

Contratto TRA

La struttura privata ----- (cod. NSIS -----)

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

con sede in ----- (Prov: CE ; CAP: ----- – Via ----- n.... rappresentato dal sottoscritto -----, CF ----- come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o della Regione che redige il presente atto, il / la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 T.U. 445/2000, dichiara:

- a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentate legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure - copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni (*oppure: si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di concordato con continuità aziendale*);
- c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 6 del D.Lgs. n. 159/2011, che non sussistono le cause ostative previste dagli articoli 67 e 84, comma 4, del D.Lgs. n. 159/2011 e, più in generale, le cause di esclusione di cui agli articoli 94 e 95 del D.Lgs. n. 36/2023;
- 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 dal Documento Unico di Regolarità Contributiva – DURC prot. (INPS o INAIL) n. _____ del _____ ex art. 94, comma 6, e art. 95, comma 2, del D.Lgs. n. 36/2023.

E

L'Azienda Sanitaria Locale ----- con sede in -----, --- ----- Partita IVA: -
----- **rappresentata dal Direttore Generale** -----, nato a ----- il -----, munito dei necessari poteri come da D.G.R.C. di nomina n. --- del // nonché D.P.G.R.C n. --- del -----,

PER

regolare i volumi massimi e i correlati limiti di spesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - branca di RADIOTERAPIA per il **2026**, ai sensi della DGRC _____

PREMESSO

- che la DGRC n. 599 del 28.12.2021, così come integrata e modificata dalla DGRC n. 215 del 04.05.2022, ha definito i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti in via provvisoria per l'anno 2022, per le prestazioni di radioterapia;
- che la DGRC n. 609 del 22.11 2022 ha approvato in via definitiva i tetti individuali “di struttura”, assegnati per l'esercizio 2022 alle strutture private di Radioterapia, e i relativi schemi contrattuali;
- che la DGRC n. 800 del 29.12.2023, ha definito i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2023 e, in via provvisoria, per l'anno 2024, per le prestazioni di radioterapia, in base ai LEA temporaneamente vigenti fino al 30.11.2024;
- che la DGRC n. 757 del 27.12.2024 ha approvato in via definitiva i volumi di prestazioni di radioterapia ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2024 e, in via provvisoria, per l'anno

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

- che il Direttore Generale della sottoscritta ASL, in attuazione delle disposizioni recate dalla richiamata DGRC n. 757/2024, con propria deliberaha stabilito in via provvisoria per ciascuna struttura privata accreditata i limiti massimi di spesa nell'esercizio 2025, entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie relativamente alla branca di Radioterapia;
- con DGRC n. 741 del 22.10.2025 sono stati fissati in via definitiva i limiti di spesa per l'esercizio 2025 di cui alla DGRC n. 757 del 27.12.2024;
- con DGRC n. 755 del 04.11.2025 sono state semplificate le procedure vigenti, in tema di dialisi e radioterapia, per la remunerazione delle prestazioni eccedenti i limiti prefissati;
- con DGRC n. 694 del 08.10.2025 è stato modificato lo schema di contratto già previsto dalla DGRC 175 del 2 aprile 2025 per la Radioterapia con la modifica dell'articolo 7 comma 2;
- che il presente contratto si uniforma ai nuovi schemi dei contratti ex art. 8-quinquies con gli erogatori privati accreditati, approvati dalla richiamata DGRC n. 694 del 08.10.2025 e s.m.i.

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 RADIOTERAPIA da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2026, da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa, ai sensi della DGRC.....

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il volume massimo delle prestazioni di RADIOTERAPIA, che la ASL prevede di dover acquistare, nel periodo 1/1 – 31/12/2026 in via provvisoria dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2026, è stabilito in n. -----.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa relativa al volume di prestazioni di RADIOTERAPIA, determinato all'art. 3, comma 1, è fissato in via provvisoria come segue:
 - a) in € ----- per l'anno 2026, applicando le tariffe pro tempore vigenti;
 - b) in € ----- per l'anno 2026, applicando le tariffe pro tempore vigenti, al netto della compartecipazione dell'utente (ticket e quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i.).
 - c) in considerazione del carattere indifferibile e "salvavita" delle prestazioni di Radioterapia ed al fine di evitare interruzioni e/o ritardi nella erogazione di tali prestazioni, si confermano per l'anno 2026 sia i limiti di spesa fissati dalla DGRC 741 del 2025, sia le procedure già utilizzate

e finalizzate a remunerare la spesa eccedente i limiti prefissati così come integrate dalla DGRC.....;

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 al ____% (____-), per il 2026.
3. I limiti di spesa fissati al comma precedente per i residenti fuori regione sono inderogabili. Al contrario, l'eventuale sotto utilizzo di tali limiti potrà essere speso per le prestazioni rese ai cittadini residenti in Campania, fermo restando il rispetto dei limiti complessivi di spesa stabiliti al precedente comma 1.
4. L'importo di cui al comma 1, lettera a), diviso per il corrispondente volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 1, definisce il valore medio delle prestazioni da aggiornare in corso d'anno secondo quanto previsto dai successivi art. 6 e 8.
5. La sottoscritta ASL dà atto che il valore medio delle prestazioni, da non superare di oltre il 10% ai fini del rispetto del vincolo di cui al successivo art. 8, comma 2, lettera a), è attualmente pari ad € _____, calcolato in base ai dati relativi alle prestazioni erogate nel periodo 01/01/2025 - 31/12/2025 dall'insieme delle strutture accreditate appartenenti alla stessa branca ed aventi la stessa classificazione.

Art. 5
(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. Le prestazioni di cui al precedente art. 4 sono remunerate applicando le tariffe di cui al nomenclatore regionale e relativo catalogo dell'assistenza specialistica ambulatoriale pro tempore vigente, al netto del ticket e della quota ricetta (e fatte salve eventuali successive modifiche delle tariffe che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati con delibera della Giunta Regionale).
2. In ogni caso, tutti gli importi separatamente fissati nel precedente art. 4 quali limiti di spesa al netto del ticket e della quota ricetta costituiscono i limiti massimi di remunerazione delle prestazioni acquistate dalla sottoscritta struttura privata accreditata, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza del limite di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui al medesimo art. 4, ovvero, di residua disponibilità dei volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3. Al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa al netto del ticket e della quota ricetta, l'ASL potrà acquistare volumi di prestazioni (e, quindi, di spesa lorda) maggiori di quelli previsti.
3. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.

4. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC nn. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.
5. Le parti si danno atto che eventuali superamenti del limite di spesa (inteso quale tetto di spesa annuale per singola struttura applicato in dodicesimi mensili uguali) di cui al precedente art. 4 saranno remunerate a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, applicando le stesse condizioni e modalità stabilite per l'esercizio 2025 dalla DGRC n. 755/2025, così come modificata dalla DGRC _____, con una decurtazione 1) del 25% della tariffa sugli eventuali sforamenti residui dei singoli centri privati per le prestazioni rese nei mesi di da gennaio a luglio 2026; 2) del 25% della tariffa sugli eventuali sforamenti residui dei tetti di spesa dei singoli centri privati per le prestazioni rese nei mesi di agosto e settembre 2026; 3) del 20% della tariffa sugli eventuali sforamenti residui dei tetti di spesa dei singoli centri privati per prestazioni rese nel mese di ottobre 2026; 4) del 15% della tariffa sugli eventuali sforamenti residui dei tetti di spesa dei singoli centri privati per prestazioni rese nei mesi di novembre e dicembre.
6. La sottoscritta struttura privata prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse, a condizione che sia stata registrata la loro erogazione sul **Sistema CUP Sinfonia** in data non anteriore alla loro prenotazione.

Art. 6
(Tavolo Tecnico e Controlli)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e promuovere la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto da n. __ membri di cui n. __ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. __ membri nominati dalla ASL, di cui un membro con funzione di coordinamento. Al tavolo tecnico partecipa obbligatoriamente il Referente del Nucleo Operativo di Controllo (NOC) della ASL per la specifica linea di attività per il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, prevista dal DCA n. 103 del 06.12.2019 (pubblicato sul BURC n. 77/2019).
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Le ASL competenti assicurino lo svolgimento di verifiche rigorose, periodiche e documentate sull'appropriatezza prescrittiva, clinica e organizzativa delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate, accertandone la conformità alla normativa vigente, alle linee guida nazionali e regionali, nonché agli standard assistenziali applicabili.
4. Le verifiche devono essere condotte anche su base individuale, con cadenza bimestrale, avendo riguardo alla congruità del numero delle prestazioni e delle sedute erogate in rapporto al numero degli assistiti in trattamento e ai relativi cicli, sulla base delle elaborazioni dei flussi informativi regionali e tenuto conto delle raccomandazioni delle società scientifiche di riferimento nazionali e internazionali nonché dei criteri definiti dalla competente Direzione Generale, anche sulla base dei lavori della Commissione regionale di cui al D.D. n. 856/2024 e ss.mm.ii. e dell'istituendo tavolo regionale;
5. Tali verifiche sono finalizzate a garantire la corretta allocazione delle risorse pubbliche, la qualità e la sicurezza dell'assistenza erogata e la piena coerenza delle prestazioni rese con i fabbisogni assistenziali effettivi. Le prestazioni che, all'esito dei controlli, risultino non appropriate, non conformi o comunque non riconoscibili secondo la disciplina vigente non sono ammesse a

remunerazione a carico del S.S.R., con conseguente attivazione, ove ne ricorrano i presupposti, delle procedure di recupero delle somme eventualmente già corrisposte.

6. 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;
- d) il numero degli assistiti in trattamento nonché il valore medio per assistito trattato e per ciclo;
- e) il monitoraggio del rapporto tra sedute e assistiti.

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. Per l'esercizio 2026, analogamente all'esercizio 2025, al fine di assicurare l'erogazione di congrui acconti sulla integrazione del limite di spesa, prevista dal precedente art. 5, comma 5, si stabilisce che, a fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari all'85% della produzione mensile dal 1° gennaio al 30 giugno 2026, e all'80% della produzione mensile a decorrere dal 1° luglio 2026, liquidabile anche oltre il limite di spesa di cui al precedente art. 4, lett. a) e b), 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, fatti salvi gli abbattimenti tariffari, stabiliti per diverse prestazioni dal vigente Catalogo Regionale (DGRC n.660/2024 e s.m.i.) in rapporto al numero di sedute per assistito e/o alle altre limitazioni (per intero trattamento, per singolo focolaio, ecc.)".
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, pari – a decorrere dal 1° luglio 2026 - all'80% della produzione. Ciò al fine di evitare la richiesta di eventuali note di credito infra annuali, ove possibile, sulle fatture già emesse. Il pagamento del saldo avverrà in unica soluzione a consuntivo entro il termine del 30 giugno dell'anno successivo, previa emissione di apposita fattura. Qualora in sede di conguaglio annuale, l'importo dell'acconto già corrisposto risulti superiore al valore effettivo delle prestazioni validate,

l'eccedenza sarà compensata in via automatica mediante trattenuta sui primi acconti dovuti per l'anno finanziario successivo.

Le eventuali decurtazioni per sfioramento del vincolo di costo medio saranno comunicate dalla ASL a partire dal primo semestre, e saranno conguagliate in aumento o in diminuzione a consuntivo dell'esercizio. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore delle strutture private accreditate, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime. **Si sottolinea, inoltre, che per le prestazioni erogate deve essere rispettata la condizione posta nell'art. 5, comma 6.**

4. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
5. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, la parte non riconoscibile va stornata dall'acconto del mese successivo, 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, come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: otto punti percentuali.
8. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
9. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
10. Ai fini del rispetto dell'art. 3, comma 8, della legge 13 agosto 2010, n. 136, sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del presente contratto:

codice IBAN: -----;

presso: _____,
generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: ----- impegnandosi a comunicare tempestivamente, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante, eventuali modifiche. Si impegna, inoltre, ad osservare le disposizioni vigenti inerenti al CIG, secondo le prescrizioni derivanti dalla attuazione della delibera ANAC n. 371 del 27 luglio 2022 e s.m.i.

Art. 8

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

1. Il coordinatore del tavolo tecnico di cui all'art. 6, entro il mese successivo alla fine di ciascun trimestre solare, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4, e lo comunica agli altri componenti del tavolo tecnico ed alla sottoscritta struttura accreditata.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private accreditate, non è consentito alla sottoscritta struttura privata di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni (**VMP**), determinato secondo i criteri di cui al comma 4 dell'art. 4. Il vincolo si applica in corso d'anno, sul progressivo delle prestazioni rese nel primo semestre, sul periodo gennaio – settembre e a saldo del consuntivo dell'intero esercizio.
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 diseguaglianze applicative del presente contratto le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, sulla attuazione degli adempimenti previsti dal presente contratto, comprese le attività svolte nell'ambito del tavolo tecnico.

Art. 9

(debito informativo e CUP regionale)

1. La sottoscritta struttura privata con la sottoscrizione del presente contratto si impegna:
 - a) ad entrare ed operare con continuità nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (Sistema **IN**Formativo saNità Campan**IA** di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d'ora che l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale dovrà avvenire attraverso l'utilizzo del Sistema CUP SINFONIA, attraverso agende informatizzate di prenotazione a carico del SSR, secondo le modalità operative ed evolutive stabilite dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e/o dalla Giunta regionale;
 - b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall'art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;

- c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, comprese quelle con onere a carico dell'assistito, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 e s.m.i.;
 - d) ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.
2. La sottoscritta struttura privata è tenuta a mettere e mantenere a disposizione del Sistema CUP SINFONIA il 100% delle proprie agende digitali - in sola visibilità - per tutte le prestazioni oggetto del presente contratto; è tenuta, altresì, ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali per classi di priorità e ad effettuare la presa in carico dell'utente per le prestazioni relative ai follow-up.
 3. La sottoscritta ASL effettuerà i controlli, in relazione alle ricette dematerializzate delle prestazioni ambulatoriali erogate, attraverso la verifica dei dati elettronici resi disponibili dal Sistema TS con la lista delle ricette dematerializzate (NRE) erogate nel mese e registrate sul SAC, come sancito dal D.L. 78/2010 art. 11, comma 16 e quanto presente nel FILE C. Si precisa che nel debito informativo della struttura rientrano anche i dati e i documenti clinici (ai fini del FSE di cui al successivo art. 10) inerenti alle prestazioni sanitarie erogate in regime privatistico. In caso di irregolarità formali la struttura privata potrà procedere alla regolarizzazione dei flussi informativi, ove ancora possibile e consentito. Eventuali incongruenze potranno determinare la sospensione dei pagamenti finché non saranno state rimosse.
 4. Qualora vengano rilevate difformità in ordine a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, l'ufficio preposto della ASL, sulla base dei controlli effettuati dal Nucleo Operativo di Controllo (NOC) ai sensi del DCA n. 103/2019, procederà a specifica contestazione, anche ai fini della eventuale decurtazione degli importi non dovuti.
 5. La struttura privata è responsabile della completezza e qualità dei dati trasmessi. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'erogatore, qualora non tempestivamente rimosso, costituisce giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento. In tal caso la sottoscritta ASL proporrà alla Regione con delibera motivata la sospensione dell'accREDITamento sino al permanere dell'inadempimento, fatta salva la possibilità che si giunga alla revoca dell'accREDITamento da parte degli organi competenti per grave inadempimento.

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

1. Al fine di garantire la trasmissione della documentazione sanitaria al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del cittadino, che abbia espresso il proprio consenso ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (c.d. GDPR), ove previsto da norme nazionali o regionali, la sottoscritta struttura privata si impegna ad adempiere a quanto necessario, per garantire l'interoperabilità del proprio sistema informatico ai fini dell'invio al FSE dei dati del cittadino, con quanto realizzato dalla Regione in materia di specifiche tecniche e supporto informatico per i relativi test.
2. L'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico dovrà avvenire secondo le nuove Linee Guida FSE 2.0 ai sensi dei Decreti del Ministro della Salute del 20 maggio 2022 - *Linee Guida per*

l'Attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (G.U. n. 160 del 11.07.2022), del 7 settembre 2023 - *Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0* (G.U. n. 249 del 24.10.2023) e dell'11 novembre 2025 – *Modifiche al decreto 7 settembre 2023, concernente il fascicolo sanitario elettronico 2.0* (GU n°286 del 10 dicembre 2025).

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

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

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

Art. 12
(efficacia del contratto e norme finali)

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2026 in esecuzione delle delibere richiamate in premessa.
2. Il presente contratto sarà adeguato ad eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.
3. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
4. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere le delibere richiamate in premessa.

Art. 13

(Clausola di salvaguardia)

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

li , ____ / _____

Timbro e firma della ASL
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui: all'art. 5, comma 6: *“La sottoscritta struttura privata prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse a condizione che sia stata registrata la loro erogazione sul Sistema CUP Sinfonia in data non anteriore alla loro prenotazione”*; all'art. 7, comma 6: *“(A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito)”*, l'art. 12, comma 3: *“Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti”*, e l'intero art. 13 (Clausola di salvaguardia) del presente contratto che si ripete integralmente per l'espressa accettazione:

“Art. 13

Clausola di salvaguardia

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

Anno 2026
(Contratto Radioterapia)

provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente contratto”.

3. Con la sottoscrizione del presente contratto la struttura accetta anche i criteri e la metodologia di determinazione dei limiti di spesa, che restano fermi per le determinazioni successive relative alla medesima annualità.

Timbro e firma della ASL
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata
