



Regione Campania

**Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

DECRETO N. 10 DEL 17/01/2020

OGGETTO: Limiti di spesa assegnati agli erogatori privati di prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale per gli esercizi 2019 e 2020, e autorizzazioni alle ASL per la stipula di contratti integrativi per l'esercizio 2018 per le prestazioni di dialisi e di radioterapia, nonché per altre situazioni particolari.

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017, acta n. xi "definizione e sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, in coerenza con il fabbisogno assistenziale, con la normativa vigente in materia e con quanto previsto dal punto i [riorganizzazione della rete ospedaliera]).

VISTA la legge 30 dicembre 2004, n. 311 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)" e, in particolare, l'art. 1, comma 180, che ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore ad un triennio;

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle regioni l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale della Campania n. 460 del 20 marzo 2007 "Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004";

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 con la quale il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della Regione Campania quale Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015 con la quale sono stati nominati quale Commissario *ad acta* il dott. Joseph Polimeni e quale subcommissario *ad acta* il dott. Claudio D'Amario;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 luglio 2017 con la quale, all'esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, il Presidente della Giunta Regionale è stato nominato Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente piano di rientro dai disavanzi del SSR campano, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e

**Regione Campania****Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

ss.mm.ii.;

VISTA la comunicazione assunta al protocollo della Struttura Commissariale n. 430 del 9 febbraio 2018, con la quale il subcommissario *ad acta* dott. Claudio D'Amario ha rassegnato le proprie dimissioni per assumere la funzione di Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria presso il Ministero della Salute;

VISTA la richiamata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 luglio 2017, che:

- assegna *“al Commissario ad acta l’incarico prioritario di attuare i Programmi operativi 2016-2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell’ambito della cornice normativa vigente”*;
- individua, nell’ambito del più generale mandato sopra specificato, alcune azioni ed interventi come *acta* ai quali dare corso prioritariamente e, segnatamente, al punto xi) la *“definizione e sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, in coerenza con il fabbisogno assistenziale, con la normativa vigente in materia e con quanto previsto dal punto i [riorganizzazione della rete ospedaliera]”*;

VISTI i Programmi Operativi 2019 – 2021, approvati con decreto del Commissario ad acta n. 99 del 14.12.2018, come modificati ed integrati dal successivo decreto commissariale n. 94 del 21.11.2019;

RICHIAMATA la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 secondo cui, *“nell’esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale organo decentrato dello Stato ai sensi dell’art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell’espletamento di funzioni d’emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali, emanando provvedimenti qualificabili come “ordinanze emergenziali statali in deroga”, ossia “misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d’organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro”*;

PREMESSO

a) che la giurisprudenza amministrativa in materia di contratti con gli erogatori privati di prestazioni sanitarie ha consolidato alcuni principi, tra i quali quanto statuito dall’adunanza plenaria del Consiglio di Stato che, con la decisione n. 4/2012:

- ha ritenuto legittima la fissazione dei limiti di spesa in corso d’anno perché: *“La determinazione regionale, in quanto atto terminale di un procedura che si colloca a valle, sul piano logico e cronologico, dei rammentati procedimenti presupposti, non può, in definitiva, essere letta in modo avulso dal sistema in cui si inserisce. Posto, allora, che la fissazione dei tetti di spesa non può prescindere dalla conoscenza del dato finanziario di riferimento [l’ammontare e la ripartizione tra le Regioni del finanziamento statale della spesa sanitaria] e che tale dato risulta definito in modo concreto in corso d’anno ... si appalesa fisiologica la fissazione retroattiva del tetto regionale di spesa anche in una fase avanzata dell’anno”*;
- ha espressamente richiamato la propria precedente decisione n. 8/2006 secondo cui *“le strutture private, che erogano prestazioni per il Servizio sanitario nazionale nell’esercizio di una libera scelta, potranno aver riguardo - fino a quando non risulti adottato un provvedimento definitivo - all’entità delle somme contemplate per le prestazioni dei professionisti o delle strutture sanitarie dell’anno*

**Regione Campania****Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

precedente, diminuite della riduzione della spesa sanitaria effettuata dalle norme finanziarie relative all'anno in corso”;

PREMESSO altresì'

- che il decreto del Commissario ad acta n. 48 del 21.06.2018 (pubblicato sul BURC n. 44 del 25.06.2018), tra l'altro, ha fissato in euro 527.733.000, per il 2018, ed in euro 529.883.000, per il 2019, il limite di spesa netto ticket e quota ricetta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale da acquistare dalle strutture sanitarie private accreditate (esclusi gli Ospedali Classificati) ai fini del rispetto della cd. *Spending Review*, ovvero, delle disposizioni recate dall'art. 15, comma 14, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e s.m.i., come integrate dall'art. 9-quater, comma 7, e dall'art. 9-septies, commi 1 e 2, del decreto legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, nonché dall'art. 1, comma 574, della legge 28 dicembre 2015, n. 208;
- che il decreto del Commissario ad acta n. 84 del 31.10.2018 (pubblicato sul BURC n. 80 del 05.11.2018), tra l'altro, ha assegnato a ciascuna ASL e per ogni branca i volumi massimi ed i correlati limiti di spesa relativi alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture private accreditate (esclusi gli Ospedali Classificati), aumentandone l'importo netto ticket e quota ricetta per l'esercizio 2018 da euro 527.733.000 ad euro 530.192.000, attraverso una corrispondente riduzione dell'accantonamento per contratti integrativi, operato nel quadro complessivo della programmazione della spesa soggetta alla *Spending Review*;
- che con Intesa Stato – Regioni n. 88/CSR e n. 90/CSR del 6 giugno 2019 è stato approvato il finanziamento statale per l'anno 2019 per la spesa sanitaria, relativamente alla quota indistinta ed alla quota premiale introdotta dall'art. 9, comma 2, del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 149;
- che a decorrere dall'esercizio 2020 si applica la modifica dell'art. 15, comma 14, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, introdotta dall'art. 45, comma 1-ter, del decreto legge 24 ottobre 2019, n. 124, convertito con modificazioni dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157; sarà, pertanto, possibile programmare dal 2020 la spesa soggetta alla *Spending Review* con un margine di flessibilità di circa il 2% rispetto al limite complessivo previgente;
- che l'art. 1, comma 446, della legge 27 dicembre 2019, n. 160, ha disposto l'abolizione, a decorrere dal 1° settembre 2020, della quota di partecipazione al costo delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per gli assistiti non esentati, di cui all'articolo 1, comma 796, lettera p), primo periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296;

PRESO ATTO

- che con nota del 06.09.2019, prot. n. 0533473, il Direttore Generale per la Tutela della Salute ha chiesto alle ASL di fornire la situazione consuntiva 2018 del fatturato liquidato ai centri privati accreditati di assistenza specialistica ambulatoriale, dopo aver effettuato tutti i controlli e abbattimenti previsti dalla normativa nazionale e regionale; sulla base dei riscontri forniti dalle ASL è

**Regione Campania****Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

stata elaborata la Sezione IV del presente decreto, recante l'autorizzazione alla stipula di contratti integrativi per l'esercizio 2018 dei limiti di spesa della dialisi ambulatoriale e della radioterapia;

- che in riscontro della medesima nota del 06.09.2019, prot. n. 0533473, le ASL hanno fornito anche l'andamento consuntivo 2018 e preconsuntivo 2019 (da gennaio a luglio) del fatturato dei Laboratori di Analisi, con particolare riguardo ai Soggetti Aggregati ai sensi del DCA n. 109/2013 e s.m.i. in cui sono confluiti Laboratori operanti in ASL diverse; dati che sono stati, poi, integrati fino a comprendere l'intero periodo dal 1° gennaio al 31 ottobre 2019, a seguito della ulteriore richiesta di cui alla nota del Direttore Generale per la Tutela della Salute del 04.12.2019, prot. n. 739195;
- che, inoltre, soprattutto tra settembre e dicembre 2019, diverse ASL hanno trasmesso alla Direzione Generale per la Tutela della Salute l'andamento preconsuntivo del consumo dei tetti di spesa 2019 delle diverse branche della specialistica ambulatoriale, rappresentando in alcuni casi criticità e proposte, di cui si è tenuto conto e che sono state citate, sia nella elaborazione della programmazione 2019 e 2020, esposta nella Sezione III, sia ai fini delle autorizzazioni alla stipula di contratti integrativi dei limiti di spesa 2018 per situazioni particolari, esposte nella Sezione IV del presente decreto;

CONSIDERATO

- a) che in attuazione dei Programmi Operativi 2019 – 2021, approvati con DCA n. 99 del 14.12.2018 e modificati ed integrati con DCA n. 94 del 21.11.2019, nel corso del 2019 è proseguita ed è stata pressoché completata l'implementazione del progetto del *Sistema Informativo Sanità Campania* (SINFONIA), consistente in una piattaforma unica regionale, in gestione alla società in house So.Re.Sa. S.p.A., che accoglie e mette in comunicazione tutti i flussi informativi sanitari delle aziende sanitarie pubbliche, delle strutture accreditate, degli uffici della Sanità campana e di altri organismi regionali, permettendo loro di operare in modo integrato e coordinato, sia come fornitori che come fruitori delle informazioni;
- b) che ai fini dello sviluppo del sistema dei controlli e monitoraggio dei limiti di spesa, nelle ultime settimane del 2019 sono stati assunti i seguenti importanti provvedimenti:
 - con DCA n. 101 del 06.12.2019, recante: *“Riorganizzazione dei flussi della specialistica ambulatoriale nell'ambito del Sistema TS: Linee di indirizzo”*, sono state recepite le indicazioni ministeriali relative alle modifiche da apportare all'oggetto delle trasmissioni dei dati al Sistema TS – *Tessera Sanitaria*, stabilendo l'obbligo per tutti gli erogatori pubblici e privati di trasmettere in tempo reale, giorno per giorno, i dati delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, completando tutto il ciclo di *“presa in carico”* e *“chiusura erogazione”* *“on-line”*, in modalità sincrona, sul Sistema TS – *Tessera Sanitaria* a partire dal 01.01.2020. Lo stesso decreto ha, inoltre, ribadito e confermato l'obbligo (introdotto dal DCA n. 70/2011) per gli erogatori privati accreditati di presentare le loro fatture con allegata l'*“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;
 - con DCA n. 103 del 06.12.2019 è stato istituito il *“Sistema regionale dei controlli e della qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie ambulatoriali”*, coordinato dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute con il supporto tecnico e operativo della So.Re.Sa. S.p.A. e di una apposita

**Regione Campania****Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

Commissione Regionale di Controllo, in corso di nomina, con l'apporto anche di esperti delle ASL e delle Associazioni di Categoria delle strutture private accreditate, prevedendo – tra l'altro – che i Nuclei Operativi di Controllo (NOC) delle ASL svolgano una specifica linea di attività per il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;

- con il Decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 sono state aggiornate le specifiche tecniche del flusso informativo regionale della specialistica ambulatoriale (cd. "File C"), in coerenza con il DCA n. 101 del 06.12.2019, stabilendo che *"in linea con le disposizioni commissariali e giuntali, gli invii giornalieri da parte delle strutture private accreditate e quelli mensili da parte delle aziende sanitarie dovranno essere effettuati a decorrere dal 1 gennaio 2020 unicamente alla nuova piattaforma di accoglienza SINFONIA"*;
- c) che, pertanto, a fronte di un più efficiente, tempestivo e incisivo controllo delle prestazioni sanitarie, rese giorno per giorno, risulta possibile abolire dal 1° gennaio 2020 le limitazioni trimestrali dei tetti di spesa, con le conseguenti modifiche dei contratti con le strutture private, recepite nei nuovi schemi approvati dal presente decreto;

RITENUTO

- a) di dover fissare, sulla base dell'andamento preconsuntivo 2019 delle diverse branche della specialistica ambulatoriale, in via definitiva la programmazione 2019 dei volumi massimi e dei correlati limiti di spesa per ciascuna ASL e per ogni branca;
- b) che l'assegnazione definitiva dei limiti di spesa 2019 della specialistica ambulatoriale debba essere effettuata secondo quanto disposto nelle Sezioni I, II e III del presente decreto, confermando e/o incrementando i limiti di spesa 2018, con la sola eccezione di una parziale riclassifica del tetto di spesa della Radioterapia, che non penalizzerà le strutture private interessate per i motivi specificati nel punto a) del paragrafo *"Programmazione per l'esercizio 2019"* della Sezione III;

RITENUTO, inoltre,

- a) che a decorrere dall'esercizio 2020 possa essere istituito un apposito accantonamento, da ripartire alle ASL per quota capitaria, destinato a dare copertura – nel quadro dei vincoli della cd. *Spending Review* – ad appositi Accordi Locali Integrativi che potranno riguardare le prestazioni diagnostico/stadiative, terapeutiche e di follow-up, che le Aziende Sanitarie Locali, in coordinamento con i CORP - Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici, operanti nell'ambito della Rete Oncologica istituita dal DCA n. 98 del 20.09.2016 e s.m.i., devono assicurare nell'attuazione dei PDTA – *Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali*, affinché sia resa effettiva e completa la presa in carico dei pazienti oncologici;
- b) che, pertanto, con il presente decreto sia opportuno definire, sia pure in via provvisoria, la programmazione dei volumi massimi di prestazioni di specialistica ambulatoriale ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2020, come sviluppata nelle Sezioni I, II e III, approvando i nuovi schemi contrattuali per recepire diverse rilevanti innovazioni e miglioramenti, da applicarsi dal 1° gennaio 2020 (come i più stringenti obblighi informativi, sia giornalieri che mensili, la separazione

**Regione Campania****Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

dei limiti di spesa relativi alle prestazioni "R", l'abolizione dei limiti di spesa trimestrali, l'istituzione dell'accantonamento per Accordi Locali Integrativi, finalizzati a garantire le prestazioni di specialistica ambulatoriale rientranti nei PDTA oncologici), rinviando ad un successivo provvedimento – da adottarsi a breve – le modifiche alla programmazione per l'esercizio 2020 che sono divenute possibili e/o necessarie a seguito delle nuove disposizioni, introdotte dall'art. 45, comma 1-ter, del decreto legge 24 ottobre 2019, n. 124, convertito con modificazioni dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157, nonché dall'art. 1, comma 446, della legge 27 dicembre 2019, n. 160;

- c) che il quadro programmatico 2019 e provvisorio 2020 delle prestazioni di specialistica ambulatoriale acquistate dalle strutture sanitarie private soggette alla cd. *Spending Review*, può essere aggiornato secondo quanto esposto nell'allegato n. 1 al presente decreto, nel rispetto dei vincoli complessivi già stabiliti per il 2019 dai sopra richiamati DCA n. 48 e n. 84/2018;
- d) che, pertanto, con il presente decreto debba disporsi l'assegnazione in via definitiva dei limiti di spesa della specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2019 e, in via provvisoria, per l'esercizio 2020, con le disposizioni specificate nelle seguenti Sezioni:
- nella Sezione I si fissa il quadro generale della programmazione dei limiti di spesa 2019 e 2020 assegnati agli operatori privati accreditati nell'area della specialistica ambulatoriale ai fini del rispetto della cd. *Spending Review*;
 - nella Sezione II si provvede a fornire le indicazioni necessarie per la stipula dei contratti 2019 e 2020 con gli erogatori privati per regolare i volumi massimi ed i correlati limiti di spesa delle prestazioni di dialisi ambulatoriale;
 - nella allegata Sezione III si forniscono le indicazioni necessarie per la stipula dei contratti 2019 e 2020 con gli erogatori privati per regolare i volumi massimi ed i correlati limiti di spesa delle altre prestazioni di specialistica ambulatoriale;
 - nella allegata Sezione IV si autorizza la stipula di accordi integrativi dei contratti 2018 con gli erogatori privati delle prestazioni di dialisi ambulatoriale e di radioterapia, nonché per altre situazioni particolari;
 - nella allegata Sezione V si dà mandato al Direttore Generale per la Tutela della Salute ed ai Direttori Generali delle ASL competenti per Territorio, affinché definiscano e stipulino gli accordi per gli esercizi 2020 – 2021 con l'Ente Fatebenefratelli (per gli ospedali di Benevento e di Napoli), con la Fondazione Evangelica Betania per l'Ospedale di Napoli, con la Provincia Sicula dei Chierici Regolari Ministri degli Infermi - Religiosi Camilliani per il Presidio Ospedaliero S. Maria della Pietà di Casoria, e con l'IRCCS Maugeri di Telesse Terme, fissando i criteri ed i limiti di spesa cui devono attenersi tali Enti;

DATO ATTO

- a) che le linee generali del presente provvedimento sono state presentate alle Associazioni di Categoria della Specialistica Ambulatoriale, erogata dalle strutture private accreditate, in un apposito incontro tenutosi il 10 gennaio 2020;

**Regione Campania****Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

- b) che i limiti di spesa conseguenti dal presente decreto per ciascuna struttura nell'ambito della ASL di appartenenza hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del SSR: rimane, infatti, obbligo della ASL territorialmente competente verificare prima della stipula dei contratti con i singoli operatori privati accreditati, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari per poter erogare prestazioni sanitarie con oneri a carico del SSR;
- c) che il presente decreto viene trasmesso al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze e, con successivi atti, potranno essere recepite eventuali prescrizioni, che dovessero pervenire dai suddetti Ministeri;

DECRETA

Per tutto quanto esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato:

1. di **APPROVARE** specificamente tutte le disposizioni di cui alle Sezioni I, II, III, IV e V, allegata al presente decreto per formarne parte integrante e sostanziale;
2. di **PRECISARE** che le strutture sanitarie private che entro i termini stabiliti nelle Sezioni II e III non sottoscrivano il contratto ex art. 8 quinquies secondo gli schemi approvati dal presente decreto, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale formulata dalla ASL competente in base alle disposizioni recate dal presente decreto, si intenderanno prive di contratto e, pertanto, per tali strutture dal mese successivo cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);
3. di **PRECISARE** altresì che i limiti di spesa conseguenti dal presente decreto per ciascuna struttura nell'ambito della ASL di appartenenza hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del SSR: rimane, infatti, obbligo della ASL territorialmente competente verificare prima della stipula dei contratti con i singoli operatori privati accreditati, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari per poter erogare prestazioni sanitarie con oneri a carico del SSR;
4. di **NOTIFICARE** immediatamente il presente decreto alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste, a tutte le Associazioni di categoria ed a tutti ai centri privati interessati
5. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, riservandosi di recepire con successivi provvedimenti le valutazioni e/o prescrizioni eventuali prescrizioni, che dovessero pervenire dai suddetti Ministeri;
6. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento al Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, alle Aziende Sanitarie Locali, alla So.Re.Sa. S.p.A. e al BURC per tutti gli adempimenti in materia di pubblicità e trasparenza.



Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

Il Direttore Generale per la
Tutela della Salute
Avv. Antonio Postiglione

DE LUCA



Regione Campania

*Il Commissario ad acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 10/07/2017)*

SEZIONE I: Definizione per l'esercizio 2019 e 2020 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale: quadro della programmazione dei limiti di spesa 2019 - 2020 assegnati agli operatori privati accreditati ai fini del rispetto della cd. *Spending Review*

Nel decreto del Commissario ad acta n. 84 del 31.10.2018 è stato approvato il quadro della programmazione dei limiti di spesa 2018 assegnati ai soggetti privati accreditati che erogano assistenza specialistica ambulatoriale ed assistenza ospedaliera, ai fini del rispetto della cd. *Spending Review*, ovvero, delle disposizioni recate dall'art. 15, comma 14, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e s.m.i., come integrate dall'art. 9-quater, comma 7, e dall'art. 9-septies, commi 1 e 2, del decreto legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, nonché dall'art. 1, comma 574, della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

Nel presente decreto viene definito nell'allegato n. 1 il quadro della programmazione dei limiti di spesa 2019 e 2020, assegnati ai soggetti privati accreditati che erogano assistenza specialistica ambulatoriale ed assistenza ospedaliera, ai fini del rispetto della sopra richiamata normativa in materia di *Spending Review*. Si precisa che la programmazione 2020 non tiene ancora conto delle nuove disposizioni, introdotte dall'art. 45, comma 1-ter, del decreto legge 24 ottobre 2019, n. 124, convertito con modificazioni dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157, nonché dall'art. 1, comma 446, della legge 27 dicembre 2019, n. 160, che saranno recepite a breve con successivo provvedimento.

Per le variazioni all'interno delle varie branche si rinvia alle Sezioni II e III.

Per quanto non modificato dal presente decreto, si intendono confermate le disposizioni in materia di regolamentazione della spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture private accreditate, contenute e/o richiamate nel DCA n. 84/2018.

Quadro delle prestazioni da privato soggette alla Spending Review per il 2019 - 2020

Limiti di Spesa per privati accreditati (importi in migliaia di euro)	Progr.ne 2017-18 (DCA 89/2016 e 84/2018)				Programmazione 2019			Programmazione 2020 (provvisoria)		
	2017	2018	var 2018 - 2017	var %	2019	var 2019 - 2018	var %	2020	var 2020 - 2019	var %
Assistenza Specialistica e Ospedaliera da Ospedali Religiosi e IRCCS Maugeri (compreso PACC ed escluso incentivo Alta Specialità)	165.368	165.368	0	0%	165.368	0	0,0%	164.045	-1.323	-0,8%
Diabetologia	8.521	8.521	0	0%	8.521	0	0,0%	8.453	-68	-0,8%
Branche a visita	15.650	15.650	0	0%	15.650	0	0,0%	15.525	-125	-0,8%
Cardiologia	33.346	33.346	0	0%	33.346	0	0,0%	33.079	-267	-0,8%
Patologia Clinica (Laboratorio di analisi)	106.390	106.390	0	0%	106.390	0	0,0%	105.538	-851	-0,8%
Medicina nucleare	39.866	39.866	0	0%	41.666	1.800	4,5%	41.332	-333	-0,8%
Radiodiagnostica	128.549	128.549	0	0%	128.549	0	0,0%	127.521	-1.028	-0,8%
Radioterapia	19.975	29.962	9.987	50,0%	30.632	670	2,2% (1)	31.232	600	2,0%
Dialisi	134.167	132.138	-2.029	-1,5%	133.362	1.224	0,9% (2)	134.696	1.334	1,0%
Medicina Fisica e Riabilitazione (FKT)	35.770	35.770	0	0%	36.080	310	0,9%	36.069	-11	0,0%
SUBTOTALE Assistenza Specialistica da altri privati	522.234	530.192	7.958	1,5%	534.196	4.004	0,8%	533.446	-750	-0,1%
NOTE: (1) pari al + 4,4% sul consuntivo 2018; (2) pari al + 1,2% sul consuntivo 2018										
Accantonamento per Accordi Locali Integrativi: v. Sezione III								2.200	2.200	n.s.
Assistenza Ospedaliera da case di cura private, escludendo: la riattivazione dei PL di lungodegenza della ex Villa Russo, l'incentivo per Alta Specialità e compresi i PACC	640.673	635.582	-5.090	-0,8%	635.582	0	0,0%	635.582	0	0,0%
Accantonamento per eventuali altri contratti integrativi	7.141	4.273	-2.868	-40,2%	269	-4.004	-93,7%	142	-127	-47,1%
TOTALE GENERALE = LIMITE di LEGGE	1.335.416	1.335.416	0	0,0%	1.335.416	0	0,0%	1.335.416	0	0,0%
per memoria:										
Riattivazione PL Villa Russo	14.418	14.418	0	0%	14.418	0	0%	14.418	0	0%
Incentivo Alta Specialità per le case di cura private	24.597	45.000	20.403	83%	45.000	0	0%	45.000	0	0%
Totale tetto di spesa Case di Cura private	679.687	695.000	15.313	2,3%	695.000	0	0,0%	695.000	0	0%
Incentivo Alta Specialità per altri Ospedali privati	5.403	9.000	3.597	67%	9.000	0	0%	9.000	0	0%



Regione Campania

*Il Commissario ad acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 10/07/2017)*

SEZIONE II: Definizione per l'esercizio 2019 e 2020 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e ed i correlati limiti di spesa delle prestazioni di dialisi ambulatoriale

La prestazioni di dialisi ambulatoriale in Campania sono erogate soprattutto dalle strutture private accreditate.

A seguito delle comunicazioni ricevute dalle ASL in riscontro alla richiesta del Direttore Generale per la Tutela della Salute del 06.09.2019, prot. n. 0533473, dettagliatamente elencate nella Sezione IV del presente decreto, è stato accertato il consuntivo 2018 in quantità e valore economico delle prestazioni di dialisi ambulatoriale erogate dalle strutture private accreditate, che si espone nell'allegato n. 1 alla citata Sezione IV.

Negli ultimi due anni, anche per effetto delle disposizioni introdotte dal DCA n. 89/2016 e richiamate nel successivo punto 6, la crescita in numero e valore delle prestazioni di dialisi ambulatoriale erogate dalle strutture private accreditate è stata pari a circa lo 0,3% medio annuo. Infatti, il consuntivo 2016 (asseverato dal DCA n. 77 del 09.10.2018) è risultato pari a n. 734.787 prestazioni, con una spesa netta di euro 131,0 milioni; mentre il consuntivo 2018 (esposto nell'allegato n. 1 alla Sezione IV del presente decreto) è risultato pari a n. 739.445 prestazioni, con una spesa netta di euro 131,8 milioni.

Pertanto, considerato anche il particolare regime cui sono assoggettate le prestazioni di dialisi ambulatoriale, esposto nel successivo punto 5, con il presente decreto si provvede – prudenzialmente - a fissare il tetto di spesa della branca di dialisi ambulatoriale per gli esercizi 2019 e 2020 con un incremento annuo, rispettivamente, del 1,2% sul consuntivo 2018, e dell'1% sul budget 2019, come si espone nella seguente tabella:

	A	B	C	D	E	F
ASL	Consuntivo 2018 n° prestazioni di dialisi ambulatorial e	Volumi massimi 2019 di prestazioni (consuntivo 2018 + 1,2%)	Volumi massimi 2020 di prestazioni (volumi MAX 2019 + 1%)	Consuntivo 2018 di spesa netta (con soglia convettive al 20%) comunicato dalle ASL	Limite di spesa netta 2019 con soglia convettive al 20% (consuntivo 2018 + 1,2%)	Limite di spesa netta 2020 con soglia convettive al 20% (limite di spesa 2019 + 1%)
ASL Avellino	32.467	32.860	33.190	5.761.945,80	5.831.090,00	5.889.400,00
ASL Benevento	31.173	31.550	31.870	5.537.847,41	5.604.300,00	5.660.340,00
ASL Caserta	114.859	116.240	117.400	20.409.147,31	20.654.060,00	20.860.600,00
ASL Napoli 1 Centro	119.082	120.510	121.720	21.269.715,66	21.524.950,00	21.740.200,00
ASL Napoli 2 Nord	149.931	151.730	153.250	26.713.446,90	27.034.010,00	27.304.350,00
ASL Napoli 3 Sud	153.481	155.320	156.870	27.402.047,15	27.730.870,00	28.008.180,00
ASL Salerno	138.452	140.110	141.510	24.686.525,51	24.982.760,00	25.232.590,00
TOTALE	739.445	748.320	755.810	131.780.675,74	133.362.040,00	134.695.660,00

Si dispone, pertanto, che:

1. Per gli esercizi 2019 e 2020 ai centri privati accreditati che erogano prestazioni di dialisi ambulatoriale si applicano i volumi massimi ed i correlati limiti di spesa fissati nella tabella sopra esposta, con le modalità, prescrizioni e condizioni tutte di seguito specificate.
2. Le Associazioni di categoria della branca di dialisi, entro 20 giorni dalla notifica o pubblicazione del presente decreto, dovranno stipulare con le ASL competenti per territorio i Protocolli di intesa per le prestazioni da erogarsi per gli esercizi 2019 e 2020 secondo gli allegati schemi "**Sezione II - A/1 – Protocollo Dialisi – Anno 2019**" e "**Sezione II - A/3 – Protocollo Dialisi – Anno 2020**".
3. Sarà compito di ciascuna ASL stipulare i contratti con le singole strutture private, definendo per ciascuna di esse il volume di prestazioni ed il correlato limite di spesa, tenuto conto del consuntivo 2018, dei dati preconsuntivi 2019 e di eventuali trasferimenti, accorpamenti (debitamente autorizzati) e altre modifiche intervenute tra i centri privati operanti nella medesima ASL. L'attribuzione del budget 2019 e 2020 alle singole strutture dovrà essere stabilita dal Direttore Generale della ASL, previa audizione del Tavolo Tecnico tra l'ASL e le Associazioni di categoria, previsto dall'art. 6 del Protocollo d'intesa. La tabella con l'attribuzione a ciascun centro privato dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa 2019 e 2020 dovrà essere allegata ai suddetti Protocolli d'intesa, esponendo dettagliatamente eventuali valutazioni discordi di uno o più rappresentanti delle Associazioni di categoria componenti il suddetto Tavolo Tecnico.
4. Tutte le strutture private accreditate che erogano prestazioni di dialisi, entro 30 giorni dalla notifica o pubblicazione del presente decreto, dovranno stipulare con le ASL competenti per territorio il contratto di struttura relativo alle prestazioni da erogare negli esercizi 2019 e 2020, secondo gli allegati schemi "**Sezione II - A/2 – Contratto Dialisi – Anno 2019**" e "**Sezione II - A/4 – Contratto Dialisi – Anno 2020**".
5. Analogamente a quanto stabilito per il 2015 dal DCA n. 8/2016, per il 2016 e 2017 dal DCA n. 89/2016 e per il 2018 dal DCA n. 84/2018, anche per gli esercizi 2019 e 2020, in considerazione della specificità della branca della dialisi ambulatoriale, si applicherà la compensazione tra sottoutilizzi e sforamenti dei tetti di spesa, prima a livello di ASL, e poi a livello regionale. Qualora nonostante tali compensazioni dovessero residuare degli sforamenti non coperti, la Regione potrà autorizzare la stipula di contratti integrativi con una decurtazione del 35% della tariffa, in analogia con quanto convenuto per il 2014 ed approvato dal DCA n. 68/2015 e fermo restando il rispetto dei limiti massimi complessivi ammessi dalla normativa sulla Spending Review (DI 95/2012 e s.m.i.).
6. Al fine di migliorare la qualità e l'appropriatezza delle cure, si ribadiscono e confermano le seguenti prescrizioni, stabilite dal DCA n. 89/2016 e che hanno contribuito al contenimento della spesa nell'ultimo triennio:
 - a) I Centri di Dialisi pubblici e privati devono attenersi alle disposizioni di cui all'allegato "A – *Percorso diagnostico terapeutico per la definizione dei Criteri di Immissione di pazienti in IRC V stadio (naive) in terapia emodialitica cronica e necessità di dialisi supplementare*", alla Sezione II del DCA n. 89/2016.
 - b) Sono da considerare inappropriate e non ammissibili al pagamento, le dialisi supplementari erogate a più del 15 % del totale dei pazienti che afferiscono a ciascuna struttura di dialisi.
 - c) I centri di dialisi sia pubblici che privati accreditati sono tenuti ad inserire in tempo reale i trattamenti dialitici (sia l'anagrafica dei pazienti, che i dati delle ricette del SSR e dei singoli trattamenti) nei flussi informativi nazionali e regionali, rispettando le specifiche disposizioni vigenti a tale riguardo.

- d) Le ASL devono convocare con cadenza mensile i Tavoli Tecnici previsti dall'art. 6 dello schema di Protocollo d'Intesa allegato al DCA n. 84/2018, effettuando il monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private, in modo da intervenire tempestivamente su eventuali andamenti anomali e/o evidenze di consumi inappropriati.

Sezione II - Allegato A\1 – Protocollo DIALISI – Anno 2019

**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 2019 da parte delle strutture private accreditate ed i correlati limiti di spesa.**

E

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

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di EMODIALISI AMBULATORIALE **per l'anno 2019**, redatto in conformità al Decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro n° ----- del --/--/2020,

PREMESSO

- che con il decreto n° del/.../2020 del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono stati definiti i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2019 per le prestazioni di dialisi ambulatoriale;
- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative del citato decreto n° ... del .../.../2020 del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario;

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

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

Art. 2**(oggetto)**

1. Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione dei volumi, delle tipologie delle prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE ed i correlati limiti di spesa da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2019 da parte delle strutture private accreditate operanti nel territorio della sottoscritta ASL.

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

1. Il fabbisogno di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2019 dalle strutture private accreditate, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2019 è stabilito in n. (prestazioni).

Sezione II - Allegato A\1 – Protocollo DIALISI – Anno 2019**Art. 4****(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)**

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per il volume di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE determinato all'art. 3, è fissato in € _____ per l'anno 2019, applicando le tariffe vigenti e la soglia massima annua di fatturazione da parte di ciascun centro di dialisi del numero delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, rispetto al totale delle prestazioni di dialisi effettuate dallo stesso centro privato nel medesimo anno solare, con i criteri stabiliti dal decreto commissariale n. 53/2013, pubblicato sul BURC n. 37 del 8 luglio 2013.

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

1. La remunerazione delle prestazioni di cui al precedente art. 4 avverrà sulla base delle tariffe regionali e della soglia massima di remunerazione delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, pari al 20% del numero delle prestazioni di dialisi (codici da 39.95.1 a 39.95.9) complessivamente erogate da ogni struttura in ciascun anno solare, come stabilito dal sopra citato decreto commissariale n. 53/2013 e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4.
2. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente Protocollo, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4.
3. Le parti si danno atto che, in base a quanto disposto dal Decreto n. ... del .../.../2020 del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro, eventuali superamenti del limite di spesa per l'esercizio 2019, fissato nello stesso decreto e riportato nel presente Protocollo, potranno essere remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, previa stipula di appositi accordi integrativi tra la ASL ed i centri privati operanti sul proprio territorio, alle condizioni e con le modalità specificate nello stesso decreto commissariale.

Art. 6**(Tavolo Tecnico)**

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente protocollo è istituito un tavolo tecnico tra le Associazioni di categoria e l'ASL.
2. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio MENSILE dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private, 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.

Sezione II - Allegato A\1 – Protocollo DIALISI – Anno 2019

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. Per le finalità di cui ai commi precedenti le strutture private accreditate sono impegnate a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.
5. Si allega al presente protocollo la delibera del Direttore Generale della ASL che attribuisce alle singole strutture i volumi massimi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2019, ed alla quale sono allegati le osservazioni dei componenti del Tavolo tecnico di cui al presente articolo.

Art. 7

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà ad ogni struttura privata un acconto mensile pari all'85% del fatturato mensile, a condizione che siano state correttamente effettuate le comunicazioni di cui all'ultimo comma dell'articolo precedente; costituisce, inoltre, motivo di sospensione dei pagamenti:
 - a) l'omessa alimentazione in tempo reale dei trattamenti dialitici (sia l'anagrafica dei pazienti, che i dati delle ricette del SSR e dei singoli trattamenti) sul portale Regionale Sani.Arp. (di cui al DCA 20/2013 – BURC n. 12/2013 e DPGRC n. 144/2016 - BURC n. 44/2016);
 - b) 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;
 - c) il superamento del limite del 15% delle prestazioni supplementari.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 30 giugno 2019 per le fatture del primo trimestre; entro il 30 settembre 2019 per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 dicembre 2019 per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 31 marzo 2020 per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre 2019. Per il pagamento di ciascun saldo la sottoscritta ASL potrà richiedere l'emissione di apposite note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria eventualmente necessaria per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore delle strutture private accreditate, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.

Sezione II - Allegato A\1 – Protocollo DIALISI – Anno 2019

3. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
4. 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.
5. 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.
6. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiari espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
7. Ai fini del rispetto della normativa 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**(efficacia e norme finali)**

1. Il presente protocollo si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2019, in esecuzione del decreto n.del/..../2020 del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro.
2. Il presente protocollo sarà adeguato ai successivi provvedimenti regionali in materia che dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.
3. Ciascuna struttura privata si impegna a trasmettere al portale Sani.Arp l'attestazione di nomina del Responsabile esterno del trattamento dei dati personali e ad acquisire e trasmettere al portale Sani.A.R.P. il relativo Consenso Informato di ciascun paziente, come di norma.
4. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente protocollo è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.

Art. 9**(Clausola di salvaguardia)**

Sezione II - Allegato A\1 – Protocollo DIALISI – Anno 2019

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

li , ____ / _____

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione

Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 7, comma 3: (*“A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito”*), e l'intero art. 9 (*Clausola di salvaguardia*) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione

Sezione II - Allegato A\2 – Contratto Dialisi – Anno 2019**Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.****Contratto TRA**

La struttura privata --(cod.....)
Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
con sede in (Prov: ; CAP: _____) –
rappresentata dal

come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o della Regione che redige il presente atto;

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

- a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentate legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni / si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di _____;
- c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27.12.1956, n. 1423, e che non sussistono le cause ostative previste all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006;
- 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. n. del ___/___/_____.

E

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

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di EMODIALISI AMBULATORIALE per l'anno 2019, redatto in conformità al Decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro n° ... del .../.../2020,

PREMESSO

- che con il decreto n° del/.../2020 del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono stati definiti i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2019 per le prestazioni di dialisi ambulatoriale;
- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative del citato decreto n° .. del/2020 del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario;

Sezione II - Allegato A\2 – Contratto Dialisi – Anno 2019

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

VISTO

lo schema di protocollo di intesa preliminare tipo tra le AA.SS.LL e le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi, le tipologie ed i correlati limiti di spesa delle prestazioni di dialisi ambulatoriale da erogarsi per l'esercizio 2019 da parte delle strutture private accreditate, allegato sub A\1 al citato decreto n. ... del .../2020 del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(oggetto)

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2019 da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il fabbisogno di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1/1 – 31/12/2019 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2019, è stabilito in n. (prestazioni).

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per il volume di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE determinato all'art. 3, è fissato in € _____ per l'anno 2019, applicando le tariffe vigenti e la soglia massima annua di fatturazione da parte di ciascun centro di dialisi del numero delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, rispetto al totale delle prestazioni di dialisi effettuate dallo stesso centro privato nel medesimo anno solare, con i criteri stabiliti dal decreto commissariale n. 53/2013, pubblicato sul BURC n. 37 del 8 luglio 2013.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni di cui al precedente art. 4 avverrà sulla base delle tariffe regionali e della soglia massima di remunerazione delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, pari al 20% del numero delle prestazioni di dialisi (codici da 39.95.1 a 39.95.9) complessivamente erogate dalla sottoscritta struttura in ciascun anno solare, come stabilito dal decreto n. 53/2013 del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario, e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4.
2. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso

Sezione II - Allegato A\2 – Contratto Dialisi – Anno 2019

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

dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento del limite di spesa indicato al precedente art. 4.

3. Le parti si danno atto che, in base a quanto disposto dal Decreto n. ... del .../.../.... del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro, eventuali superamenti del limite di spesa per l'esercizio 2019 potranno essere remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, previa stipula di apposito accordo integrativo tra la ASL ed il sottoscritto centro privato, alle condizioni e con le modalità specificate nello stesso decreto commissariale.

Art. 6 **(Tavolo Tecnico)**

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico tra le Associazioni di categoria e l'ASL.
2. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio MENSILE dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private, 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. Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura si impegna a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni. L'omissione di tali comunicazioni / adempimenti comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

Art. 7 **(modalità di pagamento delle prestazioni)**

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari all'85% del fatturato mensile, a condizione che siano state correttamente effettuate le comunicazioni di cui all'ultimo comma dell'articolo precedente; costituisce, inoltre, motivo di sospensione dei pagamenti:
 - a) l'omessa alimentazione in tempo reale dei trattamenti dialitici (sia l'anagrafica dei pazienti, che i dati delle ricette del SSR e dei singoli trattamenti) sul portale Regionale Sani.Arp. (di cui al DCA 20/2013 – BURC n. 12/2013 e DPGRC n. 144/2016 - BURC n. 44/2016);
 - b) 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;
 - c) il superamento del limite del 15% delle prestazioni supplementari.

Sezione II - Allegato A\2 – Contratto Dialisi – Anno 2019

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

2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 30 giugno 2019 per le fatture del primo trimestre; entro il 30 settembre 2019 per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 dicembre 2019 per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 31 marzo 2020 per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre 2019. 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.
3. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Ai fini del rispetto della normativa 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.

Sezione II - Allegato A\2 – Contratto Dialisi – Anno 2019**Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.****Art. 8
(efficacia e norme finali)**

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2019 in esecuzione del DCA n./2020 sopra citato.
2. Il presente contratto sarà adeguato ai successivi provvedimenti regionali in materia che dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.
3. La sottoscritta struttura privata si impegna a trasmettere al portale Sani.Arp l'attestazione di nomina del Responsabile esterno del trattamento dei dati personali e ad acquisire e trasmettere al portale Sani.A.R.P. il relativo Consenso Informato di ciascun paziente, come di norma.
4. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.

**Art. 9
(Clausola di salvaguardia)**

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

li, ____ / _____

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore GeneraleTimbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 7, comma 3: ("A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito"), e l'intero art. 9 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore GeneraleTimbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Sezione II - Allegato A\3 – Protocollo DIALISI – Anno 2020

**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 2020 da parte delle strutture private accreditate ed i correlati limiti di spesa.**

E

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

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di EMODIALISI AMBULATORIALE **per l'anno 2020**, redatto in conformità al Decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro n° ----- del --/--/2020,

PREMESSO

- che con il decreto n° del/.../2020 del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono stati definiti i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2020 per le prestazioni di dialisi ambulatoriale;
- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative del citato decreto n° .. del .././2020 del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario;

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

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

Art. 2**(oggetto)**

1. Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione dei volumi, delle tipologie delle prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE ed i correlati limiti di spesa da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2020 da parte delle strutture private accreditate operanti nel territorio della sottoscritta ASL.

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

1. Il fabbisogno di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2020 dalle strutture private accreditate, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2020 è stabilito in n. (prestazioni).

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

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per il volume di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE determinato all'art. 3, è fissato in € _____ per l'anno 2020, applicando le tariffe vigenti e la soglia massima annua di fatturazione da parte di

Sezione II - Allegato A\3 – Protocollo DIALISI – Anno 2020

ciascun centro di dialisi del numero delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, rispetto al totale delle prestazioni di dialisi effettuate dallo stesso centro privato nel medesimo anno solare, con i criteri stabiliti dal decreto commissariale n. 53/2013, pubblicato sul BURC n. 37 del 8 luglio 2013.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni di cui al precedente art. 4 avverrà sulla base delle tariffe regionali e della soglia massima di remunerazione delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, pari al 20% del numero delle prestazioni di dialisi (codici da 39.95.1 a 39.95.9) complessivamente erogate da ogni struttura in ciascun anno solare, come stabilito dal sopra citato decreto commissariale n. 53/2013 e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4.
2. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente Protocollo, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4.
3. Le parti si danno atto che, in base a quanto disposto dal Decreto n. ... del .../.../2020 del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro, eventuali superamenti del limite di spesa per l'esercizio 2020, fissato nello stesso decreto e riportato nel presente Protocollo, potranno essere remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, previa stipula di appositi accordi integrativi tra la ASL ed i centri privati operanti sul proprio territorio, alle condizioni e con le modalità specificate nello stesso decreto commissariale.

Art. 6

(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire 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 - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019.

Sezione II - Allegato A\3 – Protocollo DIALISI – Anno 2020

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, su tutti gli adempimenti previsti dal presente protocollo e messi in essere, comprese le attività svolte dai tavoli tecnici e le successive attuazioni delle decisioni assunte.
5. Si allega al presente protocollo la delibera del Direttore Generale della ASL che attribuisce alle singole strutture i volumi massimi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2020, ed alla quale sono allegate le osservazioni dei componenti del Tavolo tecnico di cui al presente articolo.

Art. 7

(documentazione delle prestazioni e modalità di pagamento delle prestazioni)

1. Le strutture private accreditate documentano l'attività sanitaria erogata a mezzo dei flussi informativi di cui al successivo art. 8, che costituiscono il riferimento anche per la definizione dei rapporti economici, in conformità alle disposizioni della vigente normativa. La fattura relativa alle prestazioni erogate in ciascun mese potrà essere emessa solo dopo il completamento delle operazioni di trasmissione dei dati di erogazione di cui al successivo art. 8 e dovrà essere accompagnata dall' "*attestazione delle operazioni registrate nel Sistema TS ai sensi del DM 2 novembre 2011*", comprovante l'invio dei dati, utilizzando la funzionalità appositamente predisposta sul Sistema TS. In mancanza, l'ASL respingerà la fattura.
2. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà ad ogni struttura privata un acconto mensile pari all'85% del fatturato mensile, a condizione che siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente. 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 2020 per le fatture del primo trimestre; entro il 30 settembre 2020 per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 dicembre 2020 per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 31 marzo 2021 per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre 2020. Per il pagamento di ciascun saldo la sottoscritta ASL potrà richiedere l'emissione di apposite note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria eventualmente necessaria per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore delle strutture private accreditate, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.

Sezione II - Allegato A\3 – Protocollo DIALISI – Anno 2020

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 della normativa sulla tracciabilità dei pagamenti, le strutture private indicheranno il conto corrente bancario loro intestato, sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del contratto, e si impegneranno a comunicare tempestivamente eventuali modifiche, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante.

Art. 8

(debito informativo e CUP regionale)

1. Le strutture private accreditate sono impegnate:
 - a) ad entrare nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (Sistema **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 potrà avvenire attraverso l'utilizzo di una apposita piattaforma di prenotazione ed erogazione regionale (denominata CUP SINFONIA) in fase di realizzazione, nonché delle relative agende informatizzate di prenotazione che saranno concordate con la ASL di competenza;
 - b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall'art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;
 - c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del

Sezione II - Allegato A\3 – Protocollo DIALISI – Anno 2020

progetto SINFONIA e, quindi, dal 1° gennaio 2020, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019;

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

Art. 9

(fascicolo sanitario elettronico e protezione dei dati)

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

Art. 10

(efficacia e norme finali)

Sezione II - Allegato A\3 – Protocollo DIALISI – Anno 2020

1. Il presente protocollo si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2020, in esecuzione del decreto n. .. del ..././2020 del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro.
2. Il presente protocollo sarà adeguato ai successivi provvedimenti regionali in materia che dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.
3. Al fine di prevenire contenziosi sulle eventuali contestazioni in merito ai controlli eseguiti sulle prestazioni sanitarie e sulle misure adottate, le parti potranno richiedere un parere alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo di cui al DCA n. 103 del 06.12.2019
4. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente protocollo è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.

Art. 11**(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 alla annualità di erogazione delle prestazioni, regolata con il presente contratto.

li , ____ / _____

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione

Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 7, comma 4: (*"A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito"*), e l'intero art. 11 (*Clausola di salvaguardia*) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione

Sezione II - Allegato A\4 – Contratto Dialisi – Anno 2020**Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.****Contratto TRA**

La struttura privata --(cod.....)
Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
con sede in (Prov: ; CAP: _____) –
rappresentata dal

come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o della Regione che redige il presente atto;

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

- a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentate legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni / si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di _____;
- c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27.12.1956, n. 1423, e che non sussistono le cause ostative previste all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006;
- 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. n. del ___/___/_____.

E

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

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di EMODIALISI AMBULATORIALE per l'anno 2020, redatto in conformità al Decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro n° ... del .../.../2020,

PREMESSO

- che con il decreto n° del/.../2020 del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono stati definiti i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2020 per le prestazioni di dialisi ambulatoriale;
- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative del citato decreto n° ... del .../.../2020 del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario;

Sezione II - Allegato A\4 – Contratto Dialisi – Anno 2020**Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.**

VISTO

lo schema di protocollo di intesa preliminare tipo tra le AA.SS.LL e le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi, le tipologie ed i correlati limiti di spesa delle prestazioni di dialisi ambulatoriale da erogarsi per l'esercizio 2020 da parte delle strutture private accreditate, allegato sub A\1 al citato decreto n. ... del .../2020 del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario;

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

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

Art. 2**(oggetto)**

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2020 da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa.

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

1. Il fabbisogno di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1/1 – 31/12/2020 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2020, è stabilito in n. (prestazioni).

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

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per il volume di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE determinato all'art. 3, è fissato in € _____ per l'anno 2020, applicando le tariffe vigenti e la soglia massima annua di fatturazione da parte di ciascun centro di dialisi del numero delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, rispetto al totale delle prestazioni di dialisi effettuate dallo stesso centro privato nel medesimo anno solare, con i criteri stabiliti dal decreto commissariale n. 53/2013, pubblicato sul BURC n. 37 del 8 luglio 2013.

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

1. La remunerazione delle prestazioni di cui al precedente art. 4 avverrà sulla base delle tariffe regionali e della soglia massima di remunerazione delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, pari al 20% del numero delle prestazioni di dialisi (codici da 39.95.1 a 39.95.9) complessivamente erogate dalla sottoscritta struttura in ciascun anno solare, come stabilito dal decreto n. 53/2013 del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario, e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4.
2. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si

Sezione II - Allegato A\4 – Contratto Dialisi – Anno 2020

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

conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento del limite di spesa indicato al precedente art. 4.

3. Le parti si danno atto che, in base a quanto disposto dal Decreto n. ... del .../.../.... del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro, eventuali superamenti del limite di spesa per l'esercizio 2020 potranno essere remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, previa stipula di apposito accordo integrativo tra la ASL ed il sottoscritto centro privato, alle condizioni e con le modalità specificate nello stesso decreto commissariale.

Art. 6 (Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire 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;
 - 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, su tutti gli adempimenti previsti dal presente contratto e messi in essere, comprese le attività svolte dai tavoli tecnici e le successive attuazioni delle decisioni assunte.

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

Sezione II - Allegato A\4 – Contratto Dialisi – Anno 2020

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

completamento delle operazioni di trasmissione dei dati di erogazione di cui al successivo art. 8 e dovrà essere accompagnata dall' "attestazione delle operazioni registrate nel Sistema TS ai sensi del DM 2 novembre 2011", comprovante l'invio dei dati, utilizzando la funzionalità appositamente predisposta sul Sistema TS. In mancanza, l'ASL respingerà la fattura.

2. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari all'85% del fatturato mensile, a condizione che siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente. 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 2020 per le fatture del primo trimestre; entro il 30 settembre 2020 per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 dicembre 2020 per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 31 marzo 2021 per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre 2020. Per il pagamento di ciascun saldo la sottoscritta ASL potrà richiedere l'emissione di apposite note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria eventualmente necessaria per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato, da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore della struttura privata, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.
4. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
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.

Sezione II - Allegato A\4 – Contratto Dialisi – Anno 2020**Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.**

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 della normativa sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del presente contratto: codice IBAN: _____; presso: _____, generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: _____; impegnandosi a comunicare tempestivamente, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante, eventuali modifiche.

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

1. La sottoscritta struttura privata con la sottoscrizione del presente contratto si impegna:
 - a) ad entrare nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (Sistema **INFO**rmativo saNità Campan**IA** di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d'ora che l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale potrà avvenire attraverso l'utilizzo di una apposita piattaforma di prenotazione ed erogazione regionale (denominata CUP SINFONIA) in fase di realizzazione, nonché delle relative agende informatizzate di prenotazione che saranno concordate con la ASL di competenza;
 - b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall'art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;
 - c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, dal 1° gennaio 2020, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019;
 - d) ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.
2. La sottoscritta ASL effettuerà i controlli, in relazione alle ricette dematerializzate delle prestazioni ambulatoriali erogate, attraverso la verifica dei dati elettronici resi disponibili dal Sistema TS con la lista delle ricette dematerializzate (NRE) erogate nel mese e registrate sul

Sezione II - Allegato A\4 – Contratto Dialisi – Anno 2020

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

SAC, come sancito dal D.L. 78/2010 art. 11, comma 16 e quanto presente nel FILE C. In caso di irregolarità formali la struttura privata potrà procedere alla regolarizzazione dei flussi informativi, ove ancora possibile e consentito. Eventuali incongruenze potranno determinare la sospensione dei pagamenti finché non saranno state rimosse.

3. Qualora vengano rilevate difformità in ordine a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, l'ufficio preposto della ASL, sulla base dei controlli effettuati dal Nucleo Operativo di Controllo (NOC) ai sensi del DCA n. 103/2019, procederà a specifica contestazione, anche ai fini della eventuale decurtazione degli importi non dovuti.
4. La struttura privata è responsabile della completezza e qualità dei dati trasmessi. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'erogatore, qualora non tempestivamente rimosso, costituisce giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento. In tal caso la sottoscritta ASL proporrà alla Regione con delibera motivata la sospensione dell'accREDITamento sino al permanere dell'inadempimento, fatta salva la possibilità che si giunga alla revoca dell'accREDITamento da parte degli organi competenti per grave inadempimento.

Art. 9

(fascicolo sanitario elettronico e protezione dei dati)

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

Art. 10

(efficacia e norme finali)

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2020 in esecuzione del DCA n./2020 sopra citato.
2. Il presente contratto sarà adeguato ai successivi provvedimenti regionali in materia che dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Sezione II - Allegato A\4 – Contratto Dialisi – Anno 2020**Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.**

3. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.

Art. 11**(Clausola di salvaguardia)**

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

li , ___ / _____

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 7, comma 4: (*“A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito”*), e l'intero art. 11 (*Clausola di salvaguardia*) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata



Regione Campania

*Il Commissario ad acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 10/07/2017)*

SEZIONE III: Definizione per l'esercizio 2019 e 2020 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, escluso dialisi

Premessa

Il Servizio Sanitario della Campania, dopo aver raggiunto nel 2013 l'equilibrio economico, a seguito della cessazione del blocco del turn over sta procedendo al potenziamento ed efficientamento della offerta pubblica di servizi sanitari, con un progressivo miglioramento della capacità delle strutture pubbliche delle ASL e delle Aziende Ospedaliere di soddisfare direttamente il fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale, finora coperto in diverse branche prevalentemente dalle strutture private accreditate.

Inoltre, i provvedimenti regionali già adottati e altri in corso di adozione, perseguono la direzione di una maggiore appropriatezza, efficienza ed economicità delle cure: si pensi ai positivi effetti del DM 9 dicembre 2015 in materia di *“Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale”*.

La programmazione 2019 e 2020, sviluppata nel presente decreto, continua ad essere basata su volumi massimi di prestazioni e correlati limiti di spesa assegnati alle ASL con riferimento alle prestazioni che i centri privati in esse operanti erogano agli assistiti, a prescindere dalla loro residenza. Non è stato, infatti, ancora possibile introdurre l'impostazione dei limiti di spesa *“per residente”*, auspicata dal DCA n. 50 del 28.06.2018. Il passaggio al *“criterio del cittadino residente”* comporta una complessa gestione operativa del rapporto tra i singoli centri privati e l'ASL con cui stipula il contratto, giacché in base a questo criterio ciascun centro privato, a seconda della residenza dell'utente, viene ad attingere al limite di spesa fissato dalla Regione per ciascuna ASL di residenza dei suoi assistiti. E' evidente, quindi, la complessità gestionale di questa impostazione, che richiede la conoscenza immediata – da parte di tutti gli operatori privati e di tutte le ASL – dell'effettivo consumo del tetto di spesa della branca. Inoltre, nella nuova impostazione il singolo centro privato si troverebbe di fronte alla richiesta di prestazioni da parte di cittadini di ASL diverse, tra le quali alcune potrebbero aver esaurito il limite di spesa e altre no.

Il passaggio al *“criterio del cittadino residente”* è, quindi, ancora in fase di studio e – comunque – non costituisce un obbligo per la Regione, essendo assolutamente legittima l'impostazione corrente, peraltro in vigore dal 2008.

Un'altra criticità riguarda l'analisi del fabbisogno di prestazioni sanitarie, oggetto di diversi contenziosi. Al riguardo va evidenziato, innanzitutto, che la Regione è già intervenuta con molti provvedimenti a determinare il fabbisogno di determinate categorie di prestazioni sanitarie. E che il fabbisogno di prestazioni sanitarie:

- a) riguarda le prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private nel loro insieme;
- b) esiste un limite invalicabile, stabilito dalla legge (DL 95/2012 e s.m.i. in materia di *Spending Review*), che assegna un *quantum* determinato di risorse alle prestazioni che la Regione,

tramite le ASL, può acquistare dalle strutture sanitarie private, a prescindere dal metodo di applicazione dei limiti di spesa.

Si ricorda, infine, come già evidenziato nella Sezione I, che la programmazione 2020 non tiene ancora conto delle nuove disposizioni, introdotte dall'art. 45, comma 1-ter, del decreto legge 24 ottobre 2019, n. 124, convertito con modificazioni dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157, nonché dall'art. 1, comma 446, della legge 27 dicembre 2019, n. 160, che saranno recepite a breve con successivo provvedimento.

Programmazione per l'esercizio 2019

In questo quadro, escludendo la dialisi ambulatoriale già trattata nella Sezione II del presente decreto, la programmazione 2019 delle prestazioni di specialistica ambulatoriale conferma i volumi massimi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per il 2018 dal DCA n. 84/2018, con le seguenti eccezioni:

- a) per la Radioterapia il limite totale di spesa fissato per il 2018 dal DCA n. 84/2018 viene incrementato del 2,2% (+ euro 670 mila) che, rispetto al consuntivo 2018 certificato dalle ASL (si veda la Sezione IV del presente decreto), rappresenta un incremento medio del tetto di spesa annuo 2019 del 4,4%. Nell'ambito del limite di spesa complessivo della branca, visto l'andamento consuntivo 2014 – 2018 per singola ASL (esposto per gli anni 2014 – 2017 nell'allegato n. 1 al DCA n. 77 del 09.10.2018 e per il 2018 nell'allegato n. 2 alla Sezione IV del presente decreto), viene operata una parziale riallocazione del limite di spesa, spostando euro un milione dalla ASL Napoli 2 Nord alla ASL Napoli 1 Centro. Tale spostamento, ancorché effettuato ad esercizio concluso, non penalizzerà le strutture private operanti nella ASL Napoli 2 Nord, poiché un eventuale sfioramento che dovesse essere accertato in sede di consuntivo dell'esercizio 2019 sarà coperto, analogamente a quanto operato negli esercizi 2014 – 2018, innanzitutto, da eventuali sottoutilizzi in altre ASL / branche e, se necessario, dal ricorso all'accantonamento per altri contratti integrativi di circa euro 269 mila, fissato nella Sezione I del presente decreto. Inoltre, viene incrementato di euro 600 mila il limite di spesa assegnato alla ASL Napoli 1 Centro, per tenere conto dell'andamento preconsuntivo 2019, e viene assegnato per la prima volta un tetto di spesa di branca alla ASL di Avellino (che ne era sprovvista) per poter contrattualizzare la nuova struttura privata di radioterapia, accreditata dal DCA n. 80 del 31.10.2019.
- b) per la branca di Medicina Nucleare, tenuto conto dell'andamento in corso d'anno comunicato dalle ASL di Avellino e di Napoli 3 Sud, si conferma anche per il 2019 il budget stabilito per queste due ASL dal DCA n. 84/2018, eccetto un incremento di 50 mila euro per l'ASL di Avellino. Per corrispondere, invece, alle maggiori esigenze di prestazioni PET/TC e alla richiesta di incremento del tetto di spesa presentata della ASL di Salerno con nota prot. n. 224468 del 23.09.2019, dopo l'incremento dal 2018 assegnato alla ASL Napoli 2 Nord dal DCA n. 84/2018, si provvede con il presente decreto ad incrementare dal 2019 il limite di spesa della ASL di Salerno di euro 1,65 milioni e ad un ulteriore incremento di 100 mila euro di quello della ASL Napoli 2 Nord. Per questa branca, poi, si concorda con l'esigenza, rappresentata dalle ASL di Napoli 2 Nord e di Salerno con note, rispettivamente, del 01.08.2019 e del 16.09.2019, di calcolare separatamente il valore medio delle prestazioni di PET/TC, considerato anche che alcuni centri privati sono stati accreditati recentemente per la branca della Medicina Nucleare, ma limitatamente alle sole prestazioni 92.11.6, 92.11.7 e 92.18.6. Nei relativi schemi contrattuali si introduce, quindi, una apposita tipologia C ai fini dei vincoli di valore medio e, nell'ambito della tipologia B, si stabilisce di applicare i medesimi vincoli separatamente tra prestazioni PET e altre prestazioni.
- c) per la branca di Medicina Fisica e Riabilitazione (cd. FKT) si procede ad incrementare i volumi massimi di prestazioni ed il correlato limite di spesa 2019 di 100 mila euro per l'ASL di Caserta e di 210 mila euro per l'ASL di Salerno, accogliendo le esigenze rappresentate dalle due ASL, rispettivamente, con nota prot. n. 51219 del 04.03.2019 e nota prot. n. 257616 del 30.10.2019;

pertanto, per l'esercizio 2019 per questa branca i limiti di spesa sono definiti dal presente decreto come si espone nella seguente tabella:

Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT)	Volumi e limiti di spesa 2019		
	Limite di spesa a tariffa	Limite di spesa netta (*)	per n° prestazioni
ASL Avellino	1.810.000	1.640.000	89.050
ASL Benevento	1.600.000	1.440.000	79.090
ASL Caserta	5.249.000	4.800.000	259.190
ASL Napoli 1 Centro	7.070.000	6.550.000	334.600
ASL Napoli 2 Nord	9.060.000	8.460.000	412.040
ASL Napoli 3 Sud	9.020.000	8.310.000	442.060
ASL Salerno	5.549.000	4.880.000	281.420
TOTALE	39.358.000	36.080.000	1.897.450

(*) Importi in euro al netto del ticket e della quota ricetta nazionale e regionale

Riguardo, invece, alla branca di Patologia Clinica ed alle criticità sorte a seguito delle aggregazioni intervenute tra laboratori siti in ASL diverse, i riscontri forniti dalle ASL alle richieste del Direttore Generale per la Tutela della Salute (note del 06.09.2019, prot. n. 0533473, e del 04.12.2019, prot. n. 739195) non hanno evidenziato sostanziali modifiche rispetto alle aggregazioni presenti nel 2018 e di cui si è già tenuto conto per operare le parziali riclassifiche del tetto di spesa tra alcune ASL, espone negli allegati n. 3 e n. 4 al DCA n. 84 del 31.10.2018. Pertanto, i volumi massimi di prestazioni di Patologia Clinica e i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2018 possono essere confermati integralmente anche per l'esercizio 2019.

Per l'esercizio 2019 restano, quindi, ferme tutte le altre disposizioni recate dal DCA n. 84 del 31.10.2018 in materia di volumi massimi di prestazioni e correlati limiti di spesa delle branche di specialistica ambulatoriale oggetto di questa Sezione. In particolare, con il presente decreto si dispone che:

1. Ai centri privati accreditati che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale si applicano i limiti di spesa fissati nelle allegate tabelle "**Sezione III - allegato n. 1**" e "**Sezione III - allegato n. 3**" sulla base dei volumi di prestazioni programmati nella tabella "**Sezione III - allegato n. 2**", con le modalità, prescrizioni e condizioni tutte specificate nel presente decreto.
2. Per la branca di Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT) si applicano i volumi massimi di prestazioni di ed i correlati limiti di spesa fissati nella tabella sopra esposta.
3. Riguardo alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, esclusa la dialisi e l'FKT, entro 20 giorni dalla notifica o pubblicazione del presente decreto, le Aziende Sanitarie Locali dovranno stipulare con le Associazioni di Categoria i protocolli d'intesa redatti secondo lo schema allegato "**Sezione III - Allegato A/1 - Protocollo Specialistica - Anno 2019**" e entro 30 giorni dalla notifica o pubblicazione del presente decreto, dovranno stipulare con i singoli centri privati i contratti relativi all'esercizio 2019, utilizzando lo schema di contratto "**Sezione III - Allegato A/2 - Contratto Specialistica - Anno 2019**", ovvero, per i Laboratori di Analisi soggetti a processi di Aggregazione intervenuti nel corso del 2019, lo schema di contratto "**Sezione III - Allegato A/3 - Aggregazioni intervenute nel corso del 2019**".
4. Riguardo alle prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa le Aziende Sanitarie Locali entro 30 giorni dalla notifica o pubblicazione del presente decreto, dovranno stipulare con i singoli centri privati i contratti relativi all'esercizio 2019, utilizzando lo schema di contratto "**Sezione III - Allegato A/4 - contratto FKT - Anno 2019**".

Sviluppo del sistema dei controlli e monitoraggio dei limiti di spesa in corso d'anno

La Regione, proseguendo l'impegno profuso negli ultimi anni al fine di realizzare un efficiente e tempestivo sistema – anche informativo – di monitoraggio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di perseguirne l'appropriatezza, ha adottato nelle ultime settimane diversi importanti provvedimenti.

Con DCA n. 101 del 06.12.2019, recante: *“Riorganizzazione dei flussi della specialistica ambulatoriale nell'ambito del Sistema TS: Linee di indirizzo”*, sono state recepite le indicazioni ministeriali relative alle modifiche da apportare all'oggetto delle trasmissioni dei dati al Sistema TS – *Tessera Sanitaria*, stabilendo l'obbligo per tutti gli erogatori pubblici e privati di trasmettere in tempo reale, giorno per giorno, i dati delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, completando tutto il ciclo di *“presa in carico”* e *“chiusura erogazione”* *“on-line”*, in modalità sincrona, sul Sistema TS – *Tessera Sanitaria* a partire dal 01.01.2020. Lo stesso decreto ha, inoltre, ribadito e confermato l'obbligo (introdotto dal DCA n. 70/2011) per gli erogatori privati accreditati di presentare le loro fatture con allegata l'*“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.

Con DCA n. 103 del 06.12.2019 ha istituito il *“Sistema regionale dei controlli e della qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie ambulatoriali”*, coordinato dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute con il supporto tecnico e operativo della So.Re.Sa. S.p.A. e di una apposita Commissione Regionale di Controllo, in corso di nomina, con l'apporto anche di esperti delle ASL e delle Associazioni di Categoria delle strutture private accreditate, prevedendo – tra l'altro – che i Nuclei Operativi di Controllo (NOC) delle ASL svolgano una specifica linea di attività per il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Con il Decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 ha aggiornato le specifiche tecniche del flusso informativo regionale della specialistica ambulatoriale (cd. *“File C”*), in coerenza con il DCA n. 101 del 06.12.2019, e stabilendo che *“in linea con le disposizioni commissariali e giuntali, gli invii giornalieri da parte delle strutture private accreditate e quelli mensili da parte delle aziende sanitarie dovranno essere effettuati a decorrere dal 1 gennaio 2020 unicamente alla nuova piattaforma di accoglienza SINFONIA”*.

Risulta, quindi, possibile, a fronte di un più efficiente, tempestivo e incisivo controllo delle prestazioni sanitarie rese giorno per giorno, abolire dal 1° gennaio 2020 le limitazioni trimestrali dei tetti di spesa, con le conseguenti modifiche dei contratti con le strutture private, recepite negli schemi approvati dal presente decreto.

Programmazione per l'esercizio 2020

La programmazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2020 conferma sostanzialmente i volumi massimi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per il 2019 dal presente decreto, con le seguenti modifiche.

Nella branca di Radioterapia si incrementa di euro 600 mila il limite di spesa assegnato alla ASL di Avellino, in considerazione della nuova struttura privata di radioterapia, accreditata dal DCA n. 80 del 31.10.2019.

Nella branca della Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT) si provvede ad assegnare un incremento di euro 280 mila per tenere conto delle esigenze rappresentate dal Direttore Generale della ASL Napoli 2 Nord con nota del 11.09.2019, prot. n. 51007, Sarà, poi, cura della stessa ASL stabilire l'assegnazione del budget 2020 ai singoli centri privati accreditati.

Per tutte le branche, eccetto che per la Dialisi e la Radioterapia, viene applicata, poi, una riduzione dello 0,8% in quantità e valore economico, pari a circa euro 2,2 milioni netto compartecipazione. La riduzione viene messa a disposizione delle ASL per stipulare in corso d'anno eventuali Accordi Locali Integrativi con le strutture private accreditate, necessarie per assicurare alcune prestazioni indispensabili, con i criteri stabiliti nello specifico paragrafo della presente Sezione, e fermo

restando che eventuali importi non utilizzati per tali Accordi saranno ridistribuiti a consuntivo con apposito provvedimento della Regione.

Nell'ambito della branca di Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi) dal 1° gennaio 2020 vengono introdotti specifici volumi massimi di prestazioni e correlati limiti di spesa per le prestazioni contrassegnate dalla lettera "R" (in generale e per le sette prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101 del 10.10.2013), la cui specifica regolamentazione è rimodulata come descritto nel seguito di questa Sezione.

Pertanto, per l'esercizio 2020 con il presente decreto si dispone che:

1. Ai centri privati accreditati che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale si applicano i limiti di spesa fissati nelle allegate tabelle "**Sezione III - allegato n. 4**" e "**Sezione III - allegato n. 6**" sulla base dei volumi di prestazioni programmati nella tabella "**Sezione III - allegato n. 5**", con le modalità, prescrizioni e condizioni tutte specificate nel presente decreto.
2. Per la branca di Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT) si applicano i volumi massimi di prestazioni di ed i correlati limiti di spesa fissati nella seguente tabella:

Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT)	Volumi e limiti di spesa 2020		
	Limite di spesa a tariffa	Limite di spesa netta (*)	per n° prestazioni
ASL Avellino	1.795.500	1.626.900	88.340
ASL Benevento	1.587.200	1.428.500	78.460
ASL Caserta	5.207.000	4.761.600	257.120
ASL Napoli 1 Centro	7.013.400	6.497.600	331.920
ASL Napoli 2 Nord	9.285.000	8.670.100	422.270
ASL Napoli 3 Sud	8.947.800	8.243.500	438.520
ASL Salerno	5.504.600	4.841.000	279.170
TOTALE	39.340.500	36.069.200	1.895.800
(*) Importi in euro al netto del ticket e della quota ricetta nazionale e regionale			

3. Riguardo alle prestazioni delle branche di: **Diabetologia, Branche a Visita, Cardiologia, Medicina Nucleare, Radiodiagnostica e Radioterapia**, entro 30 giorni dalla notifica o pubblicazione del presente decreto, le Aziende Sanitarie Locali dovranno stipulare con le Associazioni di Categoria i protocolli d'intesa redatti secondo lo schema allegato "**Sezione III – Allegato A/5 – Protocollo Specialistica – Anno 2020**" e entro 45 giorni dalla notifica o pubblicazione del presente decreto, dovranno stipulare con i singoli centri privati i contratti relativi all'esercizio 2020, utilizzando lo schema di contratto "**Sezione III – Allegato A/6 – Contratto Specialistica – Anno 2020**".
4. Riguardo alle prestazioni della branca di: **Patologia Clinica (Laboratorio di analisi)**, entro 30 giorni dalla notifica o pubblicazione del presente decreto, le Aziende Sanitarie Locali dovranno stipulare con le Associazioni di Categoria i protocolli d'intesa redatti secondo lo schema allegato "**Sezione III – Allegato A/7 (Protocollo Laboratori di Analisi 2020)**" e entro 45 giorni dalla notifica o pubblicazione del presente decreto, dovranno stipulare con i singoli centri privati i contratti relativi all'esercizio 2020, utilizzando lo schema di contratto "**Sezione III – Allegato A/8 (Contratto Laboratori di Analisi 2020)**", ovvero, per i Laboratori di Analisi soggetti a processi di Aggregazione intervenuti nel corso del 2020, lo schema di contratto "**Sezione III – Allegato A/10 – Aggregazioni intervenute nel corso del 2020**".
5. Riguardo alle prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa le Aziende Sanitarie Locali entro 40 giorni dalla notifica o pubblicazione del presente decreto, dovranno stipulare con i singoli centri privati i contratti relativi all'esercizio 2020, utilizzando lo schema di contratto "**Sezione III – Allegato A/9 – contratto FKT – Anno 2020**".

Prestazioni di Laboratorio di Analisi contrassegnate dalla lettera “R”

Riguardo alle prestazioni della branca di Laboratorio di analisi, contrassegnate nel nomenclatore nazionale dalla lettera “R”, come è noto, esse sono considerate ad elevato rischio di inappropriata anche dal sopra citato DM del 9 dicembre 2015. Il Commissario ad acta è intervenuto sulla materia con diversi decreti. In particolare, si richiamano:

- a) I DCA n. 40 del 13.07.2010 e n. 16 del 21.02.2012, che sono intervenuti per disciplinare i criteri e le modalità prescrittive delle prestazioni “R”;
- b) il DCA n. 101 del 10.10.2013, che ha stabilito al punto 1, lettera a), del dispositivo che il volume di tali prestazioni per il 2013 non poteva essere superiore del 5% rispetto al volume 2012, facendo espressamente riferimento nelle premesse alle prestazioni contrassegnate dalla lettera “R”, soggette alla “disciplina introdotta dai decreti commissariali n. 40 del 13/7/2010, n. 15 del 2.3.2011, n.16 del 21/2/2012”; e, al punto 1, lettera b), del dispositivo che, al fine di evitare comportamenti opportunistici, lo stesso vincolo doveva applicarsi anche a sette prestazioni “R” di maggiore costo unitario e frequenza di erogazione, specificamente elencate nel DCA 101/2013. Tale disposizione è stata, poi, espressamente confermata per gli anni successivi dai DCA n. 129/2014, n. 8/2016, n. 89/2016 e n. 84/2018;
- c) il DCA n. 58 del 05.07.2018, che ha definito la Rete dei Laboratori di Analisi di Genetica Medica Clinica della Regione Campania, stabilendo un fabbisogno di circa 325 mila prestazioni / anno da soddisfarsi per il 50% da parte delle strutture pubbliche e per il 50% da parte delle strutture private (si tenga presente che oltre il 90% delle prestazioni “R” è inquadrabile nei settori di Genetica Medica dei Laboratori di Analisi).

Tuttavia, nonostante l’obbligo di applicare dal 2013 in poi lo stesso limite quantitativo fissato dal DCA 101/2013 anche per gli anni successivi, i dati consuntivi dimostrano che in diverse ASL i centri privati hanno notevolmente accresciuto il numero di prestazioni “R” erogate, passando da meno di 170 mila prestazioni del 2012 ad oltre 340 mila prestazioni nel 2015. Inoltre, in alcune ASL si è verificato lo spostamento del mix di prestazioni “R” verso quelle di maggiore importo unitario.

Pertanto, negli schemi contrattuali approvati per gli esercizi 2016 e 2017 dal DCA n. 89/2016 si è provveduto a modificare l’art. 6, comma 4, e l’art. 8, comma 2, precisando che le limitazioni alla crescita del valore medio si applicano anche alle prestazioni “R”, e che dal 2016 si fa obbligo di non “superare di oltre il 30% ... il valore medio 2012 delle prestazioni “R”, calcolato sulla produzione totale 2012 di dette prestazioni da parte dei centri operanti nella ASL”. Successivamente, il DCA n. 84/2018 ha precisato che “tale limitazione è da intendersi tassativa e inderogabile”, fatta salva la possibilità della ASL di proporre alla Regione, con congrue motivazioni, di autorizzare il superamento in considerazione di eventuali situazioni particolari.

Le richiamate disposizioni, vigenti per l’esercizio 2018 ai sensi del DCA n. 84/2018, devono intendersi tutte espressamente confermate dal presente decreto anche per l’esercizio 2019.

Tuttavia, nonostante le sopra richiamate disposizioni, nei dati preconsuntivi 2019 forniti dalle ASL si registra tuttora un elevato sfioramento dei limiti di volume massimo di prestazioni “R” e, per le sette prestazioni di cui al punto 1.b) del dispositivo del DCA n. 101/2013, anche dell’incremento del valore medio.

In considerazione delle sopra esposte criticità, con il presente decreto, sulla base dei conteggi esposti negli allegati n. 7 e n. 8 alla presente Sezione, si stabilisce di attribuire a ciascuna ASL dal 1° gennaio 2020 un tetto di spesa specifico, nell’ambito del tetto di spesa della branca di Patologia Clinica, definendo i volumi massimi di prestazioni e correlati limiti di spesa per le prestazioni contrassegnate dalla lettera “R”, in generale, nonché per le sette prestazioni “R” di cui al punto 1.b) del DCA n. 101 del 10.10.2013, come declinato negli allegati 4, 5 e 6 della presente Sezione.

Conseguentemente, si stabilisce, poi, in sostituzione del vincolo di non superare di oltre il 30% il valore medio 2012 delle prestazioni “R”, calcolato sulla produzione totale 2012 di dette prestazioni da parte dei centri operanti nella ASL, l’obbligo per ciascun centro privato di non superare il valore medio:

- di euro 125,00 per le 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013;
- di euro 111,00 per l'insieme di tutte le prestazioni "R" (comprese le 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013),

come si calcola e si espone nell'allegato n. 8, rispettivamente, alle colonne F) ed M).

Si precisa e si ribadisce, infine, che sono da intendersi quali prestazioni di Patologia Clinica contrassegnate dalla lettera "R" quelle elencate nell'allegato n. 2 al DCA n. 40 del 13.07.2010 (BURC n. 52 del 02.08.2010) e s.m.i., a meno della prestazione 90.40.7 (dosaggio SOMATOMEDINA da rendicontarsi con il codice 90.35.1, come chiarito dalla circolare del Sub Commissario ad acta pro tempore prot. n. 4332/C del 14.07.2016), comprese quelle contrassegnate in detto elenco dagli ulteriori codici relativi a particolari criteri di prescrizione (codici H1, H2 e H3, e lettere a, b, c, d, e, f). Per agevolare eventuali riscontri, nell'allegato n. 9 alla presente Sezione si riportano gli elenchi delle prestazioni "R" come da nomenclatore vigente.

Branca di Patologia Clinica: problematica delle Aggregazioni operanti in più ASL

Il processo di aggregazione dei Laboratori di Analisi, avvenuto in attuazione del Piano di Riassetto di cui al DCA n. 109 del 19.11.2013 e s.m.i., si è realizzato in parte nel 2017 e, soprattutto, nel corso del 2018. Ad oggi (dati preconsuntivi 2019) risulta che oltre il 60% del fatturato della branca è prodotto dagli HUB in cui si sono aggregati i Laboratori. Il fatturato degli HUB, poi, è composto:

- per circa l'80% da prestazioni provenienti dalle strutture operanti nella medesima ASL in cui insiste l'HUB;
- per circa il 20% da prestazioni provenienti da strutture operanti in ASL diverse da quella in cui insiste il loro HUB (Laboratori aggregati e trasformati in SPOKE: punti fisici di accesso del paziente e di prelievo dei campioni biologici da esaminare). Si tratta di circa 100 laboratori che si sono aggregati ad HUB siti in ASL diverse dalla loro, come segue:

ASL in cui opera lo SPOKE:

ASL a cui lo SPOKE fattura tramite il suo HUB	ASL AV	ASL BN	ASL CE	ASL NA1	ASL NA2	ASL NA3	ASL SA	totale	SALDO
ASL AV				1	1	2		4	0
ASL BN								0	-1
ASL CE	1			7	4	2		14	4
ASL NA1		1	5		8	2	1	17	-25
ASL NA2	2		2	17		4		25	9
ASL NA3	1			4	2		1	8	-14
ASL SA			3	13	1	12		29	27
totale	4	1	10	42	16	22	2	97	0

N.B.: sono stati considerati solo gli SPOKE che hanno fatturato nel periodo gen - ott 2019

Dalla tabella appena esposta si rileva che i Laboratori che sono confluiti in Soggetti Aggregatori operanti in altre ASL sono stati soprattutto quelli delle ASL Napoli 1 Centro e Napoli 3 Sud, passati ad Aggregazioni che fatturano alla ASL di Salerno e, in misura minore, alla ASL Napoli 2 Nord e a quella di Caserta (si noti che la tabella considera solo gli SPOKE che nel preconsuntivo gennaio – ottobre 2019 hanno determinato fatturato di HUB operanti in altre ASL: non sono qui rilevate, quindi, le Aggregazioni ancora in itinere e/o che non hanno determinato fatturato 2019 da parte del Soggetto Aggregatore).

Fin dal 2016 la Regione si è posta il problema di come regolamentare i riflessi che i sopra esposti passaggi avrebbero inevitabilmente prodotto sulla determinazione e applicazione dei limiti di spesa assegnati alle varie ASL.

Il DCA n. 111 del 6 ottobre 2016, nell'emanare: “*le linee guida e lo schema di contratto 2016 – 2017 per i laboratori di analisi in corso di aggregazione ed i relativi soggetti aggregatori*”, stabilì che (si vedano i punti 4 e 5 alla fine delle premesse dello schema di “*Contratto ex art. 8 quinquies D.Lgs. 502/92 e s.m.i.*” allegato al medesimo DCA n. 111/2016):

*“4) Ai fini della applicazione delle limitazioni agli incrementi del numero, del valore e del valore medio delle prestazioni, stabiliti dall'art. 8 del presente contratto, la base di riferimento per le prestazioni rese dal nuovo Soggetto Aggregatore è **costituita dalla somma dei dati 2015 di attività dei soggetti in esso confluiti (compresi quelli operanti in altre ASL).***”

*5) Il Commissario ad acta si riserva di apportare modifiche alla ripartizione dei limiti di spesa 2016 – 2017 tra le diverse ASL, fermo restando il totale complessivo definito dal DCA n. 89/2016 per le prestazioni di Patologia Clinica, **quando sarà definito il quadro delle confluenze nei nuovi Soggetti Aggregatori dei Laboratori di Analisi precedentemente operanti in ASL diverse da quella in cui opera il nuovo soggetto**”.*

Successivamente, il DCA n. 84 del 31.10.2018, nel definire i limiti di spesa 2018 della branca di Patologia Clinica, sulla base dei dati forniti dalle ASL e relativi al “*consuntivo 2016 e 2017, per l'intero anno, e 2018, per il periodo gennaio – luglio, del fatturato (netto ticket e quota ricetta) ricevuto dalle aggregazioni dei Laboratori di Analisi (HUB) operanti nel proprio territorio e riconducibile a laboratori di analisi siti in altre ASL (SPOKE – punti di prelievo)*”, ha elaborato le stime dell’*“Effetto delle Aggregazioni sui limiti di spesa della branca di Laboratorio di Analisi (netto ticket e quota ricetta) 2017 e 2018”*, riassunte nell'allegato n. 4 al medesimo DCA n. 84/2018, stabilendo le seguenti variazioni, rispetto al tetto di spesa, stabilito per ciascuna ASL in misura uguale per gli esercizi 2016 e 2017 dal DCA n. 89 del 8 agosto 2016:

“per l'esercizio 2017 ... si applicano solo gli incrementi massimi indicati in circa euro 725 mila nell'allegato n. 4, senza corrispondenti riduzioni in altre ASL;

per l'esercizio 2018, di determinare in più e meno complessivi euro 5.883.248 le riclassifiche dei tetti di spesa (netto ticket e quota ricetta) assegnati a ciascuna ASL per la branca di laboratorio di analisi ... con il dettaglio per ciascuna ASL esposto nell'allegato n. 4 e riportato, per l'effetto, nell'allegato n. 3 al presente decreto ...”,

stabilendo, inoltre, che

“sulla base di dati forniti dalle ASL ... sono state elaborate anche le variazioni in quantità e correlato valore economico massimo, anch'esse esposte nell'allegato n. 4, che ciascuna ASL deve considerare ai fini del rispetto delle limitazioni imposte alle prestazioni di laboratorio di genetica dal DCA n. 101/2013 (come confermato ed integrato a tale riguardo per gli esercizi successivi dai DCA n. 129/2014, 8/2016 e 89/2016)”.

Sempre nel DCA n. 84/2018, nel citato allegato n. 4, viene specificato che le compensazioni dei tetti di spesa tra le ASL sono state calcolate: “*sulla base dei dati consuntivi forniti dalle ASL per i primi 7 mesi del 2018 (primi 6 mesi per NA2 e NA3), proiettati su base annua tenendo conto della incidenza media regionale del fatturato (netto ticket e quota ricetta) dei primi 7 mesi del 2018 sul totale del limite di spesa 2018 assegnato alla branca (incidenza media regionale dei primi 6 mesi per la proiezione relativa alle ASL NA2 e NA3)*”. Peraltro, si segnala che in data 7 dicembre 2018 i dati forniti dalle ASL per questa elaborazione sono stati esibiti alla FEDERLAB a seguito di apposita richiesta di accesso.

Dai richiami, sopra riportati, ai DCA n. 89/2016, n. 111/2016 e n. 84/2018 si evidenzia che:

- i. la Regione, nel quadro complessivo degli obblighi di contenimento della spesa sanitaria acquistata dai privati accreditati, discendenti dalla normativa sulla cd. *Spending Review*, ha programmato i volumi massimi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa della branca di Laboratorio di Analisi mantenendoli invariati dal 2015, sia nel loro livello complessivo, sia nella loro ripartizione per ciascuna ASL, a meno delle compensazioni tra ASL diverse, operate dal DCA n. 84/2018 per tenere conto delle Aggregazioni intervenute tra strutture private operanti su più di una ASL.
- ii. il principio generale che ha guidato la regolamentazione regionale dei nuovi soggetti Aggregati ai fini della applicazione dei limiti di spesa è stato, quindi, quello di lasciare il più possibile invariato

l'accesso al budget di branca da parte dei vari soggetti privati che vi attingono in ciascuna ASL, **cercando di non penalizzare ma anche di non favorire un soggetto, anziché un altro, a seconda della Aggregazione in cui è confluito.**

Questo principio è di immediata evidenza nel caso in cui l'Aggregazione è stata formata da strutture operanti tutte nella stessa ASL. Infatti, in questa fattispecie il tetto di branca della ASL è rimasto invariato, e le limitazioni agli incrementi del numero, del valore e del valore medio delle prestazioni prendono a base di riferimento la somma dei dati delle strutture aggregate, come rilevata *ante* aggregazione.

Ma lo stesso principio è stato seguito dalla Regione anche nel caso di Aggregazioni formate da strutture operanti su più ASL. Infatti, ai fini delle limitazioni agli incrementi del numero, del valore e del valore medio delle prestazioni, si è stabilito di tenere conto della somma dei dati delle strutture aggregate, come rilevata *ante* aggregazione, **compresi quelli delle strutture operanti in altre ASL.** Mentre gli importi delle compensazioni in quantità e valore, stabilite negli allegati n. 3 e 4 al DCA n. 84/2018, come sopra riportato, sono stati determinati attraverso una proiezione su base annua che ha tenuto conto "della incidenza media regionale del fatturato (netto ticket e quota ricetta) dei primi ... mesi del 2018 sul totale del limite di spesa 2018 assegnato alla branca di ciascuna ASL. In altri termini, gli importi delle compensazioni rappresentano un trasferimento del tetto di spesa, *ante* aggregazione, storicamente attribuibile alle strutture private che passano a fatturare ad un'altra ASL tramite il loro HUB e, quindi, vengono ad attingere ad un tetto di spesa diverso da quello della ASL in cui operano. **Mentre il tetto di branca della ASL in cui opera lo SPOKE è stato ridotto, proprio per trasferire budget alla ASL su cui fattura il loro Soggetto Aggregatore (HUB).** Analogo principio è stato applicato nell'allegato n. 4 al DCA n. 84/2018 per quanto riguarda le prestazioni "R", come si evidenzia in calce all'allegato n. 11 alla presente Sezione.

Diversamente, si sarebbero determinate compensazioni incongrue e non eque, come si evidenzia nei conteggi esposti nell'allegato n. 10 alla presente Sezione. In questo allegato, nella Tabella A vengono esposti gli importi dei tetti di spesa 2018 trasferiti da un'ASL all'altra dal DCA n. 84/2018 (rispetto al tetto fissato dal DCA n. 89/2019 in pari misura per gli esercizi 2016 e 2017). Se fosse stato trasferito il fatturato dei centri interessati, anziché una stima del loro complessivo tetto di spesa, *ante* aggregazione, storicamente attribuibile, le compensazioni tra le ASL avrebbero dovuto essere quelle esposte nella Tabella B dell'allegato n. 10. E, per l'esercizio 2019, nonostante come sopra accennato, i riscontri forniti dalle ASL alle richieste del Direttore Generale per la Tutela della Salute (note del 06.09.2019, prot. n. 0533473, e del 04.12.2019, prot. n. 739195) non hanno evidenziato sostanziali modifiche rispetto alle aggregazioni presenti nel 2018 e di cui si è già tenuto conto per operare le parziali riclassifiche del tetto di spesa tra alcune ASL esposte negli allegati n. 3 e n. 4 al DCA n. 84 del 31.10.2018, le compensazioni avrebbero dovuto essere quelle esposte nella Tabella C dell'allegato n. 10. Sia la Tabella B che, ancor più, la Tabella C, mostrano che utilizzare il criterio del fatturato effettivo, invece di quello applicato, avrebbe prodotto gravi disparità nell'accesso al budget di branca tra i centri privati che hanno continuato a operare nella stessa ASL e quelli che, attraverso il loro Soggetto Aggregatore, fatturano e attingono al tetto di spesa di un'ASL diversa da quella in cui operano.

Per questi motivi, oltre che per quelli esposti nella medesima nota, con il presente decreto si ratifica la circolare del Direttore Generale per la Tutela della Salute del 05.03.2019, prot. n. 0145969, come chiarita e integrata dalla circolare dello stesso Direttore Generale del 25.11.2019, prot. n. 714010. **Peraltro, nel momento in cui un insieme di strutture private ha scelto di aggregarsi, formando un soggetto che opera sul territorio di più ASL, appare del tutto giustificato che tale soggetto sia sottoposto a limitazioni riguardanti il consumo del budget assegnato dalla Regione alle varie ASL in cui opera.**

Per l'esercizio 2020, al fine di semplificare la gestione e il monitoraggio del consumo dei limiti di spesa, reso indubbiamente più complesso dalla presenza di strutture che operano sul territorio di diverse ASL, si adottano i seguenti accorgimenti.

1. Per assicurare il rispetto della sopra richiamata circolare del Direttore Generale per la Tutela della Salute del 05.03.2019, prot. n. 0145969, e s.m.i., **entro un mese dalla notifica e/o pubblicazione del presente decreto, per la prima volta e, poi, con cadenza mensile,**

ciascuna ASL invierà il monitoraggio delle date previste / consuntive di esaurimento del tetto di spesa della branca di Patologia Clinica (suddiviso tra erogate a residenti della ASL, prestazioni erogate a residenti di altre ASL regionali e prestazioni erogate a residenti fuori regione, nonché suddiviso per prestazioni non “R”, prestazioni “R” e n° 7 prestazioni “R” ex punto 1.b) del DCA n. 101/2013):

- a) Ai legali rappresentanti dei Soggetti Aggregatori siti in altre ASL, in cui sono confluiti Laboratori di Analisi operanti nella propria ASL;
 - b) Ai Direttori Generali di tutte le altre ASL;
 - c) alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019.
2. Su richiesta delle ASL interessate, delle Associazioni di Categoria e/o di singoli Soggetti Aggregatori, la Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo instruirà, **entro 15 giorni dalla richiesta**, eventuali esigenze di trasferimento dei tetti di spesa da un'ASL all'altra, che dovessero sorgere **a fini equitativi ed a seguito di rilevanti variazioni** delle Aggregazioni riguardo ai loro SPOKE operanti in ASL diverse da quelle in cui opera e alla quale fattura l'HUB, definendo le variazioni da apportare per l'esercizio 2020 alla matrice esposta nella Tabella A dell'allegato n. 10 alla presente Sezione, nonché i conseguenti eventuali trasferimenti tra le ASL dei volumi massimi di prestazioni “R” e dei correlati limiti di spesa.
3. In caso di esito favorevole della istruttoria di cui al punto precedente, per rendere più celeri i tempi del procedimento, il Direttore Generale per la Tutela della Salute disporrà le conseguenti compensazioni fra i tetti di spesa di ASL diverse con proprio decreto, soggetto alla ratifica della Regione entro i 60 giorni successivi.
4. Nel periodo dal 1° luglio al 31 dicembre, a decorrere dall'anno in corso, è fatto divieto alle singole strutture private e/o alle loro Aggregazioni di modificare la loro composizione nel caso in cui tale modifica interessi SPOKE operanti in una ASL diversa da quella in cui opera e alla quale fattura l'HUB. Modifiche che intervengano nel periodo dal 1° luglio al 31 dicembre dovranno ricevere una apposita autorizzazione (o presa d'atto, se dovute a casi di forza maggiore) da parte del Direttore Generale per la Tutela della Salute. **Diversamente, i soggetti interessati non potranno chiedere nessuna variazione compensativa dei tetti di spesa attribuiti alle ASL su cui impatta la variazione dell'Aggregazione.**

La Regione, infine, si riserva di approfondire – anche attraverso un costruttivo confronto con le Associazioni di Categoria – la possibilità di passare dal 2021, almeno per i Soggetti Aggregati, alla metodologia del tetto di spesa per singola struttura.

Accordi Locali Integrativi

Gli Accordi Locali Integrativi potranno riguardare le prestazioni diagnostico/stadiative, terapeutiche e di follow-up, che le Aziende Sanitarie Locali, in coordinamento con i CORP - *Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici*, operanti nell'ambito della Rete Oncologica istituita dal DCA n. 98 del 20.09.2016 e s.m.i., devono assicurare nell'attuazione dei PDTA – Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, affinché sia resa effettiva e completa la presa in carico dei pazienti oncologici.

In particolare, gli Accordi Locali Integrativi potranno riguardare tutte le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale programmate nei PDTA del paziente preso in carico dalla Rete Oncologica, come declinate dal DCA n. 19 del 05.03.2018 e s.m.i., e per le quali le aziende sanitarie pubbliche dovessero trovare difficoltà ad assicurare la tempestiva erogazione nei tempi stabiliti.

Gli Accordi Locali Integrativi dovranno essere preventivamente deliberati dal Direttore Generale della ASL interessata, sentiti i responsabili dei CORP operanti sul proprio territorio. In particolare, nella delibera dovrà darsi atto che i suddetti CORP, insieme alla Direzione Sanitaria della ASL, hanno

verificato la saturazione della capacità produttiva esistente nelle strutture sanitarie pubbliche della ASL e delle aziende in cui operano i medesimi CORP.

Al fine di contenere gli oneri per il servizio pubblico e di massimizzare l'efficienza della spesa sanitaria, le ASL dovranno dare atto nella medesima delibera di avere anche esperito la possibilità di accordi con le altre aziende sanitarie pubbliche (comprese le aziende ospedaliere), operanti nel territorio della stessa ASL e di altre ASL, dotate di strutture sanitarie pubbliche idonee e relativamente vicine alla residenza dell'assistito.

Le prestazioni rese dai centri privati accreditati nell'ambito degli Accordi Locali Integrativi dovranno essere tracciate nei flussi informativi. A tal fine, la Direzione Generale per la Tutela della Salute fornirà apposite disposizioni operative entro il prossimo 31 marzo. Tali prestazioni saranno escluse dal consumo trimestrale e annuale dei limiti di spesa, nonché dagli altri vincoli in materia (relativi all'incremento dei volumi di produzione e/o del valore medio delle prestazioni, ecc.), configurandosi a tutti gli effetti come una integrazione del tetto di spesa assegnato dalla Regione. Trattandosi di prestazioni incrementali rispetto al limite di spesa assegnato a ciascuna ASL e branca, le prestazioni erogate nell'ambito degli Accordi Locali Integrativi saranno rese con uno sconto del 15% rispetto alla tariffa vigente. Tuttavia, in fase di prima applicazione (per il 2020) degli Accordi Locali Integrativi si ritiene opportuno non rendere obbligatorio tale sconto, fermo restando che le ASL daranno la precedenza nei medesimi Accordi alle strutture private disposte ad applicare detto sconto.

In caso di esaurimento in una o più ASL del budget per gli Accordi Locali Integrativi, non compensato da eventuali sottoutilizzi in altre ASL, le ASL interessate potranno chiedere alla Regione con delibera motivata di essere autorizzate ad accedere all'accantonamento di euro 142 mila, previsto per l'esercizio 2020 nella Sezione I del presente decreto per fronteggiare l'esigenza di eventuali altre integrazioni dei tetti di spesa. In tal caso, però, in analogia a quanto disposto per la dialisi ambulatoriale nella Sezione II del presente decreto, la stipula di questi ulteriori contratti integrativi potrà essere consentita solo con una decurtazione del 35% della tariffa.

L'ASL fornirà all'assistito una lista dei centri privati accreditati che avranno aderito agli Accordi Locali Integrativi e che abbiano assicurato la disponibilità ad erogare la prestazione richiesta nei tempi necessari, in modo da consentire all'utente la scelta fra le strutture sanitarie disponibili. Qualora la prestazione non sia resa nei tempi prestabiliti, l'utente attiverà il proprio GOM - Gruppo Oncologico Multidisciplinare di riferimento per la ricerca immediata di soluzioni alternative. Se la prestazione sarà stata resa al di fuori dei tempi prestabiliti, rientrerà tra quelle erogate in via ordinaria, soggette a tutte le relative regole in materia di limiti di spesa trimestrali e annuali.

Entro il 30 giugno prossimo le ASL dovranno adottare e inviare alla Direzione Generale per la Tutela della Salute le delibere con cui autorizzano gli Accordi Locali Integrativi. Tali delibere dovranno essere formulate sulla base del seguente budget integrativo assegnato a ciascuna ASL per l'esercizio 2020:

Assistenza Specialistica Ambulatoriale: Accordi Locali Integrativi

Assegnazione dell'accantonamento 2020

ASL	Popolazione 1.1.2018	Composizione % (quota capitaria)	Importo assegnato a ciascuna ASL
A.S.L. AVELLINO	421.523	7%	159.000
A.S.L. BENEVENTO	279.127	5%	105.000
A.S.L. CASERTA	923.445	16%	349.000
A.S.L. NAPOLI 1 Centro	980.265	17%	370.000
A.S.L. NAPOLI 2 Nord	1.050.891	18%	397.000
A.S.L. NAPOLI 3 Sud	1.069.846	18%	404.000
A.S.L. SALERNO	1.101.763	19%	416.000
Accantonamento 2020	5.826.860	100%	2.200.000,00

Allegato n. 1**Assistenza Specialistica da strutture private: limiti di spesa 2019 a tariffa vigente (1)**

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)		
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Tetto di Spesa	var % su tetto 2018	Tetto di Spesa LORDA 2018 (da DCA 84/2018)
ASL Avellino						
Diabetologia	1.874.704	30.716	2.483	1.907.903	0%	1.907.903
Branche a visita	45.596	5.941	0	51.537	0%	51.537
Cardiologia	680.817	3.465	0	684.282	0%	684.282
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	8.543.526	1.543.980	212.328	10.299.834	0%	10.299.833
Medicina nucleare	205.987	100.517	5.593	312.097	22%	256.539
Radiodiagnostica	3.348.820	205.335	142.105	3.696.260	0%	3.696.260
Radioterapia	50.781	18.281	2.031	71.093	n.s	0
TOTALE	14.750.231	1.908.235	364.540	17.023.006	1%	16.896.355
ASL Benevento						
Diabetologia	203.577	10.931	372	214.880	0%	214.880
Branche a visita	0	0	0	0	0%	0
Cardiologia	0	0	0	0	0%	0
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	4.427.278	403.355	114.927	4.945.560	0%	4.945.560
Medicina nucleare	537.764	267.389	11.355	816.508	0%	816.508
Radiodiagnostica	5.184.595	1.038.251	128.756	6.351.602	0%	6.351.602
Radioterapia	0	0	0	0	0%	0
TOTALE	10.353.214	1.719.926	255.410	12.328.550	0%	12.328.550
ASL Caserta						
Diabetologia	2.969.743	415.834	10.707	3.396.284	0%	3.396.284
Branche a visita	3.828.427	1.991.780	51.102	5.871.309	0%	5.871.309
Cardiologia	5.306.930	401.141	62.590	5.770.661	0%	5.770.661
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	18.056.149	1.838.450	399.829	20.294.428	0%	20.294.429
Medicina nucleare	4.397.801	1.822.629	181.458	6.401.888	0%	6.401.888
Radiodiagnostica	19.798.721	3.466.903	1.766.615	25.032.239	0%	25.032.239
Radioterapia	2.161.619	1.033.597	52.357	3.247.573	0%	3.247.573
TOTALE	56.519.390	10.970.334	2.524.658	70.014.382	0%	70.014.383
ASL NA 1 Centro						
Diabetologia	1.458.233	194.148	34	1.652.415	0%	1.652.415
Branche a visita	3.630.439	1.434.102	15.018	5.079.559	0%	5.079.559
Cardiologia	8.851.195	1.756.474	26.895	10.634.564	0%	10.634.564
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	19.280.935	7.884.372	651.749	27.817.056	0%	27.817.057
Medicina nucleare	6.743.857	10.533.799	5.135.899	22.413.555	0%	22.413.555
Radiodiagnostica	19.076.037	7.498.682	1.723.376	28.298.095	0%	28.298.095
Radioterapia	3.329.838	1.924.942	49.137	5.303.917	44%	3.676.745
TOTALE	62.370.534	31.226.519	7.602.108	101.199.161	2%	99.571.989

Allegato n. 1**Assistenza Specialistica da strutture private: limiti di spesa 2019 a tariffa vigente (1)**

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)	var % su tetto 2018	Tetto di Spesa LORDA 2018 (da DCA 84/2018)
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Tetto di Spesa		
ASL NA 2 Nord						
Diabetologia	0	0	0	0	0%	0
Branche a visita	1.766.471	185.722	3.919	1.956.112	0%	1.956.112
Cardiologia	6.550.692	1.286.018	14.822	7.851.532	0%	7.851.532
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	20.908.271	5.819.255	588.073	27.315.599	0%	27.315.599
Medicina nucleare	2.408.355	2.305.079	10.833	4.724.267	2%	4.621.180
Radiodiagnostica	23.481.274	12.503.258	305.687	36.290.219	0%	36.290.219
Radioterapia	6.438.582	9.268.239	93.660	15.800.481	-6%	16.818.598
TOTALE	61.553.645	31.367.571	1.016.994	93.938.210	-1%	94.853.240
ASL NA 3 Sud						
Diabetologia	1.220.842	75.813	498	1.297.153	0%	1.297.153
Branche a visita	2.496.508	571.485	6.470	3.074.463	0%	3.074.463
Cardiologia	6.194.677	851.871	7.411	7.053.959	0%	7.053.959
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	19.965.626	2.560.432	8.564	22.534.622	0%	22.534.622
Medicina nucleare	2.545.356	1.431.298	250.968	4.227.622	0%	4.227.622
Radiodiagnostica	20.854.914	4.327.887	372.070	25.554.871	0%	25.554.871
Radioterapia	920.231	194.448	0	1.114.679	0%	1.114.679
TOTALE	54.198.154	10.013.234	645.981	64.857.369	0%	64.857.369
ASL Salerno						
Diabetologia	1.085.505	5.929	1.318	1.092.752	0%	1.092.752
Branche a visita	1.521.144	314.621	107.499	1.943.264	0%	1.943.264
Cardiologia	5.790.953	166.966	19.841	5.977.760	0%	5.977.760
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	24.807.069	8.063.140	174.000	33.044.209	0%	33.044.209
Medicina nucleare	3.894.755	293.367	33.537	4.221.659	70%	2.487.843
Radiodiagnostica	22.451.124	2.579.822	764.213	25.795.159	0%	25.795.159
Radioterapia	4.315.240	1.048.048	251.113	5.614.401	0%	5.614.401
TOTALE	63.865.790	12.471.893	1.351.521	77.689.204	2%	75.955.387
TOTALE REGIONE						
Diabetologia	8.812.604	733.371	15.412	9.561.387	0,0%	9.561.387
Branche a visita	13.288.585	4.503.651	184.008	17.976.244	0,0%	17.976.244
Cardiologia	33.375.264	4.465.935	131.559	37.972.758	0,0%	37.972.758
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	115.988.854	28.112.984	2.149.470	146.251.308	0,0%	146.251.308
Medicina nucleare	20.733.875	16.754.078	5.629.643	43.117.596	4,6%	41.225.136
Radiodiagnostica	114.195.485	31.620.138	5.202.822	151.018.445	0,0%	151.018.445
Radioterapia	17.216.291	13.487.555	448.298	31.152.144	2,2%	30.471.996
TOTALE	323.610.958	99.677.712	13.761.212	437.049.882	0,6%	434.477.273

Assistenza Specialistica da strutture private: volumi massimi di prestazioni 2019

N° di prestazioni	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)	var % su tetto 2018	Volumi massimi 2018 (da DCA 84/2018)
	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Volumi massimi		
ASL Avellino						
Diabetologia	199.380	3.266	264	202.910	0%	202.910
Branche a visita	4.357	567	0	4.924	0%	4.924
Cardiologia	19.129	97	0	19.226	0%	19.226
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	1.858.660	347.770	46.662	2.253.092	0%	2.253.092
Medicina nucleare	1.882	919	23	2.824	22%	2.321
Radiodiagnostica	60.526	3.711	2.568	66.805	0%	66.805
Radioterapia	781	281	31	1.093	n.s.	0
TOTALE	2.144.715	356.611	49.548	2.550.874	0%	2.549.278
ASL Benevento						
Diabetologia	31.219	1.676	57	32.952	0%	32.952
Branche a visita	0	0	0	0	0%	0
Cardiologia	0	0	0	0	0%	0
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	1.184.968	107.891	30.742	1.323.601	0%	1.323.601
Medicina nucleare	1.451	722	31	2.204	0%	2.204
Radiodiagnostica	97.261	19.477	2.416	119.154	0%	119.154
Radioterapia	0	0	0	0	0%	0
TOTALE	1.314.899	129.766	33.246	1.477.911	0%	1.477.911
ASL Caserta						
Diabetologia	334.661	46.861	1.206	382.728	0%	382.728
Branche a visita	135.809	70.656	1.813	208.278	0%	208.278
Cardiologia	150.735	11.393	1.778	163.906	0%	163.906
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	4.845.341	480.249	106.133	5.431.723	0%	5.431.722
Medicina nucleare	15.307	6.344	632	22.283	0%	22.283
Radiodiagnostica	333.670	58.427	29.773	421.870	0%	421.870
Radioterapia	39.676	18.973	961	59.610	0%	59.609
TOTALE	5.855.199	692.903	142.296	6.690.398	0%	6.690.397
ASL NA 1 Centro						
Diabetologia	183.968	24.494	4	208.466	0%	208.466
Branche a visita	143.737	56.779	595	201.111	0%	201.111
Cardiologia	268.254	53.235	814	322.303	0%	322.303
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	4.701.024	1.957.250	160.153	6.818.427	0%	6.818.427
Medicina nucleare	18.319	28.615	13.951	60.885	0%	60.885
Radiodiagnostica	301.936	118.688	27.278	447.902	0%	447.902
Radioterapia	54.322	31.405	801	86.528	44%	59.982
TOTALE	5.671.560	2.270.466	203.596	8.145.622	0%	8.119.076

Assistenza Specialistica da strutture private: volumi massimi di prestazioni 2019

N° di prestazioni	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)	var % su tetto 2018	Volumi massimi 2018 (da DCA 84/2018)
	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Volumi massimi		
ASL NA 2 Nord						
Diabetologia	0	0	0	0	0%	0
Branche a visita	68.379	7.189	151	75.719	0%	75.719
Cardiologia	201.868	39.630	457	241.955	0%	241.955
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	5.048.885	1.437.293	142.302	6.628.480	0%	6.628.481
Medicina nucleare	9.175	8.781	59	18.015	2%	17.622
Radiodiagnostica	398.783	212.343	5.192	616.318	0%	616.318
Radioterapia	109.318	157.359	1.590	268.267	-6%	285.553
TOTALE	5.836.408	1.862.595	149.751	7.848.754	0%	7.865.647
ASL NA 3 Sud						
Diabetologia	180.875	11.232	74	192.181	0%	192.181
Branche a visita	101.845	23.314	264	125.423	0%	125.423
Cardiologia	179.403	24.672	215	204.290	0%	204.290
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	5.678.641	709.597	3.013	6.391.251	0%	6.391.250
Medicina nucleare	6.327	3.557	499	10.383	0%	10.383
Radiodiagnostica	382.459	79.370	6.823	468.652	0%	468.652
Radioterapia	19.442	4.108	0	23.550	0%	23.550
TOTALE	6.548.992	855.850	10.888	7.415.730	0%	7.415.729
ASL Salerno						
Diabetologia	127.080	695	154	127.929	0%	127.929
Branche a visita	72.902	15.079	5.152	93.133	0%	93.133
Cardiologia	164.092	4.730	563	169.385	0%	169.385
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	6.208.179	2.042.504	43.668	8.294.351	0%	8.294.351
Medicina nucleare	14.767	1.112	151	16.030	44%	11.166
Radiodiagnostica	349.789	40.193	11.906	401.888	0%	401.888
Radioterapia	49.461	12.013	2.878	64.352	0%	64.352
TOTALE	6.986.270	2.116.326	64.472	9.167.068	0%	9.162.204
TOTALE REGIONE						
Diabetologia	1.057.183	88.224	1.759	1.147.166	0,0%	1.147.166
Branche a visita	527.029	173.584	7.975	708.588	0,0%	708.588
Cardiologia	983.481	133.757	3.827	1.121.065	0,0%	1.121.065
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	29.525.698	7.082.554	532.673	37.140.925	0,0%	37.140.923
Medicina nucleare	67.228	50.050	15.346	132.624	4,5%	126.864
Radiodiagnostica	1.924.424	532.209	85.956	2.542.589	0,0%	2.542.589
Radioterapia	273.000	224.139	6.261	503.400	2,1%	493.046
TOTALE	34.358.043	8.284.517	653.797	43.296.357	0,0%	43.280.242

Assistenza Specialistica da strutture private: limiti di spesa NETTA 2019 a tariffa vigente (1)

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)		
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Tetto di Spesa	var % su tetto 2018	Tetto di Spesa NETTA 2018 (da DCA 84/2018)
ASL Avellino						
Diabetologia	1.685.253	27.613	2.231	1.715.097	0%	1.715.097
Branche a visita	30.879	4.021	0	34.900	0%	34.900
Cardiologia	591.958	3.013	0	594.971	0%	594.971
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	6.193.817	1.120.138	153.966	7.467.921	0%	7.467.921
Medicina nucleare	185.384	90.467	5.027	280.878	22%	230.878
Radiodiagnostica	2.701.526	165.641	114.638	2.981.805	0%	2.981.805
Radioterapia	50.000	18.000	2.000	70.000	n.s	0
TOTALE	11.438.817	1.428.893	277.862	13.145.572	1%	13.025.572
ASL Benevento						
Diabetologia	175.223	9.396	324	184.943	0%	184.943
Branche a visita	0	0	0	0	0%	0
Cardiologia	0	0	0	0	0%	0
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	3.032.261	276.473	78.769	3.387.503	0%	3.387.503
Medicina nucleare	521.736	259.429	11.015	792.180	0%	792.180
Radiodiagnostica	4.280.101	857.117	106.295	5.243.513	0%	5.243.513
Radioterapia	0	0	0	0	0%	0
TOTALE	8.009.321	1.402.415	196.403	9.608.139	0%	9.608.139
ASL Caserta						
Diabetologia	2.707.414	379.089	9.766	3.096.269	0%	3.096.269
Branche a visita	3.291.517	1.712.444	43.929	5.047.890	0%	5.047.890
Cardiologia	4.613.617	348.745	54.409	5.016.771	0%	5.016.771
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	13.118.944	1.336.563	290.568	14.746.075	0%	14.746.075
Medicina nucleare	4.254.034	1.763.052	175.519	6.192.605	0%	6.192.605
Radiodiagnostica	16.856.573	2.951.720	1.504.083	21.312.376	0%	21.312.376
Radioterapia	2.129.011	1.017.998	51.567	3.198.576	0%	3.198.576
TOTALE	46.971.110	9.509.611	2.129.841	58.610.562	0%	58.610.562
ASL NA 1 Centro						
Diabetologia	1.273.289	169.529	23	1.442.841	0%	1.442.841
Branche a visita	3.141.365	1.240.901	13.000	4.395.266	0%	4.395.266
Cardiologia	7.761.951	1.540.321	23.588	9.325.860	0%	9.325.860
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	14.004.271	5.730.482	473.522	20.208.275	0%	20.208.275
Medicina nucleare	6.539.118	10.213.995	4.979.988	21.733.101	0%	21.733.101
Radiodiagnostica	16.393.950	6.444.367	1.481.071	24.319.388	0%	24.319.388
Radioterapia	3.274.220	1.892.805	48.319	5.215.344	44%	3.615.344
TOTALE	52.388.164	27.232.400	7.019.511	86.640.075	2%	85.040.075

Assistenza Specialistica da strutture private: limiti di spesa NETTA 2019 a tariffa vigente (1)

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)		
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Tetto di Spesa	var % su tetto 2018	Tetto di Spesa NETTA 2018 (da DCA 84/2018)

ASL NA 2 Nord

Diabetologia	0	0	0	0	0%	0
Branche a visita	1.605.871	168.837	3.560	1.778.268	0%	1.778.268
Cardiologia	5.848.141	1.148.093	13.231	7.009.465	0%	7.009.465
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	16.495.701	4.432.999	462.503	21.391.203	0%	21.391.203
Medicina nucleare	2.336.225	2.236.043	10.503	4.582.771	2%	4.482.771
Radiodiagnostica	20.451.568	10.890.023	266.238	31.607.829	0%	31.607.829
Radioterapia	6.324.012	9.103.310	91.994	15.519.316	-6%	16.519.316
TOTALE	53.061.518	27.979.305	848.029	81.888.852	-1%	82.788.852

ASL NA 3 Sud

Diabetologia	1.073.265	66.649	439	1.140.353	0%	1.140.353
Branche a visita	2.268.595	519.312	5.878	2.793.785	0%	2.793.785
Cardiologia	5.515.294	758.443	6.593	6.280.330	0%	6.280.330
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	14.319.267	1.842.612	5.947	16.167.826	0%	16.167.826
Medicina nucleare	2.477.750	1.393.290	195.438	4.066.478	0%	4.066.478
Radiodiagnostica	17.647.169	3.662.204	314.842	21.624.215	0%	21.624.215
Radioterapia	902.470	190.714	0	1.093.184	0%	1.093.184
TOTALE	44.203.810	8.433.224	529.137	53.166.171	0%	53.166.171

ASL Salerno

Diabetologia	935.312	5.109	1.134	941.555	0%	941.555
Branche a visita	1.252.629	259.085	88.519	1.600.233	0%	1.600.233
Cardiologia	4.958.456	142.958	16.987	5.118.401	0%	5.118.401
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	17.088.010	5.811.636	121.148	23.020.794	0%	23.020.794
Medicina nucleare	3.706.467	279.195	31.913	4.017.575	70%	2.367.575
Radiodiagnostica	18.678.248	2.146.293	635.791	21.460.332	0%	21.460.332
Radioterapia	4.255.026	1.033.434	247.619	5.536.079	0%	5.536.079
TOTALE	50.874.148	9.677.710	1.143.111	61.694.969	3%	60.044.969

TOTALE REGIONE

Diabetologia	7.849.756	657.385	13.917	8.521.058	0,0%	8.521.058
Branche a visita	11.590.856	3.904.600	154.886	15.650.342	0,0%	15.650.342
Cardiologia	29.289.417	3.941.573	114.808	33.345.798	0,0%	33.345.798
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	84.252.271	20.550.903	1.586.423	106.389.597	0,0%	106.389.597
Medicina nucleare	20.020.714	16.235.471	5.409.403	41.665.588	4,5%	39.865.588
Radiodiagnostica	97.009.135	27.117.365	4.422.958	128.549.458	0,0%	128.549.458
Radioterapia	16.934.739	13.256.261	441.499	30.632.499	2,2%	29.962.499
TOTALE	266.946.888	85.663.558	12.143.894	364.754.340	0,7%	362.284.340

Allegato n. 4

Assistenza Specialistica da strutture private: limiti di spesa 2020 a tariffa vigente (1)

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)		
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Tetto di Spesa	var % su tetto 2019	Tetto di Spesa NETTA 2019 (presente DCA)
ASL Avellino						
Diabetologia	1.859.706	30.470	2.463	1.892.639	-1%	1.907.903
Branche a visita	45.231	5.894	0	51.125	-1%	51.537
Cardiologia	675.370	3.437	0	678.807	-1%	684.282
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	8.475.186	1.531.621	210.629	10.217.436	-1%	10.299.834
di cui:						
- prestazioni non "R"	6.712.361	1.213.045	166.818	8.092.224		
- prestazioni "R"	1.762.825	318.576	43.811	2.125.212		
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	965.271	174.444	23.989	1.163.704		
Medicina nucleare	204.339	99.713	5.593	309.645	-1%	312.097
Radiodiagnostica	3.322.030	203.693	140.968	3.666.691	-1%	3.696.260
Radioterapia	498.846	179.585	2.031	680.462	n.s.	71.093
TOTALE	15.080.708	2.054.413	361.684	17.496.805	3%	17.023.006
ASL Benevento						
Diabetologia	201.948	10.844	369	213.161	-1%	214.880
Branche a visita	0	0	0	0	0%	0
Cardiologia	0	0	0	0	0%	0
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	4.391.863	400.126	114.007	4.905.996	-1%	4.945.560
di cui:						
- prestazioni non "R"	3.960.854	360.858	102.819	4.424.531		
- prestazioni "R"	431.009	39.268	11.188	481.465		
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	278.077	25.334	7.219	310.630		
Medicina nucleare	533.462	265.250	11.264	809.976	-1%	816.508
Radiodiagnostica	5.143.118	1.029.945	127.726	6.300.789	-1%	6.351.602
Radioterapia	0	0	0	0	0%	0
TOTALE	10.270.391	1.706.165	253.366	12.229.922	-1%	12.328.550
ASL Caserta						
Diabetologia	2.945.985	412.507	10.621	3.369.113	-1%	3.396.284
Branche a visita	3.797.800	1.975.845	50.694	5.824.339	-1%	5.871.309
Cardiologia	5.264.475	397.932	62.090	5.724.497	-1%	5.770.661
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	17.911.708	1.823.734	396.629	20.132.071	-1%	20.294.428
di cui:						
- prestazioni non "R"	15.901.767	1.619.084	352.122	17.872.973		
- prestazioni "R"	2.009.941	204.650	44.507	2.259.098		
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	1.302.621	132.631	28.845	1.464.097		
Medicina nucleare	4.362.619	1.808.048	180.007	6.350.674	-1%	6.401.888
Radiodiagnostica	19.640.331	3.439.167	1.752.482	24.831.980	-1%	25.032.239
Radioterapia	2.161.619	1.033.597	52.357	3.247.573	0%	3.247.573
TOTALE	56.084.537	10.890.830	2.504.880	69.480.247	-1%	70.014.382

Allegato n. 4

Assistenza Specialistica da strutture private: limiti di spesa 2020 a tariffa vigente (1)

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)	var % su tetto 2019	Tetto di Spesa NETTA 2019 (presente DCA)
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Tetto di Spesa		
ASL NA 1 Centro						
Diabetologia	1.446.566	192.595	34	1.639.195	-1%	1.652.415
Branche a visita	3.601.395	1.422.629	14.898	5.038.922	-1%	5.079.559
Cardiologia	8.780.385	1.742.422	26.679	10.549.486	-1%	10.634.564
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	19.126.718	7.821.267	646.535	27.594.520	-1%	27.817.056
di cui:						
- prestazioni non "R"	16.976.366	6.941.944	573.847	24.492.157		
- prestazioni "R"	2.150.352	879.323	72.688	3.102.363		
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	1.421.579	581.313	48.053	2.050.945		
Medicina nucleare	6.689.906	10.449.529	5.094.812	22.234.247	-1%	22.413.555
Radiodiagnostica	18.923.428	7.438.692	1.709.588	28.071.708	-1%	28.298.095
Radioterapia	3.329.838	1.924.942	49.137	5.303.917	0%	5.303.917
TOTALE	61.898.236	30.992.076	7.541.683	100.431.995	-1%	101.199.161
ASL NA 2 Nord						
Diabetologia	0	0	0	0	0%	0
Branche a visita	1.752.339	184.236	3.888	1.940.463	-1%	1.956.112
Cardiologia	6.498.287	1.275.730	14.703	7.788.720	-1%	7.851.532
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	20.739.756	5.773.969	583.348	27.097.073	-1%	27.315.599
di cui:						
- prestazioni non "R"	17.068.195	4.752.089	480.080	22.300.364		
- prestazioni "R"	3.671.561	1.021.880	103.268	4.796.709		
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	2.912.036	810.487	81.905	3.804.428		
Medicina nucleare	2.389.088	2.286.639	10.833	4.686.560	-1%	4.724.267
Radiodiagnostica	23.293.423	12.403.232	303.241	35.999.896	-1%	36.290.219
Radioterapia	6.438.582	9.268.239	93.660	15.800.481	0%	15.800.481
TOTALE	61.111.475	31.192.045	1.009.673	93.313.193	-1%	93.938.210
ASL NA 3 Sud						
Diabetologia	1.211.075	75.207	493	1.286.775	-1%	1.297.153
Branche a visita	2.476.536	566.914	6.418	3.049.868	-1%	3.074.463
Cardiologia	6.145.119	845.056	7.351	6.997.526	-1%	7.053.959
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	19.805.961	2.539.886	8.497	22.354.344	-1%	22.534.622
di cui:						
- prestazioni non "R"	18.227.161	2.337.417	7.820	20.572.398		
- prestazioni "R"	1.578.800	202.469	677	1.781.946		
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	1.035.344	132.775	444	1.168.563		
Medicina nucleare	2.524.749	1.419.710	249.342	4.193.801	-1%	4.227.622
Radiodiagnostica	20.688.074	4.293.263	369.093	25.350.430	-1%	25.554.871
Radioterapia	920.231	194.448	0	1.114.679	0%	1.114.679
TOTALE	53.771.745	9.934.484	641.194	64.347.423	-1%	64.857.369

(1) Importi in euro a tariffa vigente ai sensi del DCA n. 32/2013

pag. n. 2 di 3

Allegato n. 4**Assistenza Specialistica da strutture private: limiti di spesa 2020 a tariffa vigente (1)**

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)		
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Tetto di Spesa	var % su tetto 2019	Tetto di Spesa NETTA 2019 (presente DCA)
ASL Salerno						
Diabetologia	1.076.822	5.881	1.308	1.084.011	-1%	1.092.752
Branche a visita	1.508.975	312.104	106.639	1.927.718	-1%	1.943.264
Cardiologia	5.744.626	165.630	19.682	5.929.938	-1%	5.977.760
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	24.610.843	7.996.404	172.609	32.779.856	-1%	33.044.209
di cui:						
- prestazioni non "R"	22.202.970	7.213.763	155.720	29.572.453		
- prestazioni "R"	2.407.873	782.641	16.889	3.207.403		
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	1.661.926	540.183	11.657	2.213.766		
Medicina nucleare	3.863.597	291.020	33.537	4.188.154	-1%	4.221.659
Radiodiagnostica	22.271.515	2.559.184	758.100	25.588.799	-1%	25.795.159
Radioterapia	4.315.240	1.048.048	251.113	5.614.401	0%	5.614.401
TOTALE	63.391.618	12.378.271	1.342.988	77.112.877	-1%	77.689.204
TOTALE REGIONE						
Diabetologia	8.742.102	727.504	15.288	9.484.894	-0,8%	9.561.387
Branche a visita	13.182.276	4.467.622	182.537	17.832.435	-0,8%	17.976.244
Cardiologia	33.108.262	4.430.207	130.505	37.668.974	-0,8%	37.972.758
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	115.062.035	27.887.007	2.132.254	145.081.296	-0,8%	146.251.308
di cui:						
- prestazioni non "R"	101.049.674	24.438.200	1.839.226	127.327.100		
- prestazioni "R"	14.012.361	3.448.807	293.028	17.754.196		
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	9.576.854	2.397.167	202.112	12.176.133		
Medicina nucleare	20.567.760	16.619.909	5.585.388	42.773.057	-0,8%	43.117.596
Radiodiagnostica	113.281.919	31.367.176	5.161.198	149.810.293	-0,8%	151.018.445
Radioterapia	17.664.356	13.648.859	448.298	31.761.513	2,0%	31.152.144
TOTALE	321.608.710	99.148.284	13.655.468	434.412.462	-0,6%	437.049.882

Assistenza Specialistica da strutture private: volumi massimi di prestazioni 2020

N° di prestazioni	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)	var % su tetto 2019	Volumi massimi 2019 (presente decreto)
	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Volumi massimi		
ASL Avellino						
Diabetologia	197.785	3.240	262	201.287	-1%	202.910
Branche a visita	4.322	562	0	4.884	-1%	4.924
Cardiologia	18.976	96	0	19.072	-1%	19.226
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	1.843.711	345.066	46.290	2.235.067	-1%	2.253.092
di cui:						
- prestazioni non "R"	1.826.521	341.850	45.858	2.214.229		
- prestazioni "R"	17.190	3.216	432	20.838		
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	8.954	1.675	225	10.854		
Medicina nucleare	1.867	912	23	2.802	-1%	2.824
Radiodiagnostica	60.042	3.681	2.547	66.270	-1%	66.805
Radioterapia	7.670	2.761	31	10.462	n.s	1.093
TOTALE	2.134.373	356.318	49.153	2.539.844	0%	2.550.874
ASL Benevento						
Diabetologia	30.969	1.663	56	32.688	-1%	32.952
Branche a visita	0	0	0	0	0%	0
Cardiologia	0	0	0	0	0%	0
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	1.175.490	107.027	30.496	1.313.013	-1%	1.323.601
di cui:						
- prestazioni non "R"	1.170.987	106.617	30.379	1.307.983		
- prestazioni "R"	4.503	410	117	5.030		
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	2.476	226	64	2.766		
Medicina nucleare	1.439	716	31	2.186	-1%	2.204
Radiodiagnostica	96.483	19.321	2.397	118.201	-1%	119.154
Radioterapia	0	0	0	0	0%	0
TOTALE	1.304.381	128.727	32.980	1.466.088	-1%	1.477.911
ASL Caserta						
Diabetologia	331.984	46.486	1.196	379.666	-1%	382.728
Branche a visita	134.723	70.091	1.799	206.613	-1%	208.278
Cardiologia	149.529	11.302	1.764	162.595	-1%	163.906
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	4.806.682	476.310	105.277	5.388.269	-1%	5.431.723
di cui:						
- prestazioni non "R"	4.785.794	474.240	104.819	5.364.853		
- prestazioni "R"	20.888	2.070	458	23.416		
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	11.908	1.180	261	13.349		
Medicina nucleare	15.185	6.293	627	22.105	-1%	22.283
Radiodiagnostica	331.001	57.960	29.535	418.496	-1%	421.870
Radioterapia	39.676	18.973	961	59.610	0%	59.610
TOTALE	5.808.780	687.415	141.159	6.637.354	-1%	6.690.398

Assistenza Specialistica da strutture private: volumi massimi di prestazioni 2020

N° di prestazioni	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)	var % su tetto 2019	Volumi massimi 2019 (presente decreto)
	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Volumi massimi		
ASL NA 1 Centro						
Diabetologia	182.496	24.298	4	206.798	-1%	208.466
Branche a visita	142.587	56.325	590	199.502	-1%	201.111
Cardiologia	266.108	52.809	807	319.724	-1%	322.303
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	4.663.223	1.941.782	158.875	6.763.880	-1%	6.818.427
di cui:						
- prestazioni non "R"	4.641.387	1.932.691	158.131	6.732.209		
- prestazioni "R"	21.836	9.091	744	31.671		
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	12.522	5.213	427	18.162		
Medicina nucleare	18.172	28.386	13.839	60.397	-1%	60.885
Radiodiagnostica	299.521	117.738	27.060	444.319	-1%	447.902
Radioterapia	54.322	31.405	801	86.528	0%	86.528
TOTALE	5.626.429	2.252.743	201.976	8.081.148	-1%	8.145.622
ASL NA 2 Nord						
Diabetologia	0	0	0	0	0%	0
Branche a visita	67.832	7.131	150	75.113	-1%	75.719
Cardiologia	200.253	39.313	453	240.019	-1%	241.955
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	5.007.993	1.426.304	141.155	6.575.452	-1%	6.628.480
di cui:						
- prestazioni non "R"	4.973.064	1.416.360	140.171	6.529.595		
- prestazioni "R"	34.929	9.944	984	45.857		
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	24.704	7.033	696	32.433		
Medicina nucleare	9.102	8.711	59	17.872	-1%	18.015
Radiodiagnostica	395.593	210.644	5.150	611.387	-1%	616.318
Radioterapia	109.318	157.359	1.590	268.267	0%	268.267
TOTALE	5.790.091	1.849.462	148.557	7.788.110	-1%	7.848.754
ASL NA 3 Sud						
Diabetologia	179.428	11.142	73	190.643	-1%	192.181
Branche a visita	101.030	23.128	262	124.420	-1%	125.423
Cardiologia	177.968	24.475	213	202.656	-1%	204.290
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	5.633.357	703.770	2.994	6.340.121	-1%	6.391.251
di cui:						
- prestazioni non "R"	5.617.121	701.741	2.985	6.321.847		
- prestazioni "R"	16.236	2.029	9	18.274		
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	9.480	1.185	5	10.670		
Medicina nucleare	6.276	3.529	495	10.300	-1%	10.383
Radiodiagnostica	379.399	78.735	6.768	464.902	-1%	468.652
Radioterapia	19.442	4.108	0	23.550	0%	23.550
TOTALE	6.496.900	848.887	10.805	7.356.592	-1%	7.415.730

Assistenza Specialistica da strutture private: volumi massimi di prestazioni 2020

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)		
N° di prestazioni	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Volumi massimi	var % su tetto 2019	Volumi massimi 2019 (presente decreto)
ASL Salerno						
Diabetologia	126.063	689	153	126.905	-1%	127.929
Branche a visita	72.319	14.958	5.111	92.388	-1%	93.133
Cardiologia	162.779	4.692	558	168.029	-1%	169.385
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	6.158.925	2.025.753	43.319	8.227.997	-1%	8.294.351
di cui:						
- prestazioni non "R"	6.135.765	2.018.134	43.156	8.197.055		
- prestazioni "R"	23.160	7.619	163	30.942		
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	14.347	4.720	101	19.168		
Medicina nucleare	14.649	1.103	151	15.903	-1%	16.030
Radiodiagnostica	346.991	39.871	11.811	398.673	-1%	401.888
Radioterapia	49.461	12.013	2.878	64.352	0%	64.352
TOTALE	6.931.187	2.099.079	63.981	9.094.247	-1%	9.167.068
TOTALE REGIONE						
Diabetologia	1.048.725	87.518	1.744	1.137.987	-0,8%	1.147.166
Branche a visita	522.813	172.195	7.912	702.920	-0,8%	708.588
Cardiologia	975.613	132.687	3.795	1.112.095	-0,8%	1.121.065
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	29.289.381	7.026.012	528.406	36.843.799	-0,8%	37.140.925
di cui:						
- prestazioni non "R"	29.150.639	6.991.633	525.499	36.667.771		
- prestazioni "R"	138.742	34.379	2.907	176.028		
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	84.391	21.232	1.779	107.402		
Medicina nucleare	66.690	49.650	15.225	131.565	-0,8%	132.624
Radiodiagnostica	1.909.030	527.950	85.268	2.522.248	-0,8%	2.542.589
Radioterapia	279.889	226.619	6.261	512.769	1,9%	503.400
TOTALE	34.092.141	8.222.631	648.611	42.963.383	-0,8%	43.296.357

Allegato n. 6

Assistenza Specialistica da strutture private: limiti di spesa NETTA 2020 a tariffa vigente (1)

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)		
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Tetto di Spesa	var % su tetto 2019	Tetto di Spesa NETTA 2019 (presente DCA)
ASL Avellino						
Diabetologia	1.671.771	27.392	2.213	1.701.376	-0,8%	1.715.097
Branche a visita	30.632	3.989	0	34.621	-0,8%	34.900
Cardiologia	587.222	2.989	0	590.211	-0,8%	594.971
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	6.144.267	1.111.177	152.734	7.408.178	-0,8%	7.467.921
di cui:						
- prestazioni non "R"	4.487.396	811.536	111.547	5.410.479		
- prestazioni "R"	1.656.871	299.641	41.187	1.997.699		
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	907.254	164.075	22.553	1.093.882		
Medicina nucleare	183.901	89.743	5.027	278.671	-0,8%	280.878
Radiodiagnostica	2.679.914	164.316	113.721	2.957.951	-0,8%	2.981.805
Radioterapia	491.176	176.824	2.000	670.000	n.s	70.000
TOTALE	11.788.883	1.576.430	275.695	13.641.008	3,8%	13.145.572
ASL Benevento						
Diabetologia	173.821	9.321	321	183.463	-0,8%	184.943
Branche a visita	0	0	0	0	0,0%	0
Cardiologia	0	0	0	0	0,0%	0
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	3.008.003	274.261	78.139	3.360.403	-0,8%	3.387.503
di cui:						
- prestazioni non "R"	2.602.887	237.324	67.615	2.907.826		
- prestazioni "R"	405.116	36.937	10.524	452.577		
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	261.371	23.831	6.790	291.992		
Medicina nucleare	517.562	257.354	10.927	785.843	-0,8%	792.180
Radiodiagnostica	4.245.860	850.260	105.445	5.201.565	-0,8%	5.243.513
Radioterapia	0	0	0	0	0,0%	0
TOTALE	7.945.246	1.391.196	194.832	9.531.274	-0,8%	9.608.139
ASL Caserta						
Diabetologia	2.685.755	376.056	9.688	3.071.499	-0,8%	3.096.269
Branche a visita	3.265.185	1.698.744	43.578	5.007.507	-0,8%	5.047.890
Cardiologia	4.576.708	345.955	53.974	4.976.637	-0,8%	5.016.771
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	13.013.992	1.325.870	288.243	14.628.105	-0,8%	14.746.075
di cui:						
- prestazioni non "R"	11.124.760	1.133.394	246.399	12.504.553		
- prestazioni "R"	1.889.232	192.476	41.844	2.123.552		
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	1.224.391	124.741	27.119	1.376.251		
Medicina nucleare	4.220.002	1.748.948	174.115	6.143.065	-0,8%	6.192.605
Radiodiagnostica	16.721.720	2.928.106	1.492.050	21.141.876	-0,8%	21.312.376
Radioterapia	2.129.011	1.017.998	51.567	3.198.576	0,0%	3.198.576
TOTALE	46.612.373	9.441.677	2.113.215	58.167.265	-0,8%	58.610.562

Allegato n. 6

Assistenza Specialistica da strutture private: limiti di spesa NETTA 2020 a tariffa vigente (1)

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)		
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Tetto di Spesa	var % su tetto 2019	Tetto di Spesa NETTA 2019 (presente DCA)
ASL NA 1 Centro						
Diabetologia	1.263.102	168.173	23	1.431.298	-0,8%	1.442.841
Branche a visita	3.116.234	1.230.974	12.896	4.360.104	-0,8%	4.395.266
Cardiologia	7.699.855	1.527.998	23.399	9.251.252	-0,8%	9.325.860
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	13.892.237	5.684.638	469.734	20.046.609	-0,8%	20.208.275
di cui:						
- prestazioni non "R"	11.871.305	4.857.682	401.401	17.130.388		
- prestazioni "R"	2.020.932	826.956	68.333	2.916.221		
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	1.336.020	546.694	45.174	1.927.888		
Medicina nucleare	6.486.805	10.132.283	4.940.148	21.559.236	-0,8%	21.733.101
Radiodiagnostica	16.262.798	6.392.812	1.469.222	24.124.832	-0,8%	24.319.388
Radioterapia	3.274.220	1.892.805	48.319	5.215.344	0,0%	5.215.344
TOTALE	51.995.251	27.029.683	6.963.741	85.988.675	-0,8%	86.640.075
ASL NA 2 Nord						
Diabetologia	0	0	0	0	0,0%	0
Branche a visita	1.593.024	167.486	3.532	1.764.042	-0,8%	1.778.268
Cardiologia	5.801.356	1.138.908	13.125	6.953.389	-0,8%	7.009.465
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	16.363.735	4.397.535	458.803	21.220.073	-0,8%	21.391.203
di cui:						
- prestazioni non "R"	12.886.719	3.463.133	361.315	16.711.167		
- prestazioni "R"	3.477.016	934.402	97.488	4.508.906		
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	2.757.736	741.105	77.321	3.576.162		
Medicina nucleare	2.317.535	2.218.155	10.503	4.546.193	-0,8%	4.582.771
Radiodiagnostica	20.287.955	10.802.903	264.108	31.354.966	-0,8%	31.607.829
Radioterapia	6.324.012	9.103.310	91.994	15.519.316	0,0%	15.519.316
TOTALE	52.687.617	27.828.297	842.065	81.357.979	-0,6%	81.888.852
ASL NA 3 Sud						
Diabetologia	1.064.679	66.116	435	1.131.230	-0,8%	1.140.353
Branche a visita	2.250.446	515.158	5.831	2.771.435	-0,8%	2.793.785
Cardiologia	5.471.171	752.375	6.540	6.230.086	-0,8%	6.280.330
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	14.204.713	1.827.871	5.899	16.038.483	-0,8%	16.167.826
di cui:						
- prestazioni non "R"	12.721.200	1.636.971	5.283	14.363.454		
- prestazioni "R"	1.483.513	190.900	616	1.675.029		
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	972.857	125.188	404	1.098.449		
Medicina nucleare	2.457.928	1.382.144	193.874	4.033.946	-0,8%	4.066.478
Radiodiagnostica	17.505.991	3.632.906	312.323	21.451.220	-0,8%	21.624.215
Radioterapia	902.470	190.714	0	1.093.184	0,0%	1.093.184
TOTALE	43.857.398	8.367.284	524.902	52.749.584	-0,8%	53.166.171

Allegato n. 6

Assistenza Specialistica da strutture private: limiti di spesa NETTA 2020 a tariffa vigente (1)

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)		
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità attiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Tetto di Spesa	var % su tetto 2019	Tetto di Spesa NETTA 2019 (presente DCA)
ASL Salerno						
Diabetologia	927.830	5.068	1.125	934.023	-0,8%	941.555
Branche a visita	1.242.608	257.012	87.811	1.587.431	-0,8%	1.600.233
Cardiologia	4.918.789	141.814	16.851	5.077.454	-0,8%	5.118.401
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	16.951.306	5.765.143	120.179	22.836.628	-0,8%	23.020.794
di cui:						
- prestazioni non "R"	14.713.345	5.004.011	104.313	19.821.669		
- prestazioni "R"	2.237.961	761.132	15.866	3.014.959		
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	1.544.652	525.337	10.951	2.080.940		
Medicina nucleare	3.676.815	276.961	31.913	3.985.689	-0,8%	4.017.575
Radiodiagnostica	18.528.822	2.129.123	630.705	21.288.650	-0,8%	21.460.332
Radioterapia	4.255.026	1.033.434	247.619	5.536.079	0,0%	5.536.079
TOTALE	50.501.196	9.608.555	1.136.203	61.245.954	-0,7%	61.694.969
TOTALE REGIONE						
Diabetologia	7.786.958	652.126	13.805	8.452.889	-0,8%	8.521.058
Branche a visita	11.498.129	3.873.363	153.648	15.525.140	-0,8%	15.650.342
Cardiologia	29.055.101	3.910.039	113.889	33.079.029	-0,8%	33.345.798
Patologia Clinica (Lab. Analisi)	83.578.253	20.386.495	1.573.731	105.538.479	-0,8%	106.389.597
di cui:						
- prestazioni non "R"	70.407.612	17.144.051	1.297.873	88.849.536		
- prestazioni "R"	13.170.641	3.242.444	275.858	16.688.943		
di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013	9.004.281	2.250.971	190.312	11.445.564		
Medicina nucleare	19.860.548	16.105.588	5.366.507	41.332.643	-0,8%	41.665.588
Radiodiagnostica	96.233.060	26.900.426	4.387.574	127.521.060	-0,8%	128.549.458
Radioterapia	17.375.915	13.415.085	441.499	31.232.499	2,0%	30.632.499
TOTALE	265.387.964	85.243.122	12.050.653	362.681.739	-0,6%	364.754.340

Sezione III - Allegato n. 7

Calcolo dei volumi massimi e dei correlati limiti di spesa delle prestazioni "R" per l'esercizio 2020

Volumi massimi e correlati limiti di spesa delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1, lettera b), del dispositivo del DCA 101/2013

Volumi massimi delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1, lettera b), del dispositivo DCA 101/2013

ASL	a	b	c = max (a,b)	d = c x 1,05	e	f = d + e	g	h	i = (tot f) x h	j = f - i
ASL	File C 2012 in quantità (con Portici in NA3)	DCA 101/13 in quantità (con Portici in NA3) (1)	Numero di prestazioni cons. 2012: maggiore tra (a) e (b)	+ 5% su cons 2012 maggiore tra File C e dca 101/13	rettifica per accorpamenti in HUB: v. Sezione III All. 11	Tetto 2020 in quantità PRIMA del riequilibrio territoriale	Popolazione e 1.1.2019	Composizione % (quota capitaria)	Tetto 2020 in quantità SE ripartito per quota capitaria	Differenza rispetto alla Quota Capitaria
ASL Avellino	13.146	13.181	13.181	13.840	-1.431	12.409	418.306	7%	7.744	4.665
ASL Benevento	1.508	1.509	1.509	1.584	0	1.584	277.018	5%	5.128	-3.544
ASL Caserta	8.311	8.313	8.313	8.729	2.753	11.481	922.965	16%	17.086	-5.605
ASL Napoli 1 Centro	24.390	24.766	24.766	26.004	-7.770	18.234	973.350	17%	18.019	215
ASL Napoli 2 Nord	32.571	33.725	33.725	35.411	3.548	38.959	1.046.887	18%	19.380	19.579
ASL Napoli 3 Sud	3.782	5.858	5.858	6.151	0	6.151	1.064.653	18%	19.709	-13.558
ASL Salerno	14.936	14.829	14.936	15.683	2.902	18.584	1.098.513	19%	20.336	-1.752
Totale	98.644	102.181	102.288	107.402	0	107.402	5.801.692	100%	107.402	0

(1) le quantità esposte nel DCA 101/2013 sono tratte dal Cruscotto Tessera Sanitaria, come specificato nel medesimo decreto

Limiti di spesa delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1, lettera b), del dispositivo DCA 101/2013

ASL	l	m = l / a x b	n = max (l,m)	o = n x 1,05 x 1,3	p	q = o + p	r	s	t = (tot q) x s	u = q - t
ASL	File C 2012 in valore a tariffa piena (con Portici in NA3)	Stima del valore in euro a tariffa piena implicito nel DCA 101/13	consuntivo 2012 in euro: maggiore tra (l) e (m)	Idem + 5% e + 30% (max increm VM ex DCA 89/2016)	rettifica per accorpamenti in HUB: v. Sezione III All. 11	Tetto 2020 in euro a tariffa PIENA PRIMA del riequilibrio territoriale	Popolazione e 1.1.2019	Composizione % (quota capitaria)	Tetto 2020 in euro a tariffa piena SE ripartito per quota capitaria	Differenza rispetto alla Quota Capitaria
ASL Avellino	1.108.947	1.111.900	1.111.900	1.517.743	-212.965	1.304.779	418.306	7%	881.556	423.223
ASL Benevento	127.421	127.506	127.506	174.045	0	174.045	277.018	5%	583.799	-409.754
ASL Caserta	674.792	674.954	674.954	921.313	302.285	1.223.598	922.965	16%	1.945.095	-721.497
ASL Napoli 1 Centro	2.094.621	2.126.912	2.126.912	2.903.235	-852.457	2.050.778	973.350	17%	2.051.278	-500
ASL Napoli 2 Nord	2.997.553	3.103.758	3.103.758	4.236.629	442.779	4.679.409	1.046.887	18%	2.206.253	2.473.155
ASL Napoli 3 Sud	298.451	462.275	462.275	631.005	-8	630.997	1.064.653	18%	2.243.694	-1.612.697
ASL Salerno	1.350.005	1.340.334	1.350.005	1.842.757	320.366	2.163.123	1.098.513	19%	2.315.052	-151.929
Totale	8.651.791	8.947.639	8.957.310	12.226.728	0	12.226.728	5.801.692	100%	12.226.728	0

Volumi massimi e correlati limiti di spesa di tutte le prestazioni "R" di cui al punto 1, lettera a), del dispositivo del DCA 101/2013

Volumi massimi di tutte le prestazioni "R" di cui al punto 1, lettera a), del dispositivo DCA 101/2013

ASL	z	aa = z / a x b	ab = max (z,aa)	ac = ab x 1,05	ad	ae = ac + ad	af	ag	ah = (tot ae) x ag	ai = ae - ah
ASL	File C 2012 in quantità (con Portici in NA3)	Idem, in proporzione ai dati di Tessera Sanitaria del DCA 101/13	Numero di prestazioni cons. 2012: maggiore tra (z) e (aa)	+ 5% su max cons 2012 tra File C e dca 101/13	rettifica per accorpamenti in HUB: v. Sezione III All. 11	Tetto 2020 in quantità PRIMA del riequilibrio territoriale	Popolazione e 1.1.2019	Composizione % (quota capitaria)	Tetto 2020 in quantità SE ripartito per quota capitaria	Differenza rispetto alla Quota Capitaria
ASL Avellino	25.621	25.689	25.689	26.973	-2.062	24.911	418.306	7%	12.692	12.219
ASL Benevento	3.182	3.184	3.184	3.343	0	3.343	277.018	5%	8.405	-5.062
ASL Caserta	16.363	16.367	16.367	17.185	3.937	21.122	922.965	16%	28.004	-6.882
ASL Napoli 1 Centro	40.996	41.628	41.628	43.709	-10.970	32.740	973.350	17%	29.532	3.208
ASL Napoli 2 Nord	43.729	45.278	45.278	47.542	5.362	52.904	1.046.887	18%	31.763	21.141
ASL Napoli 3 Sud	6.923	10.723	10.723	11.259	1	11.260	1.064.653	18%	32.302	-21.042
ASL Salerno	24.777	24.600	24.777	26.016	3.732	29.748	1.098.513	19%	33.330	-3.582
Totale	161.591	167.469	167.646	176.028	0	176.028	5.801.692	100%	176.028	0

Limiti di spesa di tutte le prestazioni "R" di cui al punto 1, lettera a), del dispositivo DCA 101/2013

ASL	ak	al = ak/z x aa	am = max (ak,al)	an = am x 1,05 x 1,3	ao	ap = an + ao	aq	ar	as = (tot ap) x ar	at = ap - as
ASL	File C 2012 in valore a tariffa piena (con Portici in NA3)	Idem in proporzione al dato di Tessera Sanitaria del DCA 101/13	consuntivo 2012 in euro: maggiore tra (ak) e (al)	Idem + 5% e + 30% (max increm VM ex DCA 89/2016)	rettifica per accorpamenti in HUB: v. Sezione III All. 11	Tetto 2020 in euro a tariffa PIENA PRIMA del riequilibrio territoriale	Popolazione e 1.1.2019	Composizione % (quota capitaria)	Tetto 2020 in euro a tariffa piena SE ripartito per quota capitaria	Differenza rispetto alla Quota Capitaria
ASL Avellino	2.032.685	2.038.079	2.038.079	2.781.978	-238.883	2.543.095	418.306	7%	1.289.447	1.253.648
ASL Benevento	216.156	216.292	216.292	295.238	0	295.238	277.018	5%	853.920	-558.682
ASL Caserta	1.136.525	1.136.803	1.136.803	1.551.736	414.370	1.966.106	922.965	16%	2.845.080	-878.974
ASL Napoli 1 Centro	3.082.288	3.129.805	3.129.805	4.272.184	-1.118.838	3.153.347	973.350	17%	3.000.394	152.952
ASL Napoli 2 Nord	3.684.085	3.814.585	3.814.585	5.206.908	569.283	5.776.191	1.046.887	18%	3.227.075	2.549.115
ASL Napoli 3 Sud	488.076	755.978	755.978	1.031.910	88	1.031.999	1.064.653	18%	3.281.840	-2.249.841
ASL Salerno	2.010.268	1.995.908	2.010.268	2.744.016	373.980	3.117.996	1.098.513	19%	3.386.215	-268.218
Totale	12.650.083	13.087.450	13.101.811	17.883.972	0	17.883.972	5.801.692	100%	17.883.972	0

Volumi massimi e
Limiti di spesa
lorda e netta 2020

k = f + (j / 3)	l = i + (j / 3)
10.854	107,21
2.766	112,30
13.349	109,68
18.162	112,93
32.433	118,86
10.670	109,52
19.168	115,49
107.402	113,84

VM reg.le + 3%: 117,30

v = q + (u / 3) e
Max VM reg + 3% z = v x (1 - 0,06)

1.163.704	1.093.882
310.630	291.992
1.464.097	1.376.251
2.050.945	1.927.888
3.804.428	3.576.162
1.168.563	1.098.449
2.213.766	2.080.940
12.176.133	11.445.564

aj = ae + (ai / 3)

20.838	101,99
5.030	95,72
23.416	96,48
31.671	97,96
45.857	107,43
18.274	97,51
30.942	103,66
176.028	101,60

VM reg.le + 3%: 104,60

e Max VM reg + 3% av = au x (1 - 0,06)

2.125.212	1.997.699
481.465	452.577
2.259.098	2.123.552
3.102.363	2.916.221
4.796.709	4.508.906
1.781.946	1.675.029
3.207.403	3.014.959
17.754.196	16.688.943

Sezione III - Allegato n. 8

Riepilogo dei volumi massimi e dei correlati limiti di spesa delle prestazioni "R" per l'esercizio 2020 e limiti di Valore Medio

Volumi massimi e correlati limiti di spesa delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1, lettera b), del dispositivo del DCA 101/2013

ASL	A	B	C	D = B / A		E = C / A		F = D + 10%	G = E + 10%
	Tetto 2020 in quantità DOPO il riequilibrio territoriale (con riduzione di 1/3 della differenza vs. la QC)	Tetto 2020 in euro a tariffa piena DOPO il riequilibrio territoriale (con riduzione di 1/3 della differenza vs. la QC)	Tetto 2020 in euro NETTO compartecipazione DOPO il riequilibrio territoriale	Valore medio delle prestazioni implicito nel limite di spesa a tariffa piena	Valore medio delle prestazioni implicito nel limite di spesa netto compartecipaz.	Limite massimo del Valore Medio a tariffa piena per singolo centro privato	Limite (indicativo) del Valore Medio NETTO per singolo centro privato		
ASL Avellino	10.854	1.163.704,00	1.093.882,00	107,21	100,78	125,00	117,00		
ASL Benevento	2.766	310.630,00	291.992,00	112,30	105,56	125,00	117,00		
ASL Caserta	13.349	1.464.097,00	1.376.251,00	109,68	103,10	125,00	117,00		
ASL Napoli 1 Centro	18.162	2.050.945,00	1.927.888,00	112,93	106,15	125,00	117,00		
ASL Napoli 2 Nord	32.433	3.804.428,00	3.576.162,00	117,30	110,26	125,00	117,00		
ASL Napoli 3 Sud	10.670	1.168.563,00	1.098.449,00	109,52	102,95	125,00	117,00		
ASL Salerno	19.168	2.213.766,00	2.080.940,00	115,49	108,56	125,00	117,00		
Totale	107.402	12.176.133,00	11.445.564,00	113,37	106,57	125,00	117,00		

Volumi massimi e correlati limiti di spesa di tutte le prestazioni "R" di cui al punto 1, lettera a), del dispositivo del DCA 101/2013

ASL	H	I	J	K = I / H		L = J / H		M = K + 10%	N = L + 10%
	Tetto 2020 in quantità DOPO il riequilibrio territoriale (con riduzione di 1/3 della differenza vs. la QC)	Tetto 2020 in euro a tariffa piena DOPO il riequilibrio territoriale (con riduzione di 1/3 della differenza vs. la QC)	Tetto 2020 in euro NETTO compartecipazione DOPO il riequilibrio territoriale	Valore medio delle prestazioni implicito nel limite di spesa a tariffa piena	Valore medio delle prestazioni implicito nel limite di spesa netto compartecipaz.	Limite massimo del Valore Medio a tariffa piena per singolo centro privato	Limite (indicativo) del Valore Medio NETTO per singolo centro privato		
ASL Avellino	20.838	2.125.212,00	1.997.699,00	101,99	95,87	111,00	104,00		
ASL Benevento	5.030	481.465,00	452.577,00	95,72	89,98	111,00	104,00		
ASL Caserta	23.416	2.259.098,00	2.123.552,00	96,48	90,69	111,00	104,00		
ASL Napoli 1 Centro	31.671	3.102.363,00	2.916.221,00	97,96	92,08	111,00	104,00		
ASL Napoli 2 Nord	45.857	4.796.709,00	4.508.906,00	104,60	98,33	111,00	104,00		
ASL Napoli 3 Sud	18.274	1.781.946,00	1.675.029,00	97,51	91,66	111,00	104,00		
ASL Salerno	30.942	3.207.403,00	3.014.959,00	103,66	97,44	111,00	104,00		
Totale	176.028	17.754.196,00	16.688.943,00	100,86	94,81	111,00	104,00		

Elenco prestazioni "R"

Sezione III - Allegato n. 9

Codice	Prestazione
n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1, lettera b), del dispositivo del DCA 101/2013	
91.29.4	91.29.4 - ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA.CON REAZIONE POLIMERASICA A CATENA E IBRIDAZIONE CON SONDE NON RADIOMARCATI
91.30.1	91.30.1 - ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA
91.31.1	91.31.1 - CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO
91.33.4	91.33.4 - COLTURA DI AMNIOCITI
91.34.5	91.34.5 - COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI
91.36.5	91.36.5 - ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (NUCLEARE O MITOCONDRIALE)
91.37.4	91.37.4 - IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI MEDIANTE SONDE MOLECOLARI ALFOIDI ED ALTRE SEQUENZE RIPETUTE

TUTTE le prestazioni "R" di cui al punto 1, lettera a), del dispositivo del DCA 101/2013

Codice	Prestazione
90.02.2	90.02.2 - ACIDO CITRICO
90.03.3	90.03.3 - ACIDO SIALICO
90.04.1	90.04.1 - ADIURETINA (ADH)
90.07.1	90.07.1 - ALLUMINIO [S/U]
90.07.2	90.07.2 - AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [S/U/SG/P]
90.07.3	90.07.3 - AMINOACIDI TOTALI [S/U/SG/P]
90.11.3	90.11.3 - CADMIO
90.16.5	90.16.5 - CROMO
90.18.5	90.18.5 - ERITROPOIETINA
90.21.2	90.21.2 - FATTORE NATRIURETICO ATRIALE
90.24.4	90.24.4 - FOSFOESOSISOISOMERASI (PHI)
90.25.1	90.25.1 - FRUTTOSAMINA (PROTEINE GLICATE) [S]
90.25.2	90.25.2 - FRUTTOSIO [LS]
90.33.1	90.33.1 - MANGANESE [S]
90.33.3	90.33.3 - MERCURIO
90.34.2	90.34.2 - NICHEL
90.39.4	90.39.4 - RAME [S/U]
90.40.3	90.40.3 - SELENIO
90.45.1	90.45.1 - VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO
90.45.2	90.45.2 - VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO
90.47.4	90.47.4 - ANTICORPI ANTI CANALE DEL CALCIO
90.50.2	90.50.2 - ANTICORPI ANTI HLA (TITOLO PER SINGOLA SPECIFICITÀ)
90.50.3	90.50.3 - ANTICORPI ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO (ALMENO 10 SOGGETTI, URGENTE)
90.50.3	90.50.3 - ANTICORPI ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO (ALMENO 10 SOGGETTI, URGENTE)
90.50.4	90.50.4 - ANTICORPI ANTI HLA CONTRO SOSPENSIONI LINFOCITARIE (ALMENO 10 SOGGETTI)
90.51.3	90.51.3 - ANTICORPI ANTI MAG
90.57.2	90.57.2 - ANTIGENI ERITROCITARI CD55/CD59
90.60.4	90.60.4 - CRIOCONSERVAZIONE SIERO PRE-TRAPIANTO
90.66.1	90.66.1 - HB - BIOSINTESI IN VITRO
90.67.1	90.67.1 - HB - ISOELETTROFOCALIZZAZIONE
90.67.1	90.67.1 - HB - ISOELETTROFOCALIZZAZIONE
90.67.2	90.67.2 - HB - RICERCA MUTAZIONI DELLE CATENE GLOBINICHE (CROMATOGRAFIA)
90.67.4	90.67.4 - IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITÀ ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO
90.69.1	90.69.1 - IMMUNOCOMPLESSI CIRCOLANTI
90.70.1	90.70.1 - INTERFERONE
90.70.2	90.70.2 - INTERLEUCHINA 2
90.71.5	90.71.5 - PLASMINOGENO
90.73.3	90.73.3 - PROVA CROCIATA PIASTRINICA
90.73.4	90.73.4 - PROVA DI COMPATIBILITÀ MOLECOLARE PRE-TRAPIANTO (REAZIONE POLIMERASICA A CATENA- FINGERPRINT)
90.73.5	90.73.5 - PROVA DI COMPATIBILITÀ SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA
90.74.1	90.74.1 - PROVA DI COMPATIBILITÀ SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO (CON 3 SIERI RICEVENTE)
90.78.2	90.78.2 - TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A
90.78.3	90.78.3 - TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO
90.78.4	90.78.4 - TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B
90.79.1	90.79.1 - TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C
90.79.4	90.79.4 - TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPA1 AD ALTA RISOLUZIONE
90.79.5	90.79.5 - TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPB1 AD ALTA RISOLUZIONE
90.80.2	90.80.2 - TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQA1 AD ALTA RISOLUZIONE
90.80.3	90.80.3 - TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 A BASSA RISOLUZIONE
90.80.4	90.80.4 - TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 AD ALTA RISOLUZIONE
90.80.5	90.80.5 - TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DR MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO
90.81.1	90.81.1 - TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 E DRB3,DRB4,DRB5) A BASSA RISOLUZIONE
90.81.2	90.81.2 - TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 E DRB3,DRB4,DRB5) AD ALTA RISOLUZIONE
90.81.3	90.81.3 - TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I (FENOT. COMPL. LOCI A, B, C, O LOCI A, B)
90.81.4	90.81.4 - TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE II (FENOT. COMPL. LOCI DR, DQ O LOCUS DP)
90.81.5	90.81.5 - TIPIZZAZIONE SOTTOPOPOLAZIONI DI CELLULE DEL SANGUE (PER CIASCUN ANTICORPO)
90.81.5	90.81.5 - TIPIZZAZIONE SOTTOPOPOLAZIONI DI CELLULE DEL SANGUE (PER CIASCUN ANTICORPO)
90.82.1	90.82.1 - TROMBINA - ANTITROMBINA III COMPLESSO (TAT)
90.83.4	90.83.4 - BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS
91.02.1	91.02.1 - MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE (PREVIA REAZIONE POLIMERASICA A CATENA)
91.11.5	91.11.5 - VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (PREVIA REAZIONE POLIMERASICA A CATENA)
91.12.1	91.12.1 - VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (PREVIA RETROTRASCRIZIONE-REAZIONE POLIMER

Elenco prestazioni "R"

Sezione III - Allegato n. 9

Codice	Prestazione
91.12.2	91.12.2 - VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS
91.15.2	91.15.2 - VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE
91.15.5	91.15.5 - VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL' URINA ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE
91.16.4	91.16.4 - VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (MEDIANTE M. E.)
91.17.3	91.17.3 - VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE (PREVIA REAZIONE POLIMERASICA A CATENA)
91.17.4	91.17.4 - VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA
91.19.2	91.19.2 - VIRUS EPATITE B [HBV] DNA-POLIMERASI
91.19.4	91.19.4 - VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA
91.20.2	91.20.2 - VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA
91.22.2	91.22.2 - VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUALITATIVA DI RNA (PREVIA REAZIONE POLIMERASICA A CATENA)
91.22.2	91.22.2 - VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUALITATIVA DI RNA (PREVIA REAZIONE POLIMERASICA A CATENA)
91.22.3	91.22.3 - VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUANTITATIVA DI RNA (PREVIA REAZIONE POLIMERASICA A CATENA)
91.26.3	91.26.3 - VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2
91.28.1	91.28.1 - ANALISI CITOGENETICA PER PATOLOGIA DA FRAGILITA' CROMOSOMICA
91.28.3	91.28.3 - ANALISI CITOGENETICA PER SCAMBI DI CROMATIDI FRATELLI
91.28.4	91.28.4 - ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO
91.28.5	91.28.5 - ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO RIARRANGIAMENTI CROMOSOMICI INDOTTI
91.29.1	91.29.1 - ANALISI DEL DNA ED IBRIDAZIONE CON Sonda MOLECOLARE (SOUTHERN BLOT)
91.29.2	91.29.2 - ANALISI DEL DNA PER POLIMORFISMO
91.29.3	91.29.3 - ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA.CON REAZIONE POLIMERASICA A CATENA E ELETTROFORESI
91.29.4	91.29.4 - ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA.CON REAZIONE POLIMERASICA A CATENA E IBRIDAZIONE CON SONDE NON RADIOMARCATI
91.29.4	91.29.4 - ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA.CON REAZIONE POLIMERASICA A CATENA E IBRIDAZIONE CON SONDE NON RADIOMARCATI
91.29.5	91.29.5 - ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA.CON REAZIONE POLIMERASICA A CATENA E IBRIDAZIONE CON SONDE RADIOMARCATI
91.29.5	91.29.5 - ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA.CON REAZIONE POLIMERASICA A CATENA E IBRIDAZIONE CON SONDE RADIOMARCATI
91.30.1	91.30.1 - ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA
91.30.1	91.30.1 - ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA
91.30.2	91.30.2 - ANALISI DI POLIMORFISMI (STR, VNTR)
91.30.3	91.30.3 - ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO
91.30.3	91.30.3 - ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO
91.30.4	91.30.4 - CARIOTIPO AD ALTA RISOLUZIONE
91.30.5	91.30.5 - CARIOTIPO DA METAFASI DI FIBROBLASTI O DI ALTRI TESSUTI (MAT. ABORTIVO, ECC.)
91.30.5	91.30.5 - CARIOTIPO DA METAFASI DI FIBROBLASTI O DI ALTRI TESSUTI (MAT. ABORTIVO, ECC.)
91.31.1	91.31.1 - CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO
91.31.1	91.31.1 - CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO
91.31.2	91.31.2 - CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE
91.31.4	91.31.4 - CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI VILLI CORIALI
91.31.5	91.31.5 - COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: ACTINOMICINA D
91.31.5	91.31.5 - COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: ACTINOMICINA D
91.32.1	91.32.1 - COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: BANDEGGIO C
91.32.2	91.32.2 - COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: BANDEGGIO G
91.32.3	91.32.3 - COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: BANDEGGIO G AD ALTA RISOLUZIONE
91.32.4	91.32.4 - COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: BANDEGGIO NOR
91.32.5	91.32.5 - COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: BANDEGGIO Q
91.33.1	91.33.1 - COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: BANDEGGIO R
91.33.3	91.33.3 - COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: DISTAMICINA A
91.33.4	91.33.4 - COLTURA DI AMNIOCITI
91.33.4	91.33.4 - COLTURA DI AMNIOCITI
91.33.5	91.33.5 - COLTURA DI CELLULE DI ALTRI TESSUTI
91.34.1	91.34.1 - COLTURA DI FIBROBLASTI
91.34.3	91.34.3 - COLTURA DI LINEE LINFOCITARIE STABILIZZATE CON VIRUS O INTERLEUCHINA
91.34.4	91.34.4 - COLTURA DI LINFOCITI FETALI CON PHA
91.34.5	91.34.5 - COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI
91.34.5	91.34.5 - COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI
91.35.1	91.35.1 - COLTURA DI MATERIALE ABORTIVO
91.35.3	91.35.3 - COLTURA DI VILLI CORIALI (A BREVE TERMINE)
91.35.5	91.35.5 - COLTURA PER STUDIO DEL CROMOSOMA X A REPLICAZIONE TARDIVA
91.36.1	91.36.1 - CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA O DI RNA
91.36.2	91.36.2 - CRIOPRESERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI COLTURE CELLULARI
91.36.3	91.36.3 - CRIOPRESERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI CELLULE E TESSUTI
91.36.4	91.36.4 - DIGESTIONE DI DNA CON ENZIMI DI RESTRIZIONE
91.36.5	91.36.5 - ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (NUCLEARE O MITOCONDRIALE)
91.36.5	91.36.5 - ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (NUCLEARE O MITOCONDRIALE)
91.37.1	91.37.1 - IBRIDAZIONE CON Sonda MOLECOLARE
91.37.2	91.37.2 - IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI MEDIANTE SEQUENZE GENOMICHE IN YAC
91.37.3	91.37.3 - IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI MEDIANTE SONDE MOLECOLARI A SINGOLA COPIA IN COSMIDE
91.37.4	91.37.4 - IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI MEDIANTE SONDE MOLECOLARI ALFOIDI ED ALTRE SEQUENZE RIPETUTE
91.37.4	91.37.4 - IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI MEDIANTE SONDE MOLECOLARI ALFOIDI ED ALTRE SEQUENZE RIPETUTE
91.37.5	91.37.5 - IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI MEDIANTE SONDE MOLECOLARI PAINTING
91.38.1	91.38.1 - RICERCA MUTAZIONE (DGGE)
91.38.2	91.38.2 - RICERCA MUTAZIONE (SSCP)
91.38.3	91.38.3 - SINTESI DI OLIGONUCLEOTIDI (CIASCUNO)
91.38.4	91.38.4 - ANALISI DEL DNA CELLULARE PER LO STUDIO CITOMETRICO DEL CICLO CELLULARE E DELLA PLOIDIA
91.48.3	91.48.3 - ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRASTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.) PRELIEVI

Sezione III - Allegato n. 10

SPOKE accorpati ad HUB operanti in altre ASL: compensazione del tetto di spesa

Tabella A - Manovra compensativa 2018 da DCA n. 84/2018 (All. 4)

€/000 ASL in cui opera lo SPOKE

ASL a cui fattura	ASL AV	ASL BN	ASL CE	ASL NA1	ASL NA2	ASL NA3	ASL SA	totale	SALDO = All. 4 al DCA 84/2018
ASL AV	0	0	0	48	103	26	0	176	-254
ASL BN	0	0	0	0	0	0	0	0	-40
ASL CE	26	0	0	539	102	10	0	677	-20
ASL NA1	0	40	385	0	501	417	0	1.343	-3.829
ASL NA2	348	0	87	1.058	0	266	0	1.759	1.008
ASL NA3	57	0	1	151	45	0	0	252	-1.741
ASL SA	0	0	225	3.376	0	1.274	0	4.875	4.875
totale	430	40	697	5.171	751	1.993	0	9.083	0

Tabella B - Manovra compensativa 2018 se si fosse utilizzato il fatturato cons 2018

€/000 ASL in cui opera lo SPOKE

ASL a cui fattura	ASL AV	ASL BN	ASL CE	ASL NA1	ASL NA2	ASL NA3	ASL SA	totale	SALDO	Idem MENO All. 4 al DCA 84/2018
ASL AV	0	0	0	67	136	35	0	238	-531	-277
ASL BN	0	0	0	0	0	0	0	0	-36	4
ASL CE	105	0	0	848	124	27	0	1.104	564	584
ASL NA1	0	36	113	0	770	183	0	1.102	-5.881	-2.052
ASL NA2	561	0	166	1.512	0	372	0	2.610	1.338	330
ASL NA3	103	0	0	721	216	0	21	1.061	-940	801
ASL SA	0	0	261	3.834	27	1.384	0	5.506	5.485	609
totale	769	36	540	6.983	1.272	2.001	21	11.622	0	0

Tabella C - Manovra compensativa qualora si utilizzasse il fatturato preconso 2019

€/000 ASL in cui opera lo SPOKE

ASL a cui fattura	ASL AV	ASL BN	ASL CE	ASL NA1	ASL NA2	ASL NA3	ASL SA	totale	SALDO	Idem MENO All. 4 al DCA 84/2018
ASL AV	0	0	0	40	69	16	0	126	-2.394	-2.140
ASL BN	0	0	0	0	0	0	0	0	-42	-1
ASL CE	315	0	0	923	381	66	0	1.685	892	912
ASL NA1	0	42	292	0	722	202	9	1.266	-6.055	-2.226
ASL NA2	2.050	0	207	2.098	0	377	0	4.732	3.185	2.177
ASL NA3	155	0	0	980	294	0	6	1.434	-326	1.415
ASL SA	0	0	295	3.280	81	1.098	0	4.753	4.738	-137
totale	2.519	42	794	7.321	1.547	1.759	15	13.996	0	0

Prestazioni "R": limiti di volume e di spesa: riclassifiche per effetto delle Aggregazioni

Sezione III - Allegato n. 11

Aggiornamento ai fini della applicazione dei vincoli agli incrementi massimi in quantità (+ 5%) e in valore (+30%), rispetto al 2012, delle prestazioni "Lettera R":

N.B.: per il 2017 e il 2018 si confermano gli stessi importi già indicati nell'allegato n. 4 al DCA n. 84/2018

N.B.: gli importi indicati per ciascun anno non devono essere cumulati e si applicano direttamente in (+) o in (-) ai limiti in Quantità (+ 5%) e Valore (+30%) di ciascuna ASL, calcolati rispetto al consuntivo 2012 (come stabiliti, rispettivamente, dai DCA n. 101/2013 e n. 89/2016)

Branca di Patologia Clinica (Lab. di analisi)	ASL Avellino	ASL Benevento	ASL Caserta	ASL Napoli 1 Centro	ASL Napoli 2 Nord	ASL Napoli 3 Sud	ASL Salerno	TOTALE ASL
---	--------------	---------------	-------------	---------------------	-------------------	------------------	-------------	------------

per le n. 7 prestazioni a maggior rischio, elencate nel DCA 101/2013:

Anno 2017: riclassifica quantità	0	0	0	-876	876	0	0	0,00
Anno 2018: riclassifica quantità	-1.431	0	2.753	-6.530	2.308	0	2.902	0,00
Anno 2019: riclassifica quantità	-1.431	0	2.753	-7.770	3.548	0	2.902	0,00
Anno 2017: riclassifica importo in euro a tariffa	0,00	0,00	0,00	-101.078,59	101.086,95	-8,35	0,00	0,00
Anno 2018: riclassifica importo in euro a tariffa	-212.964,52	0,00	302.285,08	-723.729,45	314.051,47	-8,35	320.365,78	0,00
Anno 2019: riclassifica importo in euro a tariffa	-212.964,52	0,00	302.285,08	-852.457,45	442.779,47	-8,35	320.365,78	0,00

per tutte le prestazioni "R"

Anno 2017: riclassifica quantità	0	0	87	-1.317	1.155	1	74	0,00
Anno 2018: riclassifica quantità	-2.062	0	3.937	-8.827	3.219	1	3.732	0,00
Anno 2019: riclassifica quantità	-2.062	0	3.937	-10.970	5.362	1	3.732	0,00
Anno 2017: riclassifica importo in euro a tariffa	0,00	0,00	7.591,67	-133.657,92	121.823,99	35,75	4.206,50	0,00
Anno 2018: riclassifica importo in euro a tariffa	-238.883,36	0,00	414.369,95	-910.361,60	360.806,58	88,37	373.980,06	0,00
Anno 2019: riclassifica importo in euro a tariffa	-238.883,36	0,00	414.369,95	-1.118.837,60	569.282,58	88,37	373.980,06	0,00

NOTA sulla metodologia applicata

Come è noto, ai fini dei tetti di spesa dal 2013 le prestazioni "R" sono suddivise in due gruppi: 1.a) TUTTE le prestazioni "R"; 1.b) le n. 7 prestazioni "R" specificamente individuate dal DCA n. 101/2013. Entrambi i gruppi di prestazioni dal 2013 sono soggetti ad un vincolo di volume: in ogni ASL non possono aumentare in quantità oltre il 5% del consuntivo 2012 (individuato nel DCA n. 101/2013). Successivamente, il DCA n. 89/2016 ha introdotto un ulteriore vincolo, da applicarsi sempre a livello di ciascuna ASL: il valore medio delle prestazioni rientranti nei due gruppi non può superare un incremento del 30% rispetto al valore medio consuntivo 2012. In sostanza, quindi, nel consuntivo 2016 ciascuna ASL – PRIMA che intervenissero le Aggregazioni tra soggetti operanti in ASL diverse – sapeva esattamente (per ciascun gruppo 1.a) e 1.b) il numero massimo di prestazioni "R" liquidabili e il loro massimo valore medio, oltre il quale applicare le regressioni tariffarie. Per giungere ad un aggiornamento congruo ed equo dei suddetti vincoli di quantità e di valore medio, da applicarsi da parte delle singole ASL DOPO le aggregazioni, si è proceduto già nel DCA n. 84/2018 (Allegato n. 4) a stimare, per ogni ASL e per ciascun gruppo 1.a) e 1.b), le percentuali di volume di prestazioni e di fatturato 2016 (quindi ANTE aggregazione) rientranti in quantità e valore nei limiti sopra richiamati. Queste percentuali sono state, quindi, applicate alla quantità e al valore economico della produzione 2016 dei singoli centri che risultano confluiti in HUB operanti in altre ASL (a partire dall'esercizio in cui il passaggio è divenuto operativo), ottenendo gli importi sopra esposti, con i quali ciascuna ASL per ciascun esercizio 2017, 2018 e 2019 può e deve aggiornare i limiti massimi di quantità e valore vigenti nel 2016 PRIMA delle aggregazioni.

Sezione III - Allegato A\1 – Protocollo Specialistica – Anno 2019

Schema di Protocollo di intesa tra l'ASL _____ e l'Associazione _____ per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di _____, da erogarsi nell'anno 2019 da parte delle strutture private accreditate ed i correlati limiti di spesa.

PREMESSO

- che con il decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ___ del ___ / ___ / 2020, sono stati stabiliti i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2019 per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, riferite alle branche di :
 1. Diabetologia
 2. Cardiologia
 3. Altre branche a visita
 4. Patologia Clinica
 5. Radiodiagnostica
 6. Medicina nucleare
 7. Radioterapia

PRECISATO

- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative del sopra citato decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2 (oggetto)

Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di _____, da erogarsi nell'anno 2019 da parte delle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della sottoscritta ASL, ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3 (quantità delle prestazioni)

1. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, da acquistare per i propri residenti dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2019.
2. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2019.

Sezione III - Allegato A\1 – Protocollo Specialistica – Anno 2019

3. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2019.
4. Il volume massimo di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, è determinato in n. _____ prestazioni per l'anno 2019, derivato dalla somma dei valori di cui ai commi 1, 2 e 3.

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

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2019 relativa al volume di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, determinato per l'anno 2019 all'art. 3, comma 4, è fissato in:
 - a) € _____, per l'anno 2019, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio;
 - b) € _____, per l'anno 2019, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, al netto del ticket, ed al netto sia della quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i., sia della quota ricetta nazionale ex art. 17, comma 6, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111;ed è suddiviso come esposto nei successivi commi 2, 3 e 4.
2. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ da acquistare nell'anno 2019 per i propri residenti dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, per l'anno 2019, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2019, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
3. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2019 per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, per l'anno 2019, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2019, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
4. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2019 per i residenti di altre Regioni dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, per l'anno 2019, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2019, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
5. Ai fini del rispetto dei limiti imposti dalla normativa sulla Spending Review, non è consentito un superamento del limite di spesa fissato al comma precedente per i residenti in altre regioni. Potrà, invece, essere consentito che l'eventuale sotto utilizzo dei limiti di cui ai precedenti commi 3 e/o 4 sia utilizzato per compensare superamenti del limite di cui al precedente comma 2; mentre eventuali superamenti del limite di cui al precedente comma 3 possono essere compensati dall'eventuale sotto utilizzo dei limiti di cui ai precedenti commi 2 e/o 4;
6. L'importo di cui al comma 1, lettera a), diviso per il volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4, definisce il valore medio delle prestazioni per la branca di _____, da declinare in conformità alla classificazione delle strutture erogatrici in base alle tipologie

Sezione III - Allegato A\1 – Protocollo Specialistica – Anno 2019

funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dal successivo art.6.

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 regionale e nazionale (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 decreto del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro o delibera della Giunta Regionale).
2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale, costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nell'anno 2019 dai centri privati, 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 dei volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4; al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa di cui all'art. 4, comma 1, lettere a) e b), le ASL potranno acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.
3. La ASL comunicherà OGNI MESE a ciascun centro privato con lettera raccomandata A.R. (o a mezzo PEC - Posta Elettronica Certificata, secondo accordi da definire tra la ASL e gli operatori stessi):
 - la percentuale consuntiva di consumo dei limiti di spesa sopra stabiliti;
 - la data consuntiva di raggiungimento di dette percentuali di consumo;ai fini della remunerazione delle prestazioni subito prima e dopo l'eventuale superamento del limite di spesa, si applicherà la seguente regola:
 - a) qualora l'esaurimento del limite di spesa si sia verificato a consuntivo prima della data prevista nell'ultima comunicazione effettuata dalla ASL nei mesi scorsi in base alla proiezione dei limiti di spesa dell'anno precedente, a tutte le prestazioni di quella ASL / branca erogate dall'inizio dell'anno fino alla suddetta data prevista di esaurimento del limite di spesa, si applicherà la regressione tariffaria di cui all'allegato C) alla DGRC n. 1268/08, in modo da far rientrare la spesa nei limiti prefissati; mentre nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data prevista di esaurimento del limite di spesa;
 - b) qualora l'esaurimento del limite di spesa si sia verificato a consuntivo in una data successiva rispetto all'ultima data di previsione di esaurimento del limite di spesa comunicata dalla ASL, nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data consuntiva di esaurimento del limite di spesa.
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

Sezione III - Allegato A1 – Protocollo Specialistica – Anno 2019

finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro o 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. Ai Soggetti Aggregatori, costituiti ai sensi del DCA n. 109 del 19 novembre 2013 e s.m.i., si applicano le ulteriori limitazioni disposte dalla circolare del Direttore Generale per la Tutela della Salute del 05.03.2019, prot. n. 0145969, e s.m.i. e dal DCA n. ___/___/2020 citato in premessa, riguardo alla remunerabilità delle prestazioni originate da Laboratori siti in ASL diverse da quella a cui fattura il Soggetto Aggregatore.

Art. 5 bis (applicazione dei limiti di spesa su base trimestrale)

1. Al fine di garantire la continuità assistenziale per tutti i mesi dell'anno solare, per l'esercizio 2019 la regressione tariffaria di cui al precedente art. 5, comma 3, lettera a), sarà applicata in via trimestrale, ripartendo il limite di spesa 2019 in undicesimi, per tenere conto del minor fabbisogno che, generalmente, si registra nel periodo estivo. La regressione tariffaria sarà, quindi, applicata in sede di liquidazione dei saldi trimestrali di cui all'art. 7, comma 2, in base all'eccedenza sul tetto di branca commisurato a
 - 3/11 per il consumo del tetto di spesa al 31 marzo 2019;
 - 6/11 per il consumo del tetto di spesa al 30 giugno 2019;
 - 8/11 per il consumo del tetto di spesa al 30 settembre 2019, in modo da tenere conto del minore fabbisogno estivo;
 - 11/11 per il consumo del tetto di spesa al 31 dicembre 2019.
2. Gli sfioramenti del limite trimestrale progressivo di cui al comma precedente, qualora contenuti nella misura massima del 10% di 3/11 del tetto annuo di branca, potranno essere remunerati soltanto per la parte che dovesse essere recuperata nel trimestre immediatamente successivo e, comunque, entro il 31 dicembre 2019. Le prestazioni rese in eccesso rispetto alla suddetta oscillazione massima non saranno remunerate. A tal fine, le singole strutture private potranno emettere le note di credito infrannuali di cui all'art. 7, comma 5, limitatamente al fatturato da considerarsi definitivamente abbattuto ai sensi del presente articolo.

Art. 6 (Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire 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.
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.

Sezione III - Allegato A\1 – Protocollo Specialistica – Anno 2019

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

1. monitoraggio MENSILE dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
2. 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. determinazione del valore medio della prestazione 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

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 \leq 1 tesla	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN $>$ 1 tesla
Medicina nucleare	Scintigrafie	Scintigrafie e PET	Solo le seguenti PET/TC: 92.11.6, 92.11.7 e 92.18.6	

4. Il valore medio della branca di Patologia Clinica sarà determinato ed applicato, separatamente, per l'insieme delle prestazioni di patologia clinica contrassegnate dalla lettera "R" e per l'insieme delle altre prestazioni della branca. Analoga distinzione sarà operata nell'ambito delle Branche a Visita per le prestazioni di Ossigenazione Iperbarica, rispetto alle altre prestazioni della branca. Il valore medio della branca "*Medicina Nucleare*" - *Tipologia B* sarà determinato ed applicato separatamente per le prestazioni di PET e per le altre prestazioni
5. Per le finalità di cui ai commi precedenti le strutture private sono impegnate a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni, anche tramite il portale Regionale Sani.Arp. di cui al DCA 20/2013 (BURC n. 12/2013), secondo le istruzioni operative che saranno fornite dal Tavolo Regionale di Coordinamento (TA.RE.C) istituito dal DPGRC n. 144/2016 (BURC n. 44/2016); l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

Sezione III - Allegato A\1 – Protocollo Specialistica – Anno 2019**Art. 7****(modalità di pagamento delle prestazioni)**

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà ad ogni struttura privata un acconto mensile pari al 90% del fatturato mensile.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. 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. 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 e/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.
3. 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).
4. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, poiché tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, sarà liquidato entro il 30 aprile dell'anno successivo.
5. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
6. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
7. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.

Sezione III - Allegato A\1 – Protocollo Specialistica – Anno 2019

8. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
9. Ai fini del rispetto della normativa 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 tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza bimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4 e secondo quanto previsto dagli schemi allegati al presente protocollo.
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 incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente;
 - b) di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni, determinato secondo i criteri di cui al comma 6 dell'art. 4 ed agli allegati schemi che definiscono il case-mix delle strutture facenti capo alla medesima branca/tipologia prestazionale;
 - c) di superare di oltre il 30% il valore medio 2012 delle prestazioni "R", calcolato sulla produzione totale 2012 di dette prestazioni da parte dei centri operanti nella ASL.
3. I divieti di cui al comma precedente, lettere b) e c), sono tassativi e inderogabili. Costituisce giustificato motivo di deroga al limite dell'incremento del 10% della produzione della singola struttura solo la comprovata interruzione dell'attività nell'esercizio precedente per un periodo superiore ad un mese (non derivante dall'esaurimento del tetto di spesa). Eventuali altre situazioni particolari, su proposta del Tavolo Tecnico e se ritenute dalla ASL meritevoli di apprezzamento, dovranno formare oggetto di una delibera del Direttore Generale della ASL di proposta di deroga, da sottoporre all'approvazione della Regione.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del Tavolo Tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o diseguglianze applicative del presente protocollo le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute su tutti gli adempimenti previsti dal presente protocollo e posti in essere, comprese le attività svolte dai Tavoli Tecnici e le successive attuazioni delle decisioni assunte.

Art. 9

(efficacia)

Sezione III - Allegato A\1 – Protocollo Specialistica – Anno 2019

1. Il presente protocollo si riferisce all'esercizio 2019 in esecuzione del decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ____ / 2020 citato in premessa.
2. Il presente protocollo sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

**Art. 10
(norme finali)**

1. In caso di contenzioso con uno o più centri privati, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza le somme eventualmente spettanti al centro ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso.
2. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente protocollo è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.

**Art. 11
(Clausola di salvaguardia)**

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

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. 7, comma 5: ("5. *A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito*"), e l'intero art. 11 (Clausola di salvaguardia) del presente Protocollo d'Intesa.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione

Sezione III - Allegato A\2 – Contratto Specialistica – Anno 2019**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 / si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di _____;
- c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27.12.1956, n. 1423, e che non sussistono le cause ostative previste all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006;
- 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. n. del __/__/_____.

E

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

PER

regolare per l'esercizio 2019 i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di _____, ed i correlati limiti di spesa redatto in conformità al decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ____ del ____ / ____ / 2020.

PREMESSO

- che con decreto n. ____ del ____ / ____ / 2020, il Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale, da erogare nell'anno 2019 per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, riferite alle branche di :

- Diabetologia
- Cardiologia

Sezione III - Allegato A\2 – Contratto Specialistica – Anno 2019

- Altre branche a visita
- Patologia Clinica
- Radiodiagnostica
- Medicina nucleare
- Radioterapia

ed ha emanato anche i relativi schemi contrattuali, cui si uniforma il presente contratto;

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

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

Art. 2**(oggetto)**

Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di _____, da erogarsi nell'anno 2019 da parte delle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della sottoscritta ASL, ed i correlati limiti di spesa.

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

1. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, da acquistare per i propri residenti dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2019.
2. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2019.
3. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2019.
4. Il volume massimo di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, è determinato in n. _____ prestazioni per l'anno 2019, derivato dalla somma dei valori di cui ai commi 1, 2 e 3.

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

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2019 relativa al volume di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, determinato per l'anno 2019 all'art. 3, comma 4, è fissato in:
 - a) € _____, per l'anno 2019, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio;
 - b) € _____, per l'anno 2019, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, al netto del ticket ed al netto sia della quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i., sia della quota ricetta nazionale ex art. 17, comma 6, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111;

Sezione III - Allegato A\2 – Contratto Specialistica – Anno 2019

ed è suddiviso come esposto nei successivi commi 2, 3 e 4.

2. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ da acquistare 2019 per i propri residenti dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, per l'anno 2019, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2019, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
3. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2019 per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, per l'anno 2019, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2019, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
4. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2019 per i residenti di altre Regioni dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, per l'anno 2019, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2019, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
5. Ai fini del rispetto dei limiti imposti dalla normativa sulla Spending Review, non è consentito un superamento del limite di spesa fissato al comma precedente per i residenti in altre regioni. Potrà, invece, essere consentito che l'eventuale sotto utilizzo dei limiti di cui ai precedenti commi 3 e/o 4 sia utilizzato per compensare superamenti del limite di cui al precedente comma 2; mentre eventuali superamenti del limite di cui al precedente comma 3 possono essere compensati dall'eventuale sotto utilizzo dei limiti di cui ai precedenti commi 2 e/o 4;
6. L'importo di cui al comma 1, lettera a), diviso per il volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4, definisce il valore medio delle prestazioni per la branca di _____, 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.

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 regionale e nazionale (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 decreto del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro o delibera della Giunta Regionale.
2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale, costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nell'anno 2019 dai centri privati, 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 dei volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4; al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa di cui all'art. 4, comma 1, lettere a) e b), le ASL potranno acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.

Sezione III - Allegato A\2 – Contratto Specialistica – Anno 2019

3. La ASL comunicherà OGNI MESE a ciascun centro privato con lettera raccomandata A.R. (o a mezzo PEC - Posta Elettronica Certificata, secondo accordi da definire tra la ASL e gli operatori stessi):
- la percentuale consuntiva di consumo dei limiti di spesa sopra stabiliti;
 - la data consuntiva di raggiungimento di dette percentuali di consumo;
- ai fini della remunerazione delle prestazioni subito prima e dopo l'eventuale superamento del limite di spesa, si applicherà la seguente regola:
- a) qualora l'esaurimento del limite di spesa si sia verificato a consuntivo prima della data prevista nell'ultima comunicazione effettuata dalla ASL nei mesi scorsi in base alla proiezione dei limiti di spesa dell'anno precedente, a tutte le prestazioni di quella ASL / branca erogate dall'inizio dell'anno fino alla suddetta data prevista di esaurimento del limite di spesa, si applicherà la regressione tariffaria di cui all'allegato C) alla DGRC n. 1268/08, in modo da far rientrare la spesa nei limiti prefissati; mentre nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data prevista di esaurimento del limite di spesa;
 - b) qualora l'esaurimento del limite di spesa si sia verificato a consuntivo in una data successiva rispetto all'ultima data di previsione di esaurimento del limite di spesa comunicata dalla ASL, nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data consuntiva di esaurimento del limite di spesa.
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 del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro o 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. Ai Soggetti Aggregatori, costituiti ai sensi del DCA n. 109 del 19 novembre 2013 e s.m.i., si applicano le ulteriori limitazioni disposte dalla circolare del Direttore Generale per la Tutela della Salute del 05.03.2019, prot. n. 0145969, e s.m.i. e dal DCA n. ___/___/2020 citato in premessa, riguardo alla remunerabilità delle prestazioni originate da Laboratori siti in ASL diverse da quella a cui fattura il Soggetto Aggregatore.

Sezione III - Allegato A\2 – Contratto Specialistica – Anno 2019**Art. 5 bis****(applicazione dei limiti di spesa su base trimestrale)**

7. Al fine di garantire la continuità assistenziale per tutti i mesi dell'anno solare, per l'esercizio 2019 la regressione tariffaria di cui al precedente art. 5, comma 3, lettera a), sarà applicata in via trimestrale, ripartendo il limite di spesa 2019 in undicesimi, per tenere conto del minor fabbisogno che, generalmente, si registra nel periodo estivo. La regressione tariffaria sarà, quindi, applicata in sede di liquidazione dei saldi trimestrali di cui all'art. 7, comma 2, in base all'eccedenza sul tetto di branca commisurato a
- 3/11 per il consumo del tetto di spesa al 31 marzo 2019;
 - 6/11 per il consumo del tetto di spesa al 30 giugno 2019;
 - 8/11 per il consumo del tetto di spesa al 30 settembre 2019, in modo da tenere conto del minore fabbisogno estivo;
 - 11/11 per il consumo del tetto di spesa al 31 dicembre 2019.
8. Gli sforamenti del limite trimestrale progressivo di cui al comma precedente, qualora contenuti nella misura massima del 10% di 3/11 del tetto annuo di branca, potranno essere remunerati soltanto per la parte che dovesse essere recuperata nel trimestre immediatamente successivo e, comunque, entro il 31 dicembre 2019. Le prestazioni rese in eccesso rispetto alla suddetta oscillazione massima non saranno remunerate. A tal fine, la sottoscritta struttura privata potrà emettere le note di credito infrannuali di cui all'art. 7, comma 5, limitatamente al fatturato da considerarsi definitivamente abbattuto ai sensi del presente articolo.

Art. 6**(Tavolo Tecnico)**

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire 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.
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, 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) determinazione del valore medio della prestazione differenziato in base alle diverse tipologie funzionali delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza secondo la classificazione seguente:

Sezione III - Allegato A\2 – Contratto Specialistica – Anno 2019

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

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

4. Il valore medio della branca di Patologia Clinica sarà determinato ed applicato, separatamente, per l'insieme delle prestazioni di patologia clinica contrassegnate dalla lettera "R" e per l'insieme delle altre prestazioni della branca. Analoga distinzione sarà operata nell'ambito delle Branche a Visita per le prestazioni di Ossigenazione Iperbarica, rispetto alle altre prestazioni della branca. Il valore medio della branca "Medicina Nucleare" - Tipologia B sarà determinato ed applicato separatamente per le prestazioni di PET e per le altre prestazioni.
5. Per le finalità di cui ai commi precedenti le strutture private sono impegnate a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni, anche tramite il portale Regionale Sani.Arp. di cui al DCA 20/2013 (BURC n. 12/2013), secondo le istruzioni operative che saranno fornite dal Tavolo Regionale di Coordinamento (TA.RE.C) istituito dal DPGRC n. 144/2016 (BURC n. 44/2016); l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

Art. 7**(modalità di pagamento delle prestazioni)**

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari al 90% del fatturato mensile.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. 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. 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 e/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

Sezione III - Allegato A\2 – Contratto Specialistica – Anno 2019

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.

3. 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).
4. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, poiché tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, sarà liquidato entro il 30 aprile dell'anno successivo.
5. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
6. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
7. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
8. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
9. Ai fini del rispetto della normativa 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: _____,

Sezione III - Allegato A\2 – Contratto Specialistica – Anno 2019

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 tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza bimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4 e secondo quanto previsto dagli schemi allegati al presente contratto.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private accreditate, non è consentito ad ogni singola struttura privata:
 - di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente;
 - di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni, determinato secondo i criteri di cui al comma 6 dell'art.4 ed agli allegati schemi che definiscono il case-mix delle strutture facenti capo alla medesima branca/tipologia prestazionale;
 - di superare di oltre il 30% il valore medio 2012 delle prestazioni "R", calcolato sulla produzione totale 2012 di dette prestazioni da parte dei centri operanti nella ASL.
3. I divieti di cui al comma precedente, lettere b) e c), sono tassativi e inderogabili. Costituisce giustificato motivo di deroga al limite dell'incremento del 10% della produzione della singola struttura solo la comprovata interruzione dell'attività nell'esercizio precedente per un periodo superiore ad un mese (non derivante dall'esaurimento del tetto di spesa). Eventuali altre 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 su tutti gli adempimenti previsti dal presente protocollo e messi in essere, comprese le attività svolte dai tavoli tecnici e le successive attuazioni delle decisioni assunte.

Art. 9**(efficacia del contratto)**

1. Il presente contratto si riferisce all'esercizio 2019 e sarà adeguato ad eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 10**(norme finali)**

Sezione III - Allegato A\2 – Contratto Specialistica – Anno 2019

1. In caso di contenzioso con uno o più centri privati, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza le somme eventualmente spettanti al centro ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso.
2. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto e/o di ogni altro rapporto del sottoscritto centro privato con il servizio sanitario regionale è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il citato decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ___ del ___ / ___ / 2020.

Art. 11**(Clausola di salvaguardia)**

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la sottoscritta struttura privata accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto per il periodo di efficacia dello stesso.
2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati sub comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alla annualità di erogazione delle prestazioni, 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. 7, comma 5: (“A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito”), e l'intero art. 11 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Sezione III - Allegato A\3 – Aggregazioni intervenute nel 2019**Contratto TRA**

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
_____,

E**il Laboratorio di Analisi**

denominato 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 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 / si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di _____;
- c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27.12.1956, n. 1423, e che non sussistono le cause ostative previste all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006;
- 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. n. del __/__/____ (ovvero: di essere consapevole che la regolarità di tali versamenti, come attestata dal DURC che l'ASL richiederà periodicamente agli Enti preposti, è condizione indispensabile per ottenere il pagamento delle prestazioni oggetto del presente contratto).

E**il Soggetto Aggregatore**

denominato 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;

Sezione III - Allegato A\3 – Aggregazioni intervenute nel 2019

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 rappresentante 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 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 / si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di _____;
- c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27.12.1956, n. 1423, e che non sussistono le cause ostative previste all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006;
- 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. n. del ___/___/___ (ovvero: di essere consapevole che la regolarità di tali versamenti, come attestata dal DURC che l'ASL richiederà periodicamente agli Enti preposti, è condizione indispensabile per ottenere il pagamento delle prestazioni oggetto del presente contratto).

PER

regolare per l'esercizio 2019 i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di Patologia Clinica, ed i correlati limiti di spesa redatto in conformità al decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ___ del ___/___/2020.

PREMESSO

- che con decreto n. ___ del ___/___/2020, il Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro, tra l'altro, ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie di Patologia Clinica da erogare nell'anno 2019, ed ha emanato anche i relativi schemi contrattuali;
- che con decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. 109 del 19 novembre 2013 e s.m.i. è stato approvato il “Piano di Riassetto della Rete Laboratoristica Privata” e sono state definite le procedure per la realizzazione del Piano medesimo;
- che, in conformità al richiamato DCA n. 109/2013 e s.m.i., è stato costituito il Soggetto Aggregatore,
P. IVA: C.F. (se diverso dalla Partita IVA):, che aggrega i seguenti Laboratori di Analisi, operanti nell'ambito della sottoscritta ASL:

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

Sezione III - Allegato A\3 – Aggregazioni intervenute nel 2019

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

nonché i seguenti Laboratori di Analisi, operanti nell'ambito di altre ASL della Campania:

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

- che, pertanto, il presente contratto viene sottoscritto congiuntamente dal Laboratorio di Analisi _____ e dal nuovo Soggetto Aggregatore _____, con le seguenti fondamentali precisazioni:

1) Ancorché sottoscritto da una pluralità di soggetti, il presente contratto disciplina il rapporto individuale tra i singoli soggetti e la sottoscritta ASL, senza costituire alcun vincolo di solidarietà e/o di coobbligazione tra i singoli soggetti privati firmatari.

Sezione III - Allegato A\3 – Aggregazioni intervenute nel 2019

- 2) Per il motivo di cui al punto precedente, si dà atto che i sopra citati Laboratori di Analisi operanti nell'ambito di altre ASL sono tenuti a sottoscrivere con l'ASL di appartenenza l'ordinario schema individuale di contratto approvato dal DCA n. ___ del ___/___/2020 per le prestazioni rese a decorrere dal 1° gennaio 2019 fino alla intervenuta aggregazione.
- 3) La sottoscrizione del presente contratto da parte del Soggetto Aggregatore e del preesistente Laboratorio di Analisi, soddisfatti gli altri requisiti richiesti dalla normativa vigente, consentirà alla sottoscritta ASL di acquistare dal medesimo Soggetto Aggregatore le prestazioni di Patologia Clinica rese dalla nuova struttura, applicando i limiti di spesa 2019 con le modalità e i criteri stabiliti dal presente contratto in continuità con il periodo che va dal 1° gennaio 2019 alla data in cui l'attività del sottoscritto Laboratorio di Analisi risulterà cessata e confluita in quella del sottoscritto Soggetto Aggregatore.
- 4) Ai fini della applicazione delle limitazioni agli incrementi del numero, del valore e del valore medio delle prestazioni, stabiliti dall'art. 8 del presente contratto, la base di riferimento per le prestazioni rese dal nuovo Soggetto Aggregatore è costituita dalla somma dei dati 2018 di attività dei soggetti in esso confluiti (compresi quelli operanti in altre ASL).

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(oggetto)

Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di Patologia Clinica, da erogarsi nell'anno 2019 da parte delle strutture private operanti nel territorio della sottoscritta ASL, ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di Patologia Clinica, da acquistare per i propri residenti dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2019.
2. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di Patologia Clinica, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2019.
3. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di Patologia Clinica, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2019.
4. Il volume massimo di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di Patologia Clinica, è determinato in n. _____ prestazioni per l'anno 2019, derivato dalla somma dei valori di cui ai commi 1, 2 e 3.

Sezione III - Allegato A\3 – Aggregazioni intervenute nel 2019

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2019 relativa al volume di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di Patologia Clinica, determinato per l'anno 2019 all'art. 3, comma 4, è fissato in:
 - a) € _____, per l'anno 2019, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio;
 - b) € _____, per l'anno 2019, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, al netto del ticket ed al netto sia della quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i., sia della quota ricetta nazionale ex art. 1, comma 796, lettera p), della legge 27 dicembre 2006, n. 296;ed è suddiviso come esposto nei successivi commi 2, 3 e 4.
2. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di Patologia Clinica da acquistare per l'anno 2019 per i propri residenti dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, per l'anno 2019, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2019, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
3. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di Patologia Clinica che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2019, per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, per l'anno 2019, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2019, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
4. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di Patologia Clinica che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2019, per i residenti di altre Regioni dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, per l'anno 2019, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2019, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
5. Ai fini del rispetto dei limiti imposti dalla normativa sulla Spending Review, non è consentito un superamento del limite di spesa fissato al comma precedente per i residenti in altre regioni. Potrà, invece, essere consentito che l'eventuale sotto utilizzo dei limiti di cui ai precedenti commi 3 e/o 4 sia utilizzato per compensare superamenti del limite di cui al precedente comma 2; mentre eventuali superamenti del limite di cui al precedente comma 3 possono essere compensati dall'eventuale sotto utilizzo dei limiti di cui ai precedenti commi 2 e/o 4;
6. L'importo di cui al comma 1, lettera a), diviso per il volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4, definisce il valore medio delle prestazioni per la branca di Patologia Clinica, 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.

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 regionale e nazionale (e fatte salve eventuali modifiche delle tariffe che, tuttavia, non potranno

Sezione III - Allegato A\3 – Aggregazioni intervenute nel 2019

comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati con decreto del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro o delibera della Giunta Regionale.

2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale, costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nell'anno 2019 dai centri privati, 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 dei volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4; al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa di cui all'art. 4, comma 1, lettere a) e b), le ASL potranno acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.
3. La ASL comunicherà OGNI MESE a ciascun centro privato con lettera raccomandata A.R. (o a mezzo PEC - Posta Elettronica Certificata, secondo accordi da definire tra la ASL e gli operatori stessi):

- la percentuale consuntiva di consumo dei limiti di spesa sopra stabiliti;
- la data consuntiva di raggiungimento di dette percentuali di consumo;

ai fini della remunerazione delle prestazioni subito prima e dopo l'eventuale superamento del limite di spesa, si applicherà la seguente regola:

- a) qualora l'esaurimento del limite di spesa si sia verificato a consuntivo prima della data prevista nell'ultima comunicazione effettuata dalla ASL nei mesi scorsi in base alla proiezione dei limiti di spesa dell'anno precedente, a tutte le prestazioni di quella ASL / branca erogate dall'inizio dell'anno fino alla suddetta data prevista di esaurimento del limite di spesa, si applicherà la regressione tariffaria di cui all'allegato C) alla DGRC n. 1268/08, in modo da far rientrare la spesa nei limiti prefissati; mentre nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data prevista di esaurimento del limite di spesa;
 - b) qualora l'esaurimento del limite di spesa si sia verificato a consuntivo in una data successiva rispetto all'ultima data di previsione di esaurimento del limite di spesa comunicata dalla ASL, nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data consuntiva di esaurimento del limite di spesa.
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 del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro o 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.

Sezione III - Allegato A\3 – Aggregazioni intervenute nel 2019

5. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC nn. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 5 bis

(applicazione dei limiti di spesa su base trimestrale)

6. Al fine di garantire la continuità assistenziale per tutti i mesi dell'anno solare, per l'esercizio 2019 la regressione tariffaria di cui al precedente art. 5, comma 3, lettera a), sarà applicata in via trimestrale, ripartendo il limite di spesa 2019 in undicesimi, per tenere conto del minor fabbisogno che, generalmente, si registra nel periodo estivo. La regressione tariffaria sarà, quindi, applicata in sede di liquidazione dei saldi trimestrali di cui all'art. 7, comma 2, in base all'eccedenza sul tetto di branca commisurato a
- 3/11 per il consumo del tetto di spesa al 31 marzo 2019;
 - 6/11 per il consumo del tetto di spesa al 30 giugno 2019;
 - 8/11 per il consumo del tetto di spesa al 30 settembre 2019, in modo da tenere conto del minore fabbisogno estivo;
 - 11/11 per il consumo del tetto di spesa al 31 dicembre 2019.
7. Gli sforamenti del limite trimestrale progressivo di cui al comma precedente, qualora contenuti nella misura massima del 10% di 3/11 del tetto annuo di branca, potranno essere remunerati soltanto per la parte che dovesse essere recuperata nel trimestre immediatamente successivo e, comunque, entro il 31 dicembre 2019. Le prestazioni rese in eccesso rispetto alla suddetta oscillazione massima non saranno remunerate. A tal fine, la sottoscritta struttura privata potrà emettere le note di credito infrannuali di cui all'art. 7, comma 5, limitatamente al fatturato da considerarsi definitivamente abbattuto ai sensi del presente articolo.

Art. 6

(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire 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.
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, 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) determinazione del valore medio della prestazione differenziato in base alle diverse tipologie funzionali delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza secondo la classificazione seguente:

Sezione III - Allegato A\3 – Aggregazioni intervenute nel 2019

BRANCA	Tipologia A	Tipologia B	Tipologia C	Tipologia D
Patologia Clinica	Laboratori generali di base con o senza settori specializzati A1e 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

- Il valore medio della branca di Patologia Clinica sarà determinato ed applicato, separatamente, per l'insieme delle prestazioni di patologia clinica contrassegnate dalla lettera "R" e per l'insieme delle altre prestazioni della branca.
- Per le finalità di cui ai commi precedenti le strutture private sono impegnate a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni, anche tramite il portale Regionale Sani.Arp. di cui al DCA 20/2013 (BURC n. 12/2013), secondo le istruzioni operative che saranno fornite dal Tavolo Regionale di Coordinamento (TA.RE.C) istituito dal DPGRC n. 144/2016 (BURC n. 44/2016); l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

Art. 7**(modalità di pagamento delle prestazioni)**

- A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari al 90% del fatturato mensile.
- Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. 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. 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 e/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.
- 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).
- Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, poiché tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo

Sezione III - Allegato A\3 – Aggregazioni intervenute nel 2019

delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, sarà liquidato entro il 30 aprile dell'anno successivo.

5. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
6. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
7. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
8. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
9. Ai fini del rispetto della normativa 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 tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza bimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4 e secondo quanto previsto dagli schemi allegati al presente contratto.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private accreditate, non è consentito ad ogni singola struttura privata:
 - di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente;

Sezione III - Allegato A\3 – Aggregazioni intervenute nel 2019

- di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni, determinato secondo i criteri di cui al comma 6 dell'art.4 ed agli allegati schemi che definiscono il case-mix delle strutture facenti capo alla medesima branca/tipologia prestazionale;
 - di superare di oltre il 30% nel 2019 il valore medio 2012 delle prestazioni "R", calcolato sulla produzione totale 2012 di dette prestazioni da parte dei centri operanti nella ASL.
3. I divieti di cui al comma precedente, lettere b) e c), sono tassativi e inderogabili. Costituisce giustificato motivo di deroga al limite dell'incremento del 10% della produzione della singola struttura solo la comprovata interruzione dell'attività nell'esercizio precedente per un periodo superiore ad un mese (non derivante dall'esaurimento del tetto di spesa). Eventuali altre situazioni particolari, su proposta del Tavolo Tecnico e se ritenute dalla ASL meritevoli di apprezzamento, dovranno formare oggetto di una delibera del Direttore Generale della ASL di proposta di deroga, da sottoporre all'approvazione della Regione.
 4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria.
 5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o diseguaglianze applicative del presente contratto le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute su tutti gli adempimenti previsti dal presente protocollo e messi in essere, comprese le attività svolte dai tavoli tecnici e le successive attuazioni delle decisioni assunte.

Art. 9

(efficacia del contratto)

1. Il presente contratto si riferisce all'esercizio 2019 e sarà adeguato ad eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 10

(norme finali)

1. In caso di contenzioso con uno o più centri privati, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza le somme eventualmente spettanti al centro ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso.
2. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto e/o di ogni altro rapporto del sottoscritto centro privato con il servizio sanitario regionale è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il citato decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ____ del __/__/2020.

Art. 11

(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

Sezione III - Allegato A\3 – Aggregazioni intervenute nel 2019

determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto per il periodo di efficacia dello stesso.

2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati sub comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alla annualità di erogazione delle prestazioni, regolata con il presente contratto.

li , ___ / _____

Timbro e firma della ASL
Il Direttore Generale

Timbro e firma dei Legali Rappresentanti delle strutture private:
Il Laboratorio di Analisi Il Soggetto Aggregatore

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 7, comma 5: (*“A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito”*), e l'intero art. 11 (*Clausola di salvaguardia*) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL
Il Direttore Generale

Timbro e firma dei Legali Rappresentanti delle strutture private:
Il Laboratorio di Analisi Il Soggetto Aggregatore

Sezione III - Allegato A/4 – contratto FKT – Anno 2019

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

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

- a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentate legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni / si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di
- c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27.12.1956, n. 1423, e che non sussistono le cause ostative previste all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006;
- 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. n. del ___/___/2014.

E

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

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti all'area della assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di medicina fisica e riabilitativa (cd. riabilitazione ex art 44 della L. 833/78), come definita nell'allegato n. 3 alla DGRC n. 1269 del 16.7.09 e nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"), da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2019, redatto in conformità al decreto del Commissario ad Acta per l'Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ___ del ___ / ___ / 2020.

PREMESSO

che con decreto n. ___ del ___ / ___ / 2020, il Commissario ad Acta per l'Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie di medicina fisica e riabilitativa (cd. riabilitazione ex art 44 della L. 833/78) da erogarsi nel corso del 2019 ed ha emanato anche il relativo schema contrattuale, cui si uniforma il presente contratto;

Sezione III - Allegato A/4 – contratto FKT – Anno 2019

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2**(oggetto)**

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria di medicina fisica e riabilitativa (cd. riabilitazione ex art 44 della L. 833/78) come definita nell'allegato, n 3 alla DGRC n. 1269 del 16.7.09 e nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza") da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2019 da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa.

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

1. Il volume massimo di prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2019 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2019, è determinato in n. prestazioni;

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

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa e, quindi, il fatturato, per l'esercizio 2019 per il volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato come segue:
 - a) € _____, applicando le tariffe vigenti;
 - b) € _____, applicando le tariffe vigenti, al netto del ticket ed al netto sia della quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i., sia della quota ricetta nazionale ex art. 1, comma 796, lettera p), della legge 27 dicembre 2006, n. 296;
2. Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare almeno in parte la continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate, il consumo massimo del tetto annuale è fissato al 95% al 30 novembre 2019; 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 tutto l'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, 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 sfioramento entro i tre mesi successivi e, comunque, entro il 31 dicembre 2019. 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 2019.

Sezione III - Allegato A/4 – contratto FKT – Anno 2019**Art. 5****(criteri di remunerazione delle prestazioni)**

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle vigenti tariffe regionali - fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4. Per le strutture interessate dalle riconversioni parziali o totali in strutture socio sanitarie, al momento della riconversione la residua quota di dodicesimi del tetto di spesa annuo sarà riservata alle prestazioni riconvertite.
2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa annuale al netto del ticket ed al netto della quota ricetta regionale e nazionale costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate dalla ASL in ciascun esercizio, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza del limite di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui all'art. 4, comma 1, lettera a), ovvero, di residua disponibilità del volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3; al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa di cui all'art. 4, comma 1, lettere a) e b), l'ASL potrà acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.
3. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale o del Commissario ad acta, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
4. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC n. 6757/96, 377/98, 1270 e 1272/2003, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6**(Tavolo Tecnico)**

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire 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.
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, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;

Sezione III - Allegato A/4 – contratto FKT – Anno 2019

- 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. Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura privata si impegna a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni, anche tramite il portale Regionale Sani.Arp. di cui al DCA 20/2013 (BURC n. 12/2013), secondo le istruzioni operative che saranno fornite dal Tavolo Regionale di Coordinamento (TA.RE.C) istituito dal DPGRC n. 144/2016 (BURC n. 44/2016); l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

Art. 7

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari al 90% del fatturato mensile.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. 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.
3. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della sottoscritta struttura privata, fermo restando che tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese in corso d'anno non potrà essere liquidato alle scadenze periodiche stabilite nel comma precedente, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione.
4. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinato 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

Sezione III - Allegato A/4 – contratto FKT – Anno 2019

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 della normativa 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**(efficacia del contratto)**

1. Il presente contratto si riferisce al periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2019.
2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 9**(norme finali)**

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

Sezione III - Allegato A/4 – contratto FKT – Anno 2019

3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il citato decreto del Commissario ad Acta per l'Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ____ del ____ / ____ / 2020.

Art. 10**(Clausola di salvaguardia)**

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

lì , ____ / _____

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 7, comma 4, (“*A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito*”) e l'intero art. 10 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Sezione III - Allegato A\5

(Protocollo Specialistica 2020 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi e FKT)

Schema di Protocollo di intesa tra l'ASL _____ e l'Associazione _____ per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di _____, da erogarsi nell'anno 2020 da parte delle strutture private accreditate ed i correlati limiti di spesa.

PREMESSO

- che con il decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ___ del ___ / ___ / 2020 sono stati stabiliti i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2020 per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, riferite alle branche di :
 - Diabetologia
 - Cardiologia
 - Altre branche a visita
 - Radiodiagnostica
 - Medicina nucleare
 - Radioterapia

PRECISATO

- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative del sopra citato decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2 **(oggetto)**

Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di _____, da erogarsi nell'anno 2020 da parte delle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della sottoscritta ASL, ed i correlati limiti di spesa.

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

1. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, da acquistare per i propri residenti dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2020.
2. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2020.

Sezione III - Allegato A5 (Protocollo Specialistica 2020 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi e FKT)

3. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2020.
4. Il volume massimo di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, è determinato in n. _____ prestazioni per l'anno 2020, derivato dalla somma dei valori di cui ai commi 1, 2 e 3.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2020 relativa al volume di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, determinato per l'anno 2020 all'art. 3, comma 4, è fissato in:
 - a) € _____, per l'anno 2020, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio;
 - b) € _____, per l'anno 2020, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, al netto del ticket, ed al netto sia della quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i., sia della quota ricetta nazionale ex art. 17, comma 6, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111;ed è suddiviso come esposto nei successivi commi 2, 3 e 4.
2. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ da acquistare nell'anno 2020 per i propri residenti dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, per l'anno 2020, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2020, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
3. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2020 per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, per l'anno 2020, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2020, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
4. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2020 per i residenti di altre Regioni dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, per l'anno 2020, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2020, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
5. Ai fini del rispetto dei limiti imposti dalla normativa sulla Spending Review, non è consentito un superamento del limite di spesa fissato al comma precedente per i residenti in altre regioni. Potrà, invece, essere consentito che l'eventuale sotto utilizzo dei limiti di cui ai precedenti commi 3 e/o 4 sia utilizzato per compensare superamenti del limite di cui al precedente comma 2; mentre eventuali superamenti del limite di cui al precedente comma 3 possono essere compensati dall'eventuale sotto utilizzo dei limiti di cui ai precedenti commi 2 e/o 4;
6. L'importo di cui al comma 1, lettera a), diviso per il volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4, definisce il valore medio delle prestazioni per la branca oggetto del presente protocollo, da declinare in conformità alla classificazione delle strutture erogatrici in base alle

Sezione III - Allegato A5 ***(Protocollo Specialistica 2020 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi e FKT)***

tipologie funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dal successivo art.6.

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 regionale e nazionale (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 decreto del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro o delibera della Giunta Regionale).
2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale, costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nell'anno 2020 dai centri privati, 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 dei volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4; al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa di cui all'art. 4, comma 1, lettere a) e b), le ASL potranno acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.
3. La ASL comunicherà OGNI MESE a ciascun centro privato con lettera raccomandata A.R. (o a mezzo PEC - Posta Elettronica Certificata, secondo accordi da definire tra la ASL e gli operatori stessi):

- la percentuale consuntiva di consumo dei limiti di spesa sopra stabiliti;
- la data consuntiva di raggiungimento di dette percentuali di consumo;

ai fini della remunerazione delle prestazioni subito prima e dopo l'eventuale superamento del limite di spesa, si applicherà la seguente regola:

- a) qualora l'esaurimento del limite di spesa si sia verificato a consuntivo prima della data prevista nell'ultima comunicazione effettuata dalla ASL nei mesi scorsi in base alla proiezione dei limiti di spesa dell'anno precedente, a tutte le prestazioni di quella ASL / branca erogate dall'inizio dell'anno fino alla suddetta data prevista di esaurimento del limite di spesa, si applicherà la regressione tariffaria di cui all'allegato C) alla DGRC n. 1268/08, in modo da far rientrare la spesa nei limiti prefissati; mentre nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data prevista di esaurimento del limite di spesa;
 - b) qualora l'esaurimento del limite di spesa si sia verificato a consuntivo in una data successiva rispetto all'ultima data di previsione di esaurimento del limite di spesa comunicata dalla ASL, nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data consuntiva di esaurimento del limite di spesa.
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

Sezione III - Allegato A5 **(Protocollo Specialistica 2020 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi e FKT)**

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 del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro o della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.

5. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC nn. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6 **(Tavolo Tecnico)**

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire 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:
 1. 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;
 2. 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. determinazione del valore medio della prestazione differenziato in base alle diverse tipologie funzionali delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza secondo la classificazione seguente.

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

Sezione III - Allegato A5 **(Protocollo Specialistica 2020 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi e FKT)**

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.
5. Il valore medio della branca “*Medicina Nucleare*” - *Tipologia B* sarà determinato ed applicato separatamente per le prestazioni di PET e per le altre prestazioni.

Art. 7

(documentazione delle prestazioni e modalità di pagamento delle prestazioni)

1. Le strutture private accreditate documentano l'attività sanitaria erogata a mezzo dei flussi informativi di cui al successivo art. 9, che costituiscono il riferimento anche per la definizione dei rapporti economici, in conformità alle disposizioni della vigente normativa. La fattura relativa alle prestazioni erogate in ciascun mese potrà essere emessa solo dopo il completamento delle operazioni di trasmissione dei dati di erogazione di cui al successivo art. 9 e dovrà essere accompagnata dall' “*attestazione delle operazioni registrate nel Sistema TS ai sensi del DM 2 novembre 2011*”, comprovante l'invio dei dati, utilizzando la funzionalità appositamente predisposta sul Sistema TS. In mancanza, l'ASL respingerà la fattura.
2. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà ad ogni struttura privata un acconto mensile pari al 90% del fatturato mensile, a condizione che siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente.
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. Per il pagamento di ciascun saldo la sottoscritta ASL potrà richiedere l'emissione di apposite note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore delle strutture private accreditate, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.
4. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
5. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, poiché tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, sarà liquidato entro il 30 aprile dell'anno successivo.

Sezione III - Allegato A5 ***(Protocollo Specialistica 2020 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi e FKT)***

6. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
7. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
8. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
9. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
10. Ai fini del rispetto della normativa 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 tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza bimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4 e secondo quanto previsto dagli schemi allegati al presente protocollo.
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 incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente;
 - b) di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni, determinato secondo i criteri di cui al comma 6 dell'art. 4 ed agli allegati schemi che definiscono il case-mix delle strutture facenti capo alla medesima branca/tipologia prestazionale.
3. I divieti di cui al comma precedente sono tassativi e inderogabili. Costituisce giustificato motivo di deroga al limite dell'incremento del 10% della produzione della singola struttura solo la comprovata interruzione dell'attività nell'esercizio precedente per un periodo superiore ad un

Sezione III - Allegato A5 ***(Protocollo Specialistica 2020 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi e FKT)***

mese (non derivante dall'esaurimento del tetto di spesa). Eventuali altre 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 ad uno o ad entrambi i divieti di cui al comma precedente, da sottoporre all'approvazione della Regione.

4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del Tavolo Tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o diseguglianze applicative del presente protocollo le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, su tutti gli adempimenti previsti dal presente protocollo e posti in essere, comprese le attività svolte dai Tavoli Tecnici e le successive attuazioni delle decisioni assunte.

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

1. Le strutture private accreditate sono impegnate:
 - a) ad entrare nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (Sistema **INFO**rativo saNità Campan**IA** di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d'ora che l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale potrà avvenire attraverso l'utilizzo di una apposita piattaforma di prenotazione ed erogazione regionale (denominata CUP SINFONIA) in fase di realizzazione, nonché delle relative agende informatizzate di prenotazione che saranno concordate con la ASL di competenza;
 - b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall'art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;
 - c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, dal 1° gennaio 2020, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019;
 - d) ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.
2. La sottoscritta ASL effettuerà i controlli, in relazione alle ricette dematerializzate delle prestazioni ambulatoriali erogate, attraverso la verifica dei dati elettronici resi disponibili dal Sistema TS con la lista delle ricette dematerializzate (NRE) erogate nel mese e registrate sul SAC, come sancito dal D.L. 78/2010 art. 11, comma 16 e quanto presente nel FILE C. In caso di irregolarità formali la struttura privata potrà procedere alla regolarizzazione dei flussi informativi, ove ancora possibile e consentito. Eventuali incongruenze potranno determinare la sospensione dei pagamenti finché non saranno state rimosse.

Sezione III - Allegato A\5 **(Protocollo Specialistica 2020 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi e FKT)**

3. Qualora vengano rilevate difformità in ordine a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, l'ufficio preposto della ASL, sulla base dei controlli effettuati dal Nucleo Operativo di Controllo (NOC) ai sensi del DCA n. 103/2019, procederà a specifica contestazione, anche ai fini della eventuale decurtazione degli importi non dovuti.
4. Le strutture private accreditate sono responsabili della completezza e qualità dei dati trasmessi. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'erogatore, qualora non tempestivamente rimosso, costituisce giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento. In tal caso la sottoscritta ASL proporrà alla Regione con delibera motivata la sospensione dell'accREDITAMENTO sino al permanere dell'inadempiamento, fatta salva la possibilità che si giunga alla revoca dell'accREDITAMENTO da parte degli organi competenti per grave inadempimento.

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

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

Art. 11 **(efficacia)**

1. Il presente protocollo si riferisce all'esercizio 2020 in esecuzione del decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ___ / 2020 citato in premessa.
2. Il presente protocollo sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 12 **(norme finali)**

1. In caso di contenzioso con uno o più centri privati, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza le somme eventualmente spettanti al centro ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso.

Sezione III - Allegato A\5
(Protocollo Specialistica 2020 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi e FKT)

2. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente protocollo è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.

Art. 13
(Clausola di salvaguardia)

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

li , ____ / _____

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione

Tutte le clausole del presente protocollo hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 7, comma 6: (*"A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito"*), e l'intero art. 13 (Clausola di salvaguardia) del presente Protocollo d'Intesa.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione

Sezione III - Allegato A\6
(Contratto Specialistica 2020 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi 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 / si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di _____;
- c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27.12.1956, n. 1423, e che non sussistono le cause ostative previste all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006;
- 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. n. del __/__/_____.

E

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

PER

regolare per l'esercizio 2020 i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di _____, ed i correlati limiti di spesa redatto in conformità al decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ____ del ____ / ____ / 2020.

PREMESSO

- che con decreto n. ____ del ____ / ____ /2020, il Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale, da erogare nell'anno 2020 per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, riferite alle branche di :
 - Diabetologia

Sezione III - Allegato A\6 **(Contratto Specialistica 2020 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi e FKT)**

- Cardiologia
- Altre branche a visita
- Radiodiagnostica
- Medicina nucleare
- Radioterapia

ed ha emanato anche i relativi schemi contrattuali, cui si uniforma il presente contratto;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(oggetto)

Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di _____, da erogarsi nell'anno 2020 da parte delle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della sottoscritta ASL, ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, da acquistare per i propri residenti dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2020.
2. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2020.
3. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2020.
4. Il volume massimo di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, è determinato in n. _____ prestazioni per l'anno 2020, derivato dalla somma dei valori di cui ai commi 1, 2 e 3.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2020 relativa al volume di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, determinato per l'anno 2020 all'art. 3, comma 4, è fissato in:
 - a) € _____, per l'anno 2020, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio;
 - b) € _____, per l'anno 2020, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, al netto del ticket ed al netto sia della quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i., sia della quota ricetta nazionale ex art. 17, comma 6, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111;

Sezione III - Allegato A\6 **(Contratto Specialistica 2020 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi e FKT)**

ed è suddiviso come esposto nei successivi commi 2, 3 e 4.

2. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ da acquistare 2020 per i propri residenti dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, per l'anno 2020, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2020, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
3. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2020 per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, per l'anno 2020, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2020, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
4. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2020 per i residenti di altre Regioni dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, per l'anno 2020, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, ed in € _____, per l'anno 2020, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale.
5. Ai fini del rispetto dei limiti imposti dalla normativa sulla Spending Review, non è consentito un superamento del limite di spesa fissato al comma precedente per i residenti in altre regioni. Potrà, invece, essere consentito che l'eventuale sotto utilizzo dei limiti di cui ai precedenti commi 3 e/o 4 sia utilizzato per compensare superamenti del limite di cui al precedente comma 2; mentre eventuali superamenti del limite di cui al precedente comma 3 possono essere compensati dall'eventuale sotto utilizzo dei limiti di cui ai precedenti commi 2 e/o 4;
6. L'importo di cui al comma 1, lettera a), diviso per il volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4, definisce il valore medio delle prestazioni per la branca oggetto del presente contratto, 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.

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 regionale e nazionale (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 decreto del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro o delibera della Giunta Regionale.
2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale, costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nell'anno 2020 dai centri privati, 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 dei volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4; al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa di cui all'art. 4, comma 1, lettere a) e b), le ASL potranno acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.

Sezione III - Allegato A\6 **(Contratto Specialistica 2020 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi e FKT)**

3. La ASL comunicherà OGNI MESE a ciascun centro privato con lettera raccomandata A.R. (o a mezzo PEC - Posta Elettronica Certificata, secondo accordi da definire tra la ASL e gli operatori stessi):
- la percentuale consuntiva di consumo dei limiti di spesa sopra stabiliti;
 - la data consuntiva di raggiungimento di dette percentuali di consumo;
- ai fini della remunerazione delle prestazioni subito prima e dopo l'eventuale superamento del limite di spesa, si applicherà la seguente regola:
- a) qualora l'esaurimento del limite di spesa si sia verificato a consuntivo prima della data prevista nell'ultima comunicazione effettuata dalla ASL nei mesi scorsi in base alla proiezione dei limiti di spesa dell'anno precedente, a tutte le prestazioni di quella ASL / branca erogate dall'inizio dell'anno fino alla suddetta data prevista di esaurimento del limite di spesa, si applicherà la regressione tariffaria di cui all'allegato C) alla DGRC n. 1268/08, in modo da far rientrare la spesa nei limiti prefissati; mentre nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data prevista di esaurimento del limite di spesa;
 - b) qualora l'esaurimento del limite di spesa si sia verificato a consuntivo in una data successiva rispetto all'ultima data di previsione di esaurimento del limite di spesa comunicata dalla ASL, nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data consuntiva di esaurimento del limite di spesa.
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 del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro o della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
5. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC nn. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6 **(Tavolo Tecnico)**

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire 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.

Sezione III - Allegato A\6
(Contratto Specialistica 2020 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi e FKT)

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) determinazione del valore medio della prestazione differenziato in base alle diverse tipologie funzionali delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza secondo la classificazione seguente:

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

4. Il valore medio della branca "Branche a Visita" sarà determinato ed applicato, separatamente, per le prestazioni di medicina iperbarica, rispetto alle altre prestazioni della branca.
5. Il valore medio della branca "Medicina Nucleare" - Tipologia B sarà determinato ed applicato separatamente per le prestazioni di PET e per le altre prestazioni.

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 90% del fatturato mensile, a condizione che siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente.

Sezione III - Allegato A\6 (Contratto Specialistica 2020 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi e FKT)

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. Per il pagamento di ciascun saldo la sottoscritta ASL potrà richiedere l'emissione di apposite note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore delle strutture private accreditate, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.
4. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
5. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, poiché tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, sarà liquidato entro il 30 aprile dell'anno successivo.
6. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
7. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
8. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
9. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e

Sezione III - Allegato A\6 (Contratto Specialistica 2020 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi e FKT)

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 della normativa 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 tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza bimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4 e secondo quanto previsto dagli schemi allegati al presente contratto.
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 incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente;
 - b) di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni, determinato secondo i criteri di cui al comma 6 dell'art.4 ed agli allegati schemi che definiscono il case-mix delle strutture facenti capo alla medesima branca/tipologia prestazionale.
3. I divieti di cui al comma precedente sono tassativi e inderogabili. Costituisce giustificato motivo di deroga al limite dell'incremento del 10% della produzione della singola struttura solo la comprovata interruzione dell'attività nell'esercizio precedente per un periodo superiore ad un mese (non derivante dall'esaurimento del tetto di spesa). Eventuali altre 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 ad uno o ad entrambi i divieti di cui al comma precedente, 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 alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, su tutti gli adempimenti previsti dal presente protocollo e messi in essere, comprese le attività svolte dai tavoli tecnici e le successive attuazioni delle decisioni assunte.

Sezione III - Allegato A\6 **(Contratto Specialistica 2020 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi e FKT)**

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

1. La sottoscritta struttura privata con la sottoscrizione del presente contratto si impegna:
 - a) ad entrare nel circuito della rete informatica denominata “SINFONIA” (Sistema **INFO**rmativo saNità Campan**IA** di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d’ora che l’accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale potrà avvenire attraverso l’utilizzo di una apposita piattaforma di prenotazione ed erogazione regionale (denominata CUP SINFONIA) in fase di realizzazione, nonché delle relative agende informatizzate di prenotazione che saranno concordate con la ASL di competenza;
 - b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall’art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;
 - c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, dal 1° gennaio 2020, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019;
 - d) ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.
2. La sottoscritta ASL effettuerà i controlli, in relazione alle ricette dematerializzate delle prestazioni ambulatoriali erogate, attraverso la verifica dei dati elettronici resi disponibili dal Sistema TS con la lista delle ricette dematerializzate (NRE) erogate nel mese e registrate sul SAC, come sancito dal D.L. 78/2010 art. 11, comma 16 e quanto presente nel FILE C. In caso di irregolarità formali la struttura privata potrà procedere alla regolarizzazione dei flussi informativi, ove ancora possibile e consentito. Eventuali incongruenze potranno determinare la sospensione dei pagamenti finché non saranno state rimosse.
3. Qualora vengano rilevate difformità in ordine a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, l’ufficio preposto della ASL, sulla base dei controlli effettuati dal Nucleo Operativo di Controllo (NOC) ai sensi del DCA n. 103/2019, procederà a specifica contestazione, anche ai fini della eventuale decurtazione degli importi non dovuti.
4. La struttura privata è responsabile della completezza e qualità dei dati trasmessi. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all’erogatore, qualora non tempestivamente rimosso, costituisce giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento. In tal caso la sottoscritta ASL proporrà alla Regione con delibera motivata la sospensione dell’accreditamento sino al permanere dell’inadempimento, fatta salva la possibilità che si giunga alla revoca dell’accreditamento da parte degli organi competenti per grave inadempimento.

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

Sezione III - Allegato A\6 **(Contratto Specialistica 2020 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi e 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. Ai fini della corretta gestione dei dati personali delle prestazioni oggetto del presente contratto, la sottoscritta ASL, titolare del trattamento dei dati, provvederà a nominare la sottoscritta struttura privata "*Responsabile del Trattamento*" ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 679/2016 sulla protezione dei dati. La nomina avverrà mediante la stipula di apposito contratto, recante le finalità, i contenuti e le condizioni indicate dal suddetto art. 28, commi 3 e ss. del Regolamento UE 679/2016.
3. La sottoscritta struttura privata, in qualità di "*Responsabile del Trattamento*" si impegna a garantire l'adozione delle misure tecniche e organizzative più adeguate, affinché il trattamento dei dati personali che le sono affidati dalla ASL sia conforme ai requisiti del citato Regolamento UE, e idoneo a tutelare i diritti degli interessati, secondo le indicazioni che verranno comunicate dalla ASL stessa e/o dalla Regione.

Art. 11 **(efficacia del contratto)**

1. Il presente contratto si riferisce all'esercizio 2020 e sarà adeguato ad eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 12 **(norme finali)**

1. In caso di contenzioso con uno o più centri privati, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza le somme eventualmente spettanti al centro ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso.
2. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto e/o di ogni altro rapporto del sottoscritto centro privato con il servizio sanitario regionale è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il citato decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ___ del ___ / ___ / 2020.

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.

Sezione III - Allegato A\6
(Contratto Specialistica 2020 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi e FKT)

2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati sub comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alla annualità di erogazione delle prestazioni, regolata con il presente contratto.

li , ____ / _____

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 7, comma 6: (*"A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito"*), e l'intero art. 13 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Sezione III - Allegato A7 **(Protocollo Laboratori di Analisi 2020)**

Schema di Protocollo di intesa tra l'ASL _____ e l'Associazione _____ per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi), da erogarsi nell'anno 2020 da parte delle strutture private accreditate ed i correlati limiti di spesa.

PREMESSO

- che con il decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ___ del ___ / ___ / 2020 sono stati stabiliti i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2020 per le prestazioni di Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi), suddivisi tra:
 - Prestazioni non "R";
 - Prestazioni "R" come da allegato n. 2 al DCA n. 40 del 13.07.2010 e s.m.i.;
 - di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013.

ed ha emanato i relativi schemi contrattuali, cui si uniforma il presente contratto;

PRECISATO

- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative del sopra citato decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2 **(oggetto)**

Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di Patologia Clinica da erogarsi nell'anno 2020 da parte delle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della sottoscritta ASL, ed i correlati limiti di spesa.

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

1. Il fabbisogno di prestazioni di Patologia Clinica, da acquistare per i propri residenti dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2020, di cui n. _____ prestazioni non "R" e n. _____ prestazioni "R" (di cui n. _____ delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013).
2. Il fabbisogno di prestazioni di Patologia Clinica che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2020, di cui n. _____ prestazioni non "R" e n. _____ prestazioni "R" (di cui n. _____ delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013).

Sezione III - Allegato A7
(Protocollo Laboratori di Analisi 2020)

3. Il fabbisogno di prestazioni di Patologia Clinica che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2020, di cui n. _____ prestazioni non "R" e n. _____ prestazioni "R" (di cui n. _____ delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013).
4. Il volume massimo di prestazioni di Patologia Clinica è determinato in n. _____ prestazioni per l'anno 2020, di cui n. _____ prestazioni non "R" e n. _____ prestazioni "R" (di cui n. _____ delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013), derivante dalla somma dei valori di cui ai commi 1, 2 e 3.

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

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2020 relativa al volume di prestazioni di Patologia Clinica, determinato per l'anno 2020 all'art. 3, comma 4, è fissato in:
- a) € _____, per l'anno 2020, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, di cui € _____ per le prestazioni non "R" ed € _____ per le prestazioni "R" (di cui € _____ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013);
 - b) € _____, per l'anno 2020, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, al netto del ticket e della quota ricetta (regionale, ex DCA n. 53/2010 e s.m.i., e nazionale, ex art. 1, comma 796, lettera p), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, di cui € _____ per le prestazioni non "R" ed € _____ per le prestazioni "R" (di cui € _____ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013);
- ed è suddiviso come esposto nei successivi commi 2, 3 e 4.
2. Il limite di spesa per le prestazioni di Patologia Clinica da acquistare nell'anno 2020 per i propri residenti dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato:
- a) in € _____, per l'anno 2020, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, di cui € _____ per le prestazioni non "R" ed € _____ per le prestazioni "R" (di cui € _____ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013),
 - b) in € _____, per l'anno 2020, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale, di cui € _____ per le prestazioni non "R" ed € _____ per le prestazioni "R" (di cui € _____ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013).
3. Il limite di spesa per le prestazioni di Patologia Clinica che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2020 per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato
- a) in € _____, per l'anno 2020, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, di cui € _____ per le prestazioni non "R" ed € _____ per le prestazioni "R" (di cui € _____ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013),
 - b) in € _____, per l'anno 2020, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale, di cui € _____ per le prestazioni non "R" ed € _____ per le prestazioni "R" (di cui € _____ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013).

Sezione III - Allegato A7
(Protocollo Laboratori di Analisi 2020)

4. Il limite di spesa per le prestazioni di Patologia Clinica che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2020 per i residenti di altre Regioni dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato:
- in € _____, per l'anno 2020, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, di cui € _____ per le prestazioni non "R" ed € _____ per le prestazioni "R" (di cui € _____ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013),
 - in € _____, per l'anno 2020, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale, di cui € _____ per le prestazioni non "R" ed € _____ per le prestazioni "R" (di cui € _____ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013).
5. Ai fini del rispetto dei limiti imposti dalla normativa sulla Spending Review, non è consentito un superamento dei limiti di spesa fissati al comma precedente per i residenti in altre regioni. L'eventuale sotto utilizzo dei limiti di cui ai precedenti commi 3 e/o 4 può, invece, essere utilizzato per compensare superamenti dei corrispondenti limiti di cui al precedente comma 2; mentre eventuali superamenti dei limiti di cui al precedente comma 3 possono essere compensati dall'eventuale sotto utilizzo dei corrispondenti limiti di cui ai precedenti commi 2 e/o 4.
6. Gli importi di cui al comma 1, lettera a), divisi per i corrispondenti volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4, definiscono il valore medio delle prestazioni oggetto del presente protocollo, da declinare in conformità alla classificazione delle strutture erogatrici in base alle tipologie funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dai successivi articoli 6 e 8.

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

- 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 regionale e nazionale (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 decreto del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro o delibera della Giunta Regionale).
- In ogni caso, tutti gli importi separatamente fissati nel comma 1, lettera b), del precedente art. 4 quali limiti di spesa al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale per le prestazioni non "R", le prestazioni "R" e quelle di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, costituiscono i limiti massimi di remunerazione, rispettivamente, delle prestazioni non "R", delle prestazioni "R" e di quelle di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, acquistate nell'anno 2020 dai centri privati, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza dei corrispondenti limiti di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui all'art. 4, comma 1, lettera a), ovvero, di residua disponibilità dei volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4; al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa di cui all'art. 4, comma 1, lettere a) e b), le ASL potranno acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.
- La ASL comunicherà OGNI MESE a ciascun centro privato con lettera raccomandata A.R. (o a mezzo PEC - Posta Elettronica Certificata, secondo accordi da definire tra la ASL e gli operatori stessi):

Sezione III - Allegato A7 **(Protocollo Laboratori di Analisi 2020)**

- la percentuale consuntiva di consumo di ciascuno dei limiti di spesa sopra stabiliti;
- la data consuntiva di raggiungimento di dette percentuali di consumo;

ai fini della remunerazione delle prestazioni subito prima e dopo l'eventuale superamento del limite di spesa, si applicherà la seguente regola:

- a) qualora l'esaurimento del limite di spesa si sia verificato a consuntivo prima della data prevista nell'ultima comunicazione effettuata dalla ASL nei mesi scorsi in base alla proiezione dei limiti di spesa dell'anno precedente, a tutte le prestazioni di quella ASL / branca erogate dall'inizio dell'anno fino alla suddetta data prevista di esaurimento del limite di spesa, si applicherà la regressione tariffaria di cui all'allegato C) alla DGRC n. 1268/08, in modo da far rientrare la spesa nei limiti prefissati; mentre nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data prevista di esaurimento del limite di spesa;
- b) qualora l'esaurimento del limite di spesa si sia verificato a consuntivo in una data successiva rispetto all'ultima data di previsione di esaurimento del limite di spesa comunicata dalla ASL, nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data consuntiva di esaurimento del limite di spesa.

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 del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro o 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. Ai Soggetti Aggregatori, costituiti ai sensi del DCA n. 109 del 19 novembre 2013 e s.m.i., si applicano le ulteriori limitazioni disposte dalla circolare del Direttore Generale per la Tutela della Salute del 05.03.2019, prot. n. 0145969, e s.m.i. e dal DCA n. ___/___/2020 citato in premessa, riguardo alla remunerabilità delle prestazioni originate da Laboratori siti in ASL diverse da quella a cui fattura il Soggetto Aggregatore.

Art. 6 **(Tavolo Tecnico)**

Sezione III - Allegato A7 (Protocollo Laboratori di Analisi 2020)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire 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 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) determinazione del valore medio delle prestazioni NON "R", 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 di tutte le prestazioni "R" e del raggruppamento delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, ai fini della applicazione delle limitazioni specificate all'art. 8, comma 2, lettera c).

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

Sezione III - Allegato A7 (Protocollo Laboratori di Analisi 2020)

novembre 2011”, comprovante l’invio dei dati, utilizzando la funzionalità appositamente predisposta sul Sistema TS. In mancanza, l’ASL respingerà la fattura.

2. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà ad ogni struttura privata un acconto mensile pari al 90% del fatturato mensile, a condizione che siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente.
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. Per il pagamento di ciascun saldo la sottoscritta ASL potrà richiedere l’emissione di apposite note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l’abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L’eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall’anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore delle strutture private accreditate, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.
4. Contestualmente all’acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell’Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
5. Qualora in corso d’anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, poiché tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell’intero anno solare, il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, sarà liquidato entro il 30 aprile dell’anno successivo.
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;

Sezione III - Allegato A7 (Protocollo Laboratori di Analisi 2020)

- 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 della normativa 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 tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza bimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4 e secondo quanto previsto dagli schemi allegati al presente protocollo.
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 incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente;
 - b) di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni non "R", determinato secondo i criteri di cui al comma 6 dell'art. 4 ed alle diverse tipologie funzionali di cui all'art. 6, comma 3, lettera c).
 - c) di superare i valori medi massimi di tutte le prestazioni "R" e del raggruppamento delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, determinati nell'allegato n. 8 (colonne M ed F) alla Sezione III del sopra citato DCA n. ___ / 2020 e pari, rispettivamente, ad euro **111,00** e ad euro **125,00**.
3. I divieti di cui al comma precedente sono tassativi e inderogabili. Costituisce giustificato motivo di deroga al limite dell'incremento del 10% della produzione della singola struttura solo la comprovata interruzione dell'attività nell'esercizio precedente per un periodo superiore ad un mese (non derivante dall'esaurimento del tetto di spesa). Eventuali altre 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 ad uno o più dei divieti di cui al comma precedente, 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

Sezione III - Allegato A7 **(Protocollo Laboratori di Analisi 2020)**

procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria.

5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o diseguaglianze applicative del presente 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, su tutti gli adempimenti previsti dal presente protocollo e posti in essere, comprese le attività svolte dai Tavoli Tecnici e le successive attuazioni delle decisioni assunte.

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

1. Le strutture private accreditate sono impegnate:
 - a) ad entrare nel circuito della rete informatica denominata “SINFONIA” (Sistema **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 potrà avvenire attraverso l’utilizzo di una apposita piattaforma di prenotazione ed erogazione regionale (denominata CUP SINFONIA) in fase di realizzazione, nonché delle relative agende informatizzate di prenotazione che saranno concordate con la ASL di competenza;
 - b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall’art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;
 - c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, dal 1° gennaio 2020, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019;
 - d) ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.
2. La sottoscritta ASL effettuerà i controlli, in relazione alle ricette dematerializzate delle prestazioni ambulatoriali erogate, attraverso la verifica dei dati elettronici resi disponibili dal Sistema TS con la lista delle ricette dematerializzate (NRE) erogate nel mese e registrate sul SAC, come sancito dal D.L. 78/2010 art. 11, comma 16 e quanto presente nel FILE C. In caso di irregolarità formali la struttura privata potrà procedere alla regolarizzazione dei flussi informativi, ove ancora possibile e consentito. Eventuali incongruenze potranno determinare la sospensione dei pagamenti finché non saranno state rimosse.
3. Qualora vengano rilevate difformità in ordine a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, l’ufficio preposto della ASL, sulla base dei controlli effettuati dal Nucleo Operativo di Controllo (NOC) ai sensi del DCA n. 103/2019, procederà a specifica contestazione, anche ai fini della eventuale decurtazione degli importi non dovuti.

Sezione III - Allegato A7 **(Protocollo Laboratori di Analisi 2020)**

4. Le strutture private accreditate sono responsabili della completezza e qualità dei dati trasmessi. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'erogatore, qualora non tempestivamente rimosso, costituisce giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento. In tal caso la sottoscritta ASL proporrà alla Regione con delibera motivata la sospensione dell'accREDITAMENTO sino al permanere dell'inadempiamento, fatta salva la possibilità che si giunga alla revoca dell'accREDITAMENTO da parte degli organi competenti per grave inadempimento.

Art. 10

(fascicolo sanitario elettronico e protezione dei dati)

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

Art. 11

(efficacia)

1. Il presente protocollo si riferisce all'esercizio 2020 in esecuzione del decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ____ / 2020 citato in premessa.
2. Il presente protocollo sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 12

(norme finali)

1. In caso di contenzioso con uno o più centri privati, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza le somme eventualmente spettanti al centro ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso.
2. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente protocollo è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.

Sezione III - Allegato A17
(Protocollo Laboratori di Analisi 2020)

Art. 13
(Clausola di salvaguardia)

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

li , ____ / _____

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione

Tutte le clausole del presente protocollo hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 7, comma 6: (*“A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito”*), e l'intero art. 13 (Clausola di salvaguardia) del presente Protocollo d'Intesa.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione

Sezione III - Allegato A\8
(Contratto Laboratorio di Analisi 2020)**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 / si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di _____;
- c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27.12.1956, n. 1423, e che non sussistono le cause ostative previste all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006;
- 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. n. del __/__/_____.

E

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

PER

regolare per l'esercizio 2020 i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di _____, ed i correlati limiti di spesa redatto in conformità al decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ____ del ____ / ____ / 2020.

PREMESSO

che con decreto n. ____ del ____ / ____ / 2020, il Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie di Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi), da erogare nell'anno 2020, suddivisi tra:

- Prestazioni non "R";
- Prestazioni "R" come da allegato n. 2 al DCA n. 40 del 13.07.2010 e s.m.i.;
 - di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013.

ed ha emanato i relativi schemi contrattuali, cui si uniforma il presente contratto;

Sezione III - Allegato A\8
(Contratto Laboratorio di Analisi 2020)**Si conviene quanto segue:****Art. 1**

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

Art. 2**(oggetto)**

Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di Patologia Clinica da erogarsi nell'anno 2020 da parte delle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della sottoscritta ASL, ed i correlati limiti di spesa.

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

1. Il fabbisogno di prestazioni di Patologia Clinica, da acquistare per i propri residenti dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2020, di cui n. _____ prestazioni non "R" e n. _____ prestazioni "R" (di cui n. _____ delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013).
2. Il fabbisogno di prestazioni di Patologia Clinica che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2020, di cui n. _____ prestazioni non "R" e n. _____ prestazioni "R" (di cui n. _____ delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013).
3. Il fabbisogno di prestazioni di Patologia Clinica che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2020, di cui n. _____ prestazioni non "R" e n. _____ prestazioni "R" (di cui n. _____ delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013).
4. Il volume massimo di prestazioni di Patologia Clinica è determinato in n. _____ prestazioni per l'anno 2020, di cui n. _____ prestazioni non "R" e n. _____ prestazioni "R" (di cui n. _____ delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013), derivante dalla somma dei valori di cui ai commi 1, 2 e 3.

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

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2020 relativa al volume di prestazioni di Patologia Clinica, determinato per l'anno 2020 all'art. 3, comma 4, è fissato in:
 - a) € _____, per l'anno 2020, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, di cui € _____ per le prestazioni non "R" ed € _____ per le prestazioni "R" (di cui € _____ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013);
 - b) € _____, per l'anno 2020, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, al netto del ticket e della quota ricetta (regionale, ex DCA n. 53/2010 e s.m.i., e nazionale, ex art. 1, comma 796, lettera p), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, di cui € _____ per le prestazioni non "R" ed € _____ per le prestazioni "R" (di cui € _____ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013);ed è suddiviso come esposto nei successivi commi 2, 3 e 4.
2. Il limite di spesa per le prestazioni di Patologia Clinica da acquistare nell'anno 2020 per i propri residenti dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato:

Sezione III - Allegato A\8
(Contratto Laboratorio di Analisi 2020)

- a) in € _____, per l'anno 2020, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, di cui € _____ per le prestazioni non "R" ed € _____ per le prestazioni "R" (di cui € _____ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013),
- b) in € _____, per l'anno 2020, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale, di cui € _____ per le prestazioni non "R" ed € _____ per le prestazioni "R" (di cui € _____ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013).
3. Il limite di spesa per le prestazioni di Patologia Clinica che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2020 per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato
- a) in € _____, per l'anno 2020, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, di cui € _____ per le prestazioni non "R" ed € _____ per le prestazioni "R" (di cui € _____ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013),
- b) in € _____, per l'anno 2020, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale, di cui € _____ per le prestazioni non "R" ed € _____ per le prestazioni "R" (di cui € _____ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013).
4. Il limite di spesa per le prestazioni di Patologia Clinica che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2020 per i residenti di altre Regioni dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato:
- a. in € _____, per l'anno 2020, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, di cui € _____ per le prestazioni non "R" ed € _____ per le prestazioni "R" (di cui € _____ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013),
- b) in € _____, per l'anno 2020, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale, di cui € _____ per le prestazioni non "R" ed € _____ per le prestazioni "R" (di cui € _____ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013).
5. Ai fini del rispetto dei limiti imposti dalla normativa sulla Spending Review, non è consentito un superamento dei limiti di spesa fissati al comma precedente per i residenti in altre regioni. L'eventuale sotto utilizzo dei limiti di cui ai precedenti commi 3 e/o 4 può, invece, essere utilizzato per compensare superamenti dei corrispondenti limiti di cui al precedente comma 2; mentre eventuali superamenti dei limiti di cui al precedente comma 3 possono essere compensati dall'eventuale sotto utilizzo dei corrispondenti limiti di cui ai precedenti commi 2 e/o 4.
6. Gli importi di cui al comma 1, lettera a), divisi per i corrispondenti volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4, definiscono il valore medio delle prestazioni oggetto del presente protocollo, da declinare in conformità alla classificazione delle strutture erogatrici in base alle tipologie funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dai successivi articoli 6 e 8.

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 regionale e nazionale (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

Sezione III - Allegato A\8 (Contratto Laboratorio di Analisi 2020)

decreto del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro o delibera della Giunta Regionale.

2. In ogni caso, tutti gli importi separatamente fissati nel comma 1, lettera b), del precedente art. 4 quali limiti di spesa al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale per le prestazioni non “R”, le prestazioni “R” e quelle di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, costituiscono i limiti massimi di remunerazione, rispettivamente, delle prestazioni non “R”, delle prestazioni “R” e di quelle di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, acquistate nell’anno 2020 dai centri privati, 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 dei volumi massimi di prestazioni di cui all’art. 3, comma 4; al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa di cui all’art. 4, comma 1, lettere a) e b), le ASL potranno acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.
3. La ASL comunicherà OGNI MESE a ciascun centro privato con lettera raccomandata A.R. (o a mezzo PEC - Posta Elettronica Certificata, secondo accordi da definire tra la ASL e gli operatori stessi):
 - la percentuale consuntiva di consumo dei limiti di spesa sopra stabiliti;
 - la data consuntiva di raggiungimento di dette percentuali di consumo;ai fini della remunerazione delle prestazioni subito prima e dopo l’eventuale superamento del limite di spesa, si applicherà la seguente regola:
 - a) qualora l’esaurimento del limite di spesa si sia verificato a consuntivo prima della data prevista nell’ultima comunicazione effettuata dalla ASL nei mesi scorsi in base alla proiezione dei limiti di spesa dell’anno precedente, a tutte le prestazioni di quella ASL / branca erogate dall’inizio dell’anno fino alla suddetta data prevista di esaurimento del limite di spesa, si applicherà la regressione tariffaria di cui all’allegato C) alla DGRC n. 1268/08, in modo da far rientrare la spesa nei limiti prefissati; mentre nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data prevista di esaurimento del limite di spesa;
 - b) qualora l’esaurimento del limite di spesa si sia verificato a consuntivo in una data successiva rispetto all’ultima data di previsione di esaurimento del limite di spesa comunicata dalla ASL, nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data consuntiva di esaurimento del limite di spesa.
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 del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro o 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

Sezione III - Allegato A\8 (Contratto Laboratorio di Analisi 2020)

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. Ai Soggetti Aggregatori, costituiti ai sensi del DCA n. 109 del 19 novembre 2013 e s.m.i., si applicano le ulteriori limitazioni disposte dalla circolare del Direttore Generale per la Tutela della Salute del 05.03.2019, prot. n. 0145969, e s.m.i. e dal DCA n. ___/___/2020 citato in premessa, riguardo alla remunerabilità delle prestazioni originate da Laboratori siti in ASL diverse da quella a cui fattura il Soggetto Aggregatore.

Art. 6 (Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire 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 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) determinazione del valore medio delle prestazioni NON "R", 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 di tutte le prestazioni "R" e del raggruppamento delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b)

Sezione III - Allegato A\8 (Contratto Laboratorio di Analisi 2020)

del DCA n. 101/2013, ai fini della applicazione delle limitazioni specificate all'art. 8, comma 2, lettera c).

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 90% del fatturato mensile, a condizione che siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente.
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. Per il pagamento di ciascun saldo la sottoscritta ASL potrà richiedere l'emissione di apposite note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore delle strutture private accreditate, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.
4. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
5. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, poiché tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, sarà liquidato entro il 30 aprile dell'anno successivo.
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.

Sezione III - Allegato A\8
(Contratto Laboratorio di Analisi 2020)

7. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
- a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
8. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
9. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiari espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
10. Ai fini del rispetto della normativa 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 tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza bimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4 e secondo quanto previsto dagli schemi allegati al presente contratto.
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 incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente;
 - b) di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni non "R", determinato secondo i criteri di cui al comma 6 dell'art. 4 ed alle diverse tipologie funzionali di cui all'art. 6, comma 3, lettera c).
 - c) di superare i valori medi massimi di tutte le prestazioni "R" e del raggruppamento delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, determinati nell'allegato n. 8

Sezione III - Allegato A\8 (Contratto Laboratorio di Analisi 2020)

(colonne M ed F) alla Sezione III del sopra citato DCA n. ____ / 2020 e pari, rispettivamente, ad euro **111,00** e ad euro **125,00**.

3. I divieti di cui al comma precedente sono tassativi e inderogabili. Costituisce giustificato motivo di deroga al limite dell'incremento del 10% della produzione della singola struttura solo la comprovata interruzione dell'attività nell'esercizio precedente per un periodo superiore ad un mese (non derivante dall'esaurimento del tetto di spesa). Eventuali altre 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 ad uno o più dei divieti di cui al comma precedente, da sottoporre all'approvazione della Regione.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o diseguaglianze applicative del presente contratto le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, su tutti gli adempimenti previsti dal presente protocollo e messi in essere, comprese le attività svolte dai tavoli tecnici e le successive attuazioni delle decisioni assunte.

Art. 9

(debito informativo e CUP regionale)

1. La sottoscritta struttura privata con la sottoscrizione del presente contratto si impegna:
 - a) ad entrare nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (Sistema **INFO**rmativo saNità Campan**IA** di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d'ora che l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale potrà avvenire attraverso l'utilizzo di una apposita piattaforma di prenotazione ed erogazione regionale (denominata CUP SINFONIA) in fase di realizzazione, nonché delle relative agende informatizzate di prenotazione che saranno concordate con la ASL di competenza;
 - b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall'art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;
 - c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, dal 1° gennaio 2020, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019;
 - d) ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.
2. La sottoscritta ASL effettuerà i controlli, in relazione alle ricette dematerializzate delle prestazioni ambulatoriali erogate, attraverso la verifica dei dati elettronici resi disponibili dal

Sezione III - Allegato A\8 **(Contratto Laboratorio di Analisi 2020)**

Sistema TS con la lista delle ricette dematerializzate (NRE) erogate nel mese e registrate sul SAC, come sancito dal D.L. 78/2010 art. 11, comma 16 e quanto presente nel FILE C. In caso di irregolarità formali la struttura privata potrà procedere alla regolarizzazione dei flussi informativi, ove ancora possibile e consentito. Eventuali incongruenze potranno determinare la sospensione dei pagamenti finché non saranno state rimosse.

3. Qualora vengano rilevate difformità in ordine a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, l'ufficio preposto della ASL, sulla base dei controlli effettuati dal Nucleo Operativo di Controllo (NOC) ai sensi del DCA n. 103/2019, procederà a specifica contestazione, anche ai fini della eventuale decurtazione degli importi non dovuti.
4. La struttura privata è responsabile della completezza e qualità dei dati trasmessi. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'erogatore, qualora non tempestivamente rimosso, costituisce giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento. In tal caso la sottoscritta ASL proporrà alla Regione con delibera motivata la sospensione dell'accreditamento sino al permanere dell'inadempimento, fatta salva la possibilità che si giunga alla revoca dell'accreditamento da parte degli organi competenti per grave inadempimento.

Art. 10

(fascicolo sanitario elettronico e protezione dei dati)

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

Art. 11

(efficacia del contratto)

1. Il presente contratto si riferisce all'esercizio 2020 e sarà adeguato ad eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 12

(norme finali)

Sezione III - Allegato A\8
(Contratto Laboratorio di Analisi 2020)

1. In caso di contenzioso con uno o più centri privati, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza le somme eventualmente spettanti al centro ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso.
2. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto e/o di ogni altro rapporto del sottoscritto centro privato con il servizio sanitario regionale è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il citato decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ___ del ___ / ___ / 2020.

Art. 13
(Clausola di salvaguardia)

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

lì , ___ / _____

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore GeneraleTimbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 7, comma 6: (*"A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito"*), e l'intero art. 13 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore GeneraleTimbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Sezione III - Allegato A/9 – contratto FKT – Anno 2020

Contratto tra

Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):

con sede in (Prov: __ ; CAP: _____) – Via n°

rappresentato/a dal/la sottoscritto/a, CF

come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o della Regione che redige il presente atto;

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

- 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;
- 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 / si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di
- che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27.12.1956, n. 1423, e che non sussistono le cause ostative previste all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006;
- di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;
- di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. n. del __/__/2014.

E

L'Azienda Sanitaria Locale con sede in Partita IVA:

rappresentata dal Direttore Generale, nato a il

....., munito dei necessari poteri come da DPGRC di nomina n. ____ del _____,

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti all'area della assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di medicina fisica e riabilitativa (cd. riabilitazione ex art 44 della L. 833/78), come definita nell'allegato n. 3 alla DGRC n. 1269 del 16.7.09 e nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza", da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2020, redatto in conformità al decreto del Commissario ad Acta per l'Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ____ del ____ / ____ / 2020.

PREMESSO

che con decreto n. ____ del ____ / ____ / 2020, il Commissario ad Acta per l'Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie di medicina fisica e riabilitativa (cd. riabilitazione ex art 44 della L. 833/78) da erogarsi nel corso del 2020 ed ha emanato anche il relativo schema contrattuale, cui si uniforma il presente contratto;

Sezione III - Allegato A/9 – contratto FKT – Anno 2020

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2**(oggetto)**

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria di medicina fisica e riabilitativa (cd. riabilitazione ex art 44 della L. 833/78) come definita nell'allegato, n 3 alla DGRC n. 1269 del 16.7.09 e nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza") da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2020 da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa.

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

1. Il volume massimo di prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2020 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2020, è determinato in n. prestazioni;

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

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa e, quindi, il fatturato, per l'esercizio 2020 per il volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato come segue:
 - a) € _____, applicando le tariffe vigenti;
 - b) € _____, applicando le tariffe vigenti, al netto del ticket ed al netto sia della quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i., sia della quota ricetta nazionale ex art. 1, comma 796, lettera p), della legge 27 dicembre 2006, n. 296;
2. Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare almeno in parte la continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate, il consumo massimo del tetto annuale è fissato al 95% al 30 novembre 2020; 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 di ciascun 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 sfioramento entro i tre mesi successivi e, comunque, entro il 31 dicembre 2020. 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:

Sezione III - Allegato A/9 – contratto FKT – Anno 2020

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 2020.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle vigenti tariffe regionali - fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4. Per le strutture interessate dalle riconversioni parziali o totali in strutture socio sanitarie, al momento della riconversione la residua quota di dodicesimi del tetto di spesa annuo sarà riservata alle prestazioni riconvertite.
2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa annuale al netto del ticket ed al netto della quota ricetta regionale e nazionale costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate dalla ASL in ciascun esercizio, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza del limite di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui all'art. 4, comma 1, lettera a), ovvero, di residua disponibilità del volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3; al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa di cui all'art. 4, comma 1, lettere a) e b), l'ASL potrà acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.
3. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale o del Commissario ad acta, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
4. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC n. 6757/96, 377/98, 1270 e 1272/2003, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6

(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire 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)

Sezione III - Allegato A/9 – contratto FKT – Anno 2020

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 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, su tutti gli adempimenti previsti dal presente contratto e messi in essere, comprese le attività svolte dai tavoli tecnici e le successive attuazioni delle decisioni assunte.

Art. 7**(documentazione delle prestazioni e modalità di pagamento delle prestazioni)**

1. La sottoscritta struttura privata si impegna a documentare l'attività sanitaria erogata a mezzo dei flussi informativi di cui al successivo art. 8, che costituiscono il riferimento anche per la definizione dei rapporti economici, in conformità alle disposizioni della vigente normativa. La fattura relativa alle prestazioni erogate in ciascun mese potrà essere emessa solo dopo il completamento delle operazioni di trasmissione dei dati di erogazione di cui al successivo art. 8 e dovrà essere accompagnata dall' *“attestazione delle operazioni registrate nel Sistema TS ai sensi del DM 2 novembre 2011”*, comprovante l'invio dei dati, utilizzando la funzionalità appositamente predisposta sul Sistema TS. In mancanza, l'ASL respingerà la fattura.
2. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari al 90% del fatturato mensile, a condizione che siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente.
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

Sezione III - Allegato A/9 – contratto FKT – Anno 2020

precedente art. 4, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato, da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore della struttura privata, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.

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

Sezione III - Allegato A/9 – contratto FKT – Anno 2020**Art. 8****(debito informativo e CUP regionale)**

1. La sottoscritta struttura privata con la sottoscrizione del presente contratto si impegna:
 - a) ad entrare nel circuito della rete informatica denominata “SINFONIA” (Sistema **INFO**rmativo saNità Campan**IA** di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d’ora che l’accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale potrà avvenire attraverso l’utilizzo di una apposita piattaforma di prenotazione ed erogazione regionale (denominata CUP SINFONIA) in fase di realizzazione, nonché delle relative agende informatizzate di prenotazione che saranno concordate con la ASL di competenza;
 - b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall’art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;
 - c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, dal 1° gennaio 2020, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019;
 - d) ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.
2. La sottoscritta ASL effettuerà i controlli, in relazione alle ricette dematerializzate delle prestazioni ambulatoriali erogate, attraverso la verifica dei dati elettronici resi disponibili dal Sistema TS con la lista delle ricette dematerializzate (NRE) erogate nel mese e registrate sul SAC, come sancito dal D.L. 78/2010 art. 11, comma 16 e quanto presente nel FILE C. In caso di irregolarità formali la struttura privata potrà procedere alla regolarizzazione dei flussi informativi, ove ancora possibile e consentito. Eventuali incongruenze potranno determinare la sospensione dei pagamenti finché non saranno state rimosse.
3. Qualora vengano rilevate difformità in ordine a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, l’ufficio preposto della ASL, sulla base dei controlli effettuati dal Nucleo Operativo di Controllo (NOC) ai sensi del DCA n. 103/2019, procederà a specifica contestazione, anche ai fini della eventuale decurtazione degli importi non dovuti.
4. La struttura privata è responsabile della completezza e qualità dei dati trasmessi. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all’erogatore, qualora non tempestivamente rimosso, costituisce giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento. In tal caso la sottoscritta ASL proporrà alla Regione con delibera motivata la sospensione dell’accreditamento sino al permanere dell’inadempimento, fatta salva la possibilità che si giunga alla revoca dell’accreditamento da parte degli organi competenti per grave inadempimento.

Art. 9**(fascicolo sanitario elettronico e protezione dei dati)**

Sezione III - Allegato A/9 – contratto FKT – Anno 2020

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

Art. 10**(efficacia del contratto)**

1. Il presente contratto si riferisce al periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2020.
2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 11**(norme finali)**

1. Per ogni controversia riguardo l'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.
2. Per qualsiasi controversia tra la sottoscritta struttura privata e la ASL e/o la Regione, anche non inerente al presente contratto, è espressamente escluso il ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il citato decreto del Commissario ad Acta per l'Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ___ del ___ / ___ / 2020.

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

Sezione III - Allegato A/9 – contratto FKT – Anno 2020

collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alla annualità di erogazione delle prestazioni, regolata con il presente contratto.

li , ____ / _____

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 7, comma 5, (“A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito”) e l'intero art. 12 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Sezione III - Allegato A\10 – Aggregazioni intervenute nel corso del 2020**Contratto TRA**

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
_____,

E**il Laboratorio di Analisi**

denominato 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 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 / si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di _____;
- c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27.12.1956, n. 1423, e che non sussistono le cause ostative previste all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006;
- 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. n. del __/__/____ (ovvero: di essere consapevole che la regolarità di tali versamenti, come attestata dal DURC che l'ASL richiederà periodicamente agli Enti preposti, è condizione indispensabile per ottenere il pagamento delle prestazioni oggetto del presente contratto).

E**il Soggetto Aggregatore**

denominato 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;

Sezione III - Allegato A\10 – Aggregazioni intervenute nel corso del 2020

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 rappresentante 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 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 / si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di _____;
- c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27.12.1956, n. 1423, e che non sussistono le cause ostative previste all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006;
- 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. n. del ___/___/___ (ovvero: di essere consapevole che la regolarità di tali versamenti, come attestata dal DURC che l'ASL richiederà periodicamente agli Enti preposti, è condizione indispensabile per ottenere il pagamento delle prestazioni oggetto del presente contratto).

PER

regolare per l'esercizio 2020 i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di Patologia Clinica, ed i correlati limiti di spesa redatto in conformità al decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ___ del ___/___/2020.

PREMESSO

- che con decreto n. ___ del ___/___/2020, il Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro, tra l'altro, ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie di Patologia Clinica da erogare nell'anno 2020, ed ha emanato anche i relativi schemi contrattuali;
- che con decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. 109 del 19 novembre 2013 e s.m.i. è stato approvato il “Piano di Riassetto della Rete Laboratoristica Privata” e sono state definite le procedure per la realizzazione del Piano medesimo;
- che, in conformità al richiamato DCA n. 109/2013 e s.m.i., è stato costituito il Soggetto Aggregatore,
P. IVA: C.F. (se diverso dalla Partita IVA):, che aggrega i seguenti Laboratori di Analisi, operanti nell'ambito della sottoscritta ASL:
Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA : _____ se diversa);

Sezione III - Allegato A\10 – Aggregazioni intervenute nel corso del 2020

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

nonché i seguenti Laboratori di Analisi, operanti nell'ambito di altre ASL della Campania:

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

Cod. NSIS _____: con sede in _____
alla Via _____ C.F. _____ (P.IVA: _____ se diversa);

- che, pertanto, il presente contratto viene sottoscritto congiuntamente dal Laboratorio di Analisi _____ e dal nuovo Soggetto Aggregatore _____, con le seguenti fondamentali precisazioni:

Sezione III - Allegato A\10 – Aggregazioni intervenute nel corso del 2020

- 1) Ancorché sottoscritto da una pluralità di soggetti, il presente contratto disciplina il rapporto individuale tra i singoli soggetti e la sottoscritta ASL, senza costituire alcun vincolo di solidarietà e/o di coobbligazione tra i singoli soggetti privati firmatari.
- 2) Per il motivo di cui al punto precedente, si dà atto che i sopra citati Laboratori di Analisi operanti nell'ambito di altre ASL sono tenuti a sottoscrivere con l'ASL di appartenenza l'ordinario schema individuale di contratto approvato dal DCA n. __ del __/__/2020 per le prestazioni rese a decorrere dal 1° gennaio 2020 fino alla intervenuta aggregazione.
- 3) La sottoscrizione del presente contratto da parte del Soggetto Aggregatore e del preesistente Laboratorio di Analisi, soddisfatti gli altri requisiti richiesti dalla normativa vigente, consentirà alla sottoscritta ASL di acquistare dal medesimo Soggetto Aggregatore le prestazioni di Patologia Clinica rese dalla nuova struttura, applicando i limiti di spesa 2020 con le modalità e i criteri stabiliti dal presente contratto in continuità con il periodo che va dal 1° gennaio 2020 alla data in cui l'attività del sottoscritto Laboratorio di Analisi risulterà cessata e confluita in quella del sottoscritto Soggetto Aggregatore.
- 4) Ai fini della applicazione delle limitazioni agli incrementi del numero, del valore e del valore medio delle prestazioni, stabiliti dall'art. 8 del presente contratto, la base di riferimento per le prestazioni rese dal nuovo Soggetto Aggregatore è costituita dalla somma dei dati 2019 di attività dei soggetti in esso confluiti (compresi quelli operanti in altre ASL).

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2 (oggetto)

Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di Patologia Clinica, da erogarsi nell'anno 2020 da parte delle strutture private operanti nel territorio della sottoscritta ASL, ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3 (quantità delle prestazioni)

1. Il fabbisogno di prestazioni di Patologia Clinica, da acquistare per i propri residenti dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2020, di cui n. _____ prestazioni non "R" e n. _____ prestazioni "R" (di cui n. _____ delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013).
2. Il fabbisogno di prestazioni di Patologia Clinica che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2020, di cui n. _____ prestazioni non "R" e n. _____ prestazioni "R" (di cui n. _____ delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013).
3. Il fabbisogno di prestazioni di Patologia Clinica che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL,

Sezione III - Allegato A\10 – Aggregazioni intervenute nel corso del 2020

corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2020, di cui n. _____ prestazioni non "R" e n. _____ prestazioni "R" (di cui n. _____ delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013).

4. Il volume massimo di prestazioni di Patologia Clinica è determinato in n. _____ prestazioni per l'anno 2020, di cui n. _____ prestazioni non "R" e n. _____ prestazioni "R" (di cui n. _____ delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013), derivante dalla somma dei valori di cui ai commi 1, 2 e 3.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2020 relativa al volume di prestazioni di Patologia Clinica, determinato per l'anno 2020 all'art. 3, comma 4, è fissato in:

- a) € _____, per l'anno 2020, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, di cui € _____ per le prestazioni non "R" ed € _____ per le prestazioni "R" (di cui € _____ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013);
- b) € _____, per l'anno 2020, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, al netto del ticket e della quota ricetta (regionale, ex DCA n. 53/2010 e s.m.i., e nazionale, ex art. 1, comma 796, lettera p), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, di cui € _____ per le prestazioni non "R" ed € _____ per le prestazioni "R" (di cui € _____ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013);

ed è suddiviso come esposto nei successivi commi 2, 3 e 4.

2. Il limite di spesa per le prestazioni di Patologia Clinica da acquistare nell'anno 2020 per i propri residenti dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato:

- a) in € _____, per l'anno 2020, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, di cui € _____ per le prestazioni non "R" ed € _____ per le prestazioni "R" (di cui € _____ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013),
- b) in € _____, per l'anno 2020, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale, di cui € _____ per le prestazioni non "R" ed € _____ per le prestazioni "R" (di cui € _____ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013).

3. Il limite di spesa per le prestazioni di Patologia Clinica che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2020 per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato

- a) in € _____, per l'anno 2020, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, di cui € _____ per le prestazioni non "R" ed € _____ per le prestazioni "R" (di cui € _____ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013),
- b) in € _____, per l'anno 2020, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale, di cui € _____ per le prestazioni non "R" ed € _____ per le prestazioni "R" (di cui € _____ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013).

4. Il limite di spesa per le prestazioni di Patologia Clinica che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2020 per i residenti di altre Regioni dalle strutture private accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato:

Sezione III - Allegato A\10 – Aggregazioni intervenute nel corso del 2020

- a. in € _____, per l'anno 2020, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, di cui € _____ per le prestazioni non "R" ed € _____ per le prestazioni "R" (di cui € _____ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013),
- b) in € _____, per l'anno 2020, applicando le medesime tariffe al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale, di cui € _____ per le prestazioni non "R" ed € _____ per le prestazioni "R" (di cui € _____ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013).
5. Ai fini del rispetto dei limiti imposti dalla normativa sulla Spending Review, non è consentito un superamento dei limiti di spesa fissati al comma precedente per i residenti in altre regioni. L'eventuale sotto utilizzo dei limiti di cui ai precedenti commi 3 e/o 4 può, invece, essere utilizzato per compensare superamenti dei corrispondenti limiti di cui al precedente comma 2; mentre eventuali superamenti dei limiti di cui al precedente comma 3 possono essere compensati dall'eventuale sotto utilizzo dei corrispondenti limiti di cui ai precedenti commi 2 e/o 4.
6. Gli importi di cui al comma 1, lettera a), divisi per i corrispondenti volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4, definiscono il valore medio delle prestazioni oggetto del presente protocollo, da declinare in conformità alla classificazione delle strutture erogatrici in base alle tipologie funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dai successivi articoli 6 e 8.

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 regionale e nazionale (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 decreto del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro o delibera della Giunta Regionale.
2. In ogni caso, tutti gli importi separatamente fissati nel comma 1, lettera b), del precedente art. 4 quali limiti di spesa al netto del ticket e della quota ricetta regionale e nazionale per le prestazioni non "R", le prestazioni "R" e quelle di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, costituiscono i limiti massimi di remunerazione, rispettivamente, delle prestazioni non "R", delle prestazioni "R" e di quelle di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, acquistate nell'anno 2020 dai centri privati, 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 dei volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4; al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa di cui all'art. 4, comma 1, lettere a) e b), le ASL potranno acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.
3. La ASL comunicherà OGNI MESE a ciascun centro privato con lettera raccomandata A.R. (o a mezzo PEC - Posta Elettronica Certificata, secondo accordi da definire tra la ASL e gli operatori stessi):
- la percentuale consuntiva di consumo dei limiti di spesa sopra stabiliti;
 - la data consuntiva di raggiungimento di dette percentuali di consumo;
- ai fini della remunerazione delle prestazioni subito prima e dopo l'eventuale superamento del limite di spesa, si applicherà la seguente regola:

Sezione III - Allegato A\10 – Aggregazioni intervenute nel corso del 2020

- a) qualora l'esaurimento del limite di spesa si sia verificato a consuntivo prima della data prevista nell'ultima comunicazione effettuata dalla ASL nei mesi scorsi in base alla proiezione dei limiti di spesa dell'anno precedente, a tutte le prestazioni di quella ASL / branca erogate dall'inizio dell'anno fino alla suddetta data prevista di esaurimento del limite di spesa, si applicherà la regressione tariffaria di cui all'allegato C) alla DGRC n. 1268/08, in modo da far rientrare la spesa nei limiti prefissati; mentre nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data prevista di esaurimento del limite di spesa;
 - b) qualora l'esaurimento del limite di spesa si sia verificato a consuntivo in una data successiva rispetto all'ultima data di previsione di esaurimento del limite di spesa comunicata dalla ASL, nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data consuntiva di esaurimento del limite di spesa.
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 del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro o 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. Ai Soggetti Aggregatori, costituiti ai sensi del DCA n. 109 del 19 novembre 2013 e s.m.i., si applicano le ulteriori limitazioni disposte dalla circolare del Direttore Generale per la Tutela della Salute del 05.03.2019, prot. n. 0145969, e s.m.i. e dal DCA n. ___/___/2020 citato in premessa, riguardo alla remunerabilità delle prestazioni originate da Laboratori siti in ASL diverse da quella a cui fattura il Soggetto Aggregatore.

Art. 6 **(Tavolo Tecnico)**

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire 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).

Sezione III - Allegato A\10 – Aggregazioni intervenute nel corso del 2020

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) determinazione del valore medio delle prestazioni NON "R", 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 A1e 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 di tutte le prestazioni "R" e del raggruppamento delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, ai fini della applicazione delle limitazioni specificate all'art. 8, comma 2, lettera c).

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 90% del fatturato mensile, a condizione che siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente.
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

Sezione III - Allegato A\10 – Aggregazioni intervenute nel corso del 2020

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. 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 e/o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore delle strutture private accreditate, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.

4. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
5. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, poiché tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, sarà liquidato entro il 30 aprile dell'anno successivo.
6. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
7. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
8. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
9. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento,

Sezione III - Allegato A\10 – Aggregazioni intervenute nel corso del 2020

che dichiarare espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.

10. Ai fini del rispetto della normativa 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 tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza bimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4 e secondo quanto previsto dagli schemi allegati al presente contratto.
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 incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente;
 - b) di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni non "R", determinato secondo i criteri di cui al comma 6 dell'art. 4 ed alle diverse tipologie funzionali di cui all'art. 6, comma 3, lettera c).
 - c) di superare i valori medi massimi di tutte le prestazioni "R" e del raggruppamento delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, determinati nell'allegato n. 8 (colonne M ed F) alla Sezione III del sopra citato DCA n. ____ / 2020 e pari, rispettivamente, ad euro **111,00** e ad euro **125,00**.
3. I divieti di cui al comma precedente sono tassativi e inderogabili. Costituisce giustificato motivo di deroga al limite dell'incremento del 10% della produzione della singola struttura solo la comprovata interruzione dell'attività nell'esercizio precedente per un periodo superiore ad un mese (non derivante dall'esaurimento del tetto di spesa). Eventuali altre 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 ad uno o più dei divieti di cui al comma precedente, 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, su tutti gli adempimenti previsti dal presente protocollo e messi

Sezione III - Allegato A\10 – Aggregazioni intervenute nel corso del 2020

in essere, comprese le attività svolte dai tavoli tecnici e le successive attuazioni delle decisioni assunte.

Art. 9 (debito informativo e CUP regionale)

1. La sottoscritta struttura privata con la sottoscrizione del presente contratto si impegna:
 - a) ad entrare nel circuito della rete informatica denominata “SINFONIA” (Sistema **INFO**rmativo saNità Campan**IA** di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d’ora che l’accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale potrà avvenire attraverso l’utilizzo di una apposita piattaforma di prenotazione ed erogazione regionale (denominata CUP SINFONIA) in fase di realizzazione, nonché delle relative agende informatizzate di prenotazione che saranno concordate con la ASL di competenza;
 - b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall’art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;
 - c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, dal 1° gennaio 2020, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019;
 - d) ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.
2. La sottoscritta ASL effettuerà i controlli, in relazione alle ricette dematerializzate delle prestazioni ambulatoriali erogate, attraverso la verifica dei dati elettronici resi disponibili dal Sistema TS con la lista delle ricette dematerializzate (NRE) erogate nel mese e registrate sul SAC, come sancito dal D.L. 78/2010 art. 11, comma 16 e quanto presente nel FILE C. In caso di irregolarità formali la struttura privata potrà procedere alla regolarizzazione dei flussi informativi, ove ancora possibile e consentito. Eventuali incongruenze potranno determinare la sospensione dei pagamenti finché non saranno state rimosse.
3. Qualora vengano rilevate difformità in ordine a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, l’ufficio preposto della ASL, sulla base dei controlli effettuati dal Nucleo Operativo di Controllo (NOC) ai sensi del DCA n. 103/2019, procederà a specifica contestazione, anche ai fini della eventuale decurtazione degli importi non dovuti.
4. La struttura privata è responsabile della completezza e qualità dei dati trasmessi. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all’erogatore, qualora non tempestivamente rimosso, costituisce giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento. In tal caso la sottoscritta ASL proporrà alla Regione con delibera motivata la sospensione dell’accreditamento sino al permanere dell’inadempimento, fatta salva la possibilità che si giunga alla revoca dell’accreditamento da parte degli organi competenti per grave inadempimento.

Sezione III - Allegato A\10 – Aggregazioni intervenute nel corso del 2020

Art. 10

(fascicolo sanitario elettronico e protezione dei dati)

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

Art. 11

(efficacia del contratto)

1. Il presente contratto si riferisce all'esercizio 2020 e sarà adeguato ad eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 12

(norme finali)

1. In caso di contenzioso con uno o più centri privati, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza le somme eventualmente spettanti al centro ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso.
2. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto e/o di ogni altro rapporto del sottoscritto centro privato con il servizio sanitario regionale è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il citato decreto del Commissario ad Acta per la Attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario n. ____ del __/__/2020.

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

Sezione III - Allegato A\10 – Aggregazioni intervenute nel corso del 2020

collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto per il periodo di efficacia dello stesso.

2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati sub comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alla annualità di erogazione delle prestazioni, regolata con il presente contratto.

li , ____ / _____

Timbro e firma della ASL
Il Direttore Generale

Timbro e firma dei Legali Rappresentanti delle strutture private:
Il Laboratorio di Analisi Il Soggetto Aggregatore

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 7, comma 6: (*“A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito”*), e l'intero art. 13 (*Clausola di salvaguardia*) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL
Il Direttore Generale

Timbro e firma dei Legali Rappresentanti delle strutture private:
Il Laboratorio di Analisi Il Soggetto Aggregatore



Regione Campania

*Il Commissario ad acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 10/07/2017)*

SEZIONE IV: Limiti di spesa assegnati agli erogatori privati: autorizzazione alle ASL per la stipula di contratti integrativi per l'esercizio 2018 per le prestazioni di dialisi e di radioterapia, nonché per altre situazioni particolari

Il Decreto del Commissario ad acta n. 84 del 31.10.2018, recante: *"Limiti di spesa assegnati agli erogatori privati di prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2018 e altre disposizioni relative all'assistenza ospedaliera erogata dalle strutture private"*, nella Sezione II, punto 5, ha stabilito quanto segue:

"5. Analogamente a quanto stabilito per il 2015 dal DCA n. 8/2016 e per il 2016 e 2017 dal DCA n. 89/2016, anche per l'esercizio 2018, in considerazione della specificità della branca della dialisi ambulatoriale, si applicherà la compensazione tra sottoutilizzi e sforamenti dei tetti di spesa, prima a livello di ASL, e poi a livello regionale. Qualora nonostante tali compensazioni dovessero residuare degli sforamenti non coperti, il Commissario ad acta potrà autorizzare la stipula di contratti integrativi con una decurtazione del 35% della tariffa, in analogia con quanto convenuto per il 2014 ed approvato dal DCA n. 68/2015 e fermo restando il rispetto dei limiti massimi complessivi ammessi dalla normativa sulla Spending Review (DI 95/2012 e s.m.i.)"

Inoltre, lo stesso DCA n. 84/2018 nella Sezione I (*"... quadro della programmazione dei limiti di spesa 2018 assegnati agli operatori privati accreditati ai fini del rispetto della cd. Spending Review"*) ha continuato ad accantonare una quota del budget complessivamente disponibile per i contratti con gli erogatori privati di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, da finalizzare prioritariamente alla copertura delle suddette eventuali integrazioni per la dialisi ambulatoriale e per eventuali integrazioni per la branca di radioterapia, in considerazione della rilevanza di queste prestazioni nella terapia delle patologie oncologiche.

La Direzione Generale per la Tutela della Salute con nota del 06.09.2019, prot. n. 0533473, ha chiesto ai Direttori Generali delle ASL di certificare la situazione consuntiva del fatturato liquidabile 2018 ai centri privati accreditati di assistenza specialistica ambulatoriale, dopo aver effettuato tutti i controlli e abbattimenti previsti dalla normativa nazionale e regionale. In riscontro di tale richiesta sono pervenuti dalle ASL i seguenti documenti:

- ASL di Avellino: lettera del Direttore Generale prot. n. 28316 del 16.10.2019, che evidenzia in allegato l'esigenza di contratti integrativi del tetto di spesa 2018 della dialisi ambulatoriale per coprire uno sforamento di circa 11 mila euro;
- ASL di Benevento: lettera del Direttore Generale prot. n. 115090 del 19.09.2019, che evidenzia in allegato l'esigenza di contratti integrativi del tetto di spesa 2018 della dialisi ambulatoriale per coprire uno sforamento di circa 20 mila euro;
- ASL di Caserta: lettera del Direttore Generale prot. 196194 del 12.09.2019, che evidenzia negli allegati l'esigenza di contratti integrativi del tetto di spesa 2018 della dialisi ambulatoriale e della radioterapia, rispettivamente, per circa 130 mila e 160 mila euro;
- ASL Napoli 1 Centro: lettera del Direttore Generale prot. n. 83071 del 16.09.2019, che evidenzia in allegato un sottoutilizzo del tetto di spesa della dialisi ambulatoriale di circa 1,1 milioni di euro

e l'esigenza di contratti integrativi del tetto di spesa 2018 della radioterapia per coprire uno sfioramento di circa 1,28 milioni di euro;

- ASL Napoli 2 Nord: lettera del Direttore Generale prot. n. 56077 del 24.09.2019, che evidenzia in allegato l'esigenza di contratti integrativi del tetto di spesa 2018 della dialisi ambulatoriale per coprire uno sfioramento di circa 244 mila euro e un sottoutilizzo del tetto di spesa della radioterapia di circa 1,7 milioni di euro;
- ASL Napoli 3 Sud: lettera del Direttore Generale prot. n. 132160 del 18.09.2019, che evidenzia in allegato l'esigenza di contratti integrativi del tetto di spesa 2018 della dialisi ambulatoriale per coprire uno sfioramento di circa 502 mila euro e un sottoutilizzo del tetto di spesa della radioterapia di circa 9 mila euro;
- ASL di Salerno: lettera del Direttore Generale prot. n. 224468 del 23.09.2019, che evidenzia in allegato un sottoutilizzo del tetto di spesa 2018 della dialisi ambulatoriale e della radioterapia, rispettivamente, di circa 154 mila e 311 mila euro.

Gli sfioramenti e sottoutilizzi sopra richiamati sono dettagliatamente esposti nelle tabelle che costituiscono gli allegati n. 1 e n. 2 alla presente Sezione. Da tali tabelle si evince che, applicando il criterio della compensazione regionale tra sfioramenti e sottoutilizzi netti, registrati nelle diverse ASL, si determinano le seguenti integrazioni del limiti di spesa 2018 che la Regione autorizza con il presente decreto, rimanendo per entrambe le branche all'interno del limite di spesa totale regionale stabilito per il 2018 dal DCA n. 84/2018:

- per la dialisi ambulatoriale: integrazioni del tetto di spesa assegnato alle ASL di Avellino, Benevento, Caserta, Napoli 2 Nord e Napoli 3 Sud per complessivi euro 909.134,57= (col. H dell'All. 1), a fronte di sottoutilizzi del tetto di spesa assegnato alle ASL di Napoli 1 Centro e di Salerno per complessivi circa 1,266 milioni di euro;
- per la radioterapia: integrazioni del tetto di spesa assegnato alle ASL di Caserta e Napoli 1 Centro per complessivi euro 1.441.335,67= (col. E dell'All. 2), a fronte di sottoutilizzi del tetto di spesa assegnato alle ASL di Napoli 2 Nord, Napoli 3 Sud e di Salerno per complessivi circa 2,054 milioni di euro.

Si dispongono, poi, le seguenti ulteriori integrazioni a fronte di situazioni particolari intervenute per l'esercizio 2018.

Sulla base delle sopra elencate comunicazioni ricevute dalle ASL, considerato il fabbisogno di prestazioni PET/TC di cui al DCA n. 29 del 31.03.2017 e la richiesta di integrazione del tetto di spesa della branca di medicina nucleare della ASL di Salerno del 15.11.2018, prot. n. 274220, si autorizza detta ASL a stipulare appositi contratti integrativi per dare copertura allo sfioramento di circa 172 mila euro del limite di spesa 2018 del tetto di spesa della branca di medicina nucleare, assegnato dal DCA n. 84/2018, dando atto che per l'esercizio 2018 tale incremento è interamente coperto dai sottoutilizzi del limite di spesa della medesima branca attestati da altre ASL.

Infine, si autorizzano le ASL di Caserta e di Salerno a definire in via transattiva le criticità verificatesi con alcuni centri privati per l'esercizio 2018 nella branca della Medicina Fisica e Riabilitazione (cd. FKT), rappresentate dalle due ASL, rispettivamente, con nota prot. n. 51219 del 04.03.2019 e nota prot. n. 301268 del 14.12.2018, attingendo all' "Accantonamento per contratti integrativi" fissato nella Sezione I del DCA n. 84/2018. Per entrambe le ASL gli importi integrativi potranno assumere come riferimento massimo gli incrementi del tetto di spesa 2019 della branca, riconosciuti a ciascuna ASL dal presente decreto (100 mila euro per l'ASL di Caserta e di 210 mila euro per l'ASL di Salerno), opportunamente ridotti in via transattiva, tenendo conto degli effettivi mesi di attività svolta nel corso del 2018 e del valore economico delle prestazioni rese e riconoscibili.

Sezione IV - Allegato n. 1

Consuntivo Dialisi 2018 e integrazione dei limiti di spesa stabiliti dal DCA 84/2018

2018	A	B	C	D	E	F	G	H
ASL	Volumi massimi 2018 di prestazioni di dialisi ambulatoriale (DCA 84/2018)	Limite di spesa 2018 stabilito dal DCA n. 84/2018	Consuntivo 2018 n° prestazioni	scostamento % N° prestazioni consuntivo vs. tetto	Consuntivo 2018 Spesa netta	Economie (-) Sforamenti (+) NETTI dopo la compensazione a livello di ASL	idem, in % del consuntivo 2018	Integrazione limite di spesa 2018 della ASL, autorizzata dal presente decreto a seguito di compensazione a livello regionale
ASL AV	32.498	5.750.400,00	32.467	-0,1%	5.761.945,80	11.545,80	0,2%	11.545,80
ASL BN	31.076	5.517.800,00	31.173	0,3%	5.537.847,41	20.047,41	0,4%	20.047,41
ASL CE	114.144	20.278.600,00	114.859	0,6%	20.409.147,31	130.547,31	0,6%	130.547,31
ASL NA1 Centro	125.330	22.382.000,00	119.082	-5,0%	21.269.715,66	-1.112.284,34	-5,2%	
ASL NA2 Nord	148.726	26.468.800,00	149.931	0,8%	26.713.446,90	244.646,90	0,9%	244.646,90
ASL NA3 Sud	150.689	26.899.700,00	153.481	1,9%	27.402.047,15	502.347,15	1,8%	502.347,15
ASL SA	139.307	24.840.800,00	138.452	-0,6%	24.686.525,51	-154.274,49	-0,6%	
TOTALE	741.770	132.138.100,00	739.445	-0,3%	131.780.675,74	-357.424,27	-0,27%	909.134,57

di cui:

economie:	-1.266.558,83
sforamenti	909.134,57

Sezione IV - Allegato n. 2

Consuntivo Radioterapia 2018 e integrazione dei limiti di spesa stabiliti dal DCA 84/2018

ASL	Nota del Direttore Generale / Commissario Straordinario	Limite di spesa netta fissato dal DCA n. 84/2018	Fatturato netto ticket e quota ricetta	Fatturato liquidabile (con una sola prestazione per intero trattamento) (1)	Economie (-) Sforamenti (+) con una sola prestazione per intero trattamento	Integrazione del limite di spesa 2018
-----	---	--	--	---	---	--

ANNO 2018

		A	B	C	D	E
ASL di Caserta	n. 196194 del 12.09.2019	3.198.576,00	3.376.208,08	3.359.285,14	160.709,14	160.709,14
ASL Napoli 1 Centro	n. 83071 del 16.09.2019	3.615.344,00	4.895.970,53	4.895.970,53	1.280.626,53	1.280.626,53
ASL Napoli 2 Nord	n. 56077 del 24.09.2019	16.519.316,00	19.883.404,58	14.785.154,10	-1.734.161,90	0,00
ASL Napoli 3 Sud	n. 132160 del 18.09.2019	1.093.184,00	1.084.287,36	1.084.287,36	-8.896,64	0,00
ASL di Salerno	n. 224468 del 23.09.2019	5.536.079,00	6.711.336,65	5.225.125,71	-310.953,29	0,00
Totale		29.962.499,00	35.951.207,20	29.349.822,84	-612.676,16	1.441.335,67

(1) Applicando alle prestazioni 92.29 1, 2, 3, 7, 8 e 9 il criterio di una prestazione per paziente trattato

di cui:

economie:	-2.054.011,83
sforamenti	1.441.335,67



Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

SEZIONE V: Limiti di spesa per gli esercizi 2020 e 2021 per l'assistenza ospedaliera e specialistica erogata dall'Ente Fatebenefratelli negli Ospedali di Benevento e di Napoli, dalla Fondazione Evangelica Betania, nell'Ospedale Villa Betania di Napoli, e dalla Provincia Sicula dei Chierici Regolari Ministri degli Infermi - Religiosi Camilliani, nel Presidio Ospedaliero S. Maria della Pietà di Casoria, nonché per l'assistenza ospedaliera riabilitativa erogata dall'IRCCS Maugeri di Telese Terme

In coerenza con il quadro generale della programmazione dei limiti di spesa, assegnati agli operatori privati accreditati ai fini del rispetto della cd. *Spending Review* nella Sezione I del presente decreto, si fissa per gli esercizi 2020 e 2021 il limite complessivo di spesa di euro 164.045.000, oltre all'incentivo di cui all'art. 1, comma 574, della L. 208/2015, che sia per il 2020 che per il 2021 è stabilito in complessivi euro 9.000.000.

Per quanto sopra disposto, si dà mandato al Direttore Generale per la Tutela della Salute affinché definisca e stipuli (insieme ai Direttori Generali delle ASL in cui tali Enti operano, per quanto di loro competenza) gli accordi per il biennio 2020 - 2021 con gli Enti in oggetto, sostanzialmente alle stesse condizioni di quelli vigenti per il 2019, prevedendo il suddetto incentivo in applicazione dell'art. 1, comma 574, della L. 208/2015, e con facoltà di modifica in aumento o in riduzione degli importi da attribuire a ciascun Ente, per tenere conto dell'effettivo andamento economico delle attività di assistenza sanitaria specialistica e ospedaliera da loro erogata, fermo restando il limite complessivo di spesa di cui al periodo precedente.