore vigente, al netto del ticket e della quota ricetta (e fatte salve eventuali successive 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 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 (e, quindi, di spesa lorda) 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 nn. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.
5. Le parti si danno atto che eventuali superamenti del limite di spesa di cui al precedente art. 4 potranno essere remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, previa

## **Allegato A\8: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (Contratto Radioterapia)**

stipula di apposito accordo integrativo tra la ASL ed il sottoscritto centro privato, applicando le stesse condizioni e modalità stabilite per l'esercizio 2024 dalla DGRC n. 800/2023, citata in premessa.

6. La sottoscritta struttura privata prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse, a condizione che sia stata registrata la loro erogazione sul **Sistema CUP Sinfonia** in data non anteriore alla loro prenotazione.

### **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, forniti dal coordinatore del tavolo tecnico secondo la tempistica prevista dall'art. 8, comma 1.

### **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, 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

## **Allegato A\8: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (Contratto Radioterapia)**

giornaliero; e purché la fattura di acconto sia supportata dalla documentazione di una produzione complessiva liquidabile, cumulata dall'inizio dell'anno solare, non inferiore alla somma degli acconti già liquidati dall'inizio dell'anno solare (diversamente, l'acconto dovrà essere ridotto della eccedenza della produzione cumulata, rispetto alla somma degli acconti liquidati, fatta salva la possibilità di recupero nei mesi successivi).

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. 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 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. **Si sottolinea, inoltre, che per le prestazioni erogate a partire dal 1° giugno 2025 deve essere rispettata la condizione posta nell'art. 5, comma 6.**
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.

**Allegato A\8: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Radioterapia)**

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. Si impegna, inoltre, ad osservare le disposizioni vigenti inerenti al CIG, secondo le prescrizioni derivanti dalla attuazione della delibera ANAC n. 371 del 27 luglio 2022 e s.m.i.

**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 alla sottoscritta struttura privata di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni (VMP), determinato secondo i criteri di cui al comma 4 dell'art. 4. 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 disequilibranze applicative del presente contratto le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale

## **Allegato A\8: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (Contratto Radioterapia)**

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 contratto, 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 ed operare con continuità 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 dovrà avvenire attraverso l'utilizzo del Sistema CUP SINFONIA, attraverso agende informatizzate di prenotazione a carico del SSR, secondo le modalità operative ed evolutive stabilite dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e/o dalla Giunta regionale;
  - 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, comprese quelle con onere a carico dell'assistito, 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 struttura privata è tenuta a mettere e mantenere a disposizione del Sistema CUP SINFONIA il 100% delle proprie agende digitali - in sola visibilità - per tutte le prestazioni oggetto del presente contratto; è tenuta, altresì, ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali per classi di priorità e ad effettuare la presa in carico dell'utente per le prestazioni relative ai follow-up.
3. 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. Si precisa che nel debito informativo della struttura rientrano anche i dati e i documenti clinici (ai fini del FSE di cui al successivo art. 10) inerenti alle prestazioni sanitarie erogate in regime privatistico. 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.
4. 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.

## **Allegato A\8: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024 (Contratto Radioterapia)**

5. 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. L'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico dovrà avvenire secondo le nuove Linee Guida FSE 2.0 ai sensi dei Decreti del Ministro della Salute del 20 maggio 2022 - *Linee Guida per l'Attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico* (G.U. n. 160 del 11.07.2022), del 9 settembre 2023 - *Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0* (G.U. n. 249 del 24.10.2023), e s.m.i.
3. 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.
4. 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

**Allegato A\8: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Radioterapia)**

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 e norme finali)**

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2025, nonché all'esercizio 2024, 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.
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, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
4. 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 alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate 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. 5, comma 6: *“La sottoscritta struttura privata prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse a condizione che sia stata registrata la loro erogazione sul Sistema CUP Sinfonia in data non anteriore alla loro prenotazione”*; 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*

**Allegato A\8: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024**  
**(Contratto Radioterapia)**

ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito”), l’art. 12, comma 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, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti”, e l’intero art. 13 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto che si ripete integralmente per l’espressa accettazione:

*“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 alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente contratto”.*

Timbro e firma della ASL \_\_\_\_\_  
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della struttura privata

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_