



MACROAREA ASSISTENZA SPECIALISTICA

ALLEGATO 1/A - CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025

BRANCHE di: PATOLOGIA CLINICA

CONSUNTIVO 2024

nsis		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	nsis	
		TETTI 2024 INDIVIDUALI DI STRUTTURA										VOLUMI E VALORI DI PRODUZIONE INDIVIDUALI DI STRUTTURA									ABBATTIMENTI E CONTROLLI				
		PRESTAZIONI "NON R"			PRESTAZIONI "R"			PRESTAZIONI "R/7 - R101"			PRESTAZIONI "NON R"			PRESTAZIONI "R"			PRESTAZIONI "R/7 - R101"			DISTRETTUALI					
NSIS	Fascia	Numero Prestazioni	Imp. Lordo "NON R"	Imp. Netto "NON R"	Numero Prestazioni	Imp. Lordo "R"	Imp. Netto "R"	Numero Prestazioni	Imp. Lordo "R7"	Imp. Netto "R7"	Numero Prestazioni	Imp. Lordo "NON R"	Imp. Netto "NON R"	Numero Prestazioni	Imp. Lordo "R"	Imp. Netto "R"	Numero Prestazioni	Imp. Lordo "R7"	Imp. Netto "R7"	NON R	R-R7	Totali NON R + R	NSIS		
085200	A	55.568	192.265,98 €	152.713,24 €	-	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €	0,00 €	59.724	219.386,41 €	165.222,41 €	-	- €	- €	-	- €	- €	- €	- €	- €	085200		
085300	A	26.743	92.530,85 €	73.495,51 €	-	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €	0,00 €	29.599	114.426,50 €	84.147,32 €	3	23,51 €	27,04 €	-	- €	- €	289,71 €	- €	289,71 €	085300		
085500	A	70.711	244.661,09 €	194.329,70 €	139	10.387,00 €	9.859,14 €	65	7.055,52 €	6.820,92 €	81.262	307.910,96 €	231.573,44 €	312	19.250,71 €	16.823,51 €	100	5.905,00 €	5.145,17 €	- €	- €	- €	085500		
085700	A	41.360	143.106,44 €	113.666,75 €	-	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €	0,00 €	40.823	142.855,21 €	115.525,81 €	1	5,50 €	5,50 €	-	- €	- €	- €	- €	- €	085700		
085900	A	45.443	157.232,00 €	124.886,42 €	-	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €	0,00 €	65.943	224.878,38 €	146.274,06 €	1	20,66 €	19,00 €	-	- €	- €	- €	- €	- €	085900		
086500	A	3.719	12.868,61 €	10.221,30 €	-	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €	0,00 €	4.989	15.741,79 €	12.726,84 €	-	- €	- €	-	- €	- €	- €	- €	- €	086500		
086700	A	25.971	89.859,94 €	71.374,06 €	-	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €	0,00 €	27.511	102.256,97 €	72.212,92 €	-	- €	- €	-	- €	- €	- €	- €	- €	086700		
087600	A	33.229	114.972,46 €	91.320,46 €	-	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €	0,00 €	35.079	124.439,47 €	100.394,21 €	3	14,07 €	9,58 €	-	- €	- €	- €	- €	- €	087600		
087700	B	153.705	561.022,07 €	445.609,27 €	-	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €	0,00 €	201.145	701.359,61 €	491.174,78 €	34	361,84 €	288,44 €	-	- €	- €	- €	- €	- €	087700		
087800	C	49.575	185.906,19 €	147.661,78 €	6.045	453.414,68 €	430.373,05 €	5.507	594.888,00 €	575.104,79 €	89.421	313.597,04 €	256.692,26 €	7.543	709.188,85 €	660.862,23 €	3.884	420.976,19 €	395.913,55 €	- €	6.047,05 €	6.047,05 €	087800		
095200	A	62.360	215.766,93 €	171.379,61 €	-	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €	0,00 €	64.011	244.123,27 €	181.363,81 €	17	200,42 €	146,04 €	-	- €	- €	- €	- €	- €	095200		
105400	A	9.150	31.657,35 €	25.144,84 €	-	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €	0,00 €	9.029	27.702,67 €	23.403,67 €	-	- €	- €	-	- €	- €	211,25 €	- €	211,25 €	105400		
125100	A	45.379	157.012,64 €	124.712,18 €	-	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €	0,00 €	44.448	161.841,76 €	125.767,26 €	-	- €	- €	-	- €	- €	- €	- €	- €	125100		
145300	A	109.773	379.815,63 €	301.680,40 €	-	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €	0,00 €	151.726	539.278,84 €	430.413,51 €	-	- €	- €	-	- €	- €	- €	- €	- €	145300		
150001	A	79.265	274.257,46 €	217.837,54 €	-	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €	0,00 €	110.140	363.285,47 €	235.954,09 €	155	1.496,15 €	1.228,41 €	-	- €	- €	- €	- €	- €	150001		
150002	A	68.936	238.518,42 €	189.450,69 €	-	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €	0,00 €	75.438	246.146,50 €	213.572,48 €	210	1.913,26 €	1.757,63 €	-	- €	- €	- €	- €	- €	150002		
150003	A	72.470	250.744,70 €	199.161,80 €	-	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €	0,00 €	91.919	313.141,91 €	200.564,30 €	1	4,69 €	4,15 €	-	- €	- €	- €	- €	- €	150003		
150004	A	43.294	149.797,90 €	118.981,65 €	-	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €	0,00 €	45.029	155.280,00 €	121.688,14 €	65	628,66 €	554,17 €	-	- €	- €	67,59 €	- €	67,59 €	150004		
150005	A	43.288	149.775,72 €	118.964,04 €	-	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €	0,00 €	46.549	160.997,59 €	134.209,55 €	10	96,24 €	83,02 €	-	- €	- €	- €	- €	- €	150005		
150115	A	38.666	133.785,56 €	106.263,35 €	-	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €	0,00 €	45.353	149.553,77 €	120.376,22 €	-	- €	- €	-	- €	- €	75,01 €	- €	75,01 €	150115		
150116	A	79.871	276.355,28 €	219.503,80 €	-	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €	0,00 €	85.593	300.704,37 €	241.613,91 €	-	- €	- €	-	- €	- €	27,65 €	- €	27,65 €	150116		
150117	A	24.348	84.243,02 €	66.912,64 €	-	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €	0,00 €	30.054	86.877,63 €	73.840,53 €	-	- €	- €	-	- €	- €	196,80 €	- €	196,80 €	150117		
150122	A	52.414	181.352,45 €	144.044,84 €	-	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €	0,00 €	61.321	211.719,98 €	163.486,53 €	1	9,14 €	5,24 €	-	- €	- €	- €	- €	- €	150122		
155100	A	36.668	126.870,45 €	100.770,81 €	-	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €	0,00 €	52.859	181.931,62 €	138.332,89 €	17	147,14 €	131,70 €	-	- €	- €	160,77 €	- €	160,77 €	155100		
155200	A	39.818	137.768,56 €	109.426,97 €	-	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €	0,00 €	43.502	149.559,38 €	123.646,18 €	1	9,14 €	3,19 €	-	- €	- €	10,11 €	- €	10,11 €	155200		
AGG001	C	39.514	148.176,65 €	117.693,92 €	1.818	136.434,66 €	129.415,41 €	1.201	129.680,64 €	125.367,89 €	72.986	277.727,68 €	210.183,71 €	4.832	313.540,84 €	288.755,29 €	411	46.778,99 €	44.003,29 €	200,04 €	139.233,30 €	139.433,34 €	AGG001		
AGG002	C	159.358	597.591,73 €	474.655,86 €	2.104	157.805,00 €	149.785,99 €	2.759	298.020,64 €	288.110,24 €	235.558	914.266,04 €	676.761,46 €	3.042	202.912,38 €	180.340,80 €	1.617	180.794,09 €	165.372,76 €	- €	16.554,13 €	16.554,13 €	AGG002		
AGG003	A	152.004	525.934,24 €	417.739,67 €	-	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €	0,00 €	159.664	575.102,76 €	483.392,67 €	6	86,52 €	70,00 €	-	- €	- €	8,55 €	- €	8,55 €	AGG003		
AGG004	A	70.052	242.378,32 €	192.516,54 €	-	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €	0,00 €	68.760	232.593,31 €	202.792,74 €	2	22,87 €	20,03 €	-	- €	- €	- €	- €	- €	AGG004		
AGG005	A	98.131	339.534,67 €	269.685,99 €	-	0,00 €	0,00 €	-	0,00 €	0,00 €	65.772	241.784,73 €	186.801,52 €	11	244,96 €	186,42 €	-	- €	- €	- €	- €	- €	AGG005		
AGG006	A	62.538	234.517,07 €	186.272,50 €	938	52.959,02 €	50.437,16 €	1.270	86.351,49 €	83.479,95 €	69.294	248.666,04 €	198.140,30 €	240	21.901,41 €	21.447,88 €	317	36.251,81 €	35.911,53 €	- €	- €	- €	AGG006		
		1.893.321	6.670.280,38 €	5.298.078,13 €	11.044	811.000,36 €	769.870,75 €	10.802	1.115.996	1.078.883,79 €	2.264.501,00 €	8.049.137,66 €	6.162.249,52 €	15.969,00 €	1.266.794,19 €	1.168.229,72 €	6.329	690.706,08 €	646.346,29 €						

Il referente Tetti di Spesa

Dott. Luigi Califano



MACROAREA ASSISTENZA SPECIALISTICA

BRANCHE di: PATOLOGIA CLINICA

CONSUNTIVO 2024

ALLEGATO 1/B - CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025

Main data table with columns for NSIS (23-56), VOLUMI E VALORI DI PRODUZIONE DI STRUTTURA DOPO CONTROLLI, and VOLUMI E VALORI DI PRODUZIONE DI STRUTTURA DOPO CONTROLLI E CM. Includes sub-headers for PRESTAZIONI "NON R", "R", and "R7-R101", and a detailed PRODUZIONE NETTA 2024 section.

RIEPILOGO BRANCA PATOLOGIA CLINICA

Summary table for RIEPILOGO BRANCA PATOLOGIA CLINICA showing Tetto netto di branca NON R, R, and R7.

Summary table for Produzione netta di branca NON R, R, and R7.

Summary table for Produzione netta complessiva entro tetto, Extra-produzione entro +10%, and Extra-produzione oltre +10%.

Summary table for Storamento tetto NON R, Storamento tetto R, and Economia tetto R7.

Il referente Tetti di Spesa

Dott. Luigi Galiterno

Handwritten signature of Luigi Galiterno



MACROAREA ASSISTENZA SPECIALISTICA

ALLEGATO 2 - CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025

BRANCHE di: DIABETOLOGIA - BRANCHE A VISITA - CARDIOLOGIA - MEDICINA NUCLEARE - RADIOTERAPIA - RADIODIAGNOSTICA

CONSUNTIVO 2024

Main data table with columns 1-25. Headers include BRANCA, NSIS, FASCIA, TETTI 2024, VOLUMI E VALORI DI PRODUZIONE, CONTROLLI, CM Gruppo, CM Strutt., Δ CM, OVER CM, VOLUMI E VALORI DI PRODUZIONE DOPO CONTROLLI E OVER CM, Totale produzione, Extra produzione, Extra produzione entro 10%, Extra produzione oltre 10%.

Riepilogo 2024

Summary table for 2024 with columns: Description, Loro, Netto. Rows include Diabetologia, Branche a Visita, Cardiologia, Medicina Nucleare, Radioterapia, Radiodiagnostica.

Il referente Tetti di Spesa

Dot. Luigi Califano

[Signature]

CM GRUPPI + 10%

Table with 2 columns: CM, Valore. Rows: CM DIABETOLOGIA (9,44 €), CM CARDIOLOGIA (38,39 €), CM RADIOLOGIA - C (37,47 €), CM RADIOLOGIA - D (67,89 €).



MACROAREA ASSISTENZA SPECIALISTICA
BRANCA di: Riabilitazione ex art.44 - FKT
CONSUNTIVO 2024

NSIS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
NSIS	TETTO DI SPESA - DGRC 757/2024			VOLUMI PRODUTTIVI 2024			SUPERAMENTO TETTO DGRC 757/2024	ECONOMIA INDIVIDUALE	SUPERAMENTO TETTO INDIVIDUALE	% DISTRIBUZIONE ECONOMIE	DISTRIBUZIONE ECONOMIE INDIVIDUALI	IMPORTO NETTO RICONOSCIBILE	ABBATTIMENTI RESIDUI SUPERAMENTO TETTO
	VOLUME PRESTAZIONI	LIMITE DI SPESA LORDO	LIMITE DI SPESA NETTO	VOLUME PRESTAZIONI	IMPORTO LORDO	IMPORTO NETTO							
085600	19.240	409.042,56 €	373.019,54 €	21.424	443.376,62 €	403.985,47 €	30.965,93 €	- €	30.965,93 €	53,12%	21.723,29	394.742,83 €	9.242,64 €
086000	24.724	519.235,97 €	473.508,57 €	24.729	532.711,17 €	490.787,57 €	17.279,00 €	- €	17.279,00 €	29,64%	12.121,60	485.630,17 €	5.157,40 €
086100	19.241	406.542,55 €	370.739,68 €	18.596	393.303,26 €	349.133,76 €	21.605,92 €	- 21.605,92 €	- €	0,00%	-	349.133,76 €	0,00 €
087500	7.360	143.655,28 €	131.004,04 €	7.117	144.363,95 €	133.893,95 €	2.889,91 €	- €	2.889,91 €	4,96%	2.027,34	133.031,38 €	862,57 €
150007	3.704	76.923,85 €	70.149,42 €	3.893	80.848,84 €	76.067,64 €	5.918,22 €	- €	5.918,22 €	10,15%	4.151,76	74.301,18 €	1.766,46 €
AMB336	1.877	43.077,35 €	39.283,67 €	2.162	44.333,27 €	40.530,12 €	1.246,45 €	- €	1.246,45 €	2,14%	874,41	40.158,08 €	372,04 €
AMB340	12.415	250.002,50 €	227.985,61 €	11.388	235.947,19 €	213.782,44 €	14.203,17 €	- 14.203,17 €	- €	0,00%	-	213.782,44 €	0,00 €
AMB341	963	31.538,78 €	28.761,26 €	1.290	28.240,60 €	26.417,65 €	2.343,61 €	- 2.343,61 €	- €	0,00%	-	26.417,65 €	0,00 €
AMB342	1.877	38.981,16 €	35.548,21 €	1.820	36.973,70 €	32.802,50 €	2.745,71 €	- 2.745,71 €	- €	0,00%	-	32.802,50 €	0,00 €
	91.401	1.919.000,00 €	1.750.000,00 €	92.419	1.940.098,60 €	1.767.401,10 €	17.401,10 €	- 40.898,41 €	58.299,51 €	100,00%	40.898,41 €	1.750.000,00 €	17.401,10 €

Riepilogo FKT - 2024

Tetto di Spesa ASL DGRC 757/2024 - Lordo	1.919.000,00 €
Tetto di Spesa ASL DGRC 757/2024 - Netto	1.750.000,00 €
Volume economico di produzione - Lordo	1.940.098,60 €
Volume economico di produzione - Netto	1.767.401,10 €
Superamento tetto complessivo - Netto	17.401,10 €
Economie distribuibili entro tetto - Netto	40.898,41 €
Importo riconoscibile di branca - Netto	1.750.000,00 €

Il referente Tetto di Spesa

Dott. Luigi Califano



APPLICAZIONE DGRC n. 757/2024

Branca: **PATOLOGIA CLINICA**

CONTEGGIO DEL TETTO BASE 2023 IN RELAZIONE ALLA COM AL 01/01/2023 E AL TETTO E ALLA PRODUZIONE 2022

ASL AV **LAB_01**

1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
NSIS	Classe VMP per il 2023	€ VMP Consuntivo 2022	C.O.M. vigente dal 01.01.23	Valore teorico massimo di produzione COM xVMP	TETTO TEORICO 2023	TETTO DI SPESA NETTO 2022	CONSUNTIVO 2022 NETTO LIQUIDATO	INDICE Tetto 2023 Tetto 2022 e Liquidato 2022	Ordinamento in base all'INDICE			Formazione dei tre gruppi			Modifica tetto NETTO 2023	"TETTO BASE" 2023: Importi ordinati per NSIS				
									NSIS	Tetto netto 2023	Graudatoria	2%	0%	-2%		NSIS	NETTO 2023 (Cl.12)	Modifica (Cl.17)	BASE 2023 (Cl.12+17)	
												1°	2°	3°						
085200	A	3,46	99.960	345.861,60 €	78.731,60 €	164.208,00 €	166.550,09 €	0,476	AGG001	400.513,00 €	1	400.513,00 €			8.010,26 €	085200	164.208,00 €	- €	164.208,00 €	
085300	A	3,46	83.300	288.218,00 €	65.609,66 €	79.027,00 €	91.731,95 €	0,768	105400	27.037,00 €	2	27.037,00 €			540,74 €	085300	79.027,00 €	1.580,54 €	80.607,54 €	
085500	A	3,68	199.920	735.705,60 €	167.475,30 €	226.892,00 €	232.547,68 €	0,729	086500	10.991,00 €	3	10.991,00 €			219,82 €	085500	226.892,00 €	- €	226.892,00 €	
085700	A	3,46	99.960	345.861,60 €	78.731,60 €	122.222,00 €	131.368,99 €	0,621	AGG003	449.182,00 €	4	449.182,00 €			8.983,64 €	085700	122.222,00 €	- €	122.222,00 €	
085900	A	3,46	73.500	254.310,00 €	57.890,88 €	134.286,00 €	144.810,53 €	0,415	150003	214.152,00 €	5	214.152,00 €			4.283,04 €	085900	134.286,00 €	- 2.685,72 €	131.600,28 €	
086500	A	3,46	33.075	114.439,50 €	26.050,90 €	10.991,00 €	12.026,32 €	2,264	087700	479.150,00 €	6	479.150,00 €			9.583,00 €	086500	10.991,00 €	219,82 €	11.210,82 €	
086700	A	3,46	70.805	244.985,30 €	55.768,21 €	76.746,00 €	82.692,84 €	0,700	AGG004	207.007,00 €	7	207.007,00 €			4.140,14 €	086700	76.746,00 €	- €	76.746,00 €	
087600	A	3,46	133.332	461.328,72 €	105.016,42 €	98.194,00 €	110.462,24 €	1,007	150116	236.026,00 €	8	236.026,00 €			4.720,52 €	087600	98.194,00 €	1.963,88 €	100.157,88 €	
087700	B	3,65	864.000	3.153.600,00 €	717.882,42 €	479.150,00 €	478.760,45 €	1,499	087600	98.194,00 €	9	98.194,00 €			1.963,88 €	087700	479.150,00 €	9.583,00 €	488.733,00 €	
087800	C	14,88	274.890	4.090.363,20 €	931.126,28 €	1.239.935,00 €	1.198.608,70 €	0,764	155100	108.356,00 €	10	108.356,00 €			2.167,12 €	087800	1.239.935,00 €	2.743,79 €	1.242.678,79 €	
095200	A	3,46	91.630	317.039,80 €	72.170,63 €	184.279,00 €	187.921,18 €	0,388	085300	79.027,00 €	11	79.027,00 €			1.580,54 €	095200	184.279,00 €	- 3.685,58 €	180.593,42 €	
105400	A	3,46	99.960	345.861,60 €	78.731,60 €	27.037,00 €	28.061,71 €	2,858	087800	1.239.935,00 €	12	137.189,67 €	1.102.745,33 €		2.743,79 €	105400	27.037,00 €	540,74 €	27.577,74 €	
125100	A	3,46	83.300	288.218,00 €	65.609,66 €	134.099,00 €	140.180,39 €	0,478	AGG005	289.985,00 €	13		289.985,00 €		- €	125100	134.099,00 €	- €	134.099,00 €	
145300	A	3,46	199.920	691.723,20 €	157.463,19 €	324.388,00 €	354.661,27 €	0,464	085500	226.892,00 €	14		226.892,00 €		- €	145300	324.388,00 €	- 2.174,45 €	322.213,55 €	
150001	A	3,46	99.960	345.861,60 €	78.731,60 €	234.234,00 €	236.270,68 €	0,335	086700	76.746,00 €	15		76.746,00 €		- €	150001	234.234,00 €	- 4.684,68 €	229.549,32 €	
150002	A	3,46	73.500	254.310,00 €	57.890,88 €	203.710,00 €	203.622,19 €	0,284	085700	122.222,00 €	16		122.222,00 €		- €	150002	203.710,00 €	- 4.074,20 €	199.635,80 €	
150003	A	3,46	408.000	1.411.680,00 €	321.353,45 €	214.152,00 €	214.376,42 €	1,500	125100	134.099,00 €	17		134.099,00 €		- €	150003	214.152,00 €	4.283,04 €	218.435,04 €	
150004	A	3,46	73.500	254.310,00 €	57.890,88 €	127.937,00 €	136.028,11 €	0,439	150115	114.262,00 €	18		114.262,00 €		- €	150004	127.937,00 €	- 2.558,74 €	125.378,26 €	
150005	A	3,46	44.100	152.586,00 €	34.734,53 €	127.918,00 €	140.414,70 €	0,259	085200	164.208,00 €	19		164.208,00 €		- €	150005	127.918,00 €	- 2.558,36 €	125.359,64 €	
150115	A	3,46	73.500	254.310,00 €	57.890,88 €	114.262,00 €	128.267,28 €	0,477	145300	324.388,00 €	20		215.665,34 €	108.722,67 €	- 2.174,45 €	150115	114.262,00 €	- €	114.262,00 €	
150116	A	3,46	360.000	1.245.600,00 €	283.547,17 €	236.026,00 €	236.845,95 €	1,199	AGG002	981.239,00 €	21			981.239,00 €	- 19.624,78 €	150116	236.026,00 €	4.720,52 €	240.746,52 €	
150117	A	3,46	36.750	127.155,00 €	28.945,44 €	71.949,00 €	74.548,61 €	0,395	150004	127.937,00 €	22			127.937,00 €	- 2.558,74 €	150117	71.949,00 €	- 1.438,98 €	70.510,02 €	
150122	A	3,46	83.300	288.218,00 €	65.609,66 €	154.887,00 €	161.025,98 €	0,415	150122	154.887,00 €	23			154.887,00 €	- 3.097,74 €	150122	154.887,00 €	- 3.097,74 €	151.789,26 €	
155100	A	3,46	129.600	448.416,00 €	102.076,98 €	108.356,00 €	139.558,48 €	0,823	085900	134.286,00 €	24			134.286,00 €	- 2.685,72 €	155100	108.356,00 €	2.167,12 €	110.523,12 €	
155200	A	3,46	44.100	152.586,00 €	34.734,53 €	117.663,00 €	119.617,15 €	0,293	150117	71.949,00 €	25			71.949,00 €	- 1.438,98 €	155200	117.663,00 €	- 2.353,26 €	115.309,74 €	
AGG001	C	8,65	984.000	8.511.600,00 €	1.937.572,30 €	400.513,00 €	551.286,80 €	4,071	095200	184.279,00 €	26			184.279,00 €	- 3.685,58 €	AGG001	400.513,00 €	8.010,26 €	408.523,26 €	
AGG002	C	6,09	299.880	1.826.269,20 €	415.730,13 €	981.239,00 €	850.084,79 €	0,454	150001	234.234,00 €	27			234.234,00 €	- 4.684,68 €	AGG002	981.239,00 €	- 19.624,78 €	961.614,22 €	
AGG003	A	3,46	912.000	3.155.520,00 €	718.319,49 €	449.182,00 €	449.646,41 €	1,598	155200	117.663,00 €	28			117.663,00 €	- 2.353,26 €	AGG003	449.182,00 €	8.983,64 €	458.165,64 €	
AGG004	A	3,46	330.552	1.143.709,92 €	260.353,01 €	207.007,00 €	213.292,75 €	1,239	150002	203.710,00 €	29			203.710,00 €	- 4.074,20 €	AGG004	207.007,00 €	4.140,14 €	211.147,14 €	
AGG005	A	3,46	288.000	996.480,00 €	226.837,73 €	289.985,00 €	318.792,24 €	0,745	150005	127.918,00 €	30			127.918,00 €	- 2.558,36 €	AGG005	289.985,00 €	- €	289.985,00 €	
				32.246.127,84 €	7.340.477,00 €	7.340.474,00 €	7.534.062,88 €			7.340.474,00 €			2.446.824,67 €	2.446.824,67 €	2.446.824,67 €	0,00 €		7.340.474,00 €	- 0,00 €	7.340.474,00 €

Il referente tetti di Spesa

Dott. Luigi Califano



APPLICAZIONE DGRC n. 757/2024

Branca: **PATOLOGIA CLINICA**

CONTEGGIO DEL TETTO BASE 2024 IN RELAZIONE ALLA COM AL 01/01/2024 E AL TETTO E ALLA PRODUZIONE 2023

ASL AV **LAB_02**

1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			15			16	17	18	19	20	21
												Formazione dei tre gruppi			Modifica								
NSIS	Classe VMP per il 2024	€ VMP Consuntivo 2023	C.O.M. vigente dal 01.01.24	Valore teorico massimo di produzione COM xVMP	TETTO TEORICO 2024	TETTO DI SPESA NETTO 2023	CONSUNTIVO 2023 NETTO LIQUIDATO	INDICE Tetto 2024 Teorico Vs Tetto 2023 e Liquidato 2023	Ordinamento in base all'INDICE			2%	0%	-2%	Tetto NETTO 2024								
									NSIS	Tetto netto 2023	Graudatoria					1°	2°	3°	NSIS	NETTO 2024 (Cl.12)	Modifica (Cl.17)	BASE 2024 (Cl.12+17)	
085200	A	3,46	239.998	830.393,08 €	112.389,53 €	164.208,00 €	177.521,61 €	0,658	AGG001	400.513,00 €	1	400.513,00 €				8.010,26 €	085200	164.208,00 €	- €	164.208,00 €			
085300	A	3,46	83.300	288.218,00 €	39.008,86 €	79.027,00 €	86.140,29 €	0,472	105400	27.037,00 €	2	27.037,00 €				540,74 €	085300	79.027,00 €	- 1.580,54 €	77.446,46 €			
085500	A	3,7	768.000	2.841.600,00 €	384.596,27 €	226.892,00 €	249.581,43 €	1,614	085500	226.892,00 €	3	226.892,00 €				4.537,84 €	085500	226.892,00 €	- 4.537,84 €	231.429,84 €			
085700	A	3,46	99.960	345.861,60 €	46.810,63 €	122.222,00 €	123.667,39 €	0,381	AGG002	981.239,00 €	4	981.239,00 €				19.624,78 €	085700	122.222,00 €	- 2.444,44 €	119.777,56 €			
085900	A	3,46	266.664	922.657,44 €	124.877,05 €	134.286,00 €	133.995,38 €	0,931	086500	10.991,00 €	5	10.991,00 €				219,82 €	085900	134.286,00 €	- 2.685,72 €	136.971,72 €			
086500	A	3,46	33.075	114.439,50 €	15.488,81 €	10.991,00 €	11.155,52 €	1,399	AGG003	449.182,00 €	6	449.182,00 €				8.983,64 €	086500	10.991,00 €	- 219,82 €	11.210,82 €			
086700	A	3,46	70.805	244.985,30 €	33.157,53 €	76.746,00 €	76.989,94 €	0,431	085900	134.286,00 €	7	134.286,00 €				2.685,72 €	086700	76.746,00 €	- 1.534,92 €	75.211,08 €			
087600	A	3,46	133.332	461.328,72 €	62.438,52 €	98.194,00 €	107.488,76 €	0,607	150003	214.152,00 €	8	214.152,00 €				4.283,04 €	087600	98.194,00 €	- €	98.194,00 €			
087700	B	3,65	864.000	3.153.600,00 €	426.823,90 €	479.150,00 €	483.280,93 €	0,887	087700	479.150,00 €	9	2.532,67 €	476.617,33 €			50,65 €	087700	479.150,00 €	- 50,65 €	479.200,65 €			
087800	C	20,19	274.890	5.550.029,10 €	751.168,53 €	1.239.935,00 €	1.329.986,82 €	0,585	145300	324.388,00 €	10		324.388,00 €			- €	087800	1.239.935,00 €	- 9.676,59 €	1.230.258,41 €			
095200	A	3,46	252.000	871.920,00 €	118.009,99 €	184.279,00 €	184.475,44 €	0,640	AGG004	207.007,00 €	11		207.007,00 €			- €	095200	184.279,00 €	- €	184.279,00 €			
105400	A	3,46	99.960	345.861,60 €	46.810,63 €	27.037,00 €	19.495,32 €	2,012	150116	236.026,00 €	12		236.026,00 €			- €	105400	27.037,00 €	- 540,74 €	27.577,74 €			
125100	A	3,46	83.300	288.218,00 €	39.008,86 €	134.099,00 €	134.901,80 €	0,290	085200	164.208,00 €	13		164.208,00 €			- €	125100	134.099,00 €	- 2.681,98 €	131.417,02 €			
145300	A	3,46	604.800	2.092.608,00 €	283.223,97 €	324.388,00 €	356.826,28 €	0,832	095200	184.279,00 €	14		184.279,00 €			- €	145300	324.388,00 €	- €	324.388,00 €			
150001	A	3,46	99.960	345.861,60 €	46.810,63 €	234.234,00 €	241.230,89 €	0,197	087600	98.194,00 €	15		98.194,00 €			- €	150001	234.234,00 €	- 4.684,68 €	229.549,32 €			
150002	A	3,46	73.500	254.310,00 €	34.419,58 €	203.710,00 €	198.775,87 €	0,171	087800	1.239.935,00 €	16		756.105,34 €	483.829,67 €		- 9.676,59 €	150002	203.710,00 €	- 4.074,20 €	199.635,80 €			
150003	A	3,46	408.000	1.411.680,00 €	191.063,79 €	214.152,00 €	214.293,31 €	0,892	155100	108.356,00 €	17		108.356,00 €			- 2.167,12 €	150003	214.152,00 €	- 4.283,04 €	218.435,04 €			
150004	A	3,46	73.500	254.310,00 €	34.419,58 €	127.937,00 €	127.859,93 €	0,269	AGG005	289.985,00 €	18		289.985,00 €			- 5.799,70 €	150004	127.937,00 €	- 2.558,74 €	125.378,26 €			
150005	A	3,46	108.000	373.680,00 €	50.575,71 €	127.918,00 €	139.305,22 €	0,379	085300	79.027,00 €	19		79.027,00 €			- 1.580,54 €	150005	127.918,00 €	- 2.558,36 €	125.359,64 €			
150115	A	3,46	73.500	254.310,00 €	34.419,58 €	114.262,00 €	118.597,18 €	0,296	086700	76.746,00 €	20		76.746,00 €			- 1.534,92 €	150115	114.262,00 €	- 2.285,24 €	111.976,76 €			
150116	A	3,46	360.000	1.245.600,00 €	168.585,70 €	236.026,00 €	244.851,74 €	0,701	085700	122.222,00 €	21		122.222,00 €			- 2.444,44 €	150116	236.026,00 €	- €	236.026,00 €			
150117	A	3,46	36.750	127.155,00 €	17.209,79 €	71.949,00 €	73.443,79 €	0,237	150005	127.918,00 €	22		127.918,00 €			- 2.558,36 €	150117	71.949,00 €	- 1.438,98 €	70.510,02 €			
150122	A	3,46	83.300	288.218,00 €	39.008,86 €	154.887,00 €	163.082,89 €	0,245	150115	114.262,00 €	23		114.262,00 €			- 2.285,24 €	150122	154.887,00 €	- 3.097,74 €	151.789,26 €			
155100	A	3,46	129.600	448.416,00 €	60.690,85 €	108.356,00 €	119.191,28 €	0,533	125100	134.099,00 €	24		134.099,00 €			- 2.681,98 €	155100	108.356,00 €	- 2.167,12 €	106.188,88 €			
155200	A	3,46	44.100	152.586,00 €	20.651,75 €	117.663,00 €	129.429,75 €	0,167	150004	127.937,00 €	25		127.937,00 €			- 2.558,74 €	155200	117.663,00 €	- 2.353,26 €	115.309,74 €			
AGG001	C	10,48	984.000	10.312.320,00 €	1.395.720,66 €	400.513,00 €	246.837,28 €	4,312	150122	154.887,00 €	26		154.887,00 €			- 3.097,74 €	AGG001	400.513,00 €	- 8.010,26 €	408.523,26 €			
AGG002	C	6,61	1.713.005	11.322.963,05 €	1.532.506,12 €	981.239,00 €	1.035.456,18 €	1,520	150117	71.949,00 €	27		71.949,00 €			- 1.438,98 €	AGG002	981.239,00 €	- 19.624,78 €	1.000.863,78 €			
AGG003	A	3,46	912.000	3.155.520,00 €	427.083,77 €	449.182,00 €	451.744,48 €	0,948	150001	234.234,00 €	28		234.234,00 €			- 4.684,68 €	AGG003	449.182,00 €	- 8.983,64 €	458.165,64 €			
AGG004	A	3,46	330.552	1.143.709,92 €	154.795,39 €	207.007,00 €	213.560,17 €	0,736	150002	203.710,00 €	29		203.710,00 €			- 4.074,20 €	AGG004	207.007,00 €	- €	207.007,00 €			
AGG005	A	3,46	288.000	996.480,00 €	134.868,56 €	289.985,00 €	257.975,68 €	0,492	155200	117.663,00 €	30		117.663,00 €			- 2.353,26 €	AGG005	289.985,00 €	- 5.799,70 €	284.185,30 €			
				50.438.839,91 €	6.826.643,39 €	7.340.474,00 €	7.451.142,55 €					7.340.474,00 €	2.446.824,67 €			2.446.824,67 €	2.446.824,67 €	- €	7.340.474,00 €				

Il referente tetti di Spesa
Dott. Luigi Califano



APPLICAZIONE DGRC n. 757/2024

PUNTEGGIO NEGLI INDICATORI DI PERFORMANCE E TOTALE VARIAZIONI DA APPLICARE SUL TETTO 2024

Rif.: Delibera ASL AV n.747 del 30/05/2024

Branca:

1	3	4	5	6	7	8	9	10	11
NSIS_23	Tetto NETTO 2024 DGRC 800/2023	Ordinamento in base al punteggio indicatori di performance sui dati consuntivi 2022				Formazione dei tre gruppi			Variazione da applicare sul Tetto BASE 2023
		NSIS	Punteggio Indicatori Performance	Tetto BASE 2023 da Lab_01 Cl.21	Graudatoria	3%	0%	-3%	
						1°	2°	3°	
085200	112.389,53 €	AGG002	19	961.614,22 €	1	961.614,22 €			28.848,43 €
085300	39.008,86 €	AGG001	19	408.523,26 €	2	408.523,26 €			12.255,70 €
085500	384.596,27 €	145300	18	322.213,55 €	3	322.213,55 €			9.666,41 €
085700	46.810,63 €	085500	18	226.892,00 €	4	226.892,00 €			6.806,76 €
085900	124.877,05 €	AGG005	17	289.985,00 €	5	289.366,19 €	618,81 €		8.680,99 €
086500	15.488,81 €	AGG004	17	211.147,14 €	6	210.696,56 €	450,58 €		6.320,90 €
086700	33.157,53 €	105400	17	27.577,74 €	7	27.518,89 €	58,85 €		825,57 €
087600	62.438,52 €	087800	16	1.244.259,33 €	8		1.244.259,33 €		- €
087700	426.823,90 €	150001	16	229.549,32 €	9	229.549,32 €			- €
087800	751.168,53 €	150002	16	199.635,80 €	10	199.635,80 €			- €
095200	118.009,98 €	155100	16	110.523,12 €	11	110.523,12 €			- €
105400	46.810,63 €	AGG003	15	458.165,64 €	12	450.068,96 €	8.096,68 €		242,90 €
125100	39.008,86 €	155200	15	115.309,74 €	13	113.271,99 €	2.037,75 €		61,13 €
145300	283.223,97 €	087600	15	100.157,88 €	14	98.387,90 €	1.769,98 €		53,10 €
150001	46.810,63 €	085200	14	164.208,00 €	15	164.208,00 €			4.926,24 €
150002	34.419,58 €	150116	13	240.746,52 €	16	240.746,52 €			7.222,40 €
150003	191.063,79 €	095200	13	180.593,42 €	17	180.593,42 €			5.417,80 €
150004	34.419,58 €	150005	13	125.359,64 €	18	125.359,64 €			3.760,79 €
150005	50.575,71 €	086700	13	76.746,00 €	19	76.746,00 €			2.302,38 €
150115	34.419,58 €	085900	12	131.600,28 €	20	131.600,28 €			3.948,01 €
150116	168.585,70 €	150115	12	114.262,00 €	21	114.262,00 €			3.427,86 €
150117	17.209,79 €	150117	12	70.510,02 €	22	70.510,02 €			2.115,30 €
150122	39.008,86 €	087700	11	488.733,00 €	23	488.733,00 €			14.661,99 €
155100	60.690,85 €	150004	11	125.378,26 €	24	125.378,26 €			3.761,35 €
155200	20.651,75 €	085700	11	122.222,00 €	25	122.222,00 €			3.666,66 €
AGG001	1.395.720,86 €	150003	10	218.435,04 €	26	218.435,04 €			6.553,05 €
AGG002	1.532.506,12 €	150122	9	151.789,26 €	27	151.789,26 €			4.553,68 €
AGG003	427.083,77 €	086500	9	11.210,82 €	28	11.210,82 €			336,32 €
AGG004	154.795,39 €	125100	8	134.099,00 €	29	134.099,00 €			4.022,97 €
AGG005	134.868,56 €	085300	8	79.027,00 €	30	79.027,00 €			2.370,81 €
	6.826.643,39 €			7.340.474,00 €		2.446.824,67 €	2.446.824,67 €	2.446.824,67 €	0,00 €

12	13	14	15	16	17	18	19
NSIS	Punteggio Indicatori Performance	Tetto BASE 2024 da Lab_02 Cl.21	Graudatoria	Formazione dei tre gruppi			Variazione da applicare sul Tetto BASE 2024
				3%	0%	-3%	
				1°	2°	3°	
AGG002	20	1.000.863,78 €	1	1.000.863,78 €			30.025,91 €
085500	20	231.429,84 €	2	231.429,84 €			6.942,90 €
087800	19	1.230.258,41 €	3	911.766,99 €	318.491,41 €		27.353,01 €
AGG001	19	408.523,26 €	4	302.764,05 €	105.759,21 €		9.082,92 €
AGG003	18	458.165,64 €	5	458.165,64 €			- €
150001	18	229.549,32 €	6	229.549,32 €			- €
AGG004	18	207.007,00 €	7	207.007,00 €			- €
155200	18	115.309,74 €	8	53,10 €	115.309,74 €		- €
145300	16	324.388,00 €	9	324.388,00 €			- €
150115	16	111.976,76 €	10	111.976,76 €			- €
155100	16	106.188,88 €	11	106.188,88 €			- €
087600	16	98.194,00 €	12	98.194,00 €			- €
150116	15	236.026,00 €	13	236.026,00 €			- €
150117	15	70.510,02 €	14	70.510,02 €			- €
105400	15	27.577,74 €	15	27.577,74 €			- €
AGG005	14	284.185,30 €	16	13.388,50 €	270.796,80 €		8.123,90 €
150002	14	199.635,80 €	17	9.405,22 €	190.230,58 €		5.706,92 €
085200	14	164.208,00 €	18	7.736,15 €	156.471,85 €		4.694,16 €
150122	14	151.789,26 €	19	7.151,08 €	144.638,18 €		4.339,15 €
150005	13	125.359,64 €	20	125.359,64 €			3.760,79 €
087700	12	479.200,65 €	21	479.200,65 €			14.376,02 €
085300	11	77.446,46 €	22	77.446,46 €			2.323,39 €
086700	11	75.211,08 €	23	75.211,08 €			2.256,33 €
150003	10	218.435,04 €	24	218.435,04 €			6.553,05 €
085900	10	136.971,72 €	25	136.971,72 €			4.109,15 €
086500	10	11.210,82 €	26	11.210,82 €			336,32 €
095200	9	184.279,00 €	27	184.279,00 €			5.528,37 €
085700	9	119.777,56 €	28	119.777,56 €			3.593,33 €
125100	7	131.417,02 €	29	131.417,02 €			3.942,51 €
150004	7	125.378,26 €	30	125.378,26 €			3.761,35 €
		7.340.474,00 €		2.446.824,67 €	2.446.824,67 €	2.446.824,67 €	0,00 €

20	21	22	23	24	25
NSIS	Variazione per indicatori di performance sui dati di attività del 2022 e del 2023		Variazione del Tetto base per il 2023: da Lab_01_col.20	Variazione del Tetto base per il 2024: da Lab_02_col.20	Totale variazioni
	da col. 11 per il 2023	da col. 19 per il 2024			
085200	- 4.926,24 €	- 4.694,16 €	- €	- €	- 9.620,40 €
085300	- 2.370,81 €	- 2.323,39 €	1.580,54 €	- 1.580,54 €	- 4.694,20 €
085500	6.806,76 €	6.942,90 €	- €	- €	18.287,50 €
085700	- 3.666,66 €	- 3.593,33 €	- €	- €	- 7.244,44 €
085900	- 3.948,01 €	- 4.109,15 €	- 2.685,72 €	2.685,72 €	- 8.057,16 €
086500	- 336,32 €	- 336,32 €	219,82 €	219,82 €	- 233,01 €
086700	- 2.302,38 €	- 2.256,33 €	- €	- €	- 6.093,63 €
087600	- €	- €	1.963,88 €	- €	1.910,78 €
087700	- 14.661,99 €	- 14.376,02 €	9.583,00 €	50,65 €	- 19.404,36 €
087800	- €	27.353,01 €	2.743,79 €	- 9.676,59 €	20.420,21 €
095200	- 5.417,80 €	- 5.528,37 €	3.685,58 €	- €	- 14.631,75 €
105400	825,57 €	- €	540,74 €	540,74 €	1.907,05 €
125100	- 4.022,97 €	- 3.942,51 €	- €	- €	- 10.647,46 €
145300	9.666,41 €	- €	2.174,45 €	- €	7.491,95 €
150001	- €	- €	4.684,68 €	- €	9.369,36 €
150002	- €	- 5.706,92 €	- 4.074,20 €	- 4.074,20 €	- 13.855,32 €
150003	- 6.553,05 €	- 6.553,05 €	4.283,04 €	4.283,04 €	- 4.540,02 €
150004	- 3.761,35 €	- 3.761,35 €	2.558,74 €	2.558,74 €	- 12.640,18 €
150005	- 3.760,79 €	- 3.760,79 €	- 2.558,36 €	- 2.558,36 €	- 12.638,30 €
150115	- 3.427,86 €	- €	- €	- 2.285,24 €	- 5.713,10 €
150116	- 7.222,40 €	- €	- €	4.720,52 €	- €
150117	- 2.115,30 €	- €	- 1.438,98 €	- 1.438,98 €	- 4.993,26 €
150122	- 4.553,68 €	- 4.339,15 €	- 3.097,74 €	- 3.097,74 €	- 15.088,30 €
155100	- €	- €	2.167,12 €	2.167,12 €	- €
155200	- 61,13 €	- €	2.353,26 €	- 2.353,26 €	- 4.767,65 €
AGG001	12.255,70 €	9.082,92 €	8.010,26 €	8.010,26 €	37.359,14 €
AGG002	28.848,43 €	30.025,91 €	- 19.624,78 €	19.624,78 €	58.874,34 €
AGG003	- 242,90 €	- €	8.983,64 €	8.983,64 €	17.724,38 €
AGG004	6.320,90 €	- €	4.140,14 €	- €	10.461,04 €
AGG005	6.860,99 €	- 8.123,90 €	- €	- 5.799,70 €	- 5.242,62 €
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	- €	0,00 €

Il referente tetto di Spesa

Dott. Luigi Calafino



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

Indicatori di premialità - Tracciato di rilevazione ANNO 2024

Patologia Clinica

Rilevazione dei dati consuntivi 2024				INDICATORE A.1 Tecnologia		INDICATORE B.3 Invio sistematico e continuativo dei referti al Fascicolo Sanitario Elettronico		INDICATORE C.4 Rapporto tra numero dipendenti / totale addetti				INDICATORE C.5 Rapporto tra numero dipendenti laureati / totale dipendenti				INDICATORE C.6 Presenza di certificazione ISO 9001:2015 in corso di validità		INDICATORE C.7 Rapporto tra fatturato netto annuo estratto / tetto di spesa netta (prima dell'applicazione della regressione tariffaria)				INDICATORE C.8 Numero di prestazioni di laboratorio erogate nell'anno con onere a carico del S.S.R. (solo per la branca della patologia clinica)		INDICATORE C.9 Numero di giorni annui nei quali sono state erogate prestazioni a carico del S.S.R. (comprese quelle sulle quali si applica la regressione tariffaria)		INDICATORE D.10 Rapporto tra numero prestazioni con classe di priorità D e P erogate a carico del S.S.R. in accesso diretto (senza prenotazione) / totale prestazioni erogate a carico del S.S.R. con classe di priorità D e P				INDICATORE D.12 Scostamento dal valore medio di branca e di fascia di appartenenza		INDICATORE E.13 Numerosità dei punti di offerta per la medicina branca nel distretto di appartenenza o collocazione in zona disagiata		Punteggio indicatori di performance su dati 2024
CODICE ASL	COD. STRUTTURA (STS11)	COD. BRANCA TETTI	DESCRIZIONE BRANCA TETTI	IT index (%)	PUNTEGGIO INDICATORE A.1	VALORE INDICATORE B.3 SI/NO	PUNTEGGIO INDICATORE B.3	NUMERATORE C.4: Numero dipendenti	DENOMINATORE C.4: Totale addetti	VALORE INDICATORE C.4	PUNTEGGIO INDICATORE C.4	NUMERATORE C.5: Numero dipendenti laureati	DENOMINATORE C.5: Totale dipendenti	VALORE INDICATORE C.5	PUNTEGGIO INDICATORE C.5	VALORE INDICATORE C.6	PUNTEGGIO INDICATORE C.6	NUMERATORE C.7: Fatturato netto annuo estratto	DENOMINATORE C.7: Tetto di spesa netta (prima dell'applicazione della regressione tariffaria)	VALORE INDICATORE C.7	PUNTEGGIO INDICATORE C.7	VALORE INDICATORE C.8	PUNTEGGIO INDICATORE C.8	VALORE INDICATORE C.9	PUNTEGGIO INDICATORE C.9	NUMERATORE D.10: Numero prestazioni con classe di priorità D e P erogate a carico del S.S.R. in accesso diretto (senza prenotazione)	DENOMINATORE D.10: Totale prestazioni erogate a carico del S.S.R. con classe di priorità D e P	VALORE INDICATORE D.10	PUNTEGGIO INDICATORE D.10	VALORE INDICATORE D.12	PUNTEGGIO INDICATORE D.12	VALORE INDICATORE E.13	PUNTEGGIO INDICATORE E.13	
150201	085200	0004	Patologia Clinica	90%	3	SI	3	5,27	5,27	100%	2	5	5,27	95%	2	SI	1	12.509,17 €	152.713,24 €	5-10%	2	<70.000	-1	120-149	0	54.954	54.954	>30%	0	>= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	11
150201	085300	0004	Patologia Clinica	100%	3	SI	3	1	3,4	29%	0	1	1	100%	2	NO	0	10.678,85 €	73.495,51 €	>10%	3	<70.000	-1	150-179	1	-	28.067	<10%	3	>= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	13
150201	085500	0004	Patologia Clinica	92%	3	SI	3	7,35	9,48	78%	0	6	7,35	82%	2	SI	1	42.532,36 €	211.009,76 €	>10%	3	70.000-199.999	0	180-199	2	58.643	78.365	>30%	0	>= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	13
150201	085700	0004	Patologia Clinica	100%	3	SI	3	4	7	57%	0	2	4	50%	1	NO	0	1.864,56 €	113.666,75 €	0,01-1,99%	0	<70.000	-1	>200	3	-	39.727	<10%	3	0,01%-4,99% in meno	1	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	12
150201	085900	0004	Patologia Clinica	0%	-1	SI	3	7,6	8,6	88%	2	7	7,6	92%	2	NO	0	21.406,64 €	124.886,42 €	>10%	3	<70.000	-1	>200	3	-	64.624	<10%	3	0,01%-4,99% in meno	1	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	14
150201	086500	0004	Patologia Clinica	0%	-1	SI	3	3,05	3,05	100%	0	1	3,05	33%	1	NO	0	2.505,54 €	10.221,30 €	>10%	3	<70.000	-1	<120	-1	-	4.833	<10%	3	>10% in meno	3	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	9
150201	086700	0004	Patologia Clinica	20%	2	SI	3	3,01	3,84	78%	0	3	3,01	100%	2	NO	0	838,86 €	71.374,06 €	0,01-1,99%	0	<70.000	-1	>200	3	-	26.360	<10%	3	>= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	11
150201	087600	0004	Patologia Clinica	100%	3	SI	3	6,26	7,01	89%	2	2	6,26	32%	1	NO	0	9.083,33 €	91.320,46 €	5-10%	2	<70.000	-1	180-199	2	-	33.873	<10%	3	>= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	14
150201	087700	0004	Patologia Clinica	33%	2	SI	3	9,06	10,44	87%	2	8	9,06	88%	2	SI	1	45.853,95 €	445.609,27 €	>10%	3	200.000-349.999	1	>300	3	64.810	193.664	>30%	0	>= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	16
150201	087800	0004	Patologia Clinica	100%	3	SI	3	14,72	15,84	93%	2	5	14,72	34%	1	SI	1	160.328,41 €	1.153.139,62 €	>10%	3	70.000-199.999	0	>200	3	-	570	<10%	3	>= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	18
150201	095200	0004	Patologia Clinica	100%	3	SI	3	6,05	7,18	84%	2	5	6,05	83%	2	SI	1	10.130,24 €	171.379,61 €	5-10%	2	<70.000	-1	>200	3	62.440	62.440	>30%	0	>= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	14
150201	105400	0004	Patologia Clinica	60%	3	SI	3	5,26	6,68	79%	0	6	5,26	114%	2	SI	1	- €	25.144,84 €	0% o sotto il tetto	-1	<70.000	-1	<120	-1	-	8.979	<10%	3	>10% in meno	3	INFERIORE ALLA MEDIA	1	13
150201	125100	0004	Patologia Clinica	0%	-1	SI	3	1,31	1,81	72%	0	2	1,31	153%	2	SI	1	1.055,08 €	124.712,38 €	0,01-1,99%	0	<70.000	-1	120-149	0	-	43.965	<10%	3	>= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	6
150201	145300	0004	Patologia Clinica	100%	3	SI	3	10,08	11,83	85%	2	7	10,08	69%	2	SI	1	128.753,11 €	301.680,40 €	>10%	3	70.000-199.999	0	180-199	2	142.205	142.205	>30%	0	>= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	15
150201	150001	0004	Patologia Clinica	100%	3	SI	3	6,28	6,28	100%	2	5	6,28	80%	2	SI	1	19.344,96 €	217.837,54 €	5-10%	2	70.000-199.999	0	>200	3	-	109.907	<10%	3	5-10% in meno	2	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	20
150201	150002	0004	Patologia Clinica	100%	3	SI	3	4	5,15	78%	0	4	4	100%	2	SI	1	25.879,42 €	189.450,69 €	>10%	3	70.000-199.999	0	>200	3	-	72.819	<10%	3	5-10% in meno	2	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	19
150201	150003	0004	Patologia Clinica	0%	-1	SI	3	4	6	67%	0	6	4	150%	2	SI	1	1.406,65 €	199.161,80 €	0,01-1,99%	0	70.000-199.999	0	>200	3	-	83.874	<10%	3	0,01%-4,99% in meno	1	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	11
150201	150004	0004	Patologia Clinica	88%	2	SI	3	2,6	3,98	65%	0	4	2,6	154%	1	NO	0	3.260,66 €	118.981,65 €	2-4,99%	1	<70.000	-1	<120	-1	-	44.765	<10%	3	0,01%-4,99% in meno	1	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	8
150201	150005	0004	Patologia Clinica	0%	-1	SI	3	5	5	100%	2	4	5	80%	2	SI	1	15.328,54 €	118.964,04 €	>10%	3	<70.000	-1	180-199	2	-	46.486	<10%	3	0,01%-4,99% in meno	1	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	14
150201	150115	0004	Patologia Clinica	100%	3	SI	3	3,69	3,69	100%	2	3	3,69	81%	2	NO	0	14.112,87 €	106.263,35 €	>10%	3	<70.000	-1	150-179	1	-	44.684	<10%	3	5-10% in meno	2	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	17
150201	150116	0004	Patologia Clinica	60%	3	SI	3	4,15	5,15	81%	2	2	4,15	48%	1	SI	1	22.110,11 €	219.503,80 €	>10%	3	70.000-199.999	0	120-149	0	-	83.228	<10%	3	>= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	15
150201	150117	0004	Patologia Clinica	50%	2	SI	3	1,52	3,52	43%	0	1	1,52	66%	2	SI	1	6.927,89 €	66.912,64 €	>10%	3	<70.000	-1	150-179	1	-	22.872	<10%	3	>10% in meno	3	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	16
150201	150122	0004	Patologia Clinica	100%	3	SI	3	2	4	50%	0	1	2	50%	1	NO	0	19.446,93 €	144.044,84 €	>10%	3	<70.000	-1	150-179	1	-	59.905	<10%	3	0,01%-4,99% in meno	1	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	13
150201	155100	0004	Patologia Clinica	27%	2	SI	3	0	0	0	0	0	0	0	0	NO	0	37.693,78 €	100.770,81 €	>10%	3	<70.000	-1	<120	-1	-	52.698	<10%	3	0,01%-4,99% in meno	1	INFERIORE ALLA MEDIA	1	11
150201	155200	0004	Patologia Clinica	44%	2	SI	3	3,23	3,23	100%	2	4	3,23	124%	2	NO	0	14.222,40 €	109.426,97 €	>10%	3	<70.000	-1	<120	-1	-	43.409	<10%	3	0,01%-4,99% in meno	1	INFERIORE ALLA MEDIA	1	15
150201	AGG001	0004	Patologia Clinica	95%	3	SI	3	12,84	13,95	92%	2	9	12,84	70%	2	NO	0	170.465,08 €	372.477,22 €	>10%	3	70.000-199.999	0	>200	3	-	77.129	<10%	3	0,01%-4,99% in meno	1	INFERIORE ALLA MEDIA	1	21
150201	AGG002	0004	Patologia Clinica	100%	3	SI	3	24,87	25,62	97%	2	22	24,87	88%	2	SI	1	109.922,93 €	912.552,09 €	>10%	3	200.000-349.999	1	150-179	1	-	231.409	<10%	3	5-10% in meno	2	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	20
150201	AGG003	0004	Patologia Clinica	82%	3	SI	3	4,35	4,98	87%	2	2	4,35	46%	1	SI	1	65.723,00 €	417.739,97 €	>10%	3	70.000-199.999	0	>200	3	-	157.341	<10%	3	>= al v.m.	0	INFERIORE ALLA MEDIA	1	20
150201	AGG004	0004	Patologia Clinica	91%	3	SI	3	9,49	10,71	89%	2	6	9,49	63%	2	SI	1	10.296,23 €	192.516,54 €	5-10%	2	<70.000	-1	150-179	1	-	67.527	<10%	3	0,01%-4,99% in meno	1	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	16

Il Referente Tetti di Spesa
Dott. Luigi Califano



TETTI DI SPESA 2025 **Branca: PATOLOGIA CLINICA**

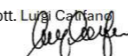
ALLEGATO 8
CONVOCAZIONE TAV.TEC. DEL 03/06/2025

PUNTEGGIO INDICATORI DI PERFORMANCE E TOTALE VARIAZIONI DA APPLICARE SUL TETTO 2025
APPLICAZIONE DGRC n. 757/2024 - DGRC n. 175/2025

NSIS_23	Note	Classe	Tetto netto definitivo 2024 (Consuntivo 2024)	Totale Variazioni nette da Lab_03 (Alleg.6)	Tetto netto dopo variazioni Dgrc 757/2024	Variazione per indicatori di performance sui dati di attività del 2024						Tetto Base NETTO 2025 PRIMA della verifica aggregazioni	Tetto Base NETTO 2025 DOPO la verifica aggregazioni	Tetto 2025 "NON ALLEGATO 3" DGRC757/2024			Tetto 2025 "ALLEGATO 3" DGRC757/2024					
						Formazione dei tre gruppi			Applicazione Indicatori di Performance 2024	Graduatoria Indicatori Performance 2024	1°			2°	3°	Variazione su tetto NETTO dopo Applicazione Indicatori di Performance 2024	N. Prest. NON Alleg. 3	Tetto LORDO NON Alleg. 3	Tetto NETTO NON Alleg. 3	N. Prest Alleg. 3	Tetto LORDO Allegato 3	Tetto NETTO Allegato 3
						5%	0%	-5%														
AGG001		C	372.477,22 €	37.359,14 €	409.836,36 €	21	1	409.836,36 €			20.491,82 €	430.328,18 €	430.328,18 €	64.715	220.677,08 €	175.279,65 €	1.281	266.392,33 €	255.048,53 €			
AGG002	1	C	912.552,09 €	58.874,34 €	971.426,43 €	20	2	971.426,43 €			48.571,32 €	1.019.997,75 €	1.128.359,23 €	254.925	869.292,93 €	690.463,00 €	2.191	455.825,64 €	437.896,23 €			
AGG003		A	417.739,67 €	17.724,38 €	435.464,05 €	20	3	435.464,05 €			21.773,20 €	457.237,25 €	457.237,25 €	157.843	489.312,44 €	388.651,66 €	6.587	86.349,25 €	68.585,59 €			
150001		A	217.837,54 €	- 9.369,36 €	208.468,18 €	20	4	208.468,18 €			10.423,41 €	218.891,59 €	218.891,59 €	75.563	234.246,83 €	186.057,85 €	3.153	41.337,68 €	32.833,74 €			
150002		A	189.450,69 €	- 13.855,32 €	175.595,37 €	19	5	162.204,88 €	13.390,49 €		8.110,24 €	183.705,62 €	183.705,62 €	63.417	196.592,57 €	156.149,77 €	2.646	34.692,81 €	27.555,84 €			
087800	2	C	1.153.139,62 €	20.420,21 €	1.173.559,83 €	18	6		1.173.559,83 €		- €	1.173.559,83 €	195.593,30 €	10.347	35.281,80 €	28.023,66 €	837	174.706,69 €	167.569,64 €			
150115		A	106.263,35 €	- 5.713,10 €	100.550,25 €	17	7		100.550,25 €		- €	100.550,25 €	100.550,25 €	34.711	107.603,85 €	85.467,71 €	1.448	18.988,92 €	15.082,54 €			
087700		B	445.609,27 €	- 19.404,36 €	426.204,91 €	16	8		426.204,91 €		- €	426.204,91 €	426.204,91 €	135.342	456.103,19 €	362.274,18 €	4.671	80.488,80 €	63.930,74 €			
AGG004		A	192.516,54 €	10.461,04 €	202.977,58 €	16	9		202.977,58 €		- €	202.977,58 €	202.977,58 €	70.070	217.216,45 €	172.530,94 €	2.924	38.332,31 €	30.446,64 €			
150117		A	66.912,64 €	- 4.993,26 €	61.919,38 €	16	10		61.919,38 €		- €	61.919,38 €	61.919,38 €	21.375	66.263,03 €	52.631,47 €	892	11.693,48 €	9.287,91 €			
145300		A	301.680,40 €	7.491,95 €	309.172,35 €	15	11		134.500,16 €	174.672,20 €	- 8.733,61 €	300.438,74 €	300.438,74 €	103.714	321.514,53 €	255.372,93 €	4.328	56.737,86 €	45.065,81 €			
150116		A	219.503,80 €	- 2.501,88 €	217.001,92 €	15	12		62.697,06 €	154.304,86 €	- 7.715,24 €	209.286,68 €	209.286,68 €	72.248	223.968,14 €	177.893,68 €	3.015	39.523,79 €	31.393,00 €			
155200		A	109.426,97 €	- 4.767,65 €	104.659,32 €	15	13		11.600,23 €	93.059,08 €	- 4.652,95 €	100.006,36 €	100.006,36 €	34.523	107.021,81 €	85.005,41 €	1.441	18.886,20 €	15.000,95 €			
095200		A	171.379,61 €	- 14.631,75 €	156.747,86 €	14	14			156.747,86 €	- 7.837,39 €	148.910,46 €	148.910,46 €	51.405	159.356,53 €	126.573,89 €	2.145	28.121,74 €	22.336,57 €			
085900		A	124.886,42 €	- 8.057,16 €	116.829,26 €	14	15			116.829,26 €	- 5.841,46 €	110.987,80 €	110.987,80 €	38.314	118.773,59 €	94.339,63 €	1.599	20.960,05 €	16.648,17 €			
150005		A	118.964,04 €	- 12.638,30 €	106.325,74 €	14	16			106.325,74 €	- 5.316,29 €	101.009,45 €	101.009,45 €	34.869	108.095,26 €	85.858,04 €	1.455	19.075,63 €	15.151,42 €			
087600		A	91.320,46 €	1.910,78 €	93.231,24 €	14	17			93.231,24 €	- 4.661,56 €	88.569,68 €	88.569,68 €	30.575	94.782,84 €	75.284,23 €	1.276	16.726,38 €	13.285,45 €			
085500		A	211.009,76 €	18.287,50 €	229.297,26 €	13	18			229.297,26 €	- 11.464,86 €	217.832,39 €	217.832,39 €	81.694	253.250,78 €	201.152,33 €	84	17.442,52 €	16.680,06 €			
150122		A	144.044,84 €	- 15.088,30 €	128.956,54 €	13	19			128.956,54 €	- 6.447,83 €	122.508,71 €	122.508,71 €	42.291	131.102,69 €	104.132,40 €	1.765	23.135,77 €	18.376,31 €			
085300		A	73.495,51 €	- 4.694,20 €	68.801,31 €	13	20			68.801,31 €	- 3.440,07 €	65.361,24 €	65.361,24 €	22.563	69.946,33 €	55.557,05 €	942	12.343,47 €	9.804,19 €			
105400		A	25.144,84 €	1.907,05 €	27.051,89 €	13	21			27.051,89 €	- 1.352,59 €	25.699,29 €	25.699,29 €	8.872	27.502,09 €	21.844,40 €	370	4.853,31 €	3.854,89 €			
085700		A	113.666,75 €	- 9.704,43 €	103.962,32 €	12	22			103.962,32 €	- 5.198,12 €	98.764,21 €	98.764,21 €	34.094	105.692,52 €	83.949,58 €	1.423	18.651,62 €	14.814,63 €			
150003		A	199.161,80 €	- 4.540,02 €	194.621,78 €	11	23			194.621,78 €	- 9.731,09 €	184.890,69 €	184.890,69 €	63.826	197.860,77 €	157.157,09 €	2.663	34.916,61 €	27.733,60 €			
085200		A	152.713,24 €	- 9.620,40 €	143.092,84 €	11	24			143.092,84 €	- 7.154,64 €	135.938,20 €	135.938,20 €	46.927	145.474,28 €	115.547,47 €	1.958	25.671,93 €	20.390,73 €			
155100		A	100.770,81 €	- €	100.770,81 €	11	25			100.770,81 €	- 5.038,54 €	95.732,27 €	95.732,27 €	33.048	102.447,89 €	81.372,43 €	1.379	18.079,04 €	14.359,84 €			
086700		A	71.374,06 €	- 6.093,63 €	65.280,43 €	11	26			65.280,43 €	- 3.264,02 €	62.016,41 €	62.016,41 €	21.409	66.366,86 €	52.713,95 €	893	11.711,80 €	9.302,46 €			
086500		A	10.221,30 €	- 233,01 €	9.988,29 €	9	27			9.988,29 €	- 499,41 €	9.488,88 €	9.488,88 €	3.276	10.154,52 €	8.065,54 €	137	1.791,97 €	1.423,33 €			
150004		A	118.981,65 €	- 12.640,18 €	106.341,47 €	8	28			106.341,47 €	- 5.317,07 €	101.024,40 €	101.024,40 €	34.875	108.111,26 €	85.870,74 €	1.455	19.078,46 €	15.153,66 €			
125100	3	A	124.712,18 €	- 10.647,46 €	114.064,72 €	6	29			114.064,72 €	- 5.703,24 €	108.361,48 €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €			
			6.556.957,07 €	5.242,62 €	6.562.199,69 €			2.187.399,90 €	2.187.399,90 €	2.187.399,90 €	0,00 €	6.562.199,69 €	5.584.233,16 €	1.646.831	5.244.012,86 €	4.165.220,70 €	54.958	1.596.516,05 €	1.419.012,47 €			
AGG003	4		5.242,62 €																			
			6.562.199,69 €																			

NOTE	
1	Il centro HUB NSISS AGG002 acquisisce come SPOKE il centro NSIS 125100 dal 01/01/2025
2	Il centro NSIS 087800 diviene SPOKE fuori ASL AV dal 01/03/2025 - Budget 2025 definito per 2/12 su ASL AV
3	Il centro NSIS 125100 diventa spoke di AGG002 dal 01/01/2025
4	Il Centro NSIS AGG003 cessa attività di HUB e diviene SPOKE fuori ASL AV dal 01/08/2024 - Importo applicazione DGRC 757/2025 pari ad € -5.242,62 segnalato a pareggio - Budget 2025 definito da altra ASL

Il referente tetti di Spesa
Dott. Luigi Capone





APPLICAZIONE DGRC n. 757/2024

CONTEGGIO DEL TETTO BASE 2023 IN RELAZIONE ALLA COM AL 01/01/2023 E AL TETTO E ALLA PRODUZIONE 2022

ALLEGATO 9 - CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025

Branca: ALTRE BRANCHE

ASL AV ALTRE_01

		1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
BRANCA	NSIS	Classe VMP per il 2023	€ VMP Consuntivo 2022	C.O.M. vigente dal 01.01.23	Valore teorico massimo di produzione COM xVMP	TETTO TEORICO 2023	TETTO DI SPESA NETTO 2022	CONSUNTIVO 2022 NETTO LIQUIDATO	INDICE Tetto 2023 Tetto 2022 e Liquidato 2022	Ordinamento in base all'INDICE			Formazione dei tre gruppi			Modifica tetto NETTO 2023	"TETTO BASE" 2023: Importi ordinati per NSIS				
										NSIS	Tetto netto 2023	Graudatoria	2%	0%	-2%		NSIS	NETTO 2023 (Cl.12)	Modifica (Cl.17)	BASE 2023 (Cl.12+17)	
DIAB	086300		8,02	190.775	1.530.015,50 €	797.014,49 €	950.124,00 €	883.604,91 €	0,869	105103	309.281,00 €	1	309.281,00 €			6.185,62 €	086300	950.124,01 €	1.823,12 €	951.947,13 €	
DIAB	105103		8,02	171.690	1.376.953,80 €	717.281,71 €	309.281,00 €	313.990,36 €	2,302	086300	950.124,00 €	2	243.999,67 €	553.280,67 €	152.843,67 €	1.823,12 €	105103	309.281,00 €	6.185,62 €	315.466,62 €	
DIAB	150002		8,02	36.000	288.720,00 €	150.399,80 €	400.437,00 €	400.581,14 €	0,376	150002	400.437,00 €	3		400.437,00 €	8.008,74 €	150002	400.437,00 €	8.008,74 €	392.428,26 €		
DIAB Tot				398.465	3.195.689,30 €	1.664.696,00 €	1.659.842,00 €	1.598.176,41 €			1.659.842,00 €			553.280,67 €	553.280,67 €	553.280,67 €		1.659.842,01 €	- €	1.659.842,01 €	
BV	086400		10,73	7.498	80.453,54 €	33.663,00 €	32.936,00 €	33.662,66 €	1,011	086400	33.663,00 €	1		33.663,00 €		- €	086400	33.662,99 €	- €	33.662,99 €	
BV	AMB527		0,00	37000	- €	85.768,00 €	- €	- €	n.v.	AMB527	85.768,00 €	2		85.768,00 €		- €	AMB527	85.768,00 €	- €	85.768,00 €	
BV Tot					80.453,54 €	119.431,00 €	32.936,00 €	33.662,66 €			119.431,00 €			119.431,00 €				119.430,99 €	- €	119.430,99 €	
CAR	087000		34,84	12.688	442.049,92 €	244.501,56 €	312.651,75 €	320.679,74 €	0,772	087400	274.541,25 €	1	195.731,00 €	78.810,25 €	- €	3.914,62 €	087000	274.541,25 €	3.914,62 €	270.626,63 €	
CAR	087400		34,84	18.200	634.088,00 €	350.719,44 €	274.541,25 €	274.391,29 €	1,278	087000	312.651,75 €	2		116.920,75 €	195.731,00 €	3.914,62 €	087400	312.651,75 €	3.914,62 €	316.566,37 €	
CAR Tot					1.076.137,92 €	595.221,00 €	587.193,00 €	595.071,03 €			587.193,00 €			195.731,00 €	195.731,00 €	195.731,00 €		587.193,00 €	- €	587.193,00 €	
MN	087203	B	321,8	10.298	3.313.896,40 €	583.018,00 €	556.341,00 €	583.017,72 €	1,023	087203	556.341,00 €	1		556.341,00 €		- €	087203	556.341,00 €	- €	556.341,00 €	
MN Tot				10.298	3.313.896,40 €	583.018,00 €	556.341,00 €	583.017,72 €			556.341,00 €			556.341,00 €		- €		556.341,00 €	- €	556.341,00 €	
RADIOTER Tot	RAD412		82,26	44.100	3.627.666,00 €	2.487.000,00 €	2.048.979,00 €	2.174.675,00 €	1,178	RAD412	2.048.979,00 €	1		2.048.979,00 €		- €	RAD412	2.048.979,00 €	- €	2.048.979,00 €	
RADIOTER Tot					3.627.666,00 €	2.487.000,00 €	2.048.979,00 €	2.174.675,00 €			2.048.979,00 €					- €		2.048.979,00 €	- €	2.048.979,00 €	
RAD	086600	C	48,00	26.914	1.291.872,00 €	477.733,26 €	576.749,22 €	601.577,24 €	0,811	RDA497	66.364,00 €	1	66.364,00 €	- €	- €	1.327,28 €	086600	576.749,22 €	- €	576.749,22 €	
RAD	086800	D	61,24	34.694	2.124.660,56 €	785.697,82 €	803.321,06 €	922.843,28 €	0,910	150007	335.826,96 €	2	335.826,96 €	- €	- €	6.716,54 €	086800	803.321,06 €	9.564,16 €	812.885,22 €	
RAD	087203d	C	48,00	9.438	453.024,00 €	167.527,92 €	297.095,59 €	355.126,34 €	0,514	150114	192.490,84 €	3	192.490,84 €	- €	- €	3.849,82 €	087203d	297.095,59 €	5.941,91 €	291.153,68 €	
RAD	150007	D	61,24	26.668	1.633.148,32 €	603.936,98 €	335.826,96 €	376.753,53 €	1,695	086800	803.321,06 €	4	478.208,20 €	325.112,86 €	- €	9.564,16 €	150007	335.826,96 €	6.716,54 €	342.543,50 €	
RAD	150008	D	61,24	30.995	1.898.133,80 €	701.928,40 €	946.822,33 €	1.051.821,35 €	0,702	086600	576.749,22 €	5		576.749,22 €	- €	- €	150008	946.822,33 €	15.515,89 €	931.306,44 €	
RAD	150114	C	48,00	15.392	738.816,00 €	273.213,58 €	192.490,84 €	179.203,42 €	1,470	150008	946.822,33 €	6		171.027,92 €	775.794,41 €	- 15.515,89 €	150114	192.490,84 €	3.849,82 €	196.340,66 €	
RAD	RDA497	C	48,00	33.204	1.593.792,00 €	589.383,04 €	66.364,00 €	13.768,76 €	14,710	087203d	297.095,59 €	7			297.095,59 €	- 5.941,91 €	RDA497	66.364,00 €	1.327,28 €	67.691,28 €	
RAD Tot				177.305	9.733.446,68 €	3.599.421,00 €	3.218.670,00 €	3.501.093,92 €			3.218.670,00 €			1.072.890,00 €	1.072.890,00 €	1.072.890,00 €		3.218.670,00 €	- €	3.218.670,00 €	

Il referente Tetti di Spesa

Dott. Luigi Califano



APPLICAZIONE DGRC n. 757/2024

CONTEGGIO DEL TETTO BASE 2024 IN RELAZIONE ALLA COM AL 01/01/2024 E AL TETTO E ALLA PRODUZIONE 2023

ALLEGATO 10 - CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025

Branca: **ALTRE BRANCHE**

ASL AV | **ALTRE_02**

1		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
BRANCA	NSIS	Classe VMP per il 2024	€ VMP Consuntivo 2023	C.O.M. vigente dal 01.01.24	Valore teorico massimo di produzione COM xVMP	TETTO TEORICO 2024	TETTO DI SPESA NETTO 2023	CONSUNTIVO 2023 NETTO LIQUIDATO	INDICE Tetto 2024 Teorico Vs Tetto 2023 e Liquidato 2023	Ordinamento in base all'INDICE			Formazione dei tre gruppi			Modifica tetto NETTO 2023	"TETTO BASE" 2024: Importi ordinati per NSIS			
										NSIS	Tetto netto 2023	Graudatoria	2%	0%	-2%		NSIS	NETTO 2023 (Cl.12)	Modifica (Cl.17)	BASE 2024 (Cl.12+17)
													1°	2°	3°					
DIAB	086300		8,38	172.410	1.444.795,80 €	748.241,65 €	950.124,00 €	955.844,60 €	0,785	105103	313.990,00 €	1	313.990,00 €	- €		6.279,80 €	086300	950.124,00 €	1.731,82 €	951.855,82 €
DIAB	105103		8,77	171.690	1.505.721,30 €	779.794,20 €	313.990,00 €	296.772,51 €	2,554	086300	950.124,00 €	2	240.908,33 €	554.898,33 €	154.317,33 €	1.731,82 €	105103	313.990,00 €	6.279,80 €	320.269,80 €
DIAB	150002		7,33	36.000	263.880,00 €	136.660,15 €	400.581,00 €	411.005,86 €	0,337	150002	400.581,00 €	3			400.581,00 €	8.011,62 €	150002	400.581,00 €	8.011,62 €	392.569,38 €
DIAB Tot				380.100	3.214.397,10 €	1.664.696,00 €	1.664.695,00 €	1.663.622,97 €			1.664.695,00 €		554.898,33 €	554.898,33 €	554.898,33 €			1.664.695,00 €	- €	1.664.695,00 €
													0,00 €	0,00 €	0,00 €					
BV	086400		10,80	7.498	80.978,40 €	33.663,00 €	32.936,00 €	33.662,66 €	1,011	086400	33.663,00 €	1	33.663,00 €	- €		673,26 €	086400	33.662,99 €	673,26 €	34.336,25 €
BV	AMB527		45,96	37000	1.700.520,00 €	85.768,00 €	- €	- €	n.v.	AMB527	85.768,00 €	2	6.147,33 €	39.810,33 €	39.810,34 €	673,26 €	AMB527	85.768,00 €	673,26 €	85.094,74 €
BV Tot					1.781.498,40 €	119.431,00 €	32.936,00 €	33.662,66 €			119.431,00 €		39.810,33 €	39.810,33 €	39.810,33 €			119.430,99 €	0,00 €	
CAR	087000		35,03	12.688	444.460,64 €	246.199,46 €	312.651,75 €	320.679,74 €	0,777	087400	274.541,25 €	1	195.731,00 €	78.810,25 €	- €	3.914,62 €	087000	312.651,75 €	3.914,62 €	308.737,13 €
CAR	087400		34,62	18.200	630.084,00 €	349.021,54 €	274.541,25 €	274.391,29 €	1,272	087000	312.651,75 €	2		116.920,75 €	195.731,00 €	3.914,62 €	087400	274.541,25 €	3.914,62 €	278.455,87 €
CAR Tot					1.074.544,64 €	595.221,00 €	587.193,00 €	595.071,03 €			587.193,00 €		195.731,00 €	195.731,00 €	195.731,00 €			587.193,00 €	- €	587.193,00 €
													- €	- €	- €					
MN	087203	B	284,05	10.298	2.925.146,90 €	583.018,00 €	556.341,00 €	583.017,72 €	1,023	087203	556.341,00 €	1		556.341,00 €		- €	087203	556.341,00 €	- €	556.341,00 €
MN Tot					2.925.146,90 €	583.018,00 €					556.341,00 €									
RADIOTER Tot	RAD412		93,04	44.100	4.103.064,00 €	2.487.000,00 €	2.487.000,00 €	2.560.210,42 €	0,985	RAD412	2.487.000,00 €	1		2.487.000,00 €		- €	RAD412	2.487.000,00 €	- €	2.487.000,00 €
RADIOTER Tot					4.103.064,00 €	2.487.000,00 €					2.487.000,00 €			2.487.000,00 €				2.487.000,00 €		2.487.000,00 €
RAD	086600	D	39,77	26.914	1.070.369,78 €	573.904,46 €	601.577,00 €	595.714,72 €	0,959	RDA497	183.981,00 €	1	183.981,00 €	- €	- €	3.679,62 €	086600	601.577,00 €	- €	601.577,00 €
RAD	086800	D	67,12	34.694	2.328.661,28 €	843.004,96 €	883.653,00 €	826.647,48 €	0,986	087203d	326.805,00 €	2	326.805,00 €	- €	- €	6.536,10 €	086800	883.653,00 €	13.780,43 €	897.433,43 €
RAD	087203d	D	67,12	9.438	633.478,56 €	311.771,97 €	326.805,00 €	217.510,26 €	1,146	086800	883.653,00 €	3	689.021,33 €	194.631,67 €		13.780,43 €	087203d	326.805,00 €	6.536,10 €	333.341,10 €
RAD	150007	D	67,12	26.668	1.789.956,16 €	352.417,14 €	369.410,00 €	378.769,78 €	0,942	086600	601.577,00 €	4		601.577,00 €	- €	- €	150007	369.410,00 €	7.388,20 €	362.021,80 €
RAD	150008	D	67,12	30.995	2.080.384,40 €	993.595,77 €	1.041.505,00 €	1.067.843,34 €	0,942	150114	192.491,00 €	5		192.491,00 €	- €	- €	150008	1.041.505,00 €	16.607,95 €	1.024.897,05 €
RAD	150114	C	39,77	15.392	612.139,84 €	183.636,41 €	192.491,00 €	191.078,12 €	0,958	150008	1.041.505,00 €	6		211.107,66 €	830.397,34 €	16.607,95 €	150114	192.491,00 €	- €	192.491,00 €
RAD	RDA497	C	39,77	33.204	1.320.523,08 €	175.517,87 €	183.981,00 €	87.246,12 €	1,294	150007	369.410,00 €	7			369.410,00 €	7.388,20 €	RDA497	183.981,00 €	3.679,62 €	187.660,62 €
RAD Tot					9.835.513,10 €	3.433.848,59 €	3.599.422,00 €	3.364.809,82 €			3.599.422,00 €		1.199.807,33 €	1.199.807,33 €	1.199.807,33 €	0,00 €		3.599.422,00 €	0,00 €	3.599.422,00 €

Il referente tetti di Spesa

Dott. Luigi Califano



APPLICAZIONE DGRC n. 757/2024

PUNTEGGIO NEGLI INDICATORI DI PERFORMANCE E TOTALE VARIAZIONI DA APPLICARE SUL TETTO 2024

Rif.: Delibera ASL AV n.747 del 30/05/2024

ALLEGATO 11 - CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025

Branca: ALTRE BRANCHE

ASL AV ALTRE_03

Main data table with columns 1-25. Columns 1-11: 2022 performance and 2023 formation. Columns 12-19: 2023 performance and 2024 formation. Columns 20-25: 2023 vs 2024 variations. Rows include various service codes (DIAB, BV, CAR, MN, RADIOTER, RAD) and their respective metrics.

Il referente tetti di Spesa

Dott. Luigi Califano

[Handwritten signature]



REGIONE CAMPANIA
 AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
 www.aslavellino.it

Indicatori di premialità - Tracciato di rilevazione ANNO 2024

Branche a Visita - Cardiologia - Diabetologia - Medicina Nucleare - Radiodiagnostica - Radioterapia

Rilevazione dei dati consuntivi 2024				INDICATORE A.1 Tecnologia		INDICATORE B.3 Invio sistematico e continuativo dei referti al Fascicolo Sanitario Elettronico		INDICATORE C.4 Rapporto tra numero dipendenti / totale addetti				INDICATORE C.5 Rapporto tra numero dipendenti laureati / totale dipendenti				INDICATORE C.6 Presenza di certificazione ISO 9001:2015 in corso di validità		INDICATORE C.7 Rapporto tra fatturato netto annuo estratto / tetto di spesa netta (prima dell'applicazione della regressione tariffaria)				INDICATORE C.8 Numero di prestazioni di laboratorio erogate nell'anno con onere a carico del S.S.R. (solo per la branca della patologia clinica)		INDICATORE C.9 Numero di giorni annui nei quali sono state erogate prestazioni a carico del S.S.R. (compresi quelle sulle quali si applica la regressione tariffaria)		INDICATORE D.10 Rapporto tra numero prestazioni con classe di priorità D e P erogate a carico del S.S.R. in accesso diretto (senza prenotazione) / totale prestazioni erogate a carico del S.S.R. con classe di priorità D e P				INDICATORE D.12 Scostamento dal valore medio di branca e di fascia di appartenenza		INDICATORE E.13 Numerosità dei punti di offerta per la medicina branca nel distretto di appartenenza o collocazione in zona disagiata		Punteggio indicatori di performance su dati 2024		
CODIC E ASL	COD. STRUTTURA (STS11)	COD. BRANCA TETTI	DESCRIZIONE BRANCA TETTI	IT index (%)	PUNTEGGIO INDICATORE A.1	VALORE INDICATORE E B.3: SI/NO	PUNTEGGIO INDICATORE E B.3	NUMERATORE E C.4: Numero dipendenti	DENOMINATORE C.4: Totale addetti	VALORE INDICATORE C.4	PUNTEGGIO INDICATORE C.4	NUMERATORE E C.5: Numero dipendenti laureati	DENOMINATORE C.5: Totale dipendenti	VALORE INDICATORE C.5	PUNTEGGIO INDICATORE C.5	VALORE INDICATORE C.6	PUNTEGGIO INDICATORE C.6	NUMERATORE C.7: Fatturato netto annuo estratto	DENOMINATORE C.7: Tetto di spesa netta (prima dell'applicazione della regressione tariffaria)	VALORE INDICATORE C.7	PUNTEGGIO INDICATORE C.7	VALORE INDICATORE C.8	PUNTEGGIO INDICATORE C.8	VALORE INDICATORE C.9	PUNTEGGIO INDICATORE C.9	NUMERATORE D.10: Numero prestazioni con classe di priorità D e P erogate a carico del S.S.R. in accesso diretto (senza prenotazione)	DENOMINATORE D.10: Totale prestazioni erogate a carico del S.S.R. con classe di priorità D e P	VALORE INDICATORE D.10	PUNTEGGIO INDICATORE D.10	VALORE INDICATORE D.12	PUNTEGGIO INDICATORE D.12	VALORE INDICATORE E.13	PUNTEGGIO INDICATORE E.13			
150201	086400	0002	Branche a visita			SI	3	1,8	2,2	82%	2	2	1,8	111%	2	NO	0	650,45 €	31.306,59 €	2-4,99%	1					<120	-1	-	3.811	<10%	3	>= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	9
150201	AMBS27	0002	Branche a visita			SI	3	4,93	13,72	36%	0	3	4,93	61%	0	SI	1	5.076,64 €	343.070,00 €	0,01-1,99%	0					>200	3	-	11.545	<10%	3	>= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	9
150201	087000	0003	Cardiologia	0%	-1	SI	3	2,25	4,35	52%	0	0	2,25	0%	0	NO	0	11.728,23 €	298.232,40 €	2-4,99%	1					>200	3	-	9.738	<10%	3	>= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	8
150201	087400	0003	Cardiologia	50%	2	SI	3	0	3	0%	0	0	0	0%	0	SI	1	- €	255.323,13 €	0% o sottoutilizzo del tetto	-1					150-179	1	-	7.483	<10%	3	0,01%-4,99% in meno	1	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	9
150201	086300	0001	Diabetologia	44%	2	SI	3	6,2	12,13	51%	0	6	6,2	97%	2	SI	1	94.448,36 €	883.615,32 €	>10%	3					>200	3	-	122.008	<10%	3	>= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	16
150201	105103	0001	Diabetologia	67%	2	SI	3	8,25	13,65	60%	0	4	8,25	48%	1	NO	0	27.620,82 €	292.010,70 €	5-10%	2					>200	3	-	41.161	<10%	3	>= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	13
150201	130002	0001	Diabetologia	-33%	-1	SI	3	6	10	60%	0	3	6	50%	1	SI	1	53.281,44 €	372.540,33 €	>10%	3					>200	3	-	60.236	<10%	3	5-10% in meno	2	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	14
150201	087203	0005	Medicina Nucleare	50%	2	SI	3	4,74	6,07	78%	0	4	4,74	84%	2	NO	0	34.546,81 €	573.106,69 €	5-10%	2					150-179	1	-	1.811	<10%	3	>= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	12
150201	086600	0006	Radiodiagnostica	67%	3	SI	3	17,96	20,63	87%	2	11	17,96	61%	2	SI	1	- €	677.514,00 €	0% o sottoutilizzo del tetto	-1					>200	3	-	15.793	<10%	3	>10% in meno	3	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	18
150201	086800	0006	Radiodiagnostica	75%	3	SI	3	14,5	19,78	73%	0	6	14,5	41%	1	NO	0	99.356,78 €	848.307,00 €	>10%	3					>200	3	-	12.293	<10%	3	>= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	15
150201	087203	0006	Radiodiagnostica	67%	3	SI	3	7,24	7,96	91%	2	3	7,24	41%	1	NO	0	- €	413.733,00 €	0% o sottoutilizzo del tetto	-1					>200	3	-	5.388	<10%	3	>= al v.m.	0	NELLA NORMA	0	14
150201	150007	0006	Radiodiagnostica	67%	3	SI	3	5,37	7,5	72%	0	5	5,37	93%	2	NO	0	56.112,86 €	354.633,00 €	>10%	3					>200	3	-	7.513	<10%	3	0,01%-4,99% in meno	1	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	17
150201	150008	0006	Radiodiagnostica	63%	3	SI	3	12,4	14,65	85%	2	11	12,4	89%	2	SI	1	142.849,70 €	999.844,00 €	>10%	3					>200	3	-	18.698	<10%	3	>= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	19
150201	150114	0006	Radiodiagnostica	83%	3	SI	3	4,5	4,54	99%	2	4	4,5	89%	2	NO	0	4.600,83 €	179.016,00 €	2-4,99%	1					>200	3	-	6.362	<10%	3	>= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	16
150201	RDA497	0006	Radiodiagnostica	20%	2	SI	3	2,29	3,46	66%	0	2	2,29	87%	2	NO	0	302,42 €	171.102,00 €	0,01-1,99%	0					>200	3	-	7.319	<10%	3	5-10% in meno	2	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	14
150201	RAD412	0007	Radioterapia	0%	-1	SI	3	16,48	16,76	98%	2	18	16,48	109%	2	NO	0	657.765,25 €	2.487.000,00 €	>10%	3					>200	3	-	30.323	>30%	0	>= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	11

Il Referente Tetti di Spesa
 Dott. Luigi Califano



TETTI DI SPESA 2025

Branche di:

Branche a Visita - Cardiologia - Diabetologia - Medicina Nucleare - Radiodiagnostica - Radioterapia

ALLEGATO 13

CONVOCAZIONE TAV.TEC. DEL 03/06/2025

PUNTEGGIO INDICATORI DI PERFORMANCE E TOTALE VARIAZIONI DA APPLICARE SUL TETTO 2025

APPLICAZIONE DGRC n. 757/2024 - DGRC n. 175/2025

1	2	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Variazione per indicatori di performance sui dati di attività del 2024																
Formazione dei tre gruppi																
BRANCA	NSIS	Classe	Tetto netto definitivo 2024 (Consuntivo 2024)	Totale Variazioni nette da ALTRE_03 (Alleg.11)	Tetto netto dopo variazioni Dgrc 757/2024	Ordinamento in base a Indicatore performance	Applicazione Indicatori di Performance 2024	Graduatoria Indicatori Performance 2024	5%	0%	-5%	Variazione su tetto NETTO dopo Applicazione Indicatori di Performance 2024	Ordinamento in base a NSIS	N. Prestazioni 2025	Tetto LORDO 2025 Dopo variazioni DGRC 757/2024 e Performance 2024 e incrementi indiv.	Tetto NETTO 2025 Dopo variazioni DGRC 757/2024 e Performance 2024 e incrementi indiv.
									1°	2°	3°					
Branca a visita	086400		31.306,59 €	673,26 €	343.070,00 €	AMB527	9	1		343.070,00 €		- €	086400	3.335	35.487,87 €	31.306,59 €
Branca a visita	AMB527		343.070,00 €	673,26 €	31.306,59 €	086400	9	2		31.306,59 €		- €	AMB527	13.790	471.345,70 €	428.837,00 €
Totali BV			374.376,59 €	0,00 €	374.376,59 €				124.792,20 €	124.792,20 €	124.792,20 €	- €		17.125	506.833,57 €	460.143,59 €
Cardiologia	087000		298.232,40 €	19.573,10 €	298.232,40 €	087400	9	1	184.518,51 €	70.804,62 €		9.225,93 €	087000	6.813	275.531,71 €	246.097,20 €
Cardiologia	087400		255.323,13 €	19.573,10 €	255.323,13 €	087000	8	2		113.713,89 €	184.518,51 €	- 9.225,93 €	087400	8.512	344.232,47 €	307.458,33 €
Totali CAR			553.555,53 €	- €	553.555,53 €				184.518,51 €	184.518,51 €	184.518,51 €	- €		15.326	619.764,18 €	553.555,53 €
Diabetologia	086300		883.615,32 €	36.800,31 €	883.615,32 €	086300	16	1	516.055,45 €	367.559,87 €		25.802,77 €	086300	132.724	1.020.644,55 €	909.418,09 €
Diabetologia	105103		292.010,70 €	4.539,60 €	292.010,70 €	150002	14	2		148.495,58 €	224.044,75 €	- 11.202,24 €	105103	52.239	401.718,14 €	357.939,80 €
Diabetologia	150002		372.540,33 €	32.260,71 €	372.540,33 €	105103	13	3			292.010,70 €	- 14.600,54 €	150002	40.982	315.152,70 €	280.808,46 €
Diabetologia	DIA550		0,00 €	- €	0,00 €	DIA550	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	DIA550	50.106	385.318,76 €	342.328,00 €
Totali DIA			1.548.166,35 €	- €	1.548.166,35 €				516.055,45 €	516.055,45 €	516.055,45 €	- €		276.051	2.122.834,15 €	1.890.494,35 €
Medicina nucleare	087203		573.106,69 €	- €	573.106,69 €	087203	12	1					087203	1.667	699.960,14 €	687.727,69 €
Totali MN			573.106,69 €	- €	573.106,69 €				191.035,56 €	191.035,56 €	191.035,56 €	- €		1.667	699.960,14 €	687.727,69 €
Radiodiagnostica	086600	D	677.514,00 €	3.499,93 €	677.514,00 €	150008	19	1	999.844,00 €			49.992,20 €	086600	13.443	969.742,23 €	859.050,62 €
Radiodiagnostica	086800	D	848.307,00 €	12.741,05 €	848.307,00 €	086600	18	2	214.872,33 €	462.641,67 €		10.743,62 €	086800	15.153	1.093.124,84 €	968.349,93 €
Radiodiagnostica	087203	D	413.733,00 €	3.934,22 €	413.733,00 €	150007	17	3		354.633,00 €		- €	087203	4.952	178.730,66 €	158.329,35 €
Radiodiagnostica	150007	D	354.633,00 €	21.808,62 €	354.633,00 €	150114	16	4		179.016,00 €		- €	150007	6.474	467.044,29 €	413.733,00 €
Radiodiagnostica	150008	D	999.844,00 €	26.562,27 €	999.844,00 €	086800	15	5		218.425,66 €	629.881,33 €	- 31.494,07 €	150008	11.384	821.248,36 €	727.506,20 €
Radiodiagnostica	150114	C	179.016,00 €	3.206,91 €	179.016,00 €	087203	14	6			413.733,00 €	- 20.686,65 €	150114	5.549	400.329,02 €	354.633,00 €
Radiodiagnostica	RDA497	C	171.102,00 €	2.653,66 €	171.102,00 €	RDA497	14	7			171.102,00 €	- 8.555,10 €	RDA497	5.084	183.492,50 €	162.546,90 €
Tot RAD			3.644.149,00 €	0,00 €	3.644.149,00 €				1.214.716,33 €	1.214.716,33 €	1.214.716,33 €	- €		62.040	4.113.711,91 €	3.644.149,00 €
Radioterapia	RAD412		2.487.000,00 €	- €	2.487.000,00 €	RAD412	11	1					RAD412	27.515	2.511.870,00 €	2.487.000,00 €
Tot RT			2.487.000,00 €	- €	2.487.000,00 €				829.000,00 €	829.000,00 €	829.000,00 €	- €		27.515	2.511.870,00 €	2.487.000,00 €
			9.180.354,16 €	0,00 €	9.180.354,16 €									399.723	10.574.973,94 €	9.723.070,16 €

Il referente Tetti di Spesa

Dott. Luigi Califano



APPLICAZIONE DGRC n. 757/2024

ALLEGATO 14 - CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025

Branca: **RIABILITAZIONE EX ART44 - FKT**

CONTEGGIO DEL TETTO BASE 2023 IN RELAZIONE ALLA COM AL 01/01/2023 E AL TETTO E ALLA PRODUZIONE 2022

ASL AV **FKT_01**

1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
NSIS	Classe VMP per il 2023	€ VMP Consuntivo 2022	C.O.M. vigente dal 01.01.23	Valore teorico massimo di produzione COM xVMP	TETTO TEORICO 2023	TETTO DI SPESA NETTO 2022	CONSUNTIVO 2022 NETTO LIQUIDATO	INDICE Tetto 2023 Tetto 2022 e Liquidato 2022	Ordinamento in base all'INDICE			Formazione dei tre gruppi			Modifica tetto NETTO 2023	"TETTO BASE" 2023: Importi ordinati per NSIS				
									NSIS	Tetto netto 2023	Graudatoria	2%	0%	-2%		NSIS	NETTO 2023 (Cl.12)	Modifica (Cl.17)	BASE 2023 (Cl.12+17)	
												1°	2°	3°						
085600	-	20,42	17.866	364.823,72 €	423.439,47 €	348.453,96 €	367.591,67 €	1,183	AMB342	33.207,15 €	1	33.207,15 €			664,14 €	085600	348.453,95 €	- 2.700,59 €	345.753,36 €	
086000	-	20,42	22.958	468.802,36 €	544.124,22 €	442.325,19 €	457.910,03 €	1,209	087500	122.376,64 €	2	122.376,64 €			2.447,53 €	086000	442.325,19 €	2.216,65 €	444.541,84 €	
086100	-	20,42	6.834	139.550,28 €	161.971,64 €	346.324,25 €	314.575,15 €	0,490	AMB340	212.971,39 €	3	212.971,39 €			4.259,43 €	086100	346.324,25 €	- 6.926,49 €	339.397,77 €	
087500	-	20,42	6.834	139.550,28 €	161.971,64 €	122.376,64 €	126.755,58 €	1,300	150007	65.529,66 €	4	65.529,66 €			1.310,59 €	087500	122.376,64 €	2.447,53 €	124.824,17 €	
150007	-	20,42	3.439	70.224,38 €	81.507,24 €	65.529,66 €	68.550,88 €	1,216	086000	442.325,19 €	5	110.832,49 €	331.492,70 €		2.216,65 €	150007	65.529,66 €	1.310,59 €	66.840,25 €	
AMB336	-	20,42	1.742	35.571,64 €	41.286,89 €	36.696,60 €	37.140,78 €	1,118	085600	348.453,96 €	6		213.424,63 €	135.029,32 €	- 2.700,59 €	AMB336	36.696,60 €	- 733,93 €	35.962,67 €	
AMB340	-	20,42	11.529	235.422,18 €	273.247,15 €	212.971,39 €	213.348,81 €	1,282	AMB336	36.696,60 €	7			36.696,60 €	- 733,93 €	AMB340	212.971,39 €	4.259,43 €	217.230,82 €	
AMB341	-	20,42	893	18.235,06 €	21.164,86 €	26.867,16 €	25.611,44 €	0,807	AMB341	26.867,16 €	8			26.867,16 €	- 537,34 €	AMB341	26.867,16 €	- 537,34 €	26.329,82 €	
AMB342	-	20,42	1.742	35.571,64 €	41.286,89 €	33.207,15 €	23.267,66 €	1,462	086100	346.324,25 €	9			346.324,25 €	- 6.926,49 €	AMB342	33.207,16 €	664,14 €	33.871,30 €	
				1.507.751,54 €	1.750.000,00 €	1.634.752,00 €	1.634.752,00 €		1.634.752,00 €			544.917,33 €	544.917,33 €	544.917,33 €	- €	1.634.752,00 €			- €	1.634.752,00 €

Il referente tetti di Spesa

Dott. Luigi Caliano



APPLICAZIONE DGRC n. 757/2024

CONTEGGIO DEL TETTO BASE 2024 IN RELAZIONE ALLA COM AL 01/01/2024 E AL TETTO E ALLA PRODUZIONE 2023

ALLEGATO 15 - CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025

Branca: **RIABILITAZIONE EX ART44 - FKT**

ASL AV | **FKT_02**

1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			15	16	17	18	19	20	21																	
												NSIS	Classe VMP per il 2024	€ VMP Consuntivo 2023								C.O.M. vigente dal 01.01.24	Valore teorico massimo di produzione COM xVMP	TETTO TEORICO 2024	TETTO DI SPESA NETTO 2023	CONSUNTIVO 2023 NETTO LIQUIDATO	INDICE Tetto 2024 Teorico Vs Tetto 2023 e Liquidato 2023	Ordinamento in base all'INDICE			Formazione dei tre gruppi			Modifica Tetto NETTO 2024	"TETTO BASE" 2024: Importi ordinati per NSIS			
																												NSIS	Tetto netto 2023	Graudatoria	2%	0%	-2%		NSIS	NETTO 2024 (Cl.12)	Modifica (Cl.17)	BASE 2024 (Cl.12+17)
																															1°	2°	3°					
085600	-	21,89	17.866	391.086,74 €	423.439,47 €	373.019,54 €	388.417,55 €	1,112	087500	131.004,04 €	1	131.004,04 €				2.620,08 €	085600	373.019,55 €	-	2.890,97 €	370.128,58 €																	
086000	-	21,89	22.958	502.550,62 €	544.124,22 €	473.508,57 €	482.453,77 €	1,138	AMB340	227.985,61 €	2	227.985,61 €				4.559,71 €	086000	473.508,57 €	-	2.372,92 €	475.881,49 €																	
086100	-	21,89	6.834	149.596,26 €	161.971,64 €	370.739,68 €	350.538,68 €	0,449	AMB342	35.548,21 €	3	35.548,21 €				710,96 €	086100	370.739,68 €	-	7.414,79 €	363.324,89 €																	
087500	-	21,89	6.834	149.596,26 €	161.971,64 €	131.004,04 €	125.493,38 €	1,263	150007	70.149,42 €	4	70.149,42 €	- €			1.402,99 €	087500	131.004,03 €	-	2.620,08 €	133.624,11 €																	
150007	-	21,89	3.439	75.279,71 €	81.507,24 €	70.149,42 €	72.735,65 €	1,141	086000	473.508,57 €	5	118.646,05 €	354.862,52 €			2.372,92 €	150007	70.149,42 €	-	1.402,99 €	71.552,41 €																	
AMB336	-	21,89	1.742	38.132,38 €	41.286,89 €	39.283,67 €	41.126,22 €	1,027	085600	373.019,54 €	6		228.470,81 €	144.548,72 €	-	2.890,97 €	AMB336	39.283,67 €	-	785,67 €	38.498,00 €																	
AMB340	-	21,89	11.529	252.369,81 €	273.247,15 €	227.985,61 €	214.539,79 €	1,235	AMB336	39.283,67 €	7			39.283,67 €	-	785,67 €	AMB340	227.985,61 €	-	4.559,71 €	232.545,32 €																	
AMB341	-	21,89	893	19.547,77 €	21.164,86 €	28.761,26 €	26.828,85 €	0,761	AMB341	28.761,26 €	8			28.761,26 €	-	575,23 €	AMB341	28.761,26 €	-	575,23 €	28.186,03 €																	
AMB342	-	21,89	1.742	38.132,38 €	41.286,89 €	35.548,21 €	33.782,80 €	1,191	086100	370.739,68 €	9			370.739,68 €	-	7.414,79 €	AMB342	35.548,21 €	-	710,96 €	36.259,17 €																	
				1.616.291,93 €	1.750.000,00 €	1.750.000,00 €	1.735.916,69 €					1.750.000,00 €	583.333,33 €	583.333,33 €	583.333,33 €	- €					1.750.000,00 €	- €	1.750.000,00 €															

Il referente tetti di Spesa

Dott. Luigi Galifano



APPLICAZIONE DGRC n. 757/2024

PUNTEGGIO NEGLI INDICATORI DI PERFORMANCE E TOTALE VARIAZIONI DA APPLICARE SUL TETTO 2024

Rif.: Delibera ASL AV n.747 del 30/05/2024

ALLEGATO 16 - CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025

Branca: **RIABILITAZIONE EX ART.44 - FKT**

ASL AV FKT_03

1							3			4		5		6		7		8			9			10			11			12				13			14			15			16			17			18			19			20		21		22		23		24		25	
Tetto NETTO 2024							Ordinamento in base al punteggio indicatori di performance sui dati consuntivi 2022							Formazione dei tre gruppi						Variazione da applicare sul Tetto BASE 2023			Ordinamento in base al punteggio indicatori di performance sui dati consuntivi 2023				Formazione dei tre gruppi						Variazione da applicare sul Tetto BASE 2024			NSIS		Variazione per indicatori di performance sui dati di attività del 2022 e del 2023		Variazione del Tetto base per il 2023: da Fkt_01_col.20		Variazione del Tetto base per il 2024: da Fkt_02_col.20		Totale variazioni																						
NSIS	DGRC 800/2023	NSIS	Punteggio Indicatori Performance	Tetto BASE 2023 da Lab_01 Cl.21	Graudatoria	3% 1°	0% 2°	-3% 3°				NSIS	Punteggio Indicatori Performance	Tetto BASE 2024 da Lab_02 Cl.21	Graudatoria	3% 1°	0% 2°	-3% 3°				NSIS	da col. 11 per il 2023	da col. 19 per il 2024	da col. 11 per il 2023	da col. 19 per il 2024																																								
085600	423.439,47 €	085600	15	345.753,36 €	1	345.753,36 €						085600	14	370.128,58 €	1	370.128,58 €						085600	10.372,60 €			11.103,86 €	085600	10.372,60 €	11.103,86 €	-	2.700,59 €	-	2.890,97 €	15.884,90 €																																
086000	544.124,22 €	086000	14	444.541,84 €	2	199.163,97 €	245.377,87 €					086000	13	475.881,49 €	2	213.204,76 €	262.676,73 €						086000	6.396,14 €			6.396,14 €	086000	5.974,92 €	6.396,14 €	-	2.216,65 €	-	2.372,92 €	16.960,63 €																															
086100	161.971,64 €	086100	11	339.397,77 €	3		299.539,46 €	39.858,31 €	-	1.195,75 €											086100	1.280,05 €			1.280,05 €	086100	- 1.195,75 €	- 1.280,05 €	-	6.926,49 €	-	7.414,79 €	-	16.817,08 €																																
087500	161.971,64 €	AMB340	10	217.230,82 €	4			217.230,82 €	-	6.516,92 €											087500	4.008,72 €			4.008,72 €	087500	- 3.744,73 €	- 4.008,72 €	-	2.447,53 €	-	2.620,08 €	-	2.685,83 €																																
150007	81.507,24 €	087500	9	124.824,17 €	5			124.824,17 €	-	3.744,73 €											AMB336	1.154,94 €			1.154,94 €	150007	- 2.005,21 €	- 2.146,57 €	-	1.310,59 €	-	1.402,99 €	-	1.438,20 €																																
AMB336	41.286,89 €	AMB342	7	33.871,30 €	6			33.871,30 €	-	1.016,14 €											AMB340	6.976,36 €			6.976,36 €	AMB336	- 1.078,88 €	- 1.154,94 €	-	733,93 €	-	785,67 €	-	3.753,43 €																																
AMB340	273.247,15 €	AMB336	6	35.962,67 €	7			35.962,67 €	-	1.078,88 €											150007	2.146,57 €			2.146,57 €	AMB340	- 6.516,92 €	- 6.976,36 €	-	4.259,43 €	-	4.559,71 €	-	4.674,14 €																																
AMB341	21.164,86 €	AMB341	6	26.329,82 €	8			26.329,82 €	-	789,89 €											AMB342	1.087,78 €			1.087,78 €	AMB341	- 789,89 €	- 845,58 €	-	537,34 €	-	575,23 €	-	2.748,04 €																																
AMB342	41.286,89 €	150007	4	66.840,25 €	9			66.840,25 €	-	2.005,21 €											AMB341	845,58 €			845,58 €	AMB342	- 1.016,14 €	- 1.087,78 €	-	664,14 €	-	710,96 €	-	728,81 €																																
1.750.000,00 €				1.634.752,00 €			544.917,33 €	544.917,33 €	544.917,33 €	-	0,00 €			1.750.000,00 €			583.333,33 €	583.333,33 €	583.333,33 €	-	0,00 €			0,00 €			0,00 €	0,00 €	-	-	-	-	0,00 €																																	

Il referente tetti di Spesa
Dott. Luigi Califano



REGIONE CAMPANIA
 AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
 www.aslavellino.it

Indicatori di premialità - Tracciato di rilevazione ANNO 2024

Medicina Fisica e Riabilitazione (FKT)

Rilevazione dei dati consuntivi 2024				INDICATORE A.1 Tecnologia		INDICATORE B.3 Invio sistematico e continuativo dei referti al Fascicolo Sanitario Elettronico		INDICATORE C.4 Rapporto tra numero dipendenti / totale addetti				INDICATORE C.5 Rapporto tra numero dipendenti laureati / totale dipendenti				INDICATORE C.6 Presenza di certificazione ISO 9001:2015 in corso di validità		INDICATORE C.7 Rapporto tra fatturato netto annuo estratto / tetto di spesa netta (prima dell'applicazione della regressione tariffaria)				INDICATORE C.8 Numero di prestazioni di laboratorio erogate nell'anno con onere a carico del S.S.R. (solo per la branca della patologia clinica)		INDICATORE C.9 Numero di giorni annui nei quali sono state erogate prestazioni a carico del S.S.R. (compresa quelle sulle quali si applica la regressione tariffaria)		INDICATORE D.10 Rapporto tra numero prestazioni con classe di priorità D e P erogate a carico del S.S.R. in accesso diretto (senza prenotazione) / totale prestazioni erogate a carico del S.S.R. con classe di priorità D e P				INDICATORE D.12 Scostamento dal valore medio di branca e di fascia di appartenenza		INDICATORE E.13 Numerosità dei punti di offerta per la medicina branca nel distretto di appartenenza o collocazione in zona disagiata		Punteggio indicatori di performance su dati 2024
CODIC E ASL	COD. STRUTTURA (STS11)	COD. BRANCA TETTI	DESCRIZIONE BRANCA TETTI	IT index (%)	PUNTEGGIO INDICATORE A.1	VALORE INDICATORE E B.3: SI/NO	PUNTEGGIO INDICATORE E B.3	NUMERATORE E C.4: Numero dipendenti	DENOMINATORE C.4: Totale addetti	VALORE INDICATORE C.4	PUNTEGGIO INDICATORE C.4	NUMERATORE E C.5: Numero dipendenti laureati	DENOMINATORE C.5: Totale dipendenti	VALORE INDICATORE C.5	PUNTEGGIO INDICATORE C.5	VALORE INDICATORE C.6	PUNTEGGIO INDICATORE C.6	NUMERATORE C.7: Fatturato netto annuo estratto	DENOMINATORE C.7: Tetto di spesa netta (prima dell'applicazione della regressione tariffaria)	VALORE INDICATORE C.7	PUNTEGGIO INDICATORE C.7	VALORE INDICATORE C.8	PUNTEGGIO INDICATORE C.8	VALORE INDICATORE C.9	PUNTEGGIO INDICATORE C.9	NUMERATORE D.10: Numero prestazioni con classe di priorità D e P erogate a carico del S.S.R. in accesso diretto (senza prenotazione)	DENOMINATORE D.10: Totale prestazioni erogate a carico del S.S.R. con classe di priorità D e P	VALORE INDICATORE D.10	PUNTEGGIO INDICATORE D.10	VALORE INDICATORE D.12	PUNTEGGIO INDICATORE D.12	VALORE INDICATORE E.13	PUNTEGGIO INDICATORE E.13	
150201	085600	0009	Medicina Fisica e Riabil.	100%	3			6,68	8,68	77%	0	7	6,68	105%	2	SI	1	30.965,93 €	373.019,54 €	5-10%	2			>200	3	-	19.935	<10%	3	0,01%-4,99% in meno	1	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	14
150201	086000	0009	Medicina Fisica e Riabil.	53%	3			8,05	9,83	82%	2	9	8,05	112%	2	SI	1	17.279,00 €	473.508,57 €	2-4,99%	1			>200	3	-	24.579	<10%	3	>= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	14
150201	086100	0009	Medicina Fisica e Riabil.	100%	3			8,89	9,89	90%	2	9	8,89	101%	2	SI	1	- €	370.739,68 €	0% o sottoutilizzo del tetto	-1			>200	3	-	18.516	<10%	3	>= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	12
150201	087500	0009	Medicina Fisica e Riabil.	33%	2			3,24	3,63	89%	2	4	3,24	123%	2	NO	0	2.889,91 €	131.004,04 €	2-4,99%	1			150-179	1	-	7.117	<10%	3	0,01%-4,99% in meno	1	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	11
150201	150007	0009	Medicina Fisica e Riabil.	25%	2			4,56	5,56	82%	2	3	4,56	66%	2	NO	0	5.918,22 €	70.149,42 €	5-10%	2			<120	-1	-	3.833	<10%	3	0,01%-4,99% in meno	1	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	10
150201	AMB336	0009	Medicina Fisica e Riabil.	100%	3			2,33	2,33	100%	2	3	2,33	129%	2	NO	0	1.246,45 €	39.283,67 €	2-4,99%	1			<120	-1	58	2.162	<10%	3	0,01%-4,99% in meno	1	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	10
150201	AMB340	0009	Medicina Fisica e Riabil.	100%	3			6,19	7,86	79%	0	7	6,19	113%	2	NO	0	- €	227.985,61 €	0% o sottoutilizzo del tetto	-1			>200	3	46	11.075	<10%	3	0,01%-4,99% in meno	1	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	10
150201	AMB341	0009	Medicina Fisica e Riabil.	-50%	-1			4	4,39	91%	2	4	4	100%	2	SI	1	- €	28.761,26 €	0% o sottoutilizzo del tetto	-1			<120	-1	20	1.260	<10%	3	>= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	4
150201	AMB342	0009	Medicina Fisica e Riabil.	100%	3			4,73	4,73	100%	2	3	4,73	63%	2	SI	1	- €	35.548,21 €	0% o sottoutilizzo del tetto	-1			<120	-1	1.820	1.820	>30%	0	0,01%-4,99% in meno	1	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	6

Il Referente Tetti di Spesa
 Dott. Luigi Califano



TETTI DI SPESA 2025

Branca: Riabilitazione ex art.44 - FKT

**PUNTEGGIO INDICATORI DI PERFORMANCE E TOTALE VARIAZIONI DA APPLICARE SUL TETTO 2025
APPLICAZIONE DGRC n. 757/2024 - DGRC n. 175/2025**

1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
				Variazione per indicatori di performance sui dati di attività del 2024												
				Formazione dei tre gruppi												
							5%	0%	-5%							
NSIS	Tetto netto definitivo 2024 (Consuntivo 2024)	Totale Variazioni nette da FKT_03 (Alleg.16)	Tetto NETTO dopo variazioni Dgrc 757/2024	Ordinamento in base a Indicatore performance	Applicazione Indicatori di Performance 2024	Graduatoria Indicatori Performance 2024	1°	2°	3°	Variazione su tetto NETTO dopo Applicazione Indicatori di Performance 2024	Ordinamento in base a NSIS	N. Prestazioni	Tetto Base LORDO 2025 Dopo applicazione DGRC 757/2024 e Indicatori Performance	Tetto Base NETTO 2025 Dopo applicazione DGRC 757/2024 e Indicatori Performance		
085600	373.019,54 €	15.884,90 €	388.904,44 €	086000	14	1	325.353,21 €	165.115,99 €		16.267,66 €	085600	20.725	440.606,17 €	401.803,44 €		
086000	473.508,57 €	16.960,63 €	490.469,20 €	085600	14	2	257.980,13 €	130.924,31 €		12.899,01 €	086000	26.459	555.673,15 €	506.736,86 €		
086100	370.739,68 €	- 16.817,08 €	353.922,60 €	086100	12	3		287.293,03 €	66.629,57 €	- 3.331,48 €	086100	18.195	384.448,20 €	350.591,12 €		
087500	131.004,04 €	- 2.685,83 €	128.318,21 €	087500	11	4			128.318,21 €	- 6.415,91 €	087500	6.849	133.674,57 €	121.902,29 €		
150007	70.149,42 €	- 1.438,20 €	68.711,22 €	AMB340	10	5			223.311,47 €	- 11.165,57 €	150007	3.447	71.579,42 €	65.275,66 €		
AMB336	39.283,67 €	- 3.753,43 €	35.530,24 €	150007	10	6			68.711,22 €	- 3.435,56 €	AMB336	1.613	37.013,38 €	33.753,73 €		
AMB340	227.985,61 €	- 4.674,14 €	223.311,47 €	AMB336	10	7			35.530,24 €	- 1.776,51 €	AMB340	11.552	232.633,12 €	212.145,89 €		
AMB341	28.761,26 €	- 2.748,04 €	26.013,22 €	AMB341	6	8			26.013,22 €	- 1.300,66 €	AMB341	827	27.099,08 €	24.712,56 €		
AMB342	35.548,21 €	- 728,81 €	34.819,40 €	AMB342	4	9			34.819,40 €	- 1.740,97 €	AMB342	1.747	36.272,86 €	33.078,43 €		
1.750.000,00 € -		0,00 €	1.750.000,00 €				583.333,33 €	583.333,33 €	583.333,33 €	0,00 €	91.414		1.918.999,95 €	1.750.000,00 €		

Il referente Teti di Spesa
Dott. Luigi Califano

Schema di Protocollo di intesa tra le Associazioni _____

per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi), da erogarsi nell'anno 2025 da parte delle strutture private accreditate ed i correlati limiti di spesa, e modifica anno 2024.

E

L'**Azienda Sanitaria Locale Avellino** con sede in Avellino, Via degli Imbimbo 10/12, Partita IVA – Codice Fiscale: 02600160648, rappresentata dal **Direttore Generale Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante**, nato a Luogosano (AV) il 04/07/1958, munito dei necessari poteri come da D.G.R.C. di nomina n. 324 DEL 21/06/2022 e immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 101 del 04/08/2022,

PER

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

PREMESSO

- che la DGRC n. 800 del 29.12.2023, ha definito i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2023 e, in via provvisoria, per l'anno 2024, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- che la DGRC n. 757 del 27.12.2024 ha approvato in via definitiva i volumi di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2024 e, in via provvisoria, per l'anno 2025, rinviando ad una successiva delibera l'adozione degli schemi contrattuali, che le ASL competenti per territorio devono predisporre per confermare o modificare i contratti già stipulati - in via provvisoria - per l'esercizio 2024 ai sensi della DGRC n. 800/2023, nonché per fissare i limiti di spesa 2025 provvisori;
- che la DGRC n. 80 del 24.02.2025 ha approvato diverse indicazioni operative, tra le quali si evidenzia:
 - l'associazione delle prestazioni LEA di specialistica ambulatoriale ai settori specializzati in cui sono accreditati i laboratori di analisi;
 - l'applicazione della classificazione cd. "FA-RE" alle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
 - una parziale flessibilità del tetto di spesa relativo alle prestazioni di Microbiologia / Virologia, Anatomia ed Istologia Patologica, confluite nell'Allegato n. 3 alla DGRC n. 757/2024;
- che il Direttore Generale della sottoscritta ASL, in attuazione delle disposizioni recate dalle richiamate DGRC n. 757/2024 e n. 80/2025, con propria delibera n. ___ del __/__/2025 ha stabilito in via provvisoria per ciascuna struttura privata accreditata i limiti massimi di spesa nell'esercizio 2025, entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie relativamente alla branca di Laboratorio di Analisi (Patologia Clinica);
- che, recependo anche le disposizioni recate dalla DGRC n. 80/2025, la Giunta regionale con delibera n. 175 del 02/04/2025 ha approvato i nuovi schemi dei contratti ex art. 8-quinquies con gli erogatori privati accreditati, previsti dalla DGRC n. 757/2024, ai quali il presente protocollo si uniforma;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(oggetto)

1. Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione, in via provvisoria, dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di Laboratorio di Analisi (Patologia Clinica) da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2025, da parte delle strutture private accreditate operanti nel territorio della sottoscritta ASL ed i correlati limiti di spesa, nonché la *modifica* del limite di spesa 2024.
2. In conformità alla DGRC n. 80/2025, richiamata in premessa, dal 1° gennaio 2025 il budget delle prestazioni di Laboratorio di Analisi non è più suddiviso fra prestazioni "non R" e "R", ma fra prestazioni NON rientranti nell'Allegato n. 3

ALLEGATO 19 – CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025 – PATOLOGIA CLINICA
Allegato A\5: Anno 2025, in via provvisoria, e definitivo Anno 2024
(Protocollo Laboratori di Analisi)

alla DGRC n. 757/2024 (d'ora innanzi, per brevità: "**Non_All_3**"), e prestazioni rientranti nell'Allegato n. 3 alla DGRC n. 757/2024 (d'ora innanzi, per brevità: "**All_3**").

Art. 3
(quantità delle prestazioni)

1. Il volume massimo delle prestazioni di Laboratorio di Analisi (Patologia Clinica), che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1/1 – 31/12/2025 dalle strutture private accreditate, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2025, è stabilito in n. 1.701.789 prestazioni, di cui:

- a) n. 1.646.831 prestazioni "**Non_All_3**";
- b) n. 54.958 prestazioni "**All_3**";

mentre per l'esercizio 2024 si *modifica* il volume di prestazioni già previsto nel contratto provvisorio *stabilendolo in n. 1.915.167 prestazioni, di cui:*

- c) n. 1.893.321 prestazioni non "R";
- d) n. 11.044 prestazioni "R", escluse le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013;
- e) n. 10.802 delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013.

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

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

- a) € 6.840.528,90, applicando le tariffe vigenti nel corso del 2025, di cui:
 - 1) € 5.244.012,86 per le prestazioni "**Non_All_3**";
 - 2) € 1.596.516,05 per le prestazioni "**All_3**";
- b) € 5.584.233,16, applicando le tariffe vigenti nel corso del 2025, al netto della compartecipazione dell'utente (ticket e quota ricetta regionale di cui al DCA n. 53/2010 e s.m.i.), di cui:
 - 1) € 4.165.220,70 per le prestazioni "**Non_All_3**";
 - 2) € 1.419.012,47 per le prestazioni "**All_3**";

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

- c) € 8.597.277,00, applicando le tariffe vigenti nel corso del 2024, di cui:
 - 1) € 6.670.280,38 per le prestazioni non "R";
 - 2) € 811.000,36 per le prestazioni "R", escluse le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013; ed
 - 3) € 1.115.996,00 per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013;
- d) € 7.146.832,67, applicando le tariffe vigenti nel corso del 2024, al netto della compartecipazione dell'utente (ticket e quota ricetta regionale di cui al DCA n. 53/2010 e s.m.i.), di cui:
 - 1) € 5.298.078,13 per le prestazioni non "R";
 - 2) € 769.870,75 per le prestazioni "R", escluse le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013; ed
 - 3) € 1.078.883,79 per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013).

2. Il limite di spesa lorda e netta, fissato al comma precedente, potrà essere utilizzato da ciascun Laboratorio di Analisi per utenti residenti fuori regione per una percentuale non superiore all'1% (uno per cento), fatta salva la eventuale maggiore percentuale risultante dalla applicazione in singoli casi del criterio richiamato nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023.

3. I limiti di spesa fissati al comma precedente per i residenti fuori regione sono inderogabili. Al contrario, l'eventuale sotto utilizzo di tali limiti potrà essere speso per le prestazioni rese ai cittadini residenti in Campania, fermo restando il rispetto dei limiti complessivi di spesa stabiliti al precedente comma 1. Inoltre,

per l'esercizio 2025:

- a) i Laboratori di Analisi che ne abbiano i requisiti di accreditamento, dopo avere esaurito la componente "**All_3**" del loro tetto di spesa, potranno utilizzare fino ad un massimo del 15% (quindici per cento) della componente "**Non_All_3**" del loro tetto di spesa, per erogare ulteriori prestazioni di Microbiologia/virologia e di Anatomia ed istologia patologica (codici L59 e L60 della classificazione FA.RE.), rientranti nell'Allegato n. 3 alla DGRC n. 757/2024;

ALLEGATO 19 – CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025 – PATOLOGIA CLINICA
Allegato A\5: Anno 2025, in via provvisoria, e definitivo Anno 2024
(Protocollo Laboratori di Analisi)

- b) l'eventuale sottoutilizzo della componente "All_3" del loro tetto di spesa sarà attribuito ad incremento di pari importo della componente "Non_All_3" del loro tetto di spesa (e non viceversa);
- c) qualora nel precedente comma 1 i limiti di spesa lorda e netta per le prestazioni "All_3" siano inferiori al 2% dell'importo totale del tetto di spesa lorda e netta, è consentito (in presenza dei requisiti di accreditamento) di incrementare i limiti di spesa lorda e netta per le prestazioni "All_3" fino al 2% dell'importo totale del tetto di spesa lorda e netta, mediante una corrispondente riduzione del limite di spesa per le prestazioni "Non_All_3", tale da rispettare il complessivo tetto di spesa NETTA, stabilito nel precedente comma 1, lettera b).

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

- d) è consentita l'osmosi tra i limiti fissati nell'ambito delle prestazioni "R", tra "R non 7" e "7_R"; mentre il sottoutilizzo del tetto di spesa complessivo, assegnato per le prestazioni "R", sarà attribuito ad incremento di pari importo del tetto di spesa assegnato per le prestazioni non "R" (e non viceversa);
 - e) qualora la somma degli importi riguardanti le prestazioni "R" sia inferiore al 2% dell'importo totale del complessivo tetto di spesa lorda e netta, è consentito incrementare la spesa lorda per le prestazioni "R" fino al 2% dell'importo totale del tetto di spesa LORDA, mediante una corrispondente riduzione della spesa per prestazioni "non R", tale da rispettare il complessivo tetto di spesa lorda e netta, stabilito nel precedente comma 1, lettere c) e d), nonché i distinti vincoli di costo medio vigenti per i tre diversi raggruppamenti di prestazioni.
4. Per ciascun anno l'importo a tariffa di cui al comma 1, relativo alle prestazioni "Non_All_3" ed a quelle "All_3" (per il 2025), nonché quello relativo alle prestazioni "Non R" (per il 2024), diviso per il corrispondente volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, definisce il valore medio delle stesse prestazioni, da declinare in conformità alla classificazione delle strutture erogatrici in base alle tipologie funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dal successivo art. 6.
5. La sottoscritta ASL dà atto che, in base ai dati relativi alle prestazioni erogate nel periodo 01/01/2025 – 30/04/2025 dall'insieme delle strutture aventi la stessa classificazione (ai sensi del successivo art. 6), il valore medio delle prestazioni, da non superare di oltre il 10% ai fini del rispetto del vincolo di cui al successivo art. 8, comma 2, lettera a), è attualmente pari a:

Tipologia dei Laboratori ai fini de VMP:	A	B	C	D
Prestazioni "Non_All_3"	€ 3,10	€ 3,37	€ 3,41	€ ____,00
Prestazioni "All_3" e FA.RE. L59 e L60	€ 13,11	€ 17,23	€ 38,61	€ ____,00
Prestazioni "All_3" e FA.RE. L70	€ ____,00	€ ____,00	€ 208,63	€ ____,00

Art. 5
(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario, al netto del ticket e della quota ricetta (e fatte salve eventuali modifiche delle tariffe che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati con delibera della Giunta Regionale).
2. In ogni caso, tutti gli importi separatamente fissati nel precedente art. 4 quali limiti di spesa al netto del ticket e della quota ricetta, costituiscono i limiti massimi di remunerazione delle prestazioni acquistate in ciascun esercizio dalle strutture private accreditate, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza dei limiti di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui al medesimo art. 4, ovvero, di residua disponibilità dei volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3. Al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa al netto del ticket e della quota ricetta, l'ASL potrà acquistare volumi di prestazioni (e, quindi, di spesa lorda) maggiori di quelli previsti.
3. Al fine di garantire la continuità assistenziale per tutti i dodici mesi dell'anno solare, i limiti di prestazioni e di spesa sopra indicati, sempre considerati separatamente, dovranno essere applicati da ciascuna struttura privata nella misura di 1/12 (un dodicesimo) per ogni mese. Il rispetto di questo vincolo sarà verificato sul progressivo del valore economico, al netto della compartecipazione dell'utente, delle prestazioni rese nel corso dell'anno solare, con la seguente tolleranza: sarà consentito – alle condizioni di priorità sotto specificate – che il suddetto importo cumulato raggiunga una eccedenza, rispetto alla somma dei dodicesimi del tetto di spesa netta per i mesi trascorsi, non superiore al 30% (50% se la struttura ha superato la soglia di 200.000 prestazioni nell'anno precedente) del tetto di spesa netta mensile, con l'obbligo di recuperare lo sfioramento al massimo entro il 31 dicembre dello stesso anno. Le prestazioni che in ciascun mese solare eccederanno la suddetta condizione, non saranno remunerate. Parimenti, non saranno remunerate le prestazioni che, pur rientrando nel suddetto limite del 30% (50% se la struttura ha superato la soglia di 200.000 prestazioni nell'anno precedente), siano state rese dopo l'esaurimento del dodicesimo mensile del tetto di spesa annuo e non abbiano

ALLEGATO 19 – CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025 – PATOLOGIA CLINICA
Allegato A\5: Anno 2025, in via provvisoria, e definitivo Anno 2024
(Protocollo Laboratori di Analisi)

l'indicazione di URGENTE o BREVE nella prescrizione del MMG ("U" = "Priorità Urgente", oppure "B" = "Priorità Breve", poi riportata nel campo "35.0: Livello di Priorità della richiesta" del FILE C).

4. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfornamento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
5. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC nn. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.
6. La sottoscritta Associazione prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse a condizione che sia stata registrata la loro erogazione sul **Sistema CUP Sinfonia**.

Art. 6
(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e promuovere la compiuta e corretta applicazione del presente protocollo è istituito un tavolo tecnico composto da n. 28 membri di cui n. 23 designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. 5 membri nominati dalla ASL, di cui un membro con funzione di coordinamento. Al tavolo tecnico partecipa obbligatoriamente il Referente del Nucleo Operativo di Controllo (NOC) della ASL per la specifica linea di attività per il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, prevista dal DCA n. 103 del 06.12.2019 (pubblicato sul BURC n. 77/2019).
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico aziendale spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio MENSILE dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL e con i monitoraggi effettuati a livello regionale, in attuazione del DCA n. 103 del 06.12.2019, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici;
 - c) esame dei conteggi del valore medio delle prestazioni, forniti dal coordinatore del tavolo tecnico, differenziato in base alle diverse tipologie funzionali delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza secondo la classificazione seguente:

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

- d) monitoraggio del valore medio per singolo centro privato e per l'insieme dei centri privati, ai fini della applicazione delle limitazioni specificate all'art. 8, comma 2.

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

1. Le strutture private accreditate documentano l'attività sanitaria erogata a mezzo dei flussi informativi di cui al successivo art. 9, che costituiscono il riferimento anche per la definizione dei rapporti economici, in conformità alle disposizioni della vigente normativa. La fattura relativa alle prestazioni erogate in ciascun mese potrà essere emessa solo dopo il completamento delle operazioni di trasmissione dei dati di erogazione di cui al successivo art. 9 e dovrà essere

accompagnata dall' "attestazione delle operazioni registrate nel Sistema TS ai sensi del DM 2 novembre 2011", comprovante l'invio dei dati, utilizzando la funzionalità appositamente predisposta sul Sistema TS. In mancanza, l'ASL respingerà la fattura.

2. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla struttura privata un acconto mensile pari al 95% di un dodicesimo del tetto annuo di spesa al netto della compartecipazione, eventualmente maggiorato del valore economico netto del margine di tolleranza, riconosciuto liquidabile ai sensi del precedente art. 5, comma 3, a condizione che siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente: in particolare, il File C mensile deve risultare uguale, per numero di prestazioni e valore economico, alla somma dei dati di erogazione trasmessi giorno per giorno nel FILE C giornaliero; e purché la fattura di acconto sia supportata dalla documentazione di una produzione complessiva liquidabile, cumulata dall'inizio dell'anno solare, non inferiore alla somma degli acconti già liquidati dall'inizio dell'anno solare (diversamente, l'acconto dovrà essere ridotto della eccedenza della produzione cumulata, rispetto alla somma degli acconti liquidati, fatta salva la possibilità di recupero nei mesi successivi).
3. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà a sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono ma, comunque, a non meno di trenta giorni dalla data di ricezione della fattura. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranche 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 nella DGRC n. 175 del 02/04/2025 richiamata in premessa.** Per il pagamento di ciascun saldo la sottoscritta ASL potrà richiedere l'emissione di apposite note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore delle strutture private accreditate, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.
4. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
5. Entro il 30 giugno dell'anno successivo, previo accertamento del consuntivo regionale di tutte le branche della specialistica ambulatoriale, l'ASL liquiderà l'eventuale eccedenza facoltativa, fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) sul limite individuale di spesa netta, assegnato a ciascuna struttura ai sensi del precedente comma 1, riconoscibile in parziale regressione tariffaria nella misura di almeno il 30% (trenta per cento), secondo i criteri stabiliti nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023 sopra citata.
6. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, non sarà liquidato e dovrà essere stornato da apposite note di credito, salvo conguaglio in sede di saldo annuale.
7. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
8. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
9. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.

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

Art. 8

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

1. Il coordinatore del tavolo tecnico di cui all'art. 6, entro il mese successivo alla fine di ciascun trimestre solare, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4, e lo comunica agli altri componenti del tavolo tecnico ed alle strutture private accreditate.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private accreditate, non è consentito a ciascuna struttura privata:
 - a) di superare di oltre il 10% il **VMP** - valore medio delle prestazioni "**Non_All_3**", nonché di quelle "**All_3**", determinato secondo i criteri di cui all'art. 4 per le diverse tipologie funzionali di cui all'art. 6, comma 3, lettera c); per le prestazioni elencate nell'Allegato n. 3 alla DGRC n. 757/2024, l'obbligo si applica, inoltre, definendo i seguenti due diversi raggruppamenti delle prestazioni in base alla classificazione FA.RE. di cui all'Allegato n. 2 alla DGRC n. 80/2025:
 - a.1. L59 e L60: Microbiologia/virologia non di base e di Anatomia ed istologia patologica;
 - a.2. L70: Genetica e Citogenetica.
 - b) per l'esercizio 2024 si conferma il vincolo, già stabilito nello schema di contratto approvato dalla DGRC n. 800/2023, di non superare di oltre il 10% il VMP delle prestazioni "**NON_R**", nonché i valori medi massimi di € 90,00 e di € 125,00 stabiliti, rispettivamente, per il raggruppamento delle prestazioni "**R non 7**" e "**7_R**".
3. Il vincolo di cui al comma precedente si applica in corso d'anno, sul progressivo delle prestazioni rese nel primo semestre, sul periodo gennaio – settembre e a saldo del consuntivo dell'intero esercizio, attraverso successivi conguagli in aumento o in diminuzione, come specificato nel precedente art. 7. I divieti di cui al comma precedente sono tassativi e inderogabili. Eventuali situazioni particolari, su proposta del tavolo tecnico e se ritenute dalla ASL meritevoli di apprezzamento, dovranno formare oggetto di una delibera del Direttore Generale della ASL di proposta di deroga, da sottoporre all'approvazione della Regione.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o diseguaglianze applicative del presente protocollo le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, sulla attuazione degli adempimenti previsti dal presente protocollo, comprese le attività svolte nell'ambito del tavolo tecnico.

Art. 9

(debito informativo e CUP regionale)

1. Le strutture private accreditate sono impegnate:
 - a) ad entrare ed operare con continuità nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (**S**istema **I**nformativo sa**N**ità Campan**I**A 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.

ALLEGATO 19 – CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025 – PATOLOGIA CLINICA
Allegato A\5: Anno 2025, in via provvisoria, e definitivo Anno 2024
(Protocollo Laboratori di Analisi)

ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 e s.m.i.;

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

Art. 10

(fascicolo sanitario elettronico e protezione dei dati)

1. Al fine di garantire la trasmissione della documentazione sanitaria al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del cittadino, che abbia espresso il proprio consenso ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (c.d. GDPR), ove previsto da norme nazionali o regionali, le strutture sanitarie private sono impegnate ad adempiere a quanto necessario, per garantire l'interoperabilità del proprio sistema informatico ai fini dell'invio al FSE dei dati del cittadino, con quanto realizzato dalla Regione in materia di specifiche tecniche e supporto informatico per i relativi test.
2. L'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico dovrà avvenire secondo le nuove Linee Guida FSE 2.0 ai sensi dei Decreti del Ministro della Salute del 20 maggio 2022 - *Linee Guida per l'Attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico* (G.U. n. 160 del 11.07.2022), del 9 settembre 2023 - *Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0* (G.U. n. 249 del 24.10.2023), e s.m.i.
3. Ai fini della corretta gestione dei dati personali delle prestazioni oggetto del presente protocollo, la sottoscritta ASL, titolare del trattamento dei dati, provvederà a nominare ciascuna struttura privata "*Responsabile del Trattamento*" ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 679/2016 sulla protezione dei dati. La nomina avverrà mediante la stipula di apposito contratto, recante le finalità, i contenuti e le condizioni indicate dal suddetto art. 28, commi 3 e ss. del Regolamento UE 679/2016.
4. Le strutture private accreditate, in qualità di "*Responsabili del Trattamento*", sono impegnate a garantire l'adozione delle misure tecniche e organizzative più adeguate, affinché il trattamento dei dati personali che le sono affidati dalla ASL sia conforme ai requisiti del citato Regolamento UE, e idoneo a tutelare i diritti degli interessati, secondo le indicazioni che verranno comunicate dalla ASL stessa e/o dalla Regione.

Art. 11

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

1. L'ordine di acquisto elettronico, previsto dalle disposizioni vigenti in materia di emissione e trasmissione dei documenti, attestanti l'ordinazione degli acquisti di beni e servizi effettuata in forma elettronica dagli enti del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 414, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, e dei successivi decreti del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 07.12.2018 e del 27.12.2019 (cd. **Nodo Smistamento Ordini in formato elettronico – NSO**), non costituisce riconoscimento giuridico della quantità e qualità delle prestazioni effettuate e/o da effettuare, ma è un mero strumento di regolarità e trasparenza amministrativa.
2. Pertanto, le prestazioni sanitarie eseguite dalle strutture private ed il corrispondente valore economico saranno comunque soggette all'applicazione di tutti gli abbattimenti previsti dai relativi contratti ex art. 8 quinquies del D.Lgs. n.

ALLEGATO 19 – CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025 – PATOLOGIA CLINICA
Allegato A\5: Anno 2025, in via provvisoria, e definitivo Anno 2024
(Protocollo Laboratori di Analisi)

502/1992 e s.m.i. e/o da altre disposizioni normative nazionali e/o regionali in materia di variazione del volume e del valore medio delle prestazioni e loro limiti, inclusi tutti i controlli della regolarità e dell'appropriatezza prescrittiva, nonché agli abbattimenti del fatturato liquidabile, necessari per assicurare il rispetto dei limiti di spesa fissati dai medesimi contratti (regressioni tariffarie e/o altre decurtazioni).

Art. 12
(efficacia e norme finali)

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

Art. 13
(Clausola di salvaguardia)

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

Avellino, li _____

Il Direttore Generale
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

Le Associazioni

ALLEGATO 19 – CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025 – PATOLOGIA CLINICA
Allegato A\5: Anno 2025, in via provvisoria, e definitivo Anno 2024
(Protocollo Laboratori di Analisi)

Tutte le clausole del presente protocollo hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui: all'art. 5, comma 6: *“La sottoscritta Associazione prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse a condizione che sia stata registrata la loro erogazione sul Sistema CUP Sinfonia”*; all'art. 7, comma 7: *“A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito”*), l'art. 12, comma 3: *“Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente protocollo è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti”*, e l'intero art. 13 (Clausola di salvaguardia) del presente protocollo, che si ripete per espressa accettazione:

“Art. 13

(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente accordo la sottoscritta Associazione accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del protocollo per il periodo di efficacia dello stesso.

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

Il Direttore Generale
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

Le Associazioni

ALLEGATO 20 CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025 - Branche a Visita
Allegato A\3: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024
(Protocollo Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)

Schema di Protocollo di intesa tra le Associazioni _____

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 BRANCHE A VISITA , da erogarsi da erogarsi per l'anno 2025 da parte delle strutture private accreditate ed i correlati limiti di spesa, e conferma anno 2024.

E

L'**Azienda Sanitaria Locale Avellino** con sede in Avellino, Via degli Imbimbo 10/12, Partita IVA – Codice Fiscale: 02600160648, rappresentata dal **Direttore Generale Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante**, nato a Luogosano (AV) il 04/07/1958, munito dei necessari poteri come da D.G.R.C. di nomina n. 324 DEL 21/06/2022 e immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 101 del 04/08/2022,

PER

regolare i volumi massimi e i correlati limiti di spesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - branca di BRANCHE A VISITA -, da erogarsi per l'anno 2025, in via provvisoria, e per *confermare* il limite di spesa 2024.

PREMESSO

- che la DGRC n. 800 del 29.12.2023, ha definito i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2023 e, in via provvisoria, per l'anno 2024, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- che la DGRC n. 757 del 27.12.2024 ha approvato in via definitiva i volumi di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2024 e, in via provvisoria, per l'anno 2025, rinviando ad una successiva delibera l'adozione degli schemi contrattuali, che le ASL competenti per territorio devono predisporre per confermare o modificare i contratti già stipulati - in via provvisoria - per l'esercizio 2024 ai sensi della DGRC n. 800/2023, nonché per fissare i limiti di spesa 2025 provvisori; delibera poi approvata con n. 175 del 02/04/2025;
- che il Direttore Generale della sottoscritta ASL, in attuazione delle disposizioni recate dalla richiamata DGRC n. 757/2024, con propria delibera n. ___ del __/__/2025 ha stabilito in via provvisoria per ciascuna struttura privata accreditata i limiti massimi di spesa nell'esercizio 2025, entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie relativamente alla branca di BRANCHE A VISITA;
- che il presente protocollo si uniforma ai nuovi schemi contrattuali, approvati dalla richiamata DGRC n. 175 del 02/04/2025;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(oggetto)

1. Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione, in via provvisoria, dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di BRANCHE A VISITA da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2025, da parte delle strutture private accreditate operanti nel territorio della sottoscritta ASL ed i correlati limiti di spesa, nonché la *conferma* del limite di spesa 2024.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il volume massimo delle prestazioni di cui all'art. 2, che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1/1 – 31/12/2025 dalle strutture private accreditate, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2025, è stabilito in n. 17.125 (prestazioni); mentre per l'esercizio 2024 si *conferma* il volume di prestazioni già previsto ai sensi della DGRC n. 800/2023, come modificato dagli abbattimenti percentuali previsti dalla stessa.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa relativa al volume di prestazioni determinato all'art. 3, comma 1, è fissato come segue:

ALLEGATO 20 CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025 - Branche a Visita

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

- a) in via provvisoria, in € 506.833,57 per l'anno 2025 e *confermato* in € 412.564,87 per l'esercizio 2024, applicando le tariffe pro tempore vigenti,
 - b) in via provvisoria, in € 460.153,59 per l'anno 2025 e *confermato* in € 374.376,59 per l'esercizio 2024, applicando le tariffe pro tempore vigenti, al netto della compartecipazione dell'utente (ticket e quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i.).
2. Il limite di spesa lorda e netta, fissato al comma precedente, potrà essere utilizzato da ciascuna struttura privata accreditata per utenti residenti fuori regione per una percentuale non superiore all'1% (uno per cento), fatta salva la eventuale maggiore percentuale risultante dalla applicazione in singoli casi del criterio richiamato nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023.
 3. Il limite di spesa netta, fissato al comma precedente per i residenti fuori regione, è inderogabile; al contrario, l'eventuale sotto utilizzo di tale limite potrà essere speso per le prestazioni rese ai cittadini residenti in Campania, fermo restando il rispetto dei limiti complessivi di spesa stabiliti al precedente comma 1.
 4. Per ciascun anno l'importo di cui al comma 1, lettera a), diviso per i corrispondenti volumi massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 1, definisce il valore medio delle prestazioni da declinare in conformità alla classificazione delle strutture erogatrici in base alle tipologie funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dal successivo art. 6.
 5. La sottoscritta ASL dà atto che, in base ai dati relativi alle prestazioni erogate nel periodo 01/01/2025 - 30/04/2025 dall'insieme delle strutture accreditate aventi la stessa classificazione ai sensi del successivo art. 6, il valore medio delle prestazioni (**VMP**), da non superare di oltre il 10% ai fini del rispetto del vincolo di cui al successivo art. 8, è attualmente pari ad:

€ 10,64 per la disciplina ministeriale codice 32 – Neurologia;

€ 34,18 per la disciplina ministeriale codice 35 - Odontostomatologia

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. Le prestazioni di cui al precedente art. 4 sono remunerate applicando le tariffe di cui al nomenclatore regionale e relativo catalogo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, pro tempore vigente, al netto del ticket e della quota ricetta (e fatte salve eventuali successive modifiche delle tariffe che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati con delibera della Giunta Regionale).
2. In ogni caso, tutti gli importi separatamente fissati nel precedente art. 4 quali limiti di spesa al netto del ticket e della quota ricetta costituiscono i limiti massimi di remunerazione delle prestazioni acquistate dalle strutture private accreditate, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza del limite di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui al medesimo art. 4, ovvero, di residua disponibilità dei volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3. Al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa al netto del ticket e della quota ricetta, l'ASL potrà acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.
3. Al fine di garantire la continuità assistenziale per tutti i dodici mesi dell'anno solare, i limiti di prestazioni e di spesa sopra indicati dovranno essere applicati da ciascuna struttura privata nella misura di 1/12 (un dodicesimo) per ogni mese. Il rispetto di questo vincolo sarà verificato sul progressivo del valore economico, al netto della compartecipazione dell'utente, delle prestazioni rese nel corso dell'anno solare, con la seguente tolleranza: sarà consentito – alle condizioni di priorità sotto specificate – che il suddetto importo cumulato raggiunga una eccedenza, rispetto alla somma dei dodicesimi del tetto di spesa netta per i mesi trascorsi, non superiore al 30% del tetto di spesa netta mensile, con l'obbligo di recuperare lo sfioramento al massimo entro il 31 dicembre dello stesso anno. Le prestazioni che in ciascun mese solare eccederanno la suddetta condizione, non saranno remunerate. Parimenti, non saranno remunerate le prestazioni che, pur rientrando nel suddetto limite del 30%, siano state rese dopo l'esaurimento del dodicesimo mensile del tetto di spesa annuo e non abbiano l'indicazione di URGENTE o BREVE nella prescrizione del MMG (“U” = “Priorità Urgente”, oppure “B” = “Priorità Breve”, poi riportata nel campo “35.0: Livello di Priorità della richiesta” del FILE C).
4. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.

ALLEGATO 20 CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025 - Branche a Visita
Allegato A\3: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024
(Protocollo Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)

5. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC nn. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.
6. La sottoscritta Associazione prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse a condizione che:
- a) siano state prenotate nel **Sistema CUP Sinfonia** di cui al successivo art. 9, su agende configurate all'atto della prenotazione con **flag Online=SI**, ovvero, visibili e prenotabili oltre che dagli operatori della struttura privata, anche tramite tutti gli altri canali: APP, Portale CUP, Farmacie, ecc.;
- b) sia stata registrata la loro erogazione sul **Sistema CUP Sinfonia** in data non anteriore alla loro prenotazione,
- con la sola eccezione delle prestazioni prenotate prima del 30 aprile 2025, oppure, delle prestazioni la cui prenotazione è riservata agli operatori della struttura privata: *follow up*, utenti residenti in altre regioni, STP ed ENI, sulla base delle disposizioni di riferimento.

Art. 6
(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e promuovere la compiuta e corretta applicazione del presente protocollo è istituito un tavolo tecnico composto da n. 28 membri di cui n. 23 designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. 5 membri nominati dalla ASL, di cui un membro con funzione di coordinamento. Al tavolo tecnico partecipa obbligatoriamente il Referente del Nucleo Operativo di Controllo (NOC) della ASL per la specifica linea di attività per il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, prevista dal DCA n. 103 del 06.12.2019 (pubblicato sul BURC n. 77/2019).
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico aziendale spettano, in particolare, i seguenti compiti:
- a) monitoraggio MENSILE dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL e con i monitoraggi effettuati a livello regionale, in attuazione del DCA n. 103 del 06.12.2019, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
- b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici;
- c) esame dei conteggi del valore medio delle prestazioni, forniti dal coordinatore del tavolo tecnico, differenziato in base alle diverse tipologie funzionali delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza secondo la classificazione seguente:

BRANCA	Tipologia A	Tipologia B	Tipologia C	Tipologia D
Radiodiagnostica	Radiologia tradizionale di base ed ecografia	Radiologia tradizionale, ecografia e TAC	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN ≤ 1 tesla	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN > 1 tesla
Medicina nucleare	Scintigrafie	Scintigrafie e PET (comprese le PET/TC)	Strutture accreditate per la MN soltanto per le PET/TC effettuate con macchina ibrida	

4. Il valore medio della branca "*Branche a Visita*" sarà determinato ed applicato, separatamente, per le prestazioni di medicina iperbarica, rispetto alle altre prestazioni della branca; per queste ultime, in considerazione delle rilevanti differenze esistenti nell'ambito di tale branca, è facoltà della ASL di determinare ed applicare il valore medio in base alle diverse BRANCHE SPECIALISTICHE in cui ricadono le singole prestazioni.
5. Il valore medio della branca "*Medicina Nucleare*" - *Tipologia B* sarà determinato ed applicato separatamente per le prestazioni di scintigrafia (B.1) e di PET (B.2), con possibilità per l'ASL di applicare una ulteriore diversificazione, laddove nell'ambito della tipologia B sussistono centri che effettuano o meno le prestazioni di PET/TC.

Art. 7

ALLEGATO 20 CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025 - Branche a Visita
Allegato A3: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024
(Protocollo Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)

(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.

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla struttura privata un acconto mensile pari al 95% di un dodicesimo del tetto annuo di spesa al netto della compartecipazione, eventualmente maggiorato del valore economico netto del margine di tolleranza, riconosciuto liquidabile ai sensi del precedente art. 5, comma 3, a condizione che siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente: in particolare, il File C mensile deve risultare uguale, per numero di prestazioni e valore economico, alla somma dei dati di erogazione trasmessi giorno per giorno nel FILE C giornaliero; e purché la fattura di acconto sia supportata dalla documentazione di una produzione complessiva liquidabile, cumulata dall'inizio dell'anno solare, non inferiore alla somma degli acconti già liquidati dall'inizio dell'anno solare (diversamente, l'acconto dovrà essere ridotto della eccedenza della produzione cumulata, rispetto alla somma degli acconti liquidati, fatta salva la possibilità di recupero nei mesi successivi). **Si sottolinea, inoltre, che per le prestazioni erogate a partire dal 1° giugno 2025 deve essere rispettata la condizione posta nell'art. 5, comma 6.**
2. 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 tranche come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 gennaio dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. **Le eventuali decurtazioni per sfioramento del vincolo di costo medio saranno applicate dalla ASL a partire dal saldo del primo semestre, e saranno conguagliate in aumento o in diminuzione nei saldi successivi. In sede di saldo annuale dei corrispettivi, l'ASL comunicherà e pagherà anche l'eventuale extra tetto, riconosciuto liquidabile secondo i criteri stabiliti nella DGRC n. 175 del 02/04/2025 richiamata in premessa.** Per il pagamento di ciascun saldo la sottoscritta ASL potrà richiedere l'emissione di apposite note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore delle strutture private accreditate, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.
3. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
4. Entro il 30 giugno dell'anno successivo, previo accertamento del consuntivo regionale di tutte le branche della specialistica ambulatoriale, l'ASL liquiderà l'eventuale eccedenza facoltativa, fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) sul limite individuale di spesa netta, assegnato a ciascuna struttura ai sensi del precedente comma 1, riconoscibile in parziale regressione tariffaria nella misura di almeno il 30% (trenta per cento), secondo i criteri stabiliti nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023 sopra citata.
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;

ALLEGATO 20 CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025 - Branche a Visita
Allegato A3: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024
(Protocollo Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)

- 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 private accreditate.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private accreditate, non è consentito a ciascuna struttura privata di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni (**VMP**), determinato secondo i criteri di cui all'art. 4 e all'art. 6, che definiscono il case-mix delle strutture facenti capo alla medesima branca/tipologia prestazionale. Il vincolo si applica in corso d'anno, sul progressivo delle prestazioni rese nel primo semestre, sul periodo gennaio – settembre e a saldo del consuntivo dell'intero esercizio, attraverso successivi conguagli in aumento o in diminuzione, come specificato nel precedente art. 7.
3. Il divieto di cui al comma precedente è tassativo e inderogabile. Eventuali situazioni particolari, su proposta del tavolo tecnico e se ritenute dalla ASL meritevoli di apprezzamento, dovranno formare oggetto di una delibera del Direttore Generale della ASL di proposta di deroga, da sottoporre all'approvazione della Regione, fatto salvo quanto previsto al successivo comma 6.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o disequilibranze applicative del presente protocollo le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, sulla attuazione degli adempimenti previsti dal presente protocollo, comprese le attività svolte nell'ambito del tavolo tecnico.
6. In considerazione delle specificità della branca, l'ASL competente per territorio potrà consentire a propri centri di BRANCHE A VISITA di derogare al limite del 10% di cui al precedente comma 2, fino a raggiungere un superamento massimo del VMP di branca del 50%, qualora il centro interessato rimanga entro una spesa annua per paziente di euro 240,00= (soglia di attenzione fissata dal DCA n. 88 del 24 luglio 2013, oltre la quale le ASL sono tenute ad effettuare approfondimenti e verifiche).

Art. 9

(debito informativo e CUP regionale)

1. Le strutture private accreditate sono impegnate:
 - a) ad entrare ed operare con continuità nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (**S**istema **I**nformativo sa**N**ità Campan**I**A 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;

ALLEGATO 20 CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025 - Branche a Visita

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

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

Art. 10

(fascicolo sanitario elettronico e protezione dei dati)

1. Al fine di garantire la trasmissione della documentazione sanitaria al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del cittadino, che abbia espresso il proprio consenso ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (c.d. GDPR), ove previsto da norme nazionali o regionali, le strutture sanitarie private sono impegnate ad adempiere a quanto necessario, per garantire l'interoperabilità del proprio sistema informatico ai fini dell'invio al FSE dei dati del cittadino, con quanto realizzato dalla Regione in materia di specifiche tecniche e supporto informatico per i relativi test.
2. L'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico dovrà avvenire secondo le nuove Linee Guida FSE 2.0 ai sensi dei Decreti del Ministro della Salute del 20 maggio 2022 - *Linee Guida per l'Attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico* (G.U. n. 160 del 11.07.2022), del 9 settembre 2023 - *Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0* (G.U. n. 249 del 24.10.2023), e s.m.i.
3. Ai fini della corretta gestione dei dati personali delle prestazioni oggetto del presente protocollo, la sottoscritta ASL, titolare del trattamento dei dati, provvederà a nominare ciascuna struttura privata "*Responsabile del Trattamento*" ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 679/2016 sulla protezione dei dati. La nomina avverrà mediante la stipula di apposito contratto, recante le finalità, i contenuti e le condizioni indicate dal suddetto art. 28, commi 3 e ss. del Regolamento UE 679/2016.
4. Le strutture private accreditate, in qualità di "*Responsabili del Trattamento*", sono impegnate a garantire l'adozione delle misure tecniche e organizzative più adeguate, affinché il trattamento dei dati personali che le sono affidati dalla ASL sia conforme ai requisiti del citato Regolamento UE, e idoneo a tutelare i diritti degli interessati, secondo le indicazioni che verranno comunicate dalla ASL stessa e/o dalla Regione.

Art. 11

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

ALLEGATO 20 CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025 - Branche a Visita

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

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

Art. 12

(efficacia e norme finali)

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

Art. 13

(Clausola di salvaguardia)

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

Avellino lì _____

Il Direttore Generale
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

Le Associazioni

Tutte le clausole del presente protocollo hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui:

all'art. 5, comma 6: *“La sottoscritta Associazione prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse a condizione che: a) siano state prenotate nel Sistema CUP Sinfonia di cui al successivo art. 9, su agende configurate all'atto*

ALLEGATO 20 CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025 - Branche a Visita
Allegato A\3: Anno 2025 provvisorio e conferma / modifica Anno 2024
(Protocollo Specialistica Amb. escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi, Radioterapia e FKT)

della prenotazione con flag Online=SI, ovvero, visibili e prenotabili oltre che dagli operatori della struttura privata, anche tramite tutti gli altri canali: APP, Portale CUP, Farmacie, ecc.; b) sia stata registrata la loro erogazione sul Sistema CUP Sinfonia in data non anteriore alla loro prenotazione, con la sola eccezione delle prestazioni prenotate prima del 30 aprile 2025, oppure, delle prestazioni la cui prenotazione è riservata agli operatori della struttura privata: follow up, utenti residenti in altre regioni, STP ed ENI, sulla base delle disposizioni di riferimento.”;

all’art. 7, comma 7: (“A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito”);

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

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

“Art. 13

(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente accordo la sottoscritta Associazione accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del protocollo per il periodo di efficacia dello stesso.

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

Il Direttore Generale
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

Le Associazioni

ALLEGATO 21 CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025 - Cardiologia

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

Schema di Protocollo di intesa tra le Associazioni _____

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 **CARDIOLOGIA**, da erogarsi da erogarsi per l'anno 2025 da parte delle strutture private accreditate ed i correlati limiti di spesa, e conferma anno 2024.

E

L'**Azienda Sanitaria Locale Avellino** con sede in Avellino, Via degli Imbimbo 10/12, Partita IVA – Codice Fiscale: 02600160648, rappresentata dal **Direttore Generale Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante**, nato a Luogosano (AV) il 04/07/1958, munito dei necessari poteri come da D.G.R.C. di nomina n. 324 DEL 21/06/2022 e immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 101 del 04/08/2022,

PER

regolare i volumi massimi e i correlati limiti di spesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - branca di **CARDIOLOGIA** -, da erogarsi per l'anno 2025, in via provvisoria, e per *confermare* il limite di spesa 2024.

PREMESSO

- che la DGRC n. 800 del 29.12.2023, ha definito i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2023 e, in via provvisoria, per l'anno 2024, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- che la DGRC n. 757 del 27.12.2024 ha approvato in via definitiva i volumi di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2024 e, in via provvisoria, per l'anno 2025, rinviando ad una successiva delibera l'adozione degli schemi contrattuali, che le ASL competenti per territorio devono predisporre per confermare o modificare i contratti già stipulati - in via provvisoria - per l'esercizio 2024 ai sensi della DGRC n. 800/2023, nonché per fissare i limiti di spesa 2025 provvisori; delibera poi approvata con n. 175 del 02/04/2025;
- che il Direttore Generale della sottoscritta ASL, in attuazione delle disposizioni recate dalla richiamata DGRC n. 757/2024, con propria delibera n. ___ del __/__/2025 ha stabilito in via provvisoria per ciascuna struttura privata accreditata i limiti massimi di spesa nell'esercizio 2025, entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie relativamente alla branca di **CARDIOLOGIA**;
- che il presente protocollo si uniforma ai nuovi schemi contrattuali, approvati dalla richiamata DGRC n. 175 del 02/04/2025;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(oggetto)

1. Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione, in via provvisoria, dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di **CARDIOLOGIA** da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2025, da parte delle strutture private accreditate operanti nel territorio della sottoscritta ASL ed i correlati limiti di spesa, nonché la *conferma* del limite di spesa 2024.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il volume massimo delle prestazioni di cui all'art. 2, che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1/1 – 31/12/2025 dalle strutture private accreditate, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2025, è stabilito in n. 15.326 (prestazioni); mentre per l'esercizio 2024 si *conferma* il volume di prestazioni già previsto ai sensi della DGRC n. 800/2023, come modificato dagli abbattimenti percentuali previsti dalla stessa

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa relativa al volume di prestazioni determinato all'art. 3, comma 1, è fissato come segue:

ALLEGATO 21 CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025 - Cardiologia

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

- a) in via provvisoria, in € 619.764,18 per l'anno 2025 e *confermato* in € 619.764,09 per l'esercizio 2024, applicando le tariffe pro tempore vigenti,
 - b) in via provvisoria, in € 553.555,53 per l'anno 2025 e *confermato* in € 553.555,53 per l'esercizio 2024, applicando le tariffe pro tempore vigenti, al netto della compartecipazione dell'utente (ticket e quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i.).
2. Il limite di spesa lorda e netta, fissato al comma precedente, potrà essere utilizzato da ciascuna struttura privata accreditata per utenti residenti fuori regione per una percentuale non superiore all'1% (uno per cento), fatta salva la eventuale maggiore percentuale risultante dalla applicazione in singoli casi del criterio richiamato nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023.
 3. Il limite di spesa netta, fissato al comma precedente per i residenti fuori regione, è inderogabile; al contrario, l'eventuale sotto utilizzo di tale limite potrà essere speso per le prestazioni rese ai cittadini residenti in Campania, fermo restando il rispetto dei limiti complessivi di spesa stabiliti al precedente comma 1.
 4. Per ciascun anno l'importo di cui al comma 1, lettera a), diviso per i corrispondenti volumi massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 1, definisce il valore medio delle prestazioni da declinare in conformità alla classificazione delle strutture erogatrici in base alle tipologie funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dal successivo art. 6.
 5. La sottoscritta ASL dà atto che, in base ai dati relativi alle prestazioni erogate nel periodo 01/01/2025 - 30/04/2025 dall'insieme delle strutture accreditate aventi la stessa classificazione ai sensi del successivo art. 6, il valore medio delle prestazioni (**VMP**), da non superare di oltre il 10% ai fini del rispetto del vincolo di cui al successivo art. 8, è attualmente pari ad € 40,44;

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. Le prestazioni di cui al precedente art. 4 sono remunerate applicando le tariffe di cui al nomenclatore regionale e relativo catalogo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, pro tempore vigente, al netto del ticket e della quota ricetta (e fatte salve eventuali successive modifiche delle tariffe che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati con delibera della Giunta Regionale).
2. In ogni caso, tutti gli importi separatamente fissati nel precedente art. 4 quali limiti di spesa al netto del ticket e della quota ricetta costituiscono i limiti massimi di remunerazione delle prestazioni acquistate dalle strutture private accreditate, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza del limite di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui al medesimo art. 4, ovvero, di residua disponibilità dei volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3. Al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa al netto del ticket e della quota ricetta, l'ASL potrà acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.
3. Al fine di garantire la continuità assistenziale per tutti i dodici mesi dell'anno solare, i limiti di prestazioni e di spesa sopra indicati dovranno essere applicati da ciascuna struttura privata nella misura di 1/12 (un dodicesimo) per ogni mese. Il rispetto di questo vincolo sarà verificato sul progressivo del valore economico, al netto della compartecipazione dell'utente, delle prestazioni rese nel corso dell'anno solare, con la seguente tolleranza: sarà consentito – alle condizioni di priorità sotto specificate – che il suddetto importo cumulato raggiunga una eccedenza, rispetto alla somma dei dodicesimi del tetto di spesa netta per i mesi trascorsi, non superiore al 30% del tetto di spesa netta mensile, con l'obbligo di recuperare lo sfioramento al massimo entro il 31 dicembre dello stesso anno. Le prestazioni che in ciascun mese solare eccederanno la suddetta condizione, non saranno remunerate. Parimenti, non saranno remunerate le prestazioni che, pur rientrando nel suddetto limite del 30%, siano state rese dopo l'esaurimento del dodicesimo mensile del tetto di spesa annuo e non abbiano l'indicazione di URGENTE o BREVE nella prescrizione del MMG ("U" = "Priorità Urgente", oppure "B" = "Priorità Breve", poi riportata nel campo "35.0: Livello di Priorità della richiesta" del FILE C).
4. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.

ALLEGATO 21 CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025 - Cardiologia

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

5. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC nn. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.
6. La sottoscritta Associazione prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse a condizione che:
 - a) siano state prenotate nel **Sistema CUP Sinfonia** di cui al successivo art. 9, su agende configurate all'atto della prenotazione con **flag Online=SI**, ovvero, visibili e prenotabili oltre che dagli operatori della struttura privata, anche tramite tutti gli altri canali: APP, Portale CUP, Farmacie, ecc.;
 - b) sia stata registrata la loro erogazione sul **Sistema CUP Sinfonia** in data non anteriore alla loro prenotazione, con la sola eccezione delle prestazioni prenotate prima del 30 aprile 2025, oppure, delle prestazioni la cui prenotazione è riservata agli operatori della struttura privata: *follow up*, utenti residenti in altre regioni, STP ed ENI, sulla base delle disposizioni di riferimento.

Art. 6 (Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e promuovere la compiuta e corretta applicazione del presente protocollo è istituito un tavolo tecnico composto da n. 28 membri di cui n. 23 designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. 5 membri nominati dalla ASL, di cui un membro con funzione di coordinamento. Al tavolo tecnico partecipa obbligatoriamente il Referente del Nucleo Operativo di Controllo (NOC) della ASL per la specifica linea di attività per il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, prevista dal DCA n. 103 del 06.12.2019 (pubblicato sul BURC n. 77/2019).
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico aziendale spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio MENSILE dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL e con i monitoraggi effettuati a livello regionale, in attuazione del DCA n. 103 del 06.12.2019, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici;
 - c) esame dei conteggi del valore medio delle prestazioni, forniti dal coordinatore del tavolo tecnico, differenziato in base alle diverse tipologie funzionali delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza secondo la classificazione seguente:

BRANCA	Tipologia A	Tipologia B	Tipologia C	Tipologia D
Radiodiagnostica	Radiologia tradizionale di base ed ecografia	Radiologia tradizionale, ecografia e TAC	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN ≤ 1 tesla	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN > 1 tesla
Medicina nucleare	Scintigrafie	Scintigrafie e PET (comprese le PET/TC)	Strutture accreditate per la MN soltanto per le PET/TC effettuate con macchina ibrida	

4. Il valore medio della branca "*Branche a Visita*" sarà determinato ed applicato, separatamente, per le prestazioni di medicina iperbarica, rispetto alle altre prestazioni della branca; per queste ultime, in considerazione delle rilevanti differenze esistenti nell'ambito di tale branca, è facoltà della ASL di determinare ed applicare il valore medio in base alle diverse BRANCHE SPECIALISTICHE in cui ricadono le singole prestazioni.
5. Il valore medio della branca "*Medicina Nucleare*" - *Tipologia B* sarà determinato ed applicato separatamente per le prestazioni di scintigrafia (B.1) e di PET (B.2), con possibilità per l'ASL di applicare una ulteriore diversificazione, laddove nell'ambito della tipologia B sussistono centri che effettuano o meno le prestazioni di PET/TC.

Art. 7

(documentazione delle prestazioni e modalità di pagamento delle prestazioni)

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.

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla struttura privata un acconto mensile pari al 95% di un dodicesimo del tetto annuo di spesa al netto della compartecipazione, eventualmente maggiorato del valore economico netto del margine di tolleranza, riconosciuto liquidabile ai sensi del precedente art. 5, comma 3, a condizione che siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente: in particolare, il File C mensile deve risultare uguale, per numero di prestazioni e valore economico, alla somma dei dati di erogazione trasmessi giorno per giorno nel FILE C giornaliero; e purché la fattura di acconto sia supportata dalla documentazione di una produzione complessiva liquidabile, cumulata dall'inizio dell'anno solare, non inferiore alla somma degli acconti già liquidati dall'inizio dell'anno solare (diversamente, l'acconto dovrà essere ridotto della eccedenza della produzione cumulata, rispetto alla somma degli acconti liquidati, fatta salva la possibilità di recupero nei mesi successivi). **Si sottolinea, inoltre, che per le prestazioni erogate a partire dal 1° giugno 2025 deve essere rispettata la condizione posta nell'art. 5, comma 6.**
2. 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 tranche come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 gennaio dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. **Le eventuali decurtazioni per sfioramento del vincolo di costo medio saranno applicate dalla ASL a partire dal saldo del primo semestre, e saranno conguagliate in aumento o in diminuzione nei saldi successivi. In sede di saldo annuale dei corrispettivi, l'ASL comunicherà e pagherà anche l'eventuale extra tetto, riconosciuto liquidabile secondo i criteri stabiliti nella DGRC n. 175 del 02/04/2025 richiamata in premessa.** Per il pagamento di ciascun saldo la sottoscritta ASL potrà richiedere l'emissione di apposite note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore delle strutture private accreditate, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.
3. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
4. Entro il 30 giugno dell'anno successivo, previo accertamento del consuntivo regionale di tutte le branche della specialistica ambulatoriale, l'ASL liquiderà l'eventuale eccedenza facoltativa, fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) sul limite individuale di spesa netta, assegnato a ciascuna struttura ai sensi del precedente comma 1, riconoscibile in parziale regressione tariffaria nella misura di almeno il 30% (trenta per cento), secondo i criteri stabiliti nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023 sopra citata.
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:

ALLEGATO 21 CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025 - Cardiologia

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

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

Art. 8

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

1. Il coordinatore del tavolo tecnico di cui all'art. 6, entro il mese successivo alla fine di ciascun trimestre solare, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4, e lo comunica agli altri componenti del tavolo tecnico ed alle strutture private accreditate.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private accreditate, non è consentito a ciascuna struttura privata di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni (**VMP**), determinato secondo i criteri di cui all'art. 4 e all'art. 6, che definiscono il case-mix delle strutture facenti capo alla medesima branca/tipologia prestazionale. Il vincolo si applica in corso d'anno, sul progressivo delle prestazioni rese nel primo semestre, sul periodo gennaio – settembre e a saldo del consuntivo dell'intero esercizio, attraverso successivi conguagli in aumento o in diminuzione, come specificato nel precedente art. 7.
3. Il divieto di cui al comma precedente è tassativo e inderogabile. Eventuali situazioni particolari, su proposta del tavolo tecnico e se ritenute dalla ASL meritevoli di apprezzamento, dovranno formare oggetto di una delibera del Direttore Generale della ASL di proposta di deroga, da sottoporre all'approvazione della Regione, fatto salvo quanto previsto al successivo comma 6.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o 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.
6. In considerazione delle specificità della branca, l'ASL competente per territorio potrà consentire a propri centri di Diabetologia di derogare al limite del 10% di cui al precedente comma 2, fino a raggiungere un superamento massimo del VMP di branca del 50%, qualora il centro interessato rimanga entro una spesa annua per paziente di euro 240,00= (soglia di attenzione fissata dal DCA n. 88 del 24 luglio 2013, oltre la quale le ASL sono tenute ad effettuare approfondimenti e verifiche).

Art. 9

(debito informativo e CUP regionale)

1. Le strutture private accreditate sono impegnate:
 - a) ad entrare ed operare con continuità nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (**S**istema **I**NFOrmativo sa**N**ità **C**ampan**I**A 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

ALLEGATO 21 CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025 - Cardiologia

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

le modalità stabilite dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;

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

Art. 10

(fascicolo sanitario elettronico e protezione dei dati)

1. Al fine di garantire la trasmissione della documentazione sanitaria al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del cittadino, che abbia espresso il proprio consenso ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (c.d. GDPR), ove previsto da norme nazionali o regionali, le strutture sanitarie private sono impegnate ad adempiere a quanto necessario, per garantire l'interoperabilità del proprio sistema informatico ai fini dell'invio al FSE dei dati del cittadino, con quanto realizzato dalla Regione in materia di specifiche tecniche e supporto informatico per i relativi test.
2. L'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico dovrà avvenire secondo le nuove Linee Guida FSE 2.0 ai sensi dei Decreti del Ministro della Salute del 20 maggio 2022 - *Linee Guida per l'Attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico* (G.U. n. 160 del 11.07.2022), del 9 settembre 2023 - *Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0* (G.U. n. 249 del 24.10.2023), e s.m.i.
3. Ai fini della corretta gestione dei dati personali delle prestazioni oggetto del presente protocollo, la sottoscritta ASL, titolare del trattamento dei dati, provvederà a nominare ciascuna struttura privata "*Responsabile del Trattamento*" ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 679/2016 sulla protezione dei dati. La nomina avverrà mediante la stipula di apposito contratto, recante le finalità, i contenuti e le condizioni indicate dal suddetto art. 28, commi 3 e ss. del Regolamento UE 679/2016.
4. Le strutture private accreditate, in qualità di "*Responsabili del Trattamento*", sono impegnate a garantire l'adozione delle misure tecniche e organizzative più adeguate, affinché il trattamento dei dati personali che le sono affidati dalla ASL sia conforme ai requisiti del citato Regolamento UE, e idoneo a tutelare i diritti degli interessati, secondo le indicazioni che verranno comunicate dalla ASL stessa e/o dalla Regione.

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

Art. 11

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

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

Art. 12

(efficacia e norme finali)

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

Art. 13

(Clausola di salvaguardia)

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

Avellino lì _____

Il Direttore Generale
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

Le Associazioni

ALLEGATO 21 CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025 - Cardiologia

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

Tutte le clausole del presente protocollo hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui:

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

all'art. 7, comma 7: *“(A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito”;*

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

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

“Art. 13

(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente accordo la sottoscritta Associazione accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del protocollo per il periodo di efficacia dello stesso.

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

Il Direttore Generale
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

Le Associazioni

Schema di Protocollo di intesa tra le Associazioni _____

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 DIABETOLOGIA , da erogarsi da erogarsi per l'anno 2025 da parte delle strutture private accreditate ed i correlati limiti di spesa, e conferma anno 2024.

E

L'Azienda Sanitaria Locale Avellino con sede in Avellino, Via degli Imbimbo 10/12, Partita IVA – Codice Fiscale: 02600160648, rappresentata dal **Direttore Generale Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante**, nato a Luogosano (AV) il 04/07/1958, munito dei necessari poteri come da D.G.R.C. di nomina n. 324 DEL 21/06/2022 e immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 101 del 04/08/2022,

PER

regolare i volumi massimi e i correlati limiti di spesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - branca di DIABETOLOGIA -, da erogarsi per l'anno 2025, in via provvisoria, e per *confermare* il limite di spesa 2024.

PREMESSO

- che la DGRC n. 800 del 29.12.2023, ha definito i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2023 e, in via provvisoria, per l'anno 2024, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- che la DGRC n. 757 del 27.12.2024 ha approvato in via definitiva i volumi di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2024 e, in via provvisoria, per l'anno 2025, rinviando ad una successiva delibera l'adozione degli schemi contrattuali, che le ASL competenti per territorio devono predisporre per confermare o modificare i contratti già stipulati - in via provvisoria - per l'esercizio 2024 ai sensi della DGRC n. 800/2023, nonché per fissare i limiti di spesa 2025 provvisori; delibera poi approvata con n. 175 del 02/04/2025;
- che il Direttore Generale della sottoscritta ASL, in attuazione delle disposizioni recate dalla richiamata DGRC n. 757/2024, con propria delibera n. ___ del __/__/2025 ha stabilito in via provvisoria per ciascuna struttura privata accreditata i limiti massimi di spesa nell'esercizio 2025, entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie relativamente alla branca di DIABETOLOGIA;
- che il presente protocollo si uniforma ai nuovi schemi contrattuali, approvati dalla richiamata DGRC n. 175 del 02/04/2025;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(oggetto)

1. Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione, in via provvisoria, dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di DIABETOLOGIA da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2025, da parte delle strutture private accreditate operanti nel territorio della sottoscritta ASL ed i correlati limiti di spesa, nonché la *conferma* del limite di spesa 2024.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il volume massimo delle prestazioni di cui all'art. 2, che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1/1 – 31/12/2025 dalle strutture private accreditate, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2025, è stabilito in n. 276.051 (prestazioni); mentre per l'esercizio 2024 si *conferma* il volume di prestazioni già previsto ai sensi della DGRC n. 800/2023, come modificato dagli abbattimenti percentuali previsti dalla stessa.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa relativa al volume di prestazioni determinato all'art. 3, comma 1, è fissato come segue:

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

- a) in via provvisoria, in € 2.122.834,15 per l'anno 2025 e *modificato* in € 4.113.712,00 per l'esercizio 2024, applicando le tariffe pro tempore vigenti,
 - b) in via provvisoria, in € 1.890.494,35 per l'anno 2025 e *confermato* in € 3.644.149,00 per l'esercizio 2024, applicando le tariffe pro tempore vigenti, al netto della compartecipazione dell'utente (ticket e quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i.).
2. Il limite di spesa lorda e netta, fissato al comma precedente, potrà essere utilizzato da ciascuna struttura privata accreditata per utenti residenti fuori regione per una percentuale non superiore all'1% (uno per cento), fatta salva la eventuale maggiore percentuale risultante dalla applicazione in singoli casi del criterio richiamato nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023.
 3. Il limite di spesa netta, fissato al comma precedente per i residenti fuori regione, è inderogabile; al contrario, l'eventuale sotto utilizzo di tale limite potrà essere speso per le prestazioni rese ai cittadini residenti in Campania, fermo restando il rispetto dei limiti complessivi di spesa stabiliti al precedente comma 1.
 4. Per ciascun anno l'importo di cui al comma 1, lettera a), diviso per i corrispondenti volumi massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 1, definisce il valore medio delle prestazioni da declinare in conformità alla classificazione delle strutture erogatrici in base alle tipologie funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dal successivo art. 6.
 5. La sottoscritta ASL dà atto che, in base ai dati relativi alle prestazioni erogate nel periodo 01/01/2025 - 30/04/2025 dall'insieme delle strutture accreditate aventi la stessa classificazione ai sensi del successivo art. 6, il valore medio delle prestazioni (**VMP**), da non superare di oltre il 10% ai fini del rispetto del vincolo di cui al successivo art. 8, è attualmente pari ad € 7,69.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. Le prestazioni di cui al precedente art. 4 sono remunerate applicando le tariffe di cui al nomenclatore regionale e relativo catalogo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, pro tempore vigente, al netto del ticket e della quota ricetta (e fatte salve eventuali successive modifiche delle tariffe che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati con delibera della Giunta Regionale).
2. In ogni caso, tutti gli importi separatamente fissati nel precedente art. 4 quali limiti di spesa al netto del ticket e della quota ricetta costituiscono i limiti massimi di remunerazione delle prestazioni acquistate dalle strutture private accreditate, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza del limite di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui al medesimo art. 4, ovvero, di residua disponibilità dei volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3. Al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa al netto del ticket e della quota ricetta, l'ASL potrà acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.
3. Al fine di garantire la continuità assistenziale per tutti i dodici mesi dell'anno solare, i limiti di prestazioni e di spesa sopra indicati dovranno essere applicati da ciascuna struttura privata nella misura di 1/12 (un dodicesimo) per ogni mese. Il rispetto di questo vincolo sarà verificato sul progressivo del valore economico, al netto della compartecipazione dell'utente, delle prestazioni rese nel corso dell'anno solare, con la seguente tolleranza: sarà consentito – alle condizioni di priorità sotto specificate – che il suddetto importo cumulato raggiunga una eccedenza, rispetto alla somma dei dodicesimi del tetto di spesa netta per i mesi trascorsi, non superiore al 30% del tetto di spesa netta mensile, con l'obbligo di recuperare lo sfioramento al massimo entro il 31 dicembre dello stesso anno. Le prestazioni che in ciascun mese solare eccederanno la suddetta condizione, non saranno remunerate. Parimenti, non saranno remunerate le prestazioni che, pur rientrando nel suddetto limite del 30%, siano state rese dopo l'esaurimento del dodicesimo mensile del tetto di spesa annuo e non abbiano l'indicazione di URGENTE o BREVE nella prescrizione del MMG ("U" = "Priorità Urgente", oppure "B" = "Priorità Breve", poi riportata nel campo "35.0: Livello di Priorità della richiesta" del FILE C).
4. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.

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

5. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC nn. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.
6. La sottoscritta Associazione prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse a condizione che:
 - a) siano state prenotate nel **Sistema CUP Sinfonia** di cui al successivo art. 9, su agende configurate all'atto della prenotazione con **flag Online=SI**, ovvero, visibili e prenotabili oltre che dagli operatori della struttura privata, anche tramite tutti gli altri canali: APP, Portale CUP, Farmacie, ecc.;
 - b) sia stata registrata la loro erogazione sul **Sistema CUP Sinfonia** in data non anteriore alla loro prenotazione, con la sola eccezione delle prestazioni prenotate prima del 30 aprile 2025, oppure, delle prestazioni la cui prenotazione è riservata agli operatori della struttura privata: *follow up*, utenti residenti in altre regioni, STP ed ENI, sulla base delle disposizioni di riferimento.

Art. 6
(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e promuovere la compiuta e corretta applicazione del presente protocollo è istituito un tavolo tecnico composto da n. 28 membri di cui n. 23 designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. 5 membri nominati dalla ASL, di cui un membro con funzione di coordinamento. Al tavolo tecnico partecipa obbligatoriamente il Referente del Nucleo Operativo di Controllo (NOC) della ASL per la specifica linea di attività per il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, prevista dal DCA n. 103 del 06.12.2019 (pubblicato sul BURC n. 77/2019).
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico aziendale spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio MENSILE dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL e con i monitoraggi effettuati a livello regionale, in attuazione del DCA n. 103 del 06.12.2019, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici;
 - c) esame dei conteggi del valore medio delle prestazioni, forniti dal coordinatore del tavolo tecnico, differenziato in base alle diverse tipologie funzionali delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza secondo la classificazione seguente:

BRANCA	Tipologia A	Tipologia B	Tipologia C	Tipologia D
Radiodiagnostica	Radiologia tradizionale di base ed ecografia	Radiologia tradizionale, ecografia e TAC	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN ≤ 1 tesla	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN > 1 tesla
Medicina nucleare	Scintigrafie	Scintigrafie e PET (comprese le PET/TC)	Strutture accreditate per la MN soltanto per le PET/TC effettuate con macchina ibrida	

4. Il valore medio della branca "*Branche a Visita*" sarà determinato ed applicato, separatamente, per le prestazioni di medicina iperbarica, rispetto alle altre prestazioni della branca; per queste ultime, in considerazione delle rilevanti differenze esistenti nell'ambito di tale branca, è facoltà della ASL di determinare ed applicare il valore medio in base alle diverse BRANCHE SPECIALISTICHE in cui ricadono le singole prestazioni.
5. Il valore medio della branca "*Medicina Nucleare*" - *Tipologia B* sarà determinato ed applicato separatamente per le prestazioni di scintigrafia (B.1) e di PET (B.2), con possibilità per l'ASL di applicare una ulteriore diversificazione, laddove nell'ambito della tipologia B sussistono centri che effettuano o meno le prestazioni di PET/TC.

Art. 7

(documentazione delle prestazioni e modalità di pagamento delle prestazioni)

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.

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla struttura privata un acconto mensile pari al 95% di un dodicesimo del tetto annuo di spesa al netto della compartecipazione, eventualmente maggiorato del valore economico netto del margine di tolleranza, riconosciuto liquidabile ai sensi del precedente art. 5, comma 3, a condizione che siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente: in particolare, il File C mensile deve risultare uguale, per numero di prestazioni e valore economico, alla somma dei dati di erogazione trasmessi giorno per giorno nel FILE C giornaliero; e purché la fattura di acconto sia supportata dalla documentazione di una produzione complessiva liquidabile, cumulata dall'inizio dell'anno solare, non inferiore alla somma degli acconti già liquidati dall'inizio dell'anno solare (diversamente, l'acconto dovrà essere ridotto della eccedenza della produzione cumulata, rispetto alla somma degli acconti liquidati, fatta salva la possibilità di recupero nei mesi successivi). **Si sottolinea, inoltre, che per le prestazioni erogate a partire dal 1° giugno 2025 deve essere rispettata la condizione posta nell'art. 5, comma 6.**
2. 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 tranche come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 gennaio dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. **Le eventuali decurtazioni per sfioramento del vincolo di costo medio saranno applicate dalla ASL a partire dal saldo del primo semestre, e saranno conguagliate in aumento o in diminuzione nei saldi successivi. In sede di saldo annuale dei corrispettivi, l'ASL comunicherà e pagherà anche l'eventuale extra tetto, riconosciuto liquidabile secondo i criteri stabiliti nella DGRC n. 175 del 02/04/2025 richiamata in premessa.** Per il pagamento di ciascun saldo la sottoscritta ASL potrà richiedere l'emissione di apposite note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore delle strutture private accreditate, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.
3. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
4. Entro il 30 giugno dell'anno successivo, previo accertamento del consuntivo regionale di tutte le branche della specialistica ambulatoriale, l'ASL liquiderà l'eventuale eccedenza facoltativa, fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) sul limite individuale di spesa netta, assegnato a ciascuna struttura ai sensi del precedente comma 1, riconoscibile in parziale regressione tariffaria nella misura di almeno il 30% (trenta per cento), secondo i criteri stabiliti nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023 sopra citata.
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:

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

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

Art. 8

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

1. Il coordinatore del tavolo tecnico di cui all'art. 6, entro il mese successivo alla fine di ciascun trimestre solare, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4, e lo comunica agli altri componenti del tavolo tecnico ed alle strutture private accreditate.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private accreditate, non è consentito a ciascuna struttura privata di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni (**VMP**), determinato secondo i criteri di cui all'art. 4 e all'art. 6, che definiscono il case-mix delle strutture facenti capo alla medesima branca/tipologia prestazionale. Il vincolo si applica in corso d'anno, sul progressivo delle prestazioni rese nel primo semestre, sul periodo gennaio – settembre e a saldo del consuntivo dell'intero esercizio, attraverso successivi conguagli in aumento o in diminuzione, come specificato nel precedente art. 7.
3. Il divieto di cui al comma precedente è tassativo e inderogabile. Eventuali situazioni particolari, su proposta del tavolo tecnico e se ritenute dalla ASL meritevoli di apprezzamento, dovranno formare oggetto di una delibera del Direttore Generale della ASL di proposta di deroga, da sottoporre all'approvazione della Regione, fatto salvo quanto previsto al successivo comma 6.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o 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.
6. In considerazione delle specificità della branca, l'ASL competente per territorio potrà consentire a propri centri di Diabetologia di derogare al limite del 10% di cui al precedente comma 2, fino a raggiungere un superamento massimo del VMP di branca del 50%, qualora il centro interessato rimanga entro una spesa annua per paziente di euro 240,00= (soglia di attenzione fissata dal DCA n. 88 del 24 luglio 2013, oltre la quale le ASL sono tenute ad effettuare approfondimenti e verifiche).

Art. 9

(debito informativo e CUP regionale)

1. Le strutture private accreditate sono impegnate:
 - a) ad entrare ed operare con continuità nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (**S**istema **I**nformativo sa**N**ità Cam**P**ania 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

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

le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;

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

Art. 10

(fascicolo sanitario elettronico e protezione dei dati)

1. Al fine di garantire la trasmissione della documentazione sanitaria al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del cittadino, che abbia espresso il proprio consenso ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (c.d. GDPR), ove previsto da norme nazionali o regionali, le strutture sanitarie private sono impegnate ad adempiere a quanto necessario, per garantire l'interoperabilità del proprio sistema informatico ai fini dell'invio al FSE dei dati del cittadino, con quanto realizzato dalla Regione in materia di specifiche tecniche e supporto informatico per i relativi test.
2. L'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico dovrà avvenire secondo le nuove Linee Guida FSE 2.0 ai sensi dei Decreti del Ministro della Salute del 20 maggio 2022 - *Linee Guida per l'Attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico* (G.U. n. 160 del 11.07.2022), del 9 settembre 2023 - *Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0* (G.U. n. 249 del 24.10.2023), e s.m.i.
3. Ai fini della corretta gestione dei dati personali delle prestazioni oggetto del presente protocollo, la sottoscritta ASL, titolare del trattamento dei dati, provvederà a nominare ciascuna struttura privata "*Responsabile del Trattamento*" ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 679/2016 sulla protezione dei dati. La nomina avverrà mediante la stipula di apposito contratto, recante le finalità, i contenuti e le condizioni indicate dal suddetto art. 28, commi 3 e ss. del Regolamento UE 679/2016.
4. Le strutture private accreditate, in qualità di "*Responsabili del Trattamento*", sono impegnate a garantire l'adozione delle misure tecniche e organizzative più adeguate, affinché il trattamento dei dati personali che le sono affidati dalla ASL sia conforme ai requisiti del citato Regolamento UE, e idoneo a tutelare i diritti degli interessati, secondo le indicazioni che verranno comunicate dalla ASL stessa e/o dalla Regione.

Art. 11

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

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

Art. 12

(efficacia e norme finali)

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

Art. 13

(Clausola di salvaguardia)

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

Avellino lì _____

Il Direttore Generale
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

Le Associazioni

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

Tutte le clausole del presente protocollo hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui:

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

all'art. 7, comma 7: *“(A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito”;*

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

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

“Art. 13

(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente accordo la sottoscritta Associazione accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del protocollo per il periodo di efficacia dello stesso.

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

Il Direttore Generale
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

Le Associazioni

Schema di Protocollo di intesa tra le Associazioni _____

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 MEDICINA NUCLEARE, da erogarsi da erogarsi per l'anno 2025 da parte delle strutture private accreditate ed i correlati limiti di spesa, e conferma anno 2024.

E

L'**Azienda Sanitaria Locale Avellino** con sede in Avellino, Via degli Imbimbo 10/12, Partita IVA – Codice Fiscale: 02600160648, rappresentata dal **Direttore Generale Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante**, nato a Luogosano (AV) il 04/07/1958, munito dei necessari poteri come da D.G.R.C. di nomina n. 324 DEL 21/06/2022 e immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 101 del 04/08/2022,

PER

regolare i volumi massimi e i correlati limiti di spesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - branca di MEDICINA NUCLEARE -, da erogarsi per l'anno 2025, in via provvisoria, e per *confermare* il limite di spesa 2024.

PREMESSO

- che la DGRC n. 800 del 29.12.2023, ha definito i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2023 e, in via provvisoria, per l'anno 2024, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- che la DGRC n. 757 del 27.12.2024 ha approvato in via definitiva i volumi di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2024 e, in via provvisoria, per l'anno 2025, rinviando ad una successiva delibera l'adozione degli schemi contrattuali, che le ASL competenti per territorio devono predisporre per confermare o modificare i contratti già stipulati - in via provvisoria - per l'esercizio 2024 ai sensi della DGRC n. 800/2023, nonché per fissare i limiti di spesa 2025 provvisori; delibera poi approvata con n. 175 del 02/04/2025
- che il Direttore Generale della sottoscritta ASL, in attuazione delle disposizioni recate dalla richiamata DGRC n. 757/2024, con propria delibera n. ____ del __/__/2025 ha stabilito in via provvisoria per ciascuna struttura privata accreditata i limiti massimi di spesa nell'esercizio 2025, entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie relativamente alla branca di MEDICINA NUCLEARE;
- che il presente protocollo si uniforma ai nuovi schemi contrattuali, approvati dalla richiamata DGRC n. 175 del 02/04/2025;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(oggetto)

1. Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione, in via provvisoria, dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di MEDICINA NUCLEARE da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2025, da parte delle strutture private accreditate operanti nel territorio della sottoscritta ASL ed i correlati limiti di spesa, nonché la *conferma* del limite di spesa 2024.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il volume massimo delle prestazioni di cui all'art. 2, che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1/1 – 31/12/2025 dalle strutture private accreditate, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2025, è stabilito in n. 1.667 (prestazioni); mentre per l'esercizio 2024 si *conferma* il volume di prestazioni già previsto ai sensi della DGRC n. 800/2023, come modificato dagli abbattimenti percentuali previsti dalla stessa.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa relativa al volume di prestazioni determinato all'art. 3, comma 1, è fissato come segue:

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

- a) in via provvisoria, in € 699.960,14 per l'anno 2025 e *confermato* in € 583.500,40 per l'esercizio 2024, applicando le tariffe pro tempore vigenti,
 - b) in via provvisoria, in € 687.727,69 per l'anno 2025 e *confermato* in € 573.106,69 per l'esercizio 2024, applicando le tariffe pro tempore vigenti, al netto della compartecipazione dell'utente (ticket e quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i.).
2. Il limite di spesa lorda e netta, fissato al comma precedente, potrà essere utilizzato da ciascuna struttura privata accreditata per utenti residenti fuori regione per una percentuale non superiore all'1% (uno per cento), fatta salva la eventuale maggiore percentuale risultante dalla applicazione in singoli casi del criterio richiamato nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023.
 3. Il limite di spesa netta, fissato al comma precedente per i residenti fuori regione, è inderogabile; al contrario, l'eventuale sotto utilizzo di tale limite potrà essere speso per le prestazioni rese ai cittadini residenti in Campania, fermo restando il rispetto dei limiti complessivi di spesa stabiliti al precedente comma 1.
 4. Per ciascun anno l'importo di cui al comma 1, lettera a), diviso per i corrispondenti volumi massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 1, definisce il valore medio delle prestazioni da declinare in conformità alla classificazione delle strutture erogatrici in base alle tipologie funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dal successivo art. 6.
 5. La sottoscritta ASL dà atto che, in base ai dati relativi alle prestazioni erogate nel periodo 01/01/2025 - 30/04/2025 dall'insieme delle strutture accreditate aventi la stessa classificazione ai sensi del successivo art. 6, il valore medio delle prestazioni (**VMP**), da non superare di oltre il 10% ai fini del rispetto del vincolo di cui al successivo art. 8, è attualmente pari, per le strutture accreditate classificate in Tipologia "B.2" ad € 419,70

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. Le prestazioni di cui al precedente art. 4 sono remunerate applicando le tariffe di cui al nomenclatore regionale e relativo catalogo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, pro tempore vigente, al netto del ticket e della quota ricetta (e fatte salve eventuali successive modifiche delle tariffe che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati con delibera della Giunta Regionale).
2. In ogni caso, tutti gli importi separatamente fissati nel precedente art. 4 quali limiti di spesa al netto del ticket e della quota ricetta costituiscono i limiti massimi di remunerazione delle prestazioni acquistate dalle strutture private accreditate, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza del limite di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui al medesimo art. 4, ovvero, di residua disponibilità dei volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3. Al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa al netto del ticket e della quota ricetta, l'ASL potrà acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.
3. Al fine di garantire la continuità assistenziale per tutti i dodici mesi dell'anno solare, i limiti di prestazioni e di spesa sopra indicati dovranno essere applicati da ciascuna struttura privata nella misura di 1/12 (un dodicesimo) per ogni mese. Il rispetto di questo vincolo sarà verificato sul progressivo del valore economico, al netto della compartecipazione dell'utente, delle prestazioni rese nel corso dell'anno solare, con la seguente tolleranza: sarà consentito – alle condizioni di priorità sotto specificate – che il suddetto importo cumulato raggiunga una eccedenza, rispetto alla somma dei dodicesimi del tetto di spesa netta per i mesi trascorsi, non superiore al 30% del tetto di spesa netta mensile, con l'obbligo di recuperare lo sfioramento al massimo entro il 31 dicembre dello stesso anno. Le prestazioni che in ciascun mese solare eccederanno la suddetta condizione, non saranno remunerate. Parimenti, non saranno remunerate le prestazioni che, pur rientrando nel suddetto limite del 30%, siano state rese dopo l'esaurimento del dodicesimo mensile del tetto di spesa annuo e non abbiano l'indicazione di URGENTE o BREVE nella prescrizione del MMG ("U" = "Priorità Urgente", oppure "B" = "Priorità Breve", poi riportata nel campo "35.0: Livello di Priorità della richiesta" del FILE C).
4. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
5. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC nn. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

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

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

**Art. 6
(Tavolo Tecnico)**

- 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. 28 membri di cui n.23 designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. 5 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).
- Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
- Al tavolo tecnico aziendale spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - monitoraggio MENSILE dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL e con i monitoraggi effettuati a livello regionale, in attuazione del DCA n. 103 del 06.12.2019, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - 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;
 - esame dei conteggi del valore medio delle prestazioni, forniti dal coordinatore del tavolo tecnico, differenziato in base alle diverse tipologie funzionali delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza secondo la classificazione seguente:

BRANCA	Tipologia A	Tipologia B	Tipologia C	Tipologia D
Radiodiagnostica	Radiologia tradizionale di base ed ecografia	Radiologia tradizionale, ecografia e TAC	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN ≤ 1 tesla	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN > 1 tesla
Medicina nucleare	Scintigrafie	Scintigrafie e PET (comprese le PET/TC)	Strutture accreditate per la MN soltanto per le PET/TC effettuate con macchina ibrida	

- 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.
- Il valore medio della branca "*Medicina Nucleare*" - *Tipologia B* sarà determinato ed applicato separatamente per le prestazioni di scintigrafia (B.1) e di PET (B.2), con possibilità per l'ASL di applicare una ulteriore diversificazione, laddove nell'ambito della tipologia B sussistono centri che effettuano o meno le prestazioni di PET/TC.

Art. 7

(documentazione delle prestazioni e modalità di pagamento delle prestazioni)

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.

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla struttura privata un acconto mensile pari al 95% di un dodicesimo del tetto annuo di spesa al netto della compartecipazione, eventualmente maggiorato del valore economico netto del margine di tolleranza, riconosciuto liquidabile ai sensi del precedente art. 5, comma 3, a condizione che siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente: in particolare, il File C mensile deve risultare uguale, per numero di prestazioni e valore economico, alla somma dei dati di erogazione trasmessi giorno per giorno nel FILE C giornaliero; e purché la fattura di acconto sia supportata dalla documentazione di una produzione complessiva liquidabile, cumulata dall'inizio dell'anno solare, non inferiore alla somma degli acconti già liquidati dall'inizio dell'anno solare (diversamente, l'acconto dovrà essere ridotto della eccedenza della produzione cumulata, rispetto alla somma degli acconti liquidati, fatta salva la possibilità di recupero nei mesi successivi). **Si sottolinea, inoltre, che per le prestazioni erogate a partire dal 1° giugno 2025 deve essere rispettata la condizione posta nell'art. 5, comma 6.**
2. 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 tranche come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 gennaio dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. **Le eventuali decurtazioni per sfioramento del vincolo di costo medio saranno applicate dalla ASL a partire dal saldo del primo semestre, e saranno conguagliate in aumento o in diminuzione nei saldi successivi. In sede di saldo annuale dei corrispettivi, l'ASL comunicherà e pagherà anche l'eventuale extra tetto, riconosciuto liquidabile secondo i criteri stabiliti nella DGRC n. 175 del 02/04/2025 richiamata in premessa.** Per il pagamento di ciascun saldo la sottoscritta ASL potrà richiedere l'emissione di apposite note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore delle strutture private accreditate, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.
3. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
4. Entro il 30 giugno dell'anno successivo, previo accertamento del consuntivo regionale di tutte le branche della specialistica ambulatoriale, l'ASL liquiderà l'eventuale eccedenza facoltativa, fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) sul limite individuale di spesa netta, assegnato a ciascuna struttura ai sensi del precedente comma 1, riconoscibile in parziale regressione tariffaria nella misura di almeno il 30% (trenta per cento), secondo i criteri stabiliti nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023 sopra citata.
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:

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

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

Art. 8

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

1. Il coordinatore del tavolo tecnico di cui all'art. 6, entro il mese successivo alla fine di ciascun trimestre solare, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4, e lo comunica agli altri componenti del tavolo tecnico ed alle strutture private accreditate.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private accreditate, non è consentito a ciascuna struttura privata di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni (**VMP**), determinato secondo i criteri di cui all'art. 4 e all'art. 6, che definiscono il case-mix delle strutture facenti capo alla medesima branca/tipologia prestazionale. Il vincolo si applica in corso d'anno, sul progressivo delle prestazioni rese nel primo semestre, sul periodo gennaio – settembre e a saldo del consuntivo dell'intero esercizio, attraverso successivi conguagli in aumento o in diminuzione, come specificato nel precedente art. 7.
3. Il divieto di cui al comma precedente è tassativo e inderogabile. Eventuali situazioni particolari, su proposta del tavolo tecnico e se ritenute dalla ASL meritevoli di apprezzamento, dovranno formare oggetto di una delibera del Direttore Generale della ASL di proposta di deroga, da sottoporre all'approvazione della Regione, fatto salvo quanto previsto al successivo comma 6.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o 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.
6. In considerazione delle specificità della branca, l'ASL competente per territorio potrà consentire a propri centri di Diabetologia di derogare al limite del 10% di cui al precedente comma 2, fino a raggiungere un superamento massimo del VMP di branca del 50%, qualora il centro interessato rimanga entro una spesa annua per paziente di euro 240,00= (soglia di attenzione fissata dal DCA n. 88 del 24 luglio 2013, oltre la quale le ASL sono tenute ad effettuare approfondimenti e verifiche).

Art. 9

(debito informativo e CUP regionale)

1. Le strutture private accreditate sono impegnate:
 - a) ad entrare ed operare con continuità nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (**S**istema **I**nformativo sa**N**ità Campan**I**A 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

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

le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;

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

Art. 10

(fascicolo sanitario elettronico e protezione dei dati)

1. Al fine di garantire la trasmissione della documentazione sanitaria al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del cittadino, che abbia espresso il proprio consenso ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (c.d. GDPR), ove previsto da norme nazionali o regionali, le strutture sanitarie private sono impegnate ad adempiere a quanto necessario, per garantire l'interoperabilità del proprio sistema informatico ai fini dell'invio al FSE dei dati del cittadino, con quanto realizzato dalla Regione in materia di specifiche tecniche e supporto informatico per i relativi test.
2. L'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico dovrà avvenire secondo le nuove Linee Guida FSE 2.0 ai sensi dei Decreti del Ministro della Salute del 20 maggio 2022 - *Linee Guida per l'Attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico* (G.U. n. 160 del 11.07.2022), del 9 settembre 2023 - *Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0* (G.U. n. 249 del 24.10.2023), e s.m.i.
3. Ai fini della corretta gestione dei dati personali delle prestazioni oggetto del presente protocollo, la sottoscritta ASL, titolare del trattamento dei dati, provvederà a nominare ciascuna struttura privata "*Responsabile del Trattamento*" ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 679/2016 sulla protezione dei dati. La nomina avverrà mediante la stipula di apposito contratto, recante le finalità, i contenuti e le condizioni indicate dal suddetto art. 28, commi 3 e ss. del Regolamento UE 679/2016.
4. Le strutture private accreditate, in qualità di "*Responsabili del Trattamento*", sono impegnate a garantire l'adozione delle misure tecniche e organizzative più adeguate, affinché il trattamento dei dati personali che le sono affidati dalla ASL sia conforme ai requisiti del citato Regolamento UE, e idoneo a tutelare i diritti degli interessati, secondo le indicazioni che verranno comunicate dalla ASL stessa e/o dalla Regione.

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

Art. 11

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

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

Art. 12

(efficacia e norme finali)

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

Art. 13

(Clausola di salvaguardia)

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

Avellino lì _____

Il Direttore Generale
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

Le Associazioni

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

Tutte le clausole del presente protocollo hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui:

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

all'art. 7, comma 7: *“(A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito”;*

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

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

“Art. 13

(Clausola di salvaguardia)

1. *Con la sottoscrizione del presente accordo la sottoscritta Associazione accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del protocollo per il periodo di efficacia dello stesso.*

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

Il Direttore Generale
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

Le Associazioni

ALLEGATO 24 CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025 - Radiodiagnostica

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

Schema di Protocollo di intesa tra le Associazioni _____

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 RADIODIAGNOSTICA , da erogarsi da erogarsi per l'anno 2025 da parte delle strutture private accreditate ed i correlati limiti di spesa, e modifica anno 2024.

E

L'Azienda Sanitaria Locale Avellino con sede in Avellino, Via degli Imbimbo 10/12, Partita IVA – Codice Fiscale: 02600160648, rappresentata dal **Direttore Generale Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante**, nato a Luogosano (AV) il 04/07/1958, munito dei necessari poteri come da D.G.R.C. di nomina n. 324 DEL 21/06/2022 e immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 101 del 04/08/2022,

PER

regolare i volumi massimi e i correlati limiti di spesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - branca di RADIODIAGNOSTICA -, da erogarsi per l'anno 2025, in via provvisoria, e per *modificare* il limite di spesa 2024.

PREMESSO

- che la DGRC n. 800 del 29.12.2023, ha definito i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2023 e, in via provvisoria, per l'anno 2024, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- che la DGRC n. 757 del 27.12.2024 ha approvato in via definitiva i volumi di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2024 e, in via provvisoria, per l'anno 2025, rinviando ad una successiva delibera l'adozione degli schemi contrattuali, che le ASL competenti per territorio devono predisporre per confermare o modificare i contratti già stipulati - in via provvisoria - per l'esercizio 2024 ai sensi della DGRC n. 800/2023, nonché per fissare i limiti di spesa 2025 provvisori; delibera poi approvata con n. 175 del 02/04/2025;
- che il Direttore Generale della sottoscritta ASL, in attuazione delle disposizioni recate dalla richiamata DGRC n. 757/2024, con propria delibera n. ____ del __/__/2025 ha stabilito in via provvisoria per ciascuna struttura privata accreditata i limiti massimi di spesa nell'esercizio 2025, entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie relativamente alla branca di RADIODIAGNOSTICA;
- che il presente protocollo si uniforma ai nuovi schemi contrattuali, approvati dalla richiamata DGRC n. 175 del 02/04/2025;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2

(oggetto)

1. Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione, in via provvisoria, dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di RADIODIAGNOSTICA da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2025, da parte delle strutture private accreditate operanti nel territorio della sottoscritta ASL ed i correlati limiti di spesa, nonché la *modifica* del limite di spesa 2024.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il volume massimo delle prestazioni di cui all'art. 2, che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1/1 – 31/12/2025 dalle strutture private accreditate, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2025, è stabilito in n. 62.040 (prestazioni); mentre per l'esercizio 2024 si *conferma* il volume di prestazioni già previsto ai sensi della DGRC n. 800/2023, come modificato dagli abbattimenti percentuali previsti dalla stessa, e dal passaggio di classe di alcune strutture, pari a n. 66.953.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa relativa al volume di prestazioni determinato all'art. 3, comma 1, è fissato come segue:

ALLEGATO 24 CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025 - Radiodiagnostica

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

- a) in via provvisoria, in € 4.113.711,91 per l'anno 2025 e *modificato* in € 4.113.712,00 per l'esercizio 2024, applicando le tariffe pro tempore vigenti,
 - b) in via provvisoria, in € 3.644.149 per l'anno 2025 e *modificato* in € 3.644.149,00 per l'esercizio 2024, applicando le tariffe pro tempore vigenti, al netto della compartecipazione dell'utente (ticket e quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i.).
2. Il limite di spesa lorda e netta, fissato al comma precedente, potrà essere utilizzato da ciascuna struttura privata accreditata per utenti residenti fuori regione per una percentuale non superiore all'1% (uno per cento), fatta salva la eventuale maggiore percentuale risultante dalla applicazione in singoli casi del criterio richiamato nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023.
 3. Il limite di spesa netta, fissato al comma precedente per i residenti fuori regione, è inderogabile; al contrario, l'eventuale sotto utilizzo di tale limite potrà essere speso per le prestazioni rese ai cittadini residenti in Campania, fermo restando il rispetto dei limiti complessivi di spesa stabiliti al precedente comma 1.
 4. Per ciascun anno l'importo di cui al comma 1, lettera a), diviso per i corrispondenti volumi massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 1, definisce il valore medio delle prestazioni da declinare in conformità alla classificazione delle strutture erogatrici in base alle tipologie funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dal successivo art. 6.
 5. La sottoscritta ASL dà atto che, in base ai dati relativi alle prestazioni erogate nel periodo 01/01/2025 - 30/04/2025 dall'insieme delle strutture accreditate aventi la stessa classificazione ai sensi del successivo art. 6, il valore medio delle prestazioni (**VMP**), da non superare di oltre il 10% ai fini del rispetto del vincolo di cui al successivo art. 8, è attualmente pari:

€ 36,09 per le strutture accreditate classificate in Tipologia "C"
€ 72,14 per le strutture accreditate classificate in Tipologia "D"

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. Le prestazioni di cui al precedente art. 4 sono remunerate applicando le tariffe di cui al nomenclatore regionale e relativo catalogo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, pro tempore vigente, al netto del ticket e della quota ricetta (e fatte salve eventuali successive modifiche delle tariffe che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati con delibera della Giunta Regionale).
2. In ogni caso, tutti gli importi separatamente fissati nel precedente art. 4 quali limiti di spesa al netto del ticket e della quota ricetta costituiscono i limiti massimi di remunerazione delle prestazioni acquistate dalle strutture private accreditate, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza del limite di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui al medesimo art. 4, ovvero, di residua disponibilità dei volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3. Al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa al netto del ticket e della quota ricetta, l'ASL potrà acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.
3. Al fine di garantire la continuità assistenziale per tutti i dodici mesi dell'anno solare, i limiti di prestazioni e di spesa sopra indicati dovranno essere applicati da ciascuna struttura privata nella misura di 1/12 (un dodicesimo) per ogni mese. Il rispetto di questo vincolo sarà verificato sul progressivo del valore economico, al netto della compartecipazione dell'utente, delle prestazioni rese nel corso dell'anno solare, con la seguente tolleranza: sarà consentito – alle condizioni di priorità sotto specificate – che il suddetto importo cumulato raggiunga una eccedenza, rispetto alla somma dei dodicesimi del tetto di spesa netta per i mesi trascorsi, non superiore al 30% del tetto di spesa netta mensile, con l'obbligo di recuperare lo sfioramento al massimo entro il 31 dicembre dello stesso anno. Le prestazioni che in ciascun mese solare eccederanno la suddetta condizione, non saranno remunerate. Parimenti, non saranno remunerate le prestazioni che, pur rientrando nel suddetto limite del 30%, siano state rese dopo l'esaurimento del dodicesimo mensile del tetto di spesa annuo e non abbiano l'indicazione di URGENTE o BREVE nella prescrizione del MMG ("U" = "Priorità Urgente", oppure "B" = "Priorità Breve", poi riportata nel campo "35.0: Livello di Priorità della richiesta" del FILE C).
4. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti

ALLEGATO 24 CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025 - Radiodiagnostica

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

dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.

5. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC nn. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.
6. La sottoscritta Associazione prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse a condizione che:
 - a) siano state prenotate nel **Sistema CUP Sinfonia** di cui al successivo art. 9, su agende configurate all'atto della prenotazione con **flag Online=SI**, ovvero, visibili e prenotabili oltre che dagli operatori della struttura privata, anche tramite tutti gli altri canali: APP, Portale CUP, Farmacie, ecc.;
 - b) sia stata registrata la loro erogazione sul **Sistema CUP Sinfonia** in data non anteriore alla loro prenotazione, con la sola eccezione delle prestazioni prenotate prima del 30 aprile 2025, oppure, delle prestazioni la cui prenotazione è riservata agli operatori della struttura privata: *follow up*, utenti residenti in altre regioni, STP ed ENI, sulla base delle disposizioni di riferimento.

Art. 6 (Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e promuovere la compiuta e corretta applicazione del presente protocollo è istituito un tavolo tecnico composto da n. 28 membri di cui n. 23 designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. 5 membri nominati dalla ASL, di cui un membro con funzione di coordinamento. Al tavolo tecnico partecipa obbligatoriamente il Referente del Nucleo Operativo di Controllo (NOC) della ASL per la specifica linea di attività per il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, prevista dal DCA n. 103 del 06.12.2019 (pubblicato sul BURC n. 77/2019).
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico aziendale spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio MENSILE dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL e con i monitoraggi effettuati a livello regionale, in attuazione del DCA n. 103 del 06.12.2019, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici;
 - c) esame dei conteggi del valore medio delle prestazioni, forniti dal coordinatore del tavolo tecnico, differenziato in base alle diverse tipologie funzionali delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza secondo la classificazione seguente:

BRANCA	Tipologia A	Tipologia B	Tipologia C	Tipologia D
Radiodiagnostica	Radiologia tradizionale di base ed ecografia	Radiologia tradizionale, ecografia e TAC	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN ≤ 1 tesla	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN > 1 tesla
Medicina nucleare	Scintigrafie	Scintigrafie e PET (comprese le PET/TC)	Strutture accreditate per la MN soltanto per le PET/TC effettuate con macchina ibrida	

4. Il valore medio della branca "*Branche a Visita*" sarà determinato ed applicato, separatamente, per le prestazioni di medicina iperbarica, rispetto alle altre prestazioni della branca; per queste ultime, in considerazione delle rilevanti differenze esistenti nell'ambito di tale branca, è facoltà della ASL di determinare ed applicare il valore medio in base alle diverse BRANCHE SPECIALISTICHE in cui ricadono le singole prestazioni.
5. Il valore medio della branca "*Medicina Nucleare*" - *Tipologia B* sarà determinato ed applicato separatamente per le prestazioni di scintigrafia (B.1) e di PET (B.2), con possibilità per l'ASL di applicare una ulteriore diversificazione, laddove nell'ambito della tipologia B sussistono centri che effettuano o meno le prestazioni di PET/TC.

Art. 7

(documentazione delle prestazioni e modalità di pagamento delle prestazioni)

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.

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla struttura privata un acconto mensile pari al 95% di un dodicesimo del tetto annuo di spesa al netto della compartecipazione, eventualmente maggiorato del valore economico netto del margine di tolleranza, riconosciuto liquidabile ai sensi del precedente art. 5, comma 3, a condizione che siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente: in particolare, il File C mensile deve risultare uguale, per numero di prestazioni e valore economico, alla somma dei dati di erogazione trasmessi giorno per giorno nel FILE C giornaliero; e purché la fattura di acconto sia supportata dalla documentazione di una produzione complessiva liquidabile, cumulata dall'inizio dell'anno solare, non inferiore alla somma degli acconti già liquidati dall'inizio dell'anno solare (diversamente, l'acconto dovrà essere ridotto della eccedenza della produzione cumulata, rispetto alla somma degli acconti liquidati, fatta salva la possibilità di recupero nei mesi successivi). **Si sottolinea, inoltre, che per le prestazioni erogate a partire dal 1° giugno 2025 deve essere rispettata la condizione posta nell'art. 5, comma 6.**
2. 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 tranche come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 gennaio dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. **Le eventuali decurtazioni per sfioramento del vincolo di costo medio saranno applicate dalla ASL a partire dal saldo del primo semestre, e saranno conguagliate in aumento o in diminuzione nei saldi successivi. In sede di saldo annuale dei corrispettivi, l'ASL comunicherà e pagherà anche l'eventuale extra tetto, riconosciuto liquidabile secondo i criteri stabiliti nella DGRC n. 175 del 02/04/2025 richiamata in premessa.** Per il pagamento di ciascun saldo la sottoscritta ASL potrà richiedere l'emissione di apposite note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore delle strutture private accreditate, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.
3. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
4. Entro il 30 giugno dell'anno successivo, previo accertamento del consuntivo regionale di tutte le branche della specialistica ambulatoriale, l'ASL liquiderà l'eventuale eccedenza facoltativa, fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) sul limite individuale di spesa netta, assegnato a ciascuna struttura ai sensi del precedente comma 1, riconoscibile in parziale regressione tariffaria nella misura di almeno il 30% (trenta per cento), secondo i criteri stabiliti nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023 sopra citata.
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

ALLEGATO 24 CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025 - Radiodiagnostica

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

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 private accreditate.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private accreditate, non è consentito a ciascuna struttura privata di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni (**VMP**), determinato secondo i criteri di cui all'art. 4 e all'art. 6, che definiscono il case-mix delle strutture facenti capo alla medesima branca/tipologia prestazionale. Il vincolo si applica in corso d'anno, sul progressivo delle prestazioni rese nel primo semestre, sul periodo gennaio – settembre e a saldo del consuntivo dell'intero esercizio, attraverso successivi conguagli in aumento o in diminuzione, come specificato nel precedente art. 7.
3. Il divieto di cui al comma precedente è tassativo e inderogabile. Eventuali situazioni particolari, su proposta del tavolo tecnico e se ritenute dalla ASL meritevoli di apprezzamento, dovranno formare oggetto di una delibera del Direttore Generale della ASL di proposta di deroga, da sottoporre all'approvazione della Regione, fatto salvo quanto previsto al successivo comma 6.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o disequilibranze applicative del presente protocollo le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, sulla attuazione degli adempimenti previsti dal presente protocollo, comprese le attività svolte nell'ambito del tavolo tecnico.
6. In considerazione delle specificità della branca, l'ASL competente per territorio potrà consentire a propri centri di Diabetologia di derogare al limite del 10% di cui al precedente comma 2, fino a raggiungere un superamento massimo del VMP di branca del 50%, qualora il centro interessato rimanga entro una spesa annua per paziente di euro 240,00= (soglia di attenzione fissata dal DCA n. 88 del 24 luglio 2013, oltre la quale le ASL sono tenute ad effettuare approfondimenti e verifiche).

Art. 9

(debito informativo e CUP regionale)

1. Le strutture private accreditate sono impegnate:
 - a) ad entrare ed operare con continuità nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (**Sistema INFO**rmativo 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 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;

ALLEGATO 24 CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025 - Radiodiagnostica

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

- b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall'art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;
 - c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, comprese quelle con onere a carico dell'assistito, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 e s.m.i.;
 - d) ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.
2. La sottoscritta Associazione prende atto che le strutture private sono tenute a mettere e mantenere a disposizione del Sistema CUP SINFONIA il 100% delle proprie agende digitali, configurate con **flag Online=SI**, ovvero, visibili e prenotabili oltre che dagli operatori della sottoscritta struttura, anche tramite tutti gli altri canali: APP, Portale CUP, Farmacie, ecc., per tutte le prestazioni oggetto del presente protocollo, ivi comprese (in sola visibilità) quelle la cui prenotazione è riservata dalle disposizioni vigenti agli operatori della struttura privata: *follow up*, utenti residenti in altre regioni, STP ed ENI; sono tenute, altresì, ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali per classi di priorità e ad effettuare la presa in carico dell'utente per le prestazioni relative ai follow-up.
 3. La sottoscritta ASL effettuerà i controlli, in relazione alle ricette dematerializzate delle prestazioni ambulatoriali erogate, attraverso la verifica dei dati elettronici resi disponibili dal Sistema TS con la lista delle ricette dematerializzate (NRE) erogate nel mese e registrate sul SAC, come sancito dal D.L. 78/2010 art. 11, comma 16 e quanto presente nel FILE C. Si precisa che nel debito informativo della struttura rientrano anche i dati e i documenti clinici (ai fini del FSE di cui al successivo art. 10) inerenti alle prestazioni sanitarie erogate in regime privatistico. In caso di irregolarità formali la struttura privata potrà procedere alla regolarizzazione dei flussi informativi, ove ancora possibile e consentito. Eventuali incongruenze potranno determinare la sospensione dei pagamenti finché non saranno state rimosse.
 4. Qualora vengano rilevate difformità in ordine a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, l'ufficio preposto della ASL, sulla base dei controlli effettuati dal Nucleo Operativo di Controllo (NOC) ai sensi del DCA n. 103/2019, procederà a specifica contestazione, anche ai fini della eventuale decurtazione degli importi non dovuti.
 5. Le strutture private accreditate sono responsabili della completezza e qualità dei dati trasmessi. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'erogatore, qualora non tempestivamente rimosso, costituisce giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento. In tal caso la sottoscritta ASL proporrà alla Regione con delibera motivata la sospensione dell'accREDITAMENTO sino al permanere dell'inadempimento, fatta salva la possibilità che si giunga alla revoca dell'accREDITAMENTO da parte degli organi competenti per grave inadempimento.

Art. 10

(fascicolo sanitario elettronico e protezione dei dati)

1. Al fine di garantire la trasmissione della documentazione sanitaria al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del cittadino, che abbia espresso il proprio consenso ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (c.d. GDPR), ove previsto da norme nazionali o regionali, le strutture sanitarie private sono impegnate ad adempiere a quanto necessario, per garantire l'interoperabilità del proprio sistema informatico ai fini dell'invio al FSE dei dati del cittadino, con quanto realizzato dalla Regione in materia di specifiche tecniche e supporto informatico per i relativi test.
2. L'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico dovrà avvenire secondo le nuove Linee Guida FSE 2.0 ai sensi dei Decreti del Ministro della Salute del 20 maggio 2022 - *Linee Guida per l'Attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico* (G.U. n. 160 del 11.07.2022), del 9 settembre 2023 - *Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0* (G.U. n. 249 del 24.10.2023), e s.m.i.
3. Ai fini della corretta gestione dei dati personali delle prestazioni oggetto del presente protocollo, la sottoscritta ASL, titolare del trattamento dei dati, provvederà a nominare ciascuna struttura privata "*Responsabile del Trattamento*" ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 679/2016 sulla protezione dei dati. La nomina avverrà mediante la stipula di apposito contratto, recante le finalità, i contenuti e le condizioni indicate dal suddetto art. 28, commi 3 e ss. del Regolamento UE 679/2016.
4. Le strutture private accreditate, in qualità di "*Responsabili del Trattamento*", sono impegnate a garantire l'adozione delle misure tecniche e organizzative più adeguate, affinché il trattamento dei dati personali che le sono affidati dalla ASL sia conforme ai requisiti del citato Regolamento UE, e idoneo a tutelare i diritti degli interessati, secondo le indicazioni che verranno comunicate dalla ASL stessa e/o dalla Regione.

Art. 11

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

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

Art. 12

(efficacia e norme finali)

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

Art. 13

(Clausola di salvaguardia)

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

Avellino lì _____

Il Direttore Generale
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

Le Associazioni

ALLEGATO 24 CONVOCAZIONE TAV.TEC. 03/06/2025 - Radiodiagnostica

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

Tutte le clausole del presente protocollo hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui:

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

all'art. 7, comma 7: *“(A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito”;*

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

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

“Art. 13

(Clausola di salvaguardia)

1. Con la sottoscrizione del presente accordo la sottoscritta Associazione accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del protocollo per il periodo di efficacia dello stesso.

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

Il Direttore Generale
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

Le Associazioni