



**AZIENDA SANITARIA LOCALE
NAPOLI 2 NORD**
Via Lupoli, 27 – 80027 Frattamaggiore (NA)
C.F. 96024110635 - P.IVA 06321661214

Deliberazione N. 1267 del 25/07/2022

PROPONENTE: U.O.C. ACCREDITAMENTO E CONTROLLO DELLA SPESA SANITARIA

OGGETTO: Presa d'Atto Protocolli di Intesa anno 2022 per la Macroarea Assistenza Specialistica Ambulatoriale in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.

In pubblicazione dal 25/07/2022 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

Atto immediatamente esecutivo

U.O.C. AFFARI GENERALI

Direttore Giuseppa Caccavale

Elenco firmatari

Massimiliano Vollaro - U.O.C. AFFARI GENERALI

Teresa Liccardo - U.O.C. ACCREDITAMENTO E CONTROLLO DELLA SPESA SANITARIA

Michele Liguori - U.O.C. ACCREDITAMENTO E CONTROLLO DELLA SPESA SANITARIA

Camillo Daniele - U.O.C. ACCREDITAMENTO E CONTROLLO DELLA SPESA SANITARIA

Lorenzo Verde - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Monica Vanni - DIREZIONE SANITARIA

Antonio D'Amore - DIREZIONE GENERALE

Redatto da

Teresa Liccardo

IL DIRETTORE GENERALE

Nominato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale della Campania n.105 del 08/08/2019, in esecuzione della DGRC n. 371 del 06/08/2019



AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 2 NORD

Via Lupoli, 27 – 80027 Frattamaggiore (NA)
C.F. 96024110635 - P.IVA 06321661214

Oggetto: Presa d'Atto Protocolli di Intesa anno 2022 per la Macroarea Assistenza Specialistica Ambulatoriale in attuazione della DGRC n. 215/2022 e s.m.i.

Il Direttore U.O.C. ACCREDITAMENTO E CONTROLLO DELLA SPESA SANITARIA

Dott. Camillo Daniele, con incarico affidato con Deliberazione del Direttore Generale n. 223/2016 e decorrenza a far data dal 16/11/2016, con la redazione a cura del Collaboratore Amministrativo Dott.ssa Teresa Liccardo e con la collaborazione del Referente Assistenza Specialistica Esterna Dott. Michele Liguori, dato atto della regolarità dell'istruttoria compiuta,

Premesso:

- che, con la Deliberazione n. 599 del 28.12.2021, la Giunta Regionale della Campania ha confermato la programmazione provvisoria dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, assegnati agli erogatori privati di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per l'anno 2022 dalla D.G.R.C. n. 354/2021 ed ha assegnato alle ASL ed agli operatori privati accreditati il termine del 31 gennaio 2022 per la stipula dei contratti;
- che, la Regione Campania, con Deliberazione n. 215 del 04.05.2022 e n. 309 del 21.06.2022 di modifica e integrazione alla summenzionata D.G.R.C. n. 599 del 28.12.2021, ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie relativamente alla Macroarea Assistenza Specialistica Ambulatoriale ed ha stabilito in via definitiva i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2022;
- che con la summenzionata D.G.R.C. n. 309/2022 la Regione Campania ha approvato i nuovi schemi contrattuali per l'esercizio 2022, come da "Allegato A – Relazione Tecnica" al fine dell'esecuzione di quanto disposto con D.G.R.C. n. 215/2022 ed i seguenti Protocolli d'Intesa,
 - A\3 - Protocollo Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT
 - A\5 - Protocollo Laboratori di Analisi 2022 (allegato 1)

Preso Atto

- che, con nota inviata tramite PEC in data 6/7/2022, il Direttore dell'U.O.C. Accreditamento e Controllo della Spesa Sanitaria, convocava per il giorno 8/7/2022 alle ore 11.00, le Associazioni di Categoria della Macroarea dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale al fine di procedere alla sottoscrizione dei Protocolli d'Intesa per le diverse branche ai sensi della D.G.R.C. n. 215/2022 e s.m.i.;
- che, sono pervenute comunicazioni delle stesse (allegato 2) che preannunciavano la non partecipazione alla riunione e la volontà di non sottoscrivere i relativi Protocolli d'Intesa;
- che la sola FEDERCARDIO ha sottoscritto il relativo Protocollo d'intesa (allegato 3);

Valutata l'urgenza di disporre in merito al fine di ottemperare a quanto previsto dalla D.G.R.C. n. 215/2022 e s.m.i.;

Visti il d.lgs. 502/92, il d.lgs. 229/99 e la Legge Regionale 16/08;

Per i motivi di cui alla narrativa, che qui si intendono integralmente riportati, e attestato che il presente provvedimento, alla stregua dell'istruttoria compiuta e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nella premessa, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, è regolare e legittimo, nella forma e nella sostanza,

Deliberazione del Direttore Generale

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.



AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 2 NORD

Via Lupoli, 27 – 80027 Frattamaggiore (NA)
C.F. 96024110635 - P.IVA 06321661214

ai sensi della vigente normativa e utile per il servizio pubblico, ai e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche;

PROPONE al sig. Direttore Generale

Per i motivi indicati in narrativa e che qui si intendono integralmente trascritti:

1. di prendere atto della mancata sottoscrizione del Protocollo d'Intesa da parte delle Associazioni di Categoria della Macroarea Assistenza Specialistica Ambulatoriale, seppure regolarmente convocate;
2. di prendere altresì atto della sottoscrizione, da parte dell'Associazione di Categoria FEDERCARDIO del Protocollo Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT – Allegato A/3 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di prendere atto che sono state ultimate le procedure necessarie per la sottoscrizione dei contratti da parte delle strutture afferenti alla Macroarea dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale;

IL FUNZIONARIO ESTENSORE dott.ssa Teresa Liccardo

IL REFERENTE Assistenza Specialistica Esterna dott. Michele Liguori

IL DIRIGENTE PROPONENTE
Dott. Camillo Daniele

IL DIRETTORE GENERALE

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Direttore della U.O.C. Accreditamento e Controllo della Spesa Sanitaria e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nella premessa, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione, mediante la sottoscrizione dello stesso da parte del dirigente proponente, della regolarità e legittimità del presente atto nella forma e nella sostanza ai sensi della vigente normativa e utilità per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche

Sentiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario,

D E L I B E R A

Per i motivi indicati in narrativa e che qui si intendono integralmente trascritti:

1. di prendere atto della mancata sottoscrizione del Protocollo d'Intesa da parte delle Associazioni di Categoria della Macroarea Assistenza Specialistica Ambulatoriale, seppure regolarmente convocate;
2. di prendere altresì atto della sottoscrizione, da parte dell'Associazione di Categoria FEDERCARDIO del Protocollo Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT – Allegato A/3 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di prendere atto che sono state ultimate le procedure necessarie per la sottoscrizione dei contratti da parte delle strutture afferenti alla Macroarea dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale;
4. di inviare la presente deliberazione, immediatamente eseguibile per l'urgenza, a:
 - Collegio Sindacale;
 - Associazioni di Categoria oggetto del provvedimento;
 - Direzione Generale per la Tutela della Salute della Regione Campania.

Deliberazione del Direttore Generale

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.



**AZIENDA SANITARIA LOCALE
NAPOLI 2 NORD**

*Via Lupoli, 27 – 80027 Frattamaggiore (NA)
C.F. 96024110635 - P.IVA 06321661214*

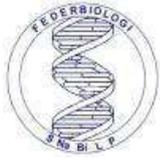
**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
dott. Francesco Balivo**

**IL DIRETTORE SANITARIO
dott. Monica Vanni**

**IL DIRETTORE GENERALE
dott. Antonio d'Amore**

Deliberazione del Direttore Generale

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.



S.Na.Bi.L.P. – FEDERBIOLOGI Sindacato
Biologi Liberi Professionisti Segreteria e
Sede legale via Giacomo n. 32 80133 Napoli
Nazionale e Ufficio Amministrativo

CONFAPI *Industria* Via S. Nazionale
Medie Industrie della Campania
Campania Sanità Federazione delle
Associazioni delle Piccole aderente a CONFAPI



Spett.le
ASL NA2N
Via C.Alvaro
Montruscello

Oggetto: convocazione per la sottoscrizione del protocollo d'intesa in esecuzione della DGR Camp 309/2022.

Le sottoscritte, Arch. Silvana Papa, in qualità di Presidente di Confapi Sanità e Dr.ssa Elisabetta Argenziano, in qualità di Segretario Nazionale dello SNABILP - Federbiologi, comunicano che non intendono sottoscrivere il protocollo di intesa redatto ai sensi della DGR Camp. 309/2022.
Con l'occasione cordiali saluti.

Napoli, 08/07/2022

Il Segretario Nazionale

CONFAPI CAMPANIA SANITA'
Il Presidente

Data: 07 luglio 2022, 18:40:36
Da: aiopcampania@pec.it <aiopcampania@pec.it>
A: accreditalento@pec.aslnapoli2nord.it
ASL NAPOLI 2 NORD Direzione Generale <direzionegenerale@pec.aslnapoli2nord.it>
Oggetto: Re:SOTTOSCRIZIONE PROTOCOLLI D'INTESA SPECIALISTICA AI SENSI DELLA
D.G.R.C. n. 309 del 21.06.2022
Allegato: 472 Nota alla ASL Napoli 2 - Sottoscrizione protocolli di intesa Specialistica
Ambulatoriale.pdf (216.6 KB)

Si trasmette nota Aiop prot. 472 del 7/07/2022 avente ad oggetto: "*Convocazione sottoscrizione Protocolli di intesa Specialistica Ambulatoriale ai sensi della DGRC 309 del 21.06.2022. Riscontro Vs nota PEC del 6/07/2022. .*"

Distinti saluti.
Segreteria AIOP Campania



Da aspat@pec.it

Al Direttore Generale
Dr. Antonio D'Amore
direzionegenerale@pec.aslnapoli2nord.it

p.c. Al Responsabile
del Tecnico Paritetico Aziendale
Dr. Camillo Daniele
accreditamento@pec.aslnapoli2nord.it
ASL NAPOLI 2 NORD

Oggetto: Macroarea Specialistica Ambulatoriale. Invito aziendale alla sottoscrizione del Protocollo d'Intesa relativo alla DGRC 309/2022.

Ill.mo Direttore Generale,

in ordine a quanto specificato in oggetto, comunichiamo il nostro diniego alla sottoscrizione di quanto richiesto con Vostra nota del 6/7/2022.

La scrivente, in uno ai Centri rappresentati nelle diverse Branche specialistiche della Macroarea, si è costituita ad adiuvandum in sede giurisdizionale ritenendo illegittima e lesiva la Deliberazione giuntale in questione.

Distinti saluti.



ASPAT
IL PRESIDENTE
Dr. Pier Paolo Polizzi



Fed.I.Salute

Napoli, 7 luglio 2022

Al Direttore Generale p.t.
ASL NAPOLI 2 NORD

Al Responsabile Tavolo Tecnico Aziendale
ASL NAPOLI 2 NORD

Al Prof. Ettore Cinque
Assessore al Bilancio Regione Campania

All'Avv. Antonio Postiglione
Direttore Generale Tutela della Salute e delle
Risorse Naturali della Regione Campania

Al Dr. Enrico Coscioni
Consulente del Presidente De Luca
per la Sanità

Alla Commissione Regionale di Controllo della
Qualità ed Appropriatezza delle Prestazioni Sanitarie
Ambulatoriali ex DCA n. 103 del 6.12.2019

Loro Sedi

OGGETTO: Riscontro Vs. nota pec senza protocollo del 6.7.2022 : Convocazione per la sottoscrizione del protocollo di intesa in esecuzione della DGRC n. 309 /2022.

In relazione alla convocazione in oggetto, comunico che non sarò presente nel giorno e nell'ora indicate nella convocazione in quanto non intendo sottoscrivere il protocollo di intesa redatto in esecuzione della DGRC n. 309/2022.

Il rifiuto di sottoscrizione si fonda sulla ritenuta illegittimità della delibera in questione e sulla sua lesività per i centri accreditati che afferiscono a questa Federazione.

Distinti saluti

Il Presidente
Luigi Muto



Data: 07 luglio 2022, 10:48:25
Da: Associazione AISIC <aisic@pec.it>
A: accreditalmento@pec.aslnapoli2nord.it
CC: federlabcampania@pec.it
bruno.accarino@mysecuremail.it
odontoiatriaccreditati@pec.it
aiopcampania@pec.it
fedisalutecampania@pec.it
federazione.fras@legalmail.it
nazionalefederbiologi@pcert.it
anisap@pec.it
api@pec.api.napoli.it
federcardiocampania@pec.it
unioneindustrialinapoli@pec.it
aspat@pec.it

Oggetto: SOTTOSCRIZIONE PROTOCOLLI D'INTESA 2022 ai sensi della D.G.R.C. n. 309/2022

Il sottoscritto Gaetano Gambino nella qualità di Presidente dell'AISIC comunica che l'Associazione da me rappresentata non intende sottoscrivere il Protocollo d'Intesa 2022 ai sensi della DGRC 309/2022, in quanto ha proposto ricorso avverso la DGRC 599/2021 di cui il decreto in oggetto costituisce modifica e integrazione.

Cordialità.

AISIC
Il Presidente
Dr. Gaetano Gambino

Da : accreditalmento@pec.aslnapoli2nord.it

A : "Associazione Categoria FEDERLAB_Campania" federlabcampania@pec.it,"Associazione Categoria AISIC" aisic@pec.it,"Associazione Categoria SNR" bruno.accarino@mysecuremail.it,"FEDERODONTOIATRI Associazione Categoria" odontoiatriaccreditati@pec.it,"Associazione Categoria AIOP" aiopcampania@pec.it,"Associazione di Categoria FED.I.SALUTE" fedisalutecampania@pec.it,"Associazione Categoria FRAS" federazione.fras@legalmail.it,"Associazione Categoria FEDERBIOLOGI" nazionalefederbiologi@pcert.it,"ANISAP Associazione Categoria" anisap@pec.it,"Associazione Categoria ConfAPI" api@pec.api.napoli.it,"Associazione Categoria FEDERCARDIO" federcardiocampania@pec.it,"Associazione Categoria UNINIONE INDUSTRIALI Napoli" unioneindustrialinapoli@pec.it,"ASPAT Associazione Categoria" aspat@pec.it

Cc :

Data : Wed, 6 Jul 2022 14:36:40 +0200 (CEST)

Oggetto : SOTTOSCRIZIONE PROTOCOLLI D'INTESA SPECIALISTICA AI SENSI DELLA D.G.R.C. n. 309 del 21.06.2022

Le SS.LL. sono invitate per il giorno 8 luglio 2022 alle ore 11.00 per procedere alla sottoscrizione dei Protocolli d'Intesa anno 2022, ai sensi della D.G.R.C. 309/2022



SINDACATO NAZIONALE AREA RADIOLOGICA

Segreteria Regionale della Campania

Settore Liberi Professionisti

**Al Direttore Generale p.t.
Dell'ASL NAPOLI 2 NORD**

**Ai Responsabile del Tavolo Tecnico
Aziendale della ASL NAPOLI 2 NORD**

e p.c. **Al On. Vincenzo De Luca**
Presidente della Regione Campania

Al Prof Ettore Cinque
Assessore al Bilancio della Regione Campania

All' **Avv. Antonio Postiglione**
Direttore Generale Tutela della Salute e
delle Risorse Naturali della Regione Campania

Al Dr. Enrico Coscioni
Consulente del Presidente De Luca
per la Sanità

alla **Commissione Regionale di controllo della Qualità
ed Appropriatezza delle Prestazioni Sanitarie
Ambulatoriali** – ex DCA 103/2019 del 06/12/19

Salerno 07/07/2022

LORO SEDI

OGGETTO: Riscontro Vs. Nota pec senza protocollo del 06/07/2022 recante convocazione per la sottoscrizione del protocollo d'intesa in esecuzione della DGR Camp 309/2022.

In nome e per conto del SNR – Sindacato Nazionale Area Radiologica – segreteria regionale della Campania – settore dei liberi professionisti –, in qualità di rappresentante regionale, io sottoscritto Dr. Bruno Accarino,

COMUNICO

che non mi recherò presso la sede dell'ASL NAPOLI 2 NORD nel giorno e nell'ora indicate nella convocazione in oggetto in quanto non intendo sottoscrivere il protocollo di intesa redatto in esecuzione della DGR Camp. 309/2022.

Il rifiuto di sottoscrizione si fonda sulla ritenuta illegittimità della delibera in questione e sulla sua lesività per i centri accreditati rappresentati dal SNR.

Cordiali saluti

Il rappresentante regionale
Dr. Bruno Accarino

Allegato A\3

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

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

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

PREMESSO

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

PRECISATO

- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto, che recepisce i criteri e le modalità applicative della citata DGRC n. ___ del __/06/2022.

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(oggetto)

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

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

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



Allegato A\3

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

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

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

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

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

(per la Diabetologia) ad € _____;

(oppure, per la Cardiologia) ad € _____;

(oppure, per la Radiodiagnostica)

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

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

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

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

(oppure, per la Medicina Nucleare)

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

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

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

Allegato A\3

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

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

ad € [] per le strutture accreditate classificate in Tipologia "C".

(oppure: solo per Branche a Visita):

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

€ [] per la disciplina ministeriale [] (codice) [] (descrizione);

€ [] per la disciplina ministeriale [] (codice) [] (descrizione);

€ [] per la disciplina ministeriale [] (codice) [] (descrizione);

... ..
€ [] per la disciplina ministeriale [] (codice) [] (descrizione).

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

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

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

Allegato A\3

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

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

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

3. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
4. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC nn. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6

(Tavolo Tecnico)

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

Allegato A13

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

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

BRANCA	Tipologia A	Tipologia B	Tipologia C	Tipologia D
Radiodiagnostica	Radiologia tradizionale di base ed ecografia	Radiologia tradizionale, ecografia e TAC	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN \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	

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

Art. 7

(documentazione delle prestazioni e modalità di pagamento delle prestazioni)

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

Allegato A\3

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

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

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

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



Allegato A\3

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

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

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

Art. 8

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

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

Art. 9

(debito informativo e CUP regionale)

1. Le strutture private accreditate sono impegnate:

Allegato A13

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

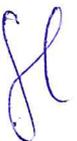
(Protocollo Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)

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

Art. 10

(fascicolo sanitario elettronico e protezione dei dati)

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



Allegato A13

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

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

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

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

Art. 11

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

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

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

Art. 12

(efficacia)

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

Art. 13

(norme finali)

Allegato A\3

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

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

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

Art. 14

(Clausola di salvaguardia)

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

li , ___ / _____

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione
Associazione FEDERCARDIO
IL PRESIDENTE
Dottor Silvio Siciliano

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

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione
Associazione FEDERCARDIO
IL PRESIDENTE
Dottor Silvio Siciliano

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

PREMESSO

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

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

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

**Art. 2
(oggetto)**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

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

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

4. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
5. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC nn. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6 (Tavolo Tecnico)

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

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

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

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

Art. 7

(documentazione delle prestazioni e modalità di pagamento delle prestazioni)

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

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

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

Art. 8

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 12**(efficacia)**

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

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

Art. 13
(norme finali)

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

Art. 14
(Clausola di salvaguardia)

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

li , ____ / _____

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione

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

Timbro e firma della ASL _____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione
