



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

Alle Componenti del T.T. Specialistica Ambulatoriale:

ACOP – acopcampania@pec.it
AIAS – aiasareofelice@pec.aiasnapoli.it
AIOP – aiopcampania@pec.it
AISA – aisa@legalmail.it
AISIC – aisic@pec.it
ANMED – anmed@pec.it
ANPRIC – anpric@pec.it
ARIS – ariscampania@pec.leonet.it
ASPAT – aspat@pec.it
CONFAPI – api@pec.api.napoli.it
CONFCOMMERCIO Salute Sanità e Cura – confcommerciosalute@pec.it
CONFINDUSTRIA SANITÀ – confindustria@pec.confindustria.avellino.it
CONFEDERAZIONE CENTRI ANTIDIABETE – amedeoianellaav@legalmail.it
CONFESERCENTI SALUTE CAMPANIA – salute@pec.confeserecentcampania.it
CONFLAVORO SALUTE – conflavoro.salute@pec.it
FEDERBIOLOGI – nazionalefederbiologi@pecert.it
FEDERCARDIO – federcardiocampania@pec.it
FEDERLAB CAMPANIA – federlabcampania@pec.it
FED.I SALUTE – fedisalutecampania@pec.it
NOVA CAMPANIA – novacampania@pec.it
SBV – sindacatosbvcampania@legalmail.it
SNR – bruno.accarino@mysecuremail.it
ZOE' PATOLOGIA E SPECIALISTICA AMBULATORIALE – zoespecialistica@pec.it

Dott. ssa Anna Gironda

Dott. Paolo Romano

Dott. ssa Rosanna Veronica Cascone

Dott. Luigi Califano

Ai Direttori dei Distretti Sanitari:

DS01 – Ariano Irpino

DS02 – Monteforte Irpino

DS03 – Sant'Angelo dei Lombardi

DS04 – Avellino

DS05 – Atripalda

DS06 – Baiano

Al Direttore f.f. UOC Contabilità Generale

Al Direttore a.i. UOC SII

Al Resp. UOSD Rapporti e Contenziosi Strutt. Accr./Rapp. Ass.

Al Presidente COM

Al Presidente CCA/CTM

Oggetto: Trasmissione verbale Tavolo Tecnico Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale.

Con riferimento all'oggetto, si trasmette in allegato copia del verbale del Tavolo Tecnico per la Macroarea di Assistenza Specialistica Ambulatoriale tenutosi il giorno 03 giugno 2025 composto da n. 82 (OTTANTADUE) pagine.

Si porgono distinti saluti.

Il Presidente del Tavolo Tecnico Assistenza Specialistica
Dott. ssa Immacolata Giusto

Tavolo Tecnico Macroarea Assistenza Specialistica/Riabilitazione ex art. 44 Verbale del 03 giugno 2025

L'anno 2025, il mese di giugno, il giorno tre, alle ore dieci e trenta, presso la sede ASL Avellino in via degli Imbimbo 10/12 Avellino, giusta convocazione prot. ASLAV-0049507-2025 del 28/05/2025, si riunisce il tavolo tecnico macroarea assistenza specialistica/riabilitazione ex art. 44.

Risultano presenti, come da foglio presenze (ALLEGATO 1):

Per AIAS Avv. Concetta Saetta

Per AISA Dott. Gaetano Gambino per delega del Presidente Avv. Antonio Salvatore, come risulta da allegato (ALLEGATO 2)

Per AISIC Dott. Gaetano Gambino

Per ASPAT Campania Dott. Ezio Polizzi

Per CONFAPI Avv. Antonella Guerriero per delega dell'Arch. Silvana Papa, come risulta da allegato (ALLEGATO 3)

Per CONFEDERAZIONE CENTRI ANTIDIABETE Avv. Amedeo Iannella

Per CONFESERCENTI SALUTE CAMPANIA Avv. Concetta Saetta

Per CONFINDUSTRIA SANITÀ Dott. Giuseppe Molinaro, per delega del Direttore Crescenzo Ventre, come risulta da allegato (ALLEGATO 4)

Per CONFLAVORO SALUTE Dott. Gaetano Gambino

Per FEDERBIOLOGI Avv. Antonella Guerriero per delega della Dott.ssa Elisabetta Argenziano, come risulta da allegato (ALLEGATO 3)

Per FEDERCARDIO Dott. Ezio Polizzi per delega del Dott. Silvio Siciliano, come risulta da allegato (ALLEGATO 5)

Per ZOE' Patologia e Specialistica Ambulatoriale Dott. ssa Loredana Chiofaglia per delega del Presidente Dott. Sebastiano Di Biase, come risulta da allegato (ALLEGATO 6)

Per ASL AV Dott. ssa Immacolata Giusto, Presidente Tavolo Tecnico

Per ASL AV Dott. ssa Rosanna Veronica Cascone, componente Tavolo Tecnico

Per ASL AV Dott. Luigi Califano, componente Tavolo Tecnico

Verbalizza il Dott. Francesco Fulcoli, Segretario del Tavolo Tecnico

Risultano assenti:

Per le Associazioni di Categoria

ACOP

AIOP, come risulta da comunicazione via pec del 30.05.2025, allegata al presente verbale (ALLEGATO 7)

ANMED

ANPRIC

ARIS

CONFCOMMERCIO SALUTE SANITÀ E CURA

FEDERLAB

FED.I SALUTE

NOVACAMPANIA

SBV

SNR

Per ASL AV:

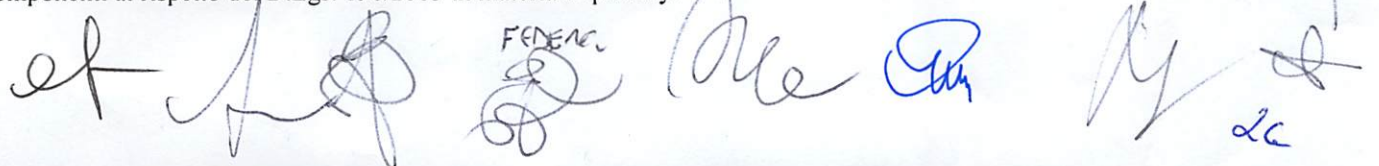
Dott.ssa Anna Gironda, componente Tavolo Tecnico

Dott. Paolo Romano, componente Tavolo Tecnico

O.d.g.:

1. Consuntivo anno 2024;
2. Definizione Tetti di Struttura per tutte le Branche della Specialistica Ambulatoriale (compresa FKT) – Anno 2025: applicazione metodologia D.G.R.C. 757/2024;
3. Sottoscrizione Protocolli di Intesa ai sensi della D.G.R.C. 175 del 02.04.2025;
4. Varie ed eventuali.

La Dott. ssa Giusto ricorda ai componenti di parte sindacale che la sottoscrizione del presente verbale è intesa quale attestazione di non essere titolari di Strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL Avellino e richiama tutti i componenti al rispetto del D.Lgs. 196/2003 in materia di privacy.



I componenti di parte sindacale, con la sottoscrizione del presente verbale, dichiarano sotto la propria responsabilità e consapevoli delle sanzioni penali connesse a dichiarazioni non veritiere richiamate dagli artt. 46 e 76 del D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in condizioni di incompatibilità.

Con riferimento all'o.d.g. punto 1, il referente tetti di spesa Dott. Luigi Califano presenta le tabelle “CONSUNTIVO 2024” elaborate per la Macroarea di Assistenza Specialistica Ambulatoriale.

In premessa, si richiamano i riferimenti normativi, provvedimenti regionali, nonché i provvedimenti ASL Avellino, alla base dell'applicazione delle procedure di definizione dei consuntivi 2024 e previsionali del budget 2025:

DGRC 599/2021	Fase transitoria di fissazione dei tetti individuali di struttura per il periodo gennaio-aprile 2022
DGRC 215/2022	Determinazione dei criteri definitivi per l'attribuzione 2022 dei tetti individuali di struttura
Delibera ASL 1617/2022	Determinazione tetti di spesa – 2022 ASL AV
Determina ASL 8793/2022	Approvazione del saldo 2019-2020-2021 per le branche di Medicina Nucleare e Radioterapia ASL AV
Determina ASL 8794/2022	Approvazione del saldo 2019-2020-2021 per la branca di Patologia Clinica che presentava particolari criticità per effetto dei controlli tardivi sulle prestazioni “R” ASL AV
DGRC 800/2023	Determinazione tetti di spesa 2023 e provvisori 2024
Delibera ASL 659/2024	Approvazione consuntivo 2023
DGRC 130/2024	Metodologia per la determinazione degli indicatori di performance 2022 – 2023, in applicazione della DGRC 800/2023
Delibera ASL 127/2024	Applicativa della DGRC 800/2023 con assegnazione dei tetti di spesa provvisori 2024
Delibera ASL 747/2024	Applicativa della DGRC 130/2024 – Determinazione degli indicatori di performance 2022 e 2023
DGRC 660/2024	Nuovo nomenclatore tariffario Regionale
Prot. 614135 – 23/12/2024	Indicazioni operative per l'applicazione dell'Allegato B alla DGRC 215/2022
DGRC 757/2024	Determinazione dei tetti di spesa definitivi 2024 e provvisori 2025 – Indicazioni metodologiche per l'applicazione dell'allegato B alla DGRC 215/2022
DGRC 80/2025	Applicazione del Nuovo Nomenclatore Tariffario alla branca di Patologia Clinica correlato alla classificazione FA.RE ed ai settori di specializzazione di Laboratorio
DGRC 175/2025	Protocolli di intesa e modulistica contrattuale 2024 - 2025

I riferimenti sopra richiamati, integrati dalle circolari dispositive regionali, costituiscono il combinato disposto per la procedura di determinazione dei consuntivi 2024 e determinazione dei tetti 2025 per la Macroarea di Specialistica Ambulatoriale, che così si espone.

La ASL Avellino, con la Delibera n.127/2024, in applicazione della DGRC 800/2023, ha determinato l'attribuzione dei tetti individuali di struttura, tenendo conto della variazione per branca del numero delle strutture accreditate, delle variazioni delle “aggregazioni” per la branca di Patologia Clinica, delle integrazioni dei volumi e corrispondenti valori economici in relazione ai passaggi di “classe” per talune strutture.

La delibera n.127/2024, combinata con le indicazioni previsionali del tetto 2024 di cui alla DGRC 800/2023 e con la DGRC 757/2024, è alla base della determinazione dei tetti definitivi individuali 2024 per la determinazione dei consuntivi con la valutazione della produzione annuale, al netto degli abbattimenti comunicati dai Distretti competenti e al netto della applicazione delle valutazioni del Valore Medio Prestazionale (VMP). I consuntivi così elaborati, secondo le disposizioni regionali, sono evidenziati negli allegati:

- Allegato: 8/A e 8/B per la branca di PATOLOGIA CLINICA
- Allegato: 9 per le branche di DIABETOLOGIA - BRANCHE A VISITA - CARDIOLOGIA - MEDICINA NUCLEARE - RADIOTERAPIA - RADIODIAGNOSTICA
- Allegato: 10 per la branca di RIABILITAZIONE EX ART.44 – FKT

L'All.8/B, per la branca di PATOLOGIA CLINICA, riporta, oltre alla “Produzione netta entro tetto individuale” asseverabile alla liquidazione a consuntivo 2024 (Cl. 52 – All.8/B), anche l'individuazione dell'extra tetto, suddiviso in “Extra produzione entro +10%” ed “Extra produzione oltre +10% (Cl. 55 e 56 – All.8/B). I valori di produzione extra ricompresi entro il +10%, considerati premialità, saranno determinati liquidabili solo dopo apposita autorizzazione regionale che indicherà la misura percentuale dell'eventuale liquidazione.

Relativamente alle altre branche di DIABETOLOGIA - BRANCHE A VISITA - CARDIOLOGIA - MEDICINA NUCLEARE - RADIOTERAPIA - RADIODIAGNOSTICA, viene mostrato il consuntivo anche qui al netto degli abbattimenti comunicati dai Distretti competenti e al netto della applicazione delle valutazioni del Valore Medio Prestazionale (VMP). La produzione asseverabile è indicata nella colonna “Totale produzione entro il tetto” (Cl. 19 – All.9). Anche per tali branche viene individuata separatamente la componente economica di “Extra Produzione entro il +10%” (Cl. 22 – All.9) e la componente economica di “Extra Produzione oltre il 10%”. Ovviamente anche per tali branche i valori di produzione extra ricompresi entro il +10%, considerati premialità, saranno determinati liquidabili solo dopo apposita autorizzazione regionale che indicherà la misura percentuale dell'eventuale liquidazione. Particolare attenzione è applicata alla produzione extra-tetto oltre il +10% per la branca di Radioterapia, in considerazione della peculiarità di branca, e su cui la ASL si riserva di comunicare tempestivamente alla Regione il dato consuntivo per le determinazioni conseguenti.

Handwritten signatures and notes:
 - A blue handwritten note: "riferibile"
 - Multiple blue ink signatures and initials at the bottom of the page.

Per la branca di RIABILITAZIONE EX ART.44 – FKT, che delega le AA.SS.LL. la redistribuzioni sui centri, secondo logiche di programmazione, capacità delle strutture e serie storiche, l'All.10 mostra i dati consuntivi 2024 con l'individuazione dell'importo asseverabile: "Importo Netto Riconoscibile" (Cl.12 – All.10), determinato dopo la gestione delle economie di branca, e con la determinazione di lieve abbattimento per superamento del tetto attribuito segnalato nella colonna "Abbattimenti residui per superamento tetto" (Cl. 13 – All.10). Terminata l'analisi del consuntivo 2024, si passa ad esporre l'istruttoria prevista dal combinato disposto dei provvedimenti di cui sopra per la determinazione dei limiti di spesa 2025.

Le tabelle sopra richiamate vengono consegnate ai presenti.

A tale riguardo, prendono la parola le seguenti Associazioni di Categoria:

- ◆ Per AISIC – CONFLAVORO SALUTE – AISA interviene il dott. Gaetano Gambino prendendo atto dei dati esibiti dalla Asl relativi al consuntivo 2024 e ai conteggi relativi alla premialità, riservandosi la loro valutazione in considerazione del breve tempo in cui sono stati forniti. Nel contempo, chiede che prima di predisporre la relativa delibera aziendale sia concessa alle strutture erogatrici un breve lasso di tempo per segnalare eventuali errori nell'elaborazione dei dati per formulare istanze di rettifica.
- ◆ Per CONFAPI – FEDERBIOLOGI il rappresentante delegato Avv. Guerriero si associa a quanto dichiarato sopra dal dott. Gambino.

Alla fine del dibattito inerente il punto 1 all'o.d.g., i presenti decidono di dare mandato al Referente Tetti di Spesa dott. Califano al fine di predisporre apposita nota dettagliata con tutti i dati utili di consuntivo da trasmettere ai Distretti Sanitari per consentire la successiva liquidazione del saldo 2024 per le strutture private della Specialistica Ambulatoriale, al netto dei controlli formali e sostanziali di pertinenza distrettuale, e dopo apposita deliberazione aziendale.

Con riferimento all'o.d.g. punto 2, il Referente Tetti di Spesa dott. Califano presenta le tabelle riferite all'attività istruttoria svolta in applicazione alla metodologia riferita alla D.G.R.C. 757/2024 e D.G.R.C. 175/2025 per la definizione dei Tetti di Struttura per tutte le Branche della Specialistica Ambulatoriale (compresa FKT) per l'anno 2025.

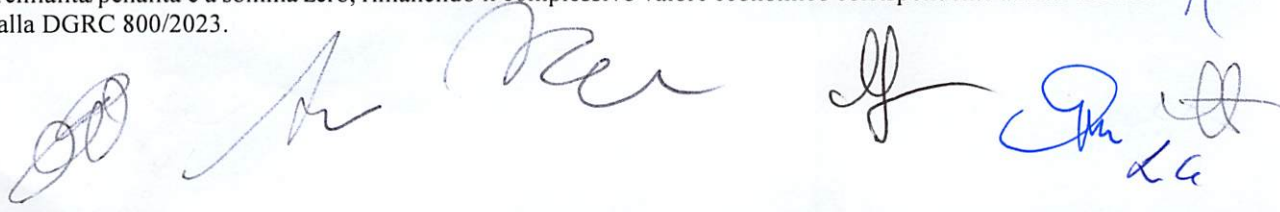
Per la branca di PATOLOGIA CLINICA si rappresenta l'attività nei seguenti allegati:

- All.11 – Conteggio del tetto base 2023 in relazione alla COM al 01/01/2023 e al tetto di produzione 2022;
- All.12 – Conteggio del tetto base 2024 in relazione alla COM al 01/01/2024 e al tetto di produzione 2023;
- All.13 – Punteggio negli indicatori di performance e totale variazioni da applicare sul tetto 2024;
- All.14 – Indicatori di premialità – Tracciato di Rilevazione anno 2024.

➤ **ANALISI REPORT ALLEGATO 11 – Conteggio del tetto base 2023 in relazione alla COM al 01/01/2023 e al tetto di produzione 2022.**

La DGRC 757/2024, combinata con la DGRC 215/2022, ha disposto l'analisi della produzione 2022 finalizzata alla determinazione del "Tetto base 2023" (Cl. 21) per la branca di Patologia Clinica. Questo è determinato dal prodotto del VMP 2022 rilevato a consuntivo, per la COM di ogni singolo centro al 01/01/2023, ed esprime la produzione massima realizzabile da ogni centro (assunta a zero la produzione privata) mostrata nella colonna "Valore teorico massimo di produzione" (Cl. 6). Rapportando il contributo individuale di ogni centro al "Valore teorico massimo di produzione" con il tetto definito dalla DGRC 800/2023, si determina il "Tetto teorico 2023" (Cl. 7). Tale valore viene, individualmente, confrontato con il "Tetto di spesa netto 2022" (Cl.8) e con il "Consuntivo 2022 netto liquidato" (Cl. 9). Viene precisato che il valore espresso dalla colonna 9, deve intendersi quale importo, prima degli abbattimenti VMP, quindi la piena produzione rilevata dal flusso "File C" non abbattuta da controlli distrettuali, come precisato dalla nota metodologica della DGRC 757/2024.

Il rapporto fra il "Tetto teorico 2023" e la media rilevata dai valori del "Tetto di spesa netto 2023" (Cl. 8) e "Consuntivo 2022 netto liquidato" (Cl. 9), esprime un indicatore denominato "Indice tetto 2023" (Cl. 10). Successivamente viene realizzato un "Ordinamento in base all'indice", decrescente, che restituisce una graduatoria fra i centri della medesima branca (Cl. 11–12–13), la cui sommatoria rimane invariata e corrispondente al valore del "Tetto teorico 2023". Sulla base della graduatoria, l'importo complessivo è suddiviso in "tre" gruppi di pari valore, ed ai valori vengono attribuite delle premialità economiche (+2%) se rientranti nel primo gruppo, neutro (zero variazioni) se rientranti nel secondo gruppo, oppure penalità economica (-2%) se rientranti nel terzo gruppo. Tali premialità/penalità economiche, costituenti le variazioni al tetto teorico 2023, sono riportate nelle colonne "Formazione dei tre gruppi" (Cl. 14-15-16), e i relativi importi determinatisi nella colonna "Modifica tetto netto 2023" (Cl. 17). In caso di punteggio indicatore identico fra più centri, la distribuzione delle somme fra i gruppi avviene in proporzione al valore economico da ripartire. La sommatoria delle variazioni premialità/penalità è a somma zero, rimanendo il complessivo valore economico corrispondente al tetto teorico 2023 di cui alla DGRC 800/2023.



Infine, si determina il “Tetto base 2023” (Cl. 19-20-21) il cui ordinamento ritorna ad essere per NSIS inizialmente espresso in colonna 1, che riporta il valore finale del tetto 2023 come modificato dalla valutazione dell’indice correlato ai livelli produttivi 2022 (Cl. 21).

➤ **ANALISI REPORT ALLEGATO 12 – Conteggio del tetto base 2024 in relazione alla COM al 01/01/2024 e al tetto di produzione 2023;**

L’istruttoria continua, in maniera identica con l’analisi della produzione 2023 finalizzata alla determinazione del “Tetto base 2024”. In questo caso, ovviamente i valori da considerare sono quelli riferiti alle COM al 01/01/2024, per la determinazione del Valore teorico massimo di produzione di ogni singolo centro, da rapportare al tetto teorico 2024 rilevato dalla Delibera ASL Avellino n. 127/2024 (Cl. 7). Tutti i riferimenti delle colonne, espresse precedentemente, per l’Allegato riferito al “Conteggio del tetto base 2023 in relazione alla COM al 01/01/2023 e al tetto di produzione 2022” rimangono identici ma rilevabili nell’Allegato denominato “Conteggio del tetto base 2024 in relazione alla COM al 01/01/2024 e al tetto di produzione 2023”, qui esaminato, con il fine di determinare le modifiche da apportare al tetto 2024, determinando il “Tetto base 2024” riordinato per codice NSIS e rilevato nella colonna 21.

➤ **ANALISI REPORT ALLEGATO 13 – Punteggio negli indicatori di performance e totale variazioni da applicare sul tetto 2024;**

L’istruttoria prosegue con l’applicazione dei punteggi riferiti agli indicatori di performance, calcolati sugli anni 2022 e 2023, in recepimento della metodologia definita con la DGRC 130/2024, ed eseguita dall’ASL Avellino con la Delibera n. 747/2024, notificata agli interessati. L’applicazione dei punteggi, per la branca di PATOLOGIA CLINICA è mostrata nell’Allegato denominato “Punteggio negli indicatori di performance e totale variazioni da applicare sul tetto 2024”.

Nella colonna 3 dell’allegato sopra richiamato viene riportato il tetto base di cui alla Delibera ASL Avellino n. 127/2024, in applicazione della DGRC 800/2024, alla base della contrattualizzazione provvisoria 2024. Si procede con l’ordinamento dei centri in base al punteggio conseguito con la valutazione degli indicatori di performance per l’anno 2022 (Cl. 4-5-6-7), e la relativa “Formazione dei tre gruppi” (Cl. 8-9-10-11) per determinare le “Variazioni da applicare sul tetto base 2022” (Cl.11) e calcolate in aumento del +3% o in decremento del -3%.

Identicamente si prosegue con l’ordinamento dei centri in base al punteggio conseguito con la valutazione degli indicatori di performance per l’anno 2023 (Cl. 12-13-14-15), e la relativa “Formazione dei tre gruppi” (Cl. 16-17-18-19) per determinare le “Variazioni da applicare sul tetto base 2023” (Cl.19) e calcolate in aumento del +3% o in decremento del -3%.

L’analisi termina con il riepilogo delle variazioni calcolate, ed il riordinamento originale dei centri per codice NSIS riportato già in colonna 3 con la seguente esposizione:

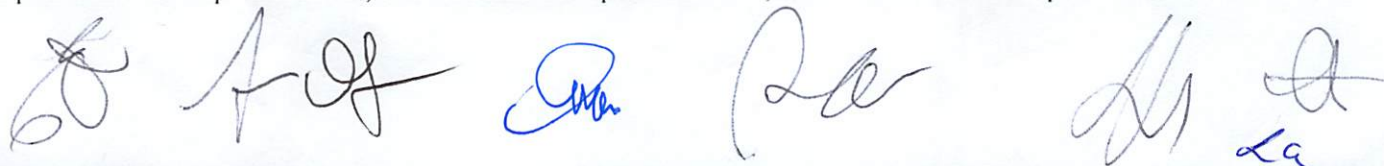
- Colonna 20, codice NSIS;
- Colonna 21 e 22, si riportano le “Variazioni per indicatori di performance sui dati di attività 2022 e 2023;
- Colonna 23, variazione del tetto determinato per l’anno 2023;
- Colonna 24, variazione del tetto determinato per l’anno 2023;
- Colonna 25 che esprime, quale differenza algebrica, le variazioni delle 4 colonne precedenti, da applicare non sul tetto a consuntivo 2024, ma bensì sul tetto a determinarsi per l’anno 2025.

➤ **ANALISI REPORT ALLEGATO 14 – Indicatori di premialità – Tracciato di Rilevazione anno 2024.**

Tale report ha la funzione di determinare gli indicatori di performance per l’anno 2024 costituendo altro fattore premialità/penalità per il tetto in attribuzione per il 2025.

Esclusivamente per la branca di PATOLOGIA CLINICA, i report di cui gli allegati 7 e 8 alla convocazione del tavolo tecnico del giorno 03/06/2025, hanno subito una variazione riferita alla correzione di due indicatori specifici: C.9 e D.10. In pratica l’indicatore C.9, “Numero di giorni annui nei quali sono state erogate prestazioni”, precedentemente elaborato su report estratto dalla piattaforma GAUSS risultava parzialmente incompleto. L’indicatore è stato ricalcolato, in maniera esatta, analizzando direttamente i dati del “File C”, determinando delle correzioni sensibili. Relativamente all’indicatore D.10, “Rapporto fra prestazioni con classe di priorità D e P in accesso diretto a carico del SSR” e totale delle prestazioni classe D e P a carico del SSR”, precedentemente calcolato sulla base del “File C”, come da linee guida della DGRC 130/2024, questo è stato ricalcolato, anche alla luce di quanto ribadito dalla DGRC 175/2025, e successivi chiarimenti comunicati dalla Regione Campania con nota prot. 0174595 del 27/05/2025, assumendo per il 2024 che per la branca di PATOLOGIA CLINICA, in mancanza di prenotazioni sul CUP Unico Regionale, debbano intendersi tutte erogate in accesso diretto, in quanto l’attivazione di sistemi proprietari individuali di prenotazione presso i singoli centri determinanti la flaggatura nel file C di prestazione erogata con prenotazione, non può essere assunta come tale in quanto l’unico sistema di prenotazione validato è il CUP Regionale, su cui i laboratori accreditati eseguono esclusivamente l’erogazione e non la prenotazione. I punteggi sono stati tutti equiparati.

I punteggi dei diversi indicatori, vengono espressi nella colonna finale report oggetto di disamina, così come modificati dopo le correzioni sopra richiamate, e confluiscono nel report successivo, che determina il tetto di spesa 2025.



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, several smaller ones in the middle, and a signature on the right with the initials 'La' written below it.

➤ **ANALISI REPORT ALLEGATO 15 – Punteggio Indicatori di Performance e Totale Variazioni da applicare sul Tetto 2025.**

Nella tabella sopra richiamata, in colonna 6 vengono riportate le variazioni nette calcolate, ai sensi della DGRC 757/2024, nel precedente report denominato “Punteggio negli indicatori di performance e totale variazioni da applicare sul tetto 2024” per la branca di PATOLOGIA CLINICA e viene così determinato il “Tetto netto dopo le variazioni DGRC 757/2024” (Cl. 7). Si procede quindi alla determinazione dei tre gruppi per applicare i punteggi calcolati con gli indicatori di performance anno 2024 (Cl. 8-9-10-11-12-13), con cui si applicano le previste variazioni in incremento +5% (gruppo 1), nulle 0% (gruppo 2) o decremento -5% (gruppo 3), determinando il “Tetto base netto prima della verifica delle aggregazioni” (Cl.14) e, “Tetto base netto dopo la verifica delle aggregazioni” (Cl. 15). In questa colonna 15, si tiene conto delle variazioni intervenute nel corso del 2024 e 2025 e riportate nelle apposite note in calce alla tabella. Il tetto netto così determinato viene suddiviso in “Tetto 2025 NON ALLEGATO 3” (Cl.16-17-18) e “Tetto 2025 ALLEGATO 3” (Cl. 19-20-21), secondo le indicazioni di cui alle note metodologiche della DGRC 757/2024 e 175/2025. SI rappresenta che per le strutture eroganti le c.d. “prestazioni R”, la quota tetto determinata per il 2024 viene allocata nel nuovo tetto ALLEGATO 3, ai fini dell'erogazione delle prestazioni riclassificate con codice FA.RE “L70”, con riferimento alla DGRC 80/2025. Per queste strutture è previsto, ad esaurimento del tetto ALLEGATO 3 loro assegnato, la possibilità di utilizzare la quota ulteriore del 15% del tetto assegnato per prestazioni NON ALLEGATO 3. Per le strutture che non erogavano “prestazioni R”, si è deciso, visto il limite percentuale massimo di erogazione di prestazioni classificate FA.RE “L59” ed “L60”, queste ricondotte nell'ALLEGATO 3, di assegnare un tetto ALLEGATO 3 pari alla percentuale massima del 15% del tetto complessivo, garantendo la piena flessibilità di utilizzo di tale tetto per prestazioni ricadenti in quelle attribuite al tetto NON ALLEGATO 3. Tale scelta consentirà un controllo automatico dei livelli prestazionali sul flusso File C consentendo la liquidazione periodica. L'eventuale superamento del tetto NON ALLEGATO 3, con utilizzo della flessibilità di parte del tetto ALLEGATO 3, verrà valutato e riconosciuto a consuntivo.

Terminata l'esposizione dettagliata della branca di Patologia Clinica, si passa alla presentazione degli allegati relativi alle branche di DIABETOLOGIA - BRANCHE A VISITA - CARDIOLOGIA - MEDICINA NUCLEARE - RADIOTERAPIA - RADIODIAGNOSTICA nel modo seguente:

- All.16 – Conteggio del tetto base 2023 in relazione alla COM al 01/01/2023 e al tetto di produzione 2022;
- All.17 – Conteggio del tetto base 2024 in relazione alla COM al 01/01/2024 e al tetto di produzione 2023;
- All.18 – Punteggio negli indicatori di performance e totale variazioni da applicare sul tetto 2024;
- All.19 – Indicatori di premialità – Tracciato di Rilevazione anno 2024.

Relativamente a questi allegati, riferiti alle branche di DIABETOLOGIA - BRANCHE A VISITA - CARDIOLOGIA - MEDICINA NUCLEARE - RADIOTERAPIA - RADIODIAGNOSTICA, l'analisi delle stesse con la descrizione dettagliata delle attività istruttorie è la medesima sopra richiamata per gli Allegati, con medesima denominazione, riferiti alla branca di Patologia Clinica sopra esaminata in dettaglio, e che qui si intende riportata per ogni centro e per ogni branca.

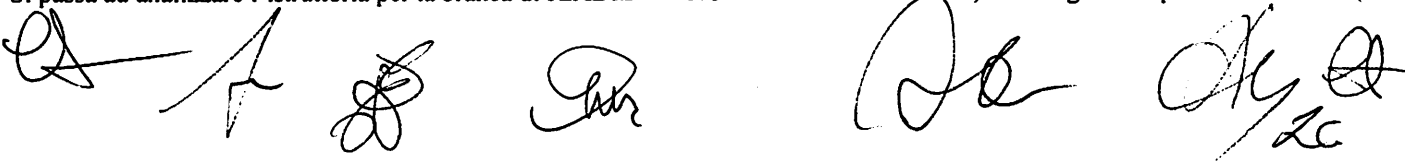
In particolare, per tali branche, l'istruttoria degli allegati citati termina con la determinazione, nel report denominato “Punteggio negli indicatori di performance e totale variazioni da applicare sul tetto 2024”; del “Totale variazioni” (Cl.25) da applicare, non sul tetto definitivo 2024, ma bensì sul tetto del 2025.

In tale tabella, qui esaminata, vengono calcolati gli “Indicatori di premialità” – Tracciato di rilevazione anno 2024”. Anche per le branche di DIABETOLOGIA - BRANCHE A VISITA - CARDIOLOGIA - MEDICINA NUCLEARE - RADIOTERAPIA - RADIODIAGNOSTICA si è proceduto a ricalcolare e correggere esclusivamente l'indicatore C.9, sulla base del flusso File C, e pertanto variano i report 12 e 13 allegati alla convocazione del Tavolo Tecnico del 03/06/2025. Per la Branca a Visite si è deciso di neutralizzare la distribuzione fra tre gruppi data la differenza tra le discipline dei due centri, evitando effetti fortemente distorsivi. Allo stesso modo per le branche dove è operativo un solo centro, l'assegnazione dei valori economici fra tre gruppi avrebbe realizzato un risultato neutro.

➤ **ANALISI REPORT ALLEGATO 20 – Punteggio Indicatori di Performance e Totale Variazioni da applicare sul Tetto 2025.**

Il report esaminato espone il “Tetto di spesa 2025” per le branche di DIABETOLOGIA - BRANCHE A VISITA - CARDIOLOGIA - MEDICINA NUCLEARE - RADIOTERAPIA - RADIODIAGNOSTICA, con inclusione dei punteggi indicatori di performance 2024 da applicare sul tetto 2025. Nella colonna 5, viene riportato il tetto da consuntivo 2024. In colonna 6 vengono riportate le variazioni nette calcolate, ai sensi della DGRC 757/2024, nel precedente report denominato “Punteggio negli indicatori di performance e totale variazioni da applicare sul tetto 2024”. Per le branche di cui sopra viene così determinato il “Tetto netto dopo le variazioni DGRC 757/2024” (Cl. 7). Si procede quindi alla determinazione dei tre gruppi per applicare i punteggi calcolati con gli indicatori di performance anno 2024 (Cl. 8-9-10-11-12-13), con cui si applicano le previste variazioni in incremento +5% (gruppo 1), nulle 0% (gruppo 2) o decremento -5% (gruppo 3), determinando il Tetto anno 2025 (Cl. 16-17-18). Per questo report si è reso necessario al riordino originario dei codici NSIS in colonna 15 (riprendendo l'ordine della colonna 2) per esporre il Tetto anno 2025.

Si passa ad analizzare l'istruttoria per la branca di RIABILITAZIONE EX ART.26 – EKT, con i seguenti report:



- All.21 – Conteggio del tetto base 2023 in relazione alla COM al 01/01/2023 e al tetto di produzione 2022;
- All.22 – Conteggio del tetto base 2024 in relazione alla COM al 01/01/2024 e al tetto di produzione 2023;
- All.23 – Punteggio negli indicatori di performance e totale variazioni da applicare sul tetto 2024;
- All.24 – Indicatori di premialità – Tracciato di Rilevazione anno 2024.

Relativamente a questi allegati, riferiti alla branca di RIABILITAZIONE EX ART.26 – FKT, l'analisi delle stesse con la descrizione dettagliata delle attività istruttorie è la medesima sopra richiamata per gli Allegati, con medesima denominazione, riferiti alla branca di Patologia Clinica sopra esaminata in dettaglio, e che qui si intende riportata per ogni centro.

In particolare, per tali branche, l'istruttoria degli allegati citati termina con la determinazione, nel report denominato "Punteggio negli indicatori di performance e totale variazioni da applicare sul tetto 2024"; del "Totale variazioni" (Cl.25) da applicare, non sul tetto definitivo 2024, ma bensì sul tetto del 2025.

In tale tabella, qui esaminata, vengono calcolati gli "Indicatori di premialità" – Tracciato di rilevazione anno 2024" per la branca di RIABILITAZIONE EX ART.26 – FKT si è proceduto a ricalcolare e correggere esclusivamente l'indicatore C.9, sulla base del flusso File C, e pertanto variano i report 17 e 18 allegati alla convocazione del Tavolo Tecnico del 03/06/2025.

➤ **ANALISI REPORT ALLEGATO 25 – Punteggio Indicatori di Performance e Totale Variazioni da applicare sul Tetto 2025.**

Il report in esame espone il "Tetto di spesa 2025" per la branca di RIABILITAZIONE EX ART.44 - FKT, con inclusione dei punteggi indicatori di performance 2024 da applicare sul tetto 2025. Nella colonna 3, viene riportato il tetto da consuntivo 2024. In colonna 4 vengono riportate le variazioni nette calcolate, ai sensi della DGRC 757/2024, nel precedente report denominato "Punteggio negli indicatori di performance e totale variazioni da applicare sul tetto 2024", relativo all'FKT, e viene così determinato il "Tetto netto dopo le variazioni DGRC 757/2024" (Cl. 5). Si procede quindi alla determinazione dei tre gruppi per applicare i punteggi calcolati con gli indicatori di performance anno 2024 (Cl. 6-7-8-9-10-11-12), con cui si applicano le previste variazioni in incremento +5% (gruppo 1), nulle 0% (gruppo 2) o decremento -5% (gruppo 3), determinando il Tetto anno 2025 esposto nelle colonne 14-15-16. Per questo report si è reso necessario il riordino originario dei codici NSIS in colonna 13 (riprendendo l'ordine della colonna 1) per esporre il Tetto anno 2025.

Si rileva il caso di variazione in incremento del tetto 2025 per due centri operativi uno nella branca di Medicina Nucleare, ed uno nelle Branche a Visita disciplina di Odontostomatologia. L'incremento stabilito è susseguente all'analisi della mobilità passiva aziendale che determina la necessità di appressare l'offerta all'utenza per queste due discipline, anche e soprattutto in considerazione dell'attuale unicità di centri operanti nell'ambito territoriale di competenza Asl Avellino.

Al termine della esposizione dei dati da parte del dott. Califano, prendono la parola le seguenti Associazioni di Categoria:

- ◆ Per AISIC – CONFLAVORO SALUTE – AISA interviene il Dott. Gaetano Gambino che, con riguardo alla branca di Patologia Clinica, fa un plauso all'iniziativa dell'Asl di non calcolare l'indicatore – D10 per l'anno 2024 atteso che le strutture erogatrici non sono sottoposte all'obbligo di prenotazione sul CUP ma potendo erogare prestazioni mediante accesso diretto. Il tutto con quanto fatto anche dall'Asl Napoli 1 Centro risulta in linea con le richieste di AISIC fatte alla Regione Campania con le note nn. 61 e 63 del 2025.
- ◆ Per ASPAT e FEDERCARDIO interviene il Dott. Ezio Polizzi che, in merito alla branca di Cardiologia, richiede delucidazioni circa la metodica che ha portato al calcolo del tetto relativo alla struttura privata con cod. NSIS 087000 per il 2025 per il quale si riscontra una notevole diminuzione del tetto lordo.
- ◆ Per CONFAPI – FEDERBIOLOGI interviene l'Avv. Antonella Guerriero che prende atto dei dati esibiti dalla Asl riservandosi la loro valutazione con le strutture private accreditate alle strutture erogatrici un breve lasso di tempo per segnalare eventuali errori nell'elaborazione dei dati per formulare istanze di rettifica.

A conclusione delle dichiarazioni, le tabelle vengono sottoscritte dai presenti e allegate al presente verbale.

Al termine delle varie argomentazioni sopra riportate, la parte pubblica, pur prendendo atto delle diverse osservazioni sindacali, precisa che i dati oggi presentati e sottoposti al contraddittorio con le Associazioni di Categoria, saranno oggetto di apposita deliberazione aziendale, nel rispetto di quanto predisposto dalla normativa regionale, propedeutica alla convocazione delle strutture accreditate di Specialistica Ambulatoriale per la sottoscrizione dei contratti ai sensi della D.G.R.C. 757/2024 e D.G.R.C. 175/2025.

Con riferimento all'o.d.g. punto 3, vengono presentati i protocolli di intesa, come già trasmessi nella convocazione alla seduta odierna, riferiti alla Macroarea della Specialistica Ambulatoriale riconosciuti all'Asl di Avellino, così come approvati con la Delibera di Giunta Regionale n. 757/2024 e n. 175/2025 ed elencati nel modo seguente:

- PATOLOGIA CLINICA (ALLEGATO 26) – siglati dal rappresentante di AIAS-CONFESERCENTI
- BRANCHE A VISITA (ALLEGATO 27) – siglati dal rappresentante di AIAS-CONFESERCENTI
- CARDIOLOGIA (ALLEGATO 28) – siglati dal rappresentante di AIAS-CONFESERCENTI
- DIABETOLOGIA (ALLEGATO 29) – siglati dal rappresentante di AIAS-CONFESERCENTI e CONF. CENTRI ANTIDIABETE
- MEDICINA NUCLEARE (ALLEGATO 30) – siglati dal rappresentante di AIAS-CONFESERCENTI
- RADIODIAGNOSTICA (ALLEGATO 31) – siglati dal rappresentante di AIAS-CONFESERCENTI.

Le altre Associazioni di Categoria presenti decidono di non firmare i Protocolli di Intesa.

Prende la parola per AISIC – CONFLAVORO SALUTE – AISA il dott. Gaetano Gambino ritenendo che i Protocolli di Intesa e i relativi contratti vanno adeguati all'ordinanza TAR Campania 1089/2025.

Interviene il dott. Luigi Califano, in qualità di RUP degli schemi contrattuali con le strutture private accreditate, informando i presenti che, in applicazione della circolare regionale prot. PG/2025/0266831 del 28.05.2025, pervenuta successivamente alla convocazione e alla trasmissione dei Protocolli di Intesa, i contratti per le branche di Medicina Nucleare/Radiodiagnostica/Radioterapia saranno adeguati a quanto previsto dal giudice amministrativo.

SI ASSOCIA AIAS ALLA PRECEDENTE DICHIARAZIONE
 Con riferimento all'o.d.g. punto 4, non vengono evidenziati ulteriori argomenti.

Alle ore 12:30 il Tavolo Tecnico dichiara conclusi i lavori.

Del che verbale, è letto, confermato e sottoscritto.

Per ASL AV Dott. ssa Immacolata Giusto

Per ASL AV Dott. ssa Rosanna Veronica Cascone

Per ASL AV Dott. Luigi Califano

Per AIAS – CONFESERCENTI Avv. Concetta Saetta

Per AISIC – CONFLAVORO Dott. Gaetano Gambino

Per ASPAT – FEDERCARDIO Dott. Ezio Polizzi

Per CONFAPI – FEDERBIOLOGI Avv. Antonella Guerriero

Per CONF. CENTRI ANRTIDIABETE Avv. Amedeo Iannella

Per CONFINDUSTRIA SANITÀ Dott. Giuseppe Molinaro

Per ZOE PATOLOGIA E SPECIALISTICA Dott. ssa Loredana Ciocchia

Il Segretario Tavolo Tecnico Dott. Francesco Fulcoli

AISA - DOTT. GAETANO GAMBINO

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Tavolo Tecnico MacroArea Assistenza Specialistica/Riabilitazione ex art. 44 – Seduta del 03 GIUGNO 2025
FOGLIO PRESENZE

DENOMINAZIONE	NOME e COGNOME	DELEGA		PRESENTE		FIRMA
		SI	NO	SI	NO	
ASL AVELLINO	IMMACOLATA GIUSTO	SI	NO	SI	NO	
ASL AVELLINO	ANNA GIRONDA	SI	NO	SI	NO	
ASL AVELLINO	PAOLO ROMANO	SI	NO	SI	NO	
ASL AVELLINO	ROSANNA VERONICA CASCONI	SI	NO	SI	NO	
ASL AVELLINO	LUIGI CALIFANO	SI	NO	SI	NO	
ACOP	ASSENTE	SI	NO	SI	NO	
AIAS	CONCEA SASTA	SI	NO	SI	NO	
AIOP	ASSENTE	SI	NO	SI	NO	
AISA	GAETANO GAMBINO	SI	NO	SI	NO	
AISIC	GAETANO GAMBINO	SI	NO	SI	NO	
ANMED	ASSENTE	SI	NO	SI	NO	
ANPRIC	ASSENTE	SI	NO	SI	NO	
ARIS	ASSENTE	SI	NO	SI	NO	
ASPAT	EZIO POLIZZI	SI	NO	SI	NO	
CONFAPI	ANTONELLA GUERRIERO	SI	NO	SI	NO	
CONFCOMMERCIO	ASSENTE	SI	NO	SI	NO	
CONFINDUSTRIA	GIUSEPPE MOLINARO	SI	NO	SI	NO	
CONF. CENTRI ANTIDIABETE	AMEDEO IANNELLA	SI	NO	SI	NO	
CONFESERCENTI	CONCEA SASTA	SI	NO	SI	NO	
CONFLAVORO	GAETANO GAMBINO	SI	NO	SI	NO	
FEDERBIOLOGI	ANTONELLA GUERRIERO	SI	NO	SI	NO	
FEDERCARDIO	EZIO POLIZZI	SI	NO	SI	NO	
FEDERLAB	ASSENTE	SI	NO	SI	NO	
FED.I SALUTE	ASSENTE	SI	NO	SI	NO	
NOVA CAMPANIA	ASSENTE	SI	NO	SI	NO	
SBV	ASSENTE	SI	NO	SI	NO	
SNR	ASSENTE	SI	NO	SI	NO	
ZOE' PATOLOGIA	COCCIA LOREDANA	SI	NO	SI	NO	
Segretario Tavolo Tecnico ASLAV	FRANCESCO FULCOLI	SI	NO	SI	NO	

Delega A.I.S.A. al Tavolo Tecnico del 3.06.2025

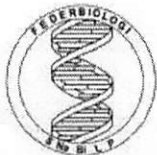
ALLEGATO 2

Da AISA CAMPANIA <aisa@legalmail.it>**A** struttureaccreditate@pec.aslavellino.it <struttureaccreditate@pec.aslavellino.it>**Data** martedì 3 giugno 2025 - 10:27

Con riferimento alla convocazione trasmessa con Nota protocollo n°ASLAV-0049507-2025 del 28.05.2025, il Presidente dell'A.I.S.A. (Associazione Italiana Specialistica Ambulatoriale) Prof. Antonio Salvatore, delega il Presidente della AISIC (Associazione Imprese Sanitarie in Campania) Dott. Gaetano Gambino a rappresentare la scrivente Associazione al Tavolo Tecnico che si terrà in data odierna presso la sede centrale dell'ASL AV - Aula Pastore, Via degli Imbimbo n°10/12 (AV).

Distinti saluti.

Il Presidente A.I.S.A. - Prof. Antonio Salvatore



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

CONFAPI Industria
Campania Sanità
Federazione delle Associazioni delle Piccole
e Medie Industrie della Campania
aderente a CONFAPI



ALLEGATO 3

Spett.le
ASL Avellino
Sede

Alla c.a. del Coordinatore del TT

Oggetto: Tavolo Tecnico per la Specialistica ambulatoriale del 03/06/25

Le sottoscritte, Arch. Silvana Papa, in qualità di Presidente di Confapi Sanità e Dr.ssa Elisabetta Argenziano, in qualità di Segretario Nazionale dello SNABILP - Federbiologi, delegano a rappresentarle per la riunione in oggetto l'avv. Antonella Guerriero.

Con l'occasione cordiali saluti.

Napoli, 03/06/25

S.Na.Bi.L.P. – FEDERBIOLOGI Segreteria Nazionale
Il Presidente

Elisabetta Argenziano

CONFAPI CAMPANIA SANITA'
Il Presidente

Silvana Papa



CONFINDUSTRIA
Avellino

Spett.le
ASL Avellino

CA Gent.ma
Dott.ssa Immacolata Giusto
Presidente Tavolo Tecnico
Assistenza Specialistica
ASL Avellino

Prot. n. 903/2025
Avellino, 29 maggio 2025

OGGETTO: Delega Confindustria Avellino – Settore sanità – Tavolo Tecnico Macroarea Assistenza Specialistica Ambulatoriale

Con riferimento alla convocazione per la seduta del Tavolo Tecnico di cui in oggetto che si terrà in data 3 giugno 2025 alle ore 09.30 presso la sede centrale dell'ASL AV – Aula Pastore, sita ad Avellino in Via degli Imbimbo nn. 10/12, il sottoscritto Crescenzo Ventre, in qualità di Direttore di Confindustria Avellino

DELEGA

il Dott. Giuseppe Molinario a partecipare al Tavolo Tecnico in nome e per conto della Sezione Sanità di Confindustria Avellino.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE

Crescenzo Ventre



FEDERCARDIO CAMPANIA

Sede operativa: Piazza Sannazaro, 200, 80122 Napoli

federocardio2018libero.it, federcardiocampania@pec.it

tel e WhatsApp 3319514744

p. IVA 05403950651

- D.ssa Immacolata Giusto ASL Avellino

Presidente Tavolo Tecnico

- Dottor Ezio Polizzi

Presidente ASPAT

Delego il dottor Ezio Polizzi a rappresentare Federcardio al tavolo tecnico della ASL di Avellino del 03/06/2025

Il Presidente, Dottor  Silvano Siciliano

Napoli, 02/06/2025



Via II Traversa De Amicis n. 35 – 80131 – Napoli - C.F.: 95340980630
email: segreteria@assozoe.it – PEC: zoespecialistica@pec.it

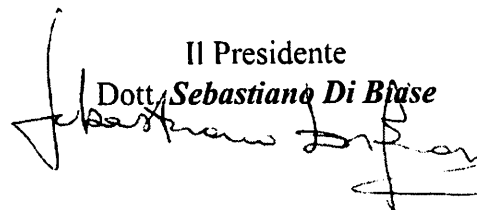
Prot. N. 101/2025
Napoli, 2 giugno 2025

Azienda Sanitaria Locale AVELLINO
struttureaccreditate@pec.aslavellino.it

Oggetto: *Delega partecipazione Tavolo Tecnico Macroarea Assistenza Specialistica Ambulatoriale del 03.06.2025 – Vs. prot. ASLAV/0049507/2025.*

In riferimento alla Vostra pregiata nota del 28/05/2025, avente ad oggetto la Convocazione del Tavolo Tecnico della Macroarea Assistenza Specialistica Ambulatoriale previsto per il giorno 03.06.2025 (prot. ASLAV/0049507/2025), si comunica che questa associazione **DELEGA** la dott.ssa **Loredana Cocchia** a partecipare ai lavori del suddetto tavolo in qualità di propria rappresentante.

Cordiali saluti,

Il Presidente
Dott. **Sebastiano Di Biase**


ALLEGATO 7



Aiop Campania

ASSOCIAZIONE ITALIANA DELLE AZIENDE SANITARIE OSPEDALIERE E TERRITORIALI
E DELLE AZIENDE SOCIO-SANITARIE RESIDENZIALI E TERRITORIALI DI DIRITTO PRIVATO

Data: 30/05/2025

Prot.: 414

P.E.C.

Al Presidente del Tavolo Tecnico

Assistenza Specialistica della

ASL Avellino

Dott.ssa Immacolata Giusto

Via degli Imbimbo, 10/12

83100 Avellino

Oggetto: Convocazione Tavolo Tecnico Macroarea Specialistica Ambulatoriale.

In riferimento all'incontro del Tavolo Tecnico della Macroarea Assistenza Specialistica Ambulatoriale, fissato per il giorno martedì 3 giugno p.v. alle ore 9.30, la scrivente Presidenza comunica che, per inderogabili impegni precedentemente assunti, è impossibilitata a partecipare all'incontro.

Distinti saluti.

Il Presidente Regionale

Dr. Sergio Crispino



MACROAREA ASSISTENZA SPECIALISTICA

BRANCHE di: PATOLOGIA CLINICA

CONSUNTIVO 2024

ALLEGATO N° 8/A AL VERBALE DEL TAVOLO TECNICO DEL 03/06/2025

Table with columns for NSIS, Fascia, Prestazioni, Imp. Lordo, Imp. Netto, and Abbonamenti. It details individual production volumes and values for various NSIS codes under the 'TETTI 2024' and 'VOLUMI E VALORI DI PRODUZIONE INDIVIDUALI DI STRUTTURA' categories.

Per presa visione
CONFERENTI
[Handwritten signatures]

[Handwritten signature]

ASPAT
Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale
Impero Palace - Via Impero, 10 (già Via G. Lumaghi)
80038 POMIGLIANO D'ARCO (NA)
Cod. Fiscale e Partita I.V.A. 03964321219

AIAS
CONFESERGENTI SANITÀ
[Handwritten signature]

Il referente Tetti di Spesa
Dott. Luigi Califano

[Handwritten signature]

CONFLAVORO SANITÀ
IL PRESIDENTE
Dott. Gaetano Gambino

[Handwritten signature]

x206
[Handwritten signature]

IL PRESIDENTE IT
[Handwritten signature]

FAISIC
[Handwritten signature]

AIAS
[Handwritten signature]



MACROAREA ASSISTENZA SPECIALISTICA
BRANCHE di: PATOLOGIA CLINICA
CONSUNTIVO 2024

ALLEGATO N° **8/B** AL VERBALE DEL TAVOLO TECNICO DEL 03/06/2025

NSIS	VOLUMI E VALORI DI PRODUZIONE DI STRUTTURA DOPO CONTROLLI										CM GRUPPO +10%	CM Strutt.	Δ CM "Non R"	OVER CM "Non R" (netto)	CM "R" (€ 90,00)	Δ CM "R"	OVER CM "R" (netto)	CM "R7" (€ 126,00)	DELTA cm R7	VOLUMI E VALORI DI PRODUZIONE DI STRUTTURA DOPO CONTROLLI E CM											
	PRESTAZIONI "NON R"			PRESTAZIONI "R"			PRESTAZIONI "R/7 - R101"			PRESTAZIONI "NON R"										PRESTAZIONI "R"			PRESTAZIONI "R/7 - R101"			PRODUZIONE NETTA 2024					
	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"	NETTA RILEVATA	NETTA ENTRO TETTO INDIVIDUALE	EXTRA PRODUZIONE TOTALE	EXTRA PRODUZIONE ENTRO +10%
085200	59.724	219.386,41 €	165.222,41 €							3,84 €	3,67 €	- 0,17 €	- €							165.222,41 €	152.719,24 €	12.509,17 €	8,19%	12.509,17 €							
085300	29.497	114.032,64 €	83.857,61 €							3,84 €	3,87 €	0,03 €	583,30 €							83.274,30 €	73.495,51 €	9.778,79 €	13,31%	7.349,55 €							
085900	81.262	307.910,96 €	231.573,44 €	312	19.250,71 €	16.823,51 €	100	5.905,00 €	5.145,17 €	4,14 €	3,79 €	- 0,35 €	- €	61,70 €	- 26,30 €	- €	59,05 €	- 65,95 €		253.542,12 €	211.009,76 €	42.532,36 €	20,16%	21.100,98 €							
085700	40.823	142.855,21 €	115.525,81 €							3,84 €	3,50 €	- 0,34 €	- €							115.525,81 €	113.956,75 €	1.859,06 €	1,64%	1.859,06 €							
085900	65.943	224.878,38 €	146.274,06 €							3,84 €	3,41 €	- 0,43 €	- €							146.274,06 €	124.866,42 €	21.387,64 €	17,13%	12.489,64 €							
086500	4.989	15.741,79 €	12.726,84 €							3,84 €	3,16 €	- 0,68 €	- €							12.726,84 €	10.221,30 €	2.505,54 €	24,51%	1.022,13 €							
086700	27.511	102.256,97 €	72.212,92 €							3,84 €	3,72 €	- 0,12 €	- €							72.212,92 €	71.374,06 €	838,86 €	1,18%	838,86 €							
087600	35.079	124.439,47 €	100.394,21 €							3,84 €	3,55 €	- 0,29 €	- €							100.394,21 €	91.320,46 €	9.073,75 €	9,94%	9.073,75 €							
087700	201.145	701.359,61 €	491.174,78 €							3,84 €	3,49 €	- 0,35 €	- €							491.174,78 €	445.609,27 €	45.565,51 €	10,23%	44.560,93 €							
087800	89.421	313.597,04 €	256.892,26 €	7.474	702.699,60 €	654.815,18 €	3.684	420.976,19 €	395.913,55 €	4,14 €	3,51 €	- 0,63 €	- €	94,02 €	4,02 €	27.994,30 €	108,39 €	- 16,61 €		256.892,26 €	1.153.139,52 €	126.267,06 €	10,93%	115.313,96 €							
095200	64.011	244.123,27 €	181.363,81 €							3,84 €	3,81 €	- 0,03 €	- €							181.363,81 €	171.379,61 €	9.984,20 €	5,53%	9.984,20 €							
105400	8.948	27.452,62 €	23.192,42 €							3,84 €	3,07 €	- 0,77 €	- €							23.192,42 €	23.192,42 €	- €	0,00%	- €							
125100	44.448	161.841,76 €	125.767,26 €							3,84 €	3,64 €	- 0,20 €	- €							125.767,26 €	124.712,18 €	1.055,08 €	0,85%	1.055,08 €							
145300	151.726	539.278,84 €	430.413,51 €							3,84 €	3,55 €	- 0,29 €	- €							430.413,51 €	301.680,40 €	128.733,11 €	42,67%	30.169,04 €							
150001	110.140	363.955,47 €	235.954,09 €							3,84 €	3,30 €	- 0,54 €	- €							235.954,09 €	217.897,54 €	18.116,55 €	8,32%	18.116,55 €							
150002	75.438	246.146,50 €	213.572,48 €							3,84 €	3,26 €	- 0,58 €	- €							213.572,48 €	189.450,69 €	24.121,79 €	12,73%	18.945,07 €							
150003	91.919	313.141,91 €	200.364,30 €							3,84 €	3,41 €	- 0,43 €	- €							200.364,30 €	199.161,80 €	1.202,50 €	0,70%	1.202,50 €							
150004	46.004	155.193,75 €	121.620,55 €							3,84 €	3,46 €	- 0,38 €	- €							121.620,55 €	118.991,65 €	2.639,90 €	2,22%	2.639,90 €							
150005	46.849	160.997,98 €	134.209,58 €							3,84 €	3,46 €	- 0,38 €	- €							134.209,58 €	118.964,04 €	15.245,54 €	12,82%	11.896,40 €							
150115	45.325	149.460,58 €	120.301,21 €							3,84 €	3,30 €	- 0,54 €	- €							120.301,21 €	106.263,35 €	14.037,86 €	13,21%	10.626,34 €							
150116	85.563	300.569,96 €	241.585,26 €							3,84 €	3,51 €	- 0,33 €	- €							241.585,26 €	219.509,80 €	22.085,46 €	10,06%	21.950,38 €							
150117	29.974	86.645,08 €	73.645,73 €							3,84 €	2,89 €	- 0,95 €	- €							73.645,73 €	66.912,64 €	6.733,09 €	10,08%	6.891,26 €							
150122	61.321	211.719,98 €	163.486,53 €							3,84 €	3,45 €	- 0,39 €	- €							163.486,53 €	144.044,64 €	19.441,89 €	13,50%	14.404,48 €							
155100	52.798	181.720,16 €	138.172,12 €							3,84 €	3,44 €	- 0,40 €	- €							138.172,12 €	100.770,61 €	37.401,51 €	37,12%	10.077,08 €							
155200	43.498	149.547,15 €	123.636,07 €							3,84 €	3,44 €	- 0,40 €	- €							123.636,07 €	109.426,97 €	14.209,10 €	12,99%	10.942,70 €							
AGG001	72.917	277.463,36 €	209.363,67 €	2.502	162.356,33 €	149.521,99 €	411	46.778,99 €	44.003,29 €	4,14 €	3,81 €	- 0,33 €	- €	64,89 €	25,11 €	- €	113,82 €	- 11,16 €		209.363,67 €	149.521,99 €	46.778,99 €	44.003,29 €	46.778,99 €							
AGG002	235.558	814.266,04 €	676.761,46 €	2.763	164.286,32 €	163.786,67 €	1.617	180.794,09 €	165.372,76 €	4,14 €	3,88 €	- 0,25 €	- €	66,70 €	- 23,30 €	- €	111,81 €	- 13,19 €		676.761,46 €	184.286,32 €	163.786,67 €	180.794,09 €	165.372,76 €							
AGG003	159.661	575.092,69 €	483.384,12 €							3,84 €	3,60 €	- 0,24 €	- €							483.384,12 €	417.739,67 €	65.644,45 €	15,71%	41.773,97 €							
AGG004	68.760	232.593,31 €	202.792,74 €							3,84 €	3,38 €	- 0,45 €	- €							202.792,74 €	192.516,54 €	10.276,20 €	5,34%	10.276,20 €							
AGG005	65.772	241.784,73 €	186.801,52 €							3,84 €	3,68 €	- 0,16 €	- €							186.801,52 €	186.801,52 €	- €	0,00%	- €							
AGG006	69.294	248.666,04 €	198.140,30 €	240	21.901,41 €	21.447,85 €	317	36.251,81 €	35.911,53 €	4,14 €	3,59 €	- 0,55 €	- €	91,26 €	1,26 €	295,17 €	114,36 €	- 10,64 €		198.140,30 €	21.600,00 €	21.152,71 €	36.251,81 €	35.911,53 €							
										2.263.832	8.046.756,69 €	6.160.418,74 €								1.060.151,54 €	978.105,77 €	3.984	690.706,08 €	646.346,29 €	7.784.870,80 €	6.997.010,71 €	787.860,09 €	569.353,13 €	218.506,96 €		

RIEPILOGO BRANCA PATOLOGIA CLINICA

Tetto netto di branca NON R	5.298.078,13 €
Tetto netto di branca R	769.870,75 €
Tetto netto di branca R7	1.078.883,79 €
Tot	7.146.832,67 €

Produzione netta di branca NON R	6.160.418,74 €	Sfioramento tetto NON R	862.340,61 €
Produzione netta di branca R	978.105,77 €	Sfioramento tetto R	208.235,02 €
Produzione netta di branca R7	646.346,29 €	Economia tetto R7	432.537,59 €
Tot	7.784.870,80 €	Tot sfioramento tetli	636.036,13 €

Produzione netta complessiva entro tetto	6.997.010,71 €
Extra-produzione entro +10%	569.353,13 €
Extra-produzione oltre +10%	218.506,96 €
Tot	7.784.870,80 €

Il referente Tetto di Spesa
 Dott. Luigi Pillitteri

IL PRESIDENTE
 Dott. Gaetano Gambino

P.P.V.
 ASPAT
 Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale
 Impero Palace - Via Impero, 10 (già Via G. Lunghi)
 80038 POMIGLIANO D'ARCO (NA)
 Cod. Fiscale e Partita I.V.A. 05964321219

P.P.V.
 AISIC
 Associazione Italiana Sanità Integrata Complessiva

CONFLAVORO
 SANITÀ
 IL PRESIDENTE
 Dott. Gaetano Gambino

AIAS
 CONFESERGENTI SALUTE

Handwritten signatures and initials.



MACROAREA ASSISTENZA SPECIALISTICA

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

CONSUNTIVO 2024

Main data table with 25 columns (1-25) and rows for various medical branches (Branca) and their sub-categories (NSIS). Columns include production volumes, control costs, and production after controls.

Riepilogo 2024

Summary table for 2024, listing production volumes and net values for Diabetologia, Branche a Visita, Cardiologia, Medicina Nucleare, Radioterapia, and Radiodiagnostica.

CM GRUPPI + 10%

Table showing CM values for Diabetologia (9,44€), Cardiologia (38,39€), Radiologia - C (37,47€), and Radiologia - D (67,89€).

Il referente Tetti di Spesa

Dott. Luigi Calliano

Signature of Luigi Calliano

Handwritten signature: 10 PRESIDENTE TT

Logo and contact information for ASPAT (Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale) located in Impero Palace, Via Impero, 10, 80038 Pomigliano d'Arco (NA).

Logo and contact information for CONFLAVORO SANITÀ, IL PRESIDENTE Dott. Gaetano Gambino.

Logo for FAISIC (Associazione Nazionale Conflavoro).

Handwritten text: AIAS CONFESERCENTI SANITÀ

Handwritten signature/initials

Handwritten signature/initials

Handwritten text: X20E



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

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 €

of

AIAS
CONFESERCENTI
[Signature]

SAWTE

P.P.V.
[Signature]
ASPAT
Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale
Impero Palace - Via Impero, 10 (già Via G. Luraghi)
80038 POMIGLIANO D'ARCO (NA)
Cod. Fiscale e Partita I.V.A. 05964321219

Il referente Tetto di Spesa
Dott. Luigi Califano
[Signature]

IL PRESIDENTE
[Signature]

h.p.v.
CONFLAVORO SANITÀ
IL PRESIDENTE
Dott. Gaetano Gambino

ASISIC
[Signature]

P.P.V.
[Signature]
P. 2016
[Signature]

[Signature]
[Signature]
[Signature]



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																			
																				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)
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			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 €														

[Handwritten signature]

[Handwritten signatures]

AIAS CONFESERGENTI SANTE

ASPAT Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale Impero Palace - Via Impero, 10 (già Via G. Luraghi) 80038 POMIGLIANO D'ARCO (NA) Cod. Fiscale e Partita I.V.A. 05964321219

IL PRESIDENTE Il referente tetti di Spesa Dott. Luigi Califano

CONFLAVORO SANITÀ IL PRESIDENTE Dott. Gaetano Gambino



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**

Table with 21 columns (1-21) and multiple rows. Columns include NSIS, Classe VMP, € VMP, C.O.M., Valore teorico massimo di produzione, TETTO TEORICO 2024, TETTO DI SPESA NETTO 2023, CONSUNTIVO 2023 NETTO LIQUIDATO, INDICE, Ordinarimento in base all'INDICE, Formazione dei tre gruppi (2%, 0%, -2%), Modifica TETTO NETTO, and "TETTO BASE" 2024: Importi ordinati per NSIS.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

AIAS
CONFESERCENTI SANTE

Il referente tetti di Spesa
Dott. Luigi Califano

[Handwritten signature]

ASPAT
Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale
Impero Palace - Via Impero, 10 (già Via G. Luigghi)
80038 POMIGLIANO D'ARCO (NA)
Cod. Fiscale e Partita I.V.A. 05964321219

[Handwritten signature]
P. 206
[Handwritten signature]

Il presidente
SAISIC
CONFLAVORO SANTA
IL PRESIDENTE
Dott. Gaetano Gambino
[Handwritten signature]



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 13 VERBALE TAVOLO TECNICO DEL 03/06/2025

Branca: PATOLOGIA CLINICA

ASL AV Lab_03

Table with 25 columns (1-25) and multiple rows. Columns 1-11: Tetto NETTO 2024, Ordinaro in base al punteggio indicatori di performance sui dati consuntivi 2022, Formazione del tre gruppi (3%, 0%, -3%), Variazione da applicare sul Tetto BASE 2023. Columns 12-19: Ordinaro in base al punteggio indicatori di performance sui dati consuntivi 2023, Formazione del tre gruppi (3%, 0%, -3%), Variazione da applicare sul Tetto BASE 2024. Columns 20-25: 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.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

AIAS CONFERGENTI SAUUTO

ASPAT Associazione Sanità Aziendale Accreditata Territoriale Impero Palace - Via Impero, 10 (ex Via G. Luongo) 80038 POMIGLIANO D'ARCO (NA) Cod. Fiscale e Partita IVA 05964321219

CONFLAVORO SANITÀ IL PRESIDENTE Dott. Gaetano Gambino

FAISIC

Il referente tetti di Spesa Dott. Gaetano Gambino IL PRESIDENTE TTT



Rilevazione dei dati consuntivi 2024				INDICATORE A.1 Tecnologia		INDICATORE B.3 Invio sistematico e continutivo 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 annuali nei quale sono state erogate prestazioni a carico del S.S.R. (compresa quella relativa a quelle di applica- re 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 del valore a medio di branca e di fascia di appartenenza		INDICATORE E.13 Mancanza dei punti di offerta per la medicina branca nel distretto di appartenenza o collocazione in zona disagiata		Punteg- gio Indicat- ori di perfor- manze su dati 2024
CODIC E ASL	COD. STRUTTURA (STS11)	COD. BRANCA TETTI	DESCRIZIONE BRANCA TETTI	IT Index (%)	PUNTEGGIO INDICATORE A.1	VALORE INDICATORE B.3 S / NO	PUNTEGGIO INDICATORE B.3	NUMERATOR E C.4: Numero dipendenti	DENOMINAT ORE C.4: Totale addetti	VALORE INDICATORE C.4	PUNTEGGIO INDICATORE C.4	NUMERATOR E C.5: Numero dipendenti laureati	DENOMINAT ORE C.5: Totale dipendenti	VALORE INDICATORE C.5	PUNTEGGIO INDICATORE C.5	VALORE INDICATORE C.6	PUNTEGGIO INDICATORE C.6	NUMERATOR 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	>200	3	-	54.954	>30%	0	= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	14
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	180-199	2	-	28.057	>30%	0	= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	11
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	>200	3	-	78.385	>30%	0	= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	14
150201	085700	0004	Patologia Clinica	100%	3	SI	3	4	7	57%	0	2	4	50%	1	NO	0	1.854,56 €	113.666,73 €	0,01-1,99%	0	<70.000	-1	>200	3	-	99.727	>30%	0	0,01%- 4,99% in meno	1	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	9
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 €	124.686,42 €	>10%	3	<70.000	-1	>200	3	-	64.624	>30%	0	0,01%- 4,99% in meno	1	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	11
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 €	10.221,90 €	>10%	3	<70.000	-1	<120	-1	-	4.833	>30%	0	>10% in meno	3	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	6
150201	086700	0004	Patologia Clinica	23%	2	SI	3	3,01	3,84	78%	0	3	3,01	100%	2	NO	0	838,85 €	71.374,05 €	0,01-1,99%	0	<70.000	-1	>200	3	-	26.380	>30%	0	= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	8
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	>200	3	-	33.873	>30%	0	= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	12
150201	087700	0004	Patologia Clinica	32%	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	>200	3	-	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	>30%	0	= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	15
150201	095200	0004	Patologia Clinica	100%	3	SI	3	6,05	7,18	84%	2	5	6,05	83%	2	SI	1	30.130,24 €	173.379,63 €	5-10%	2	<70.000	-1	>200	3	-	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-utilizzo del tetto	-1	<70.000	-1	>200	3	-	8.979	>30%	0	>10% in meno	3	INFERIORE ALLA MEDIA	1	24
150201	125100	0004	Patologia Clinica	0%	-1	SI	3	1,31	1,81	72%	0	2	1,31	153%	2	SI	1	1.025,08 €	124.712,18 €	0,01-1,99%	0	<70.000	-1	>200	3	-	43.965	>30%	0	= 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	128.733,11 €	301.680,40 €	>10%	3	70.000-199.999	0	>200	3	-	142.205	>30%	0	= al v.m.	0	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	16
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	>30%	0	5-10% in meno	2	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	17
150201	150002	0004	Patologia Clinica	100%	3	SI	3	4	5,15	78%	0	4	4	100%	2	SI	1	25.879,42 €	189.450,66 €	>10%	3	70.000-199.999	0	>200	3	-	72.819	>30%	0	0,01%- 4,99% in meno	2	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	16
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	>30%	0	0,01%- 4,99% in meno	1	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	8
150201	150004	0004	Patologia Clinica	88%	2	SI	3	2,6	3,88	85%	0	4	2,6	154%	1	NO	0	3.280,66 €	118.981,65 €	2-4,99%	1	<70.000	-1	>200	3	-	44.765	>30%	0	0,01%- 4,99% in meno	1	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	9
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	>200	3	-	46.466	>30%	0	0,01%- 4,99% in meno	1	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	12
150201	150115	0004	Patologia Clinica	100%	3	SI	3	3,68	3,68	100%	2	3	3,68	81%	2	NO	0	14.112,87 €	105.263,35 €	>10%	3	<70.000	-1	>200	3	-	44.684	>30%	0	5-10% in meno	2	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	16
150201	150116	0004	Patologia Clinica	60%	3	SI	3	4,35	5,15	81%	2	2	4,35	48%	1	SI	1	22.110,11 €	219.503,80 €	>10%	3	70.000-199.999	0	>200	3	-	83.238	>30%	0	= 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	180-199	2	-	22.872	>30%	0	>10% in meno	8	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	14
150201	150122	0004	Patologia Clinica	100%	3	SI	3	2	4	50%	0	1	2	50%	1	NO	0	19.488,93 €	144.044,64 €	>10%	3	<70.000	-1	>200	3	-	59.905	>30%	0	0,01%- 4,99% in meno	1	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	12
150201	155100	0004	Patologia Clinica	27%	2	SI	3	0	0		0	0	0		0	NO	0	37.693,78 €	100.770,81 €	>10%	3	<70.000	-1	>200	3	-	52.698	>30%	0	0,01%- 4,99% in meno	1	INFERIORE ALLA MEDIA	1	12
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	150-179	1	-	43.409	>30%	0	0,01%- 4,99% in meno	-1	INFERIORE ALLA MEDIA	1	14
150201	AG0001	0004	Patologia Clinica	95%	3	SI	3	12,84	13,95	92%	2	9	12,84	70%	2	NO	0	170.465,08 €	372.472,22 €	>10%	3	70.000-199.999	0	>200	3	-	77.129	>30%	0	0,01%- 4,99% in meno	1	INFERIORE ALLA MEDIA	1	18
150201	AG0002	0004	Patologia Clinica	100%	3	SI	3	24,87	25,62	97%	2	22	24,87	88%	2	SI	1	109.822,83 €	912.552,09 €	>10%	3	200.000-349.999	1	>200	3	-	231.409	>30%	0	5-10% in meno	2	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	19
150201	AG0003	0004	Patologia Clinica	82%	3	SI	3	4,35	4,98	87%	2	2	4,35	46%	1	SI	1	65.723,00 €	417.739,67 €	>10%	3	70.000-199.999	0	>200	3	-	157.841	>30%	0	= al v.m.	0	INFERIORE ALLA MEDIA	1	17
150201	AG0004	0004	Patologia Clinica	91%	3	SI	3	9,49	10,71	89%	2	6	9,49	63%	2	SI	1	10.286,23 €	192.576,54 €	5-10%	2	<70.000	-1	>200	3	-	67.527	>30%	0	0,01%- 4,99% in meno	1	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	15

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

AIAS
CONFESERVENTI SALUTE
[Handwritten signature]

ASPAT
Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale
Impero Palace - Via Impero, 10 (Via G. J. J. J.)
80038 POMIGLIANO D'ARCO (NA)
Cod. Fiscale e Partita I.V.A. 08964321219

Il referente Testi di Spesa
Dott. Luigi Colonna
[Handwritten signature]

ALFASIC
ALFASIC
ALFASIC

CONFLAVORO
SANITÀ

IL PRESIDENTE
Dott. Gaetano Gambino
[Handwritten signature]

IL PRESIDENTE
[Handwritten signature]

+20E
[Handwritten signature]



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

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					13	14	15	16			17			20	21	22
						Variazione per indicatori di performance sui dati di attività del 2024								Tetto 2025 "NON ALLEGATO 3"			Tetto 2025 "ALLEGATO 3"					
						Formazione dei tre gruppi								DGRC757/2024			DGRC757/2024					
NSIS_23	Note	Classe	Tetto netto definitivo 2024 (Consumativo 2024)	Totale Variazioni nette da Lab_03 (Alleg.6)	Tetto netto dopo variazioni Dgrc 757/2024	Applicazione Indicatori di Performance 2024	Graduatoria Indicatori Performance 2024	5%	0%	-5%	Variazione su tetto NETTO dopo Applicazione Indicatori di Performance 2024	Tetto Base NETTO 2025 PRIMA della verifica aggregazioni	Tetto Base NETTO 2025 DOPO la verifica aggregazioni	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			
AGG002	1	C	912.552,09 €	58.874,34 €	971.426,43 €	19	1	971.426,43 €			48.571,32 €	1.019.997,76 €	1.128.359,23 €	254.925	869.292,93 €	690.463,00 €	2.191	455.825,64 €	437.896,23 €			
AGG001		C	372.477,22 €	37.359,14 €	409.836,36 €	18	2	409.836,36 €			20.491,82 €	430.328,18 €	430.328,18 €	64.715	220.677,08 €	175.279,85 €	1.281	266.392,33 €	255.048,53 €			
AGG003		A	417.739,67 €	17.724,39 €	435.464,05 €	17	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 €	17	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 €			
087700		A	445.609,27 €	19.404,36 €	426.204,91 €	16	5	426.204,91 €	313.474,48 €		5.636,52 €	431.841,44 €	431.841,44 €	137.132	462.135,11 €	367.065,22 €	4.733	81.563,25 €	64.776,22 €			
145300		A	301.680,40 €	7.491,95 €	294.188,45 €	16	6	294.188,45 €	275.057,33 €		1.705,75 €	310.878,10 €	310.878,10 €	107.318	332.686,21 €	264.246,39 €	4.478	58.709,33 €	46.631,72 €			
150002		A	189.450,69 €	13.855,32 €	175.595,37 €	16	7	175.595,37 €	163.982,31 €		580,65 €	176.176,03 €	176.176,03 €	60.818	188.534,77 €	149.749,82 €	2.538	33.270,84 €	26.426,40 €			
150115		C	106.263,35 €	5.713,10 €	100.550,25 €	16	8	100.550,25 €	96.803,89 €		187,32 €	100.737,57 €	100.737,57 €	34.776	107.804,31 €	85.626,93 €	1.451	19.024,29 €	15.110,64 €			
087800	2	A	1.153.139,62 €	20.420,21 €	1.173.559,83 €	15	9	1.173.559,83 €	864.266,51 €	309.293,32 €	15.464,67 €	1.158.095,16 €	1.158.095,16 €	9.395	32.036,79 €	25.446,22 €	837	174.706,69 €	167.569,64 €			
150116		B	219.503,80 €	2.501,88 €	217.001,92 €	15	10	217.001,92 €	97.717,25 €	119.284,67 €	5.964,23 €	211.037,69 €	211.037,69 €	72.852	225.841,98 €	179.382,04 €	3.040	39.854,47 €	31.655,65 €			
AGG004		A	192.516,54 €	10.461,04 €	202.977,58 €	15	11	202.977,58 €	141.120,26 €	61.857,32 €	3.092,87 €	199.884,71 €	199.884,71 €	69.002	213.906,62 €	169.902,00 €	2.879	37.748,23 €	29.982,71 €			
150117		A	68.912,64 €	4.993,26 €	63.919,38 €	14	12	63.919,38 €	15.945,70 €	45.973,68 €	2.298,68 €	59.620,70 €	59.620,70 €	20.582	63.803,09 €	50.677,59 €	859	11.259,37 €	8.943,10 €			
105400		A	25.144,84 €	1.907,05 €	27.051,89 €	14	13	27.051,89 €	6.965,50 €	20.085,39 €	1.004,27 €	26.047,62 €	26.047,62 €	8.992	27.874,85 €	22.140,47 €	375	4.919,09 €	3.907,14 €			
085500		A	211.009,78 €	18.287,50 €	229.297,28 €	14	14	229.297,28 €	59.049,44 €	170.247,81 €	8.512,39 €	220.784,86 €	220.784,86 €	82.893	256.967,95 €	204.104,80 €	84	17.442,52 €	16.680,06 €			
095200		A	171.379,61 €	14.631,75 €	156.747,86 €	14	15	156.747,86 €	40.366,26 €	116.381,59 €	5.819,08 €	150.928,78 €	150.928,78 €	52.102	161.516,43 €	128.289,46 €	2.174	28.502,90 €	22.639,32 €			
085200		A	152.713,24 €	9.620,40 €	143.092,84 €	14	16	143.092,84 €	36.849,78 €	106.243,07 €	5.312,15 €	137.780,69 €	137.780,69 €	47.563	147.446,01 €	117.113,59 €	1.985	26.019,88 €	20.667,10 €			
155200		A	109.426,97 €	4.767,85 €	104.659,12 €	14	17	104.659,12 €	75.800,18 €	28.859,14 €	1.442,96 €	103.216,36 €	103.216,36 €	35.631	110.456,99 €	87.733,91 €	1.487	19.492,41 €	15.482,45 €			
150005		A	118.964,04 €	12.638,30 €	106.325,74 €	12	18	106.325,74 €	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 €			
155100		A	100.770,81 €	- €	100.770,81 €	12	19	100.770,81 €	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 €			
087600		A	91.320,46 €	1.910,78 €	93.231,24 €	12	20	93.231,24 €	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 €			
150122		A	144.044,84 €	15.088,30 €	128.956,54 €	12	21	128.956,54 €	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 €			
085900		A	124.886,42 €	8.057,16 €	116.829,26 €	11	22	116.829,26 €	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 €			
085300		A	73.495,51 €	4.894,20 €	68.601,31 €	11	23	68.601,31 €	68.601,31 €		3.440,07 €	65.161,24 €	65.161,24 €	22.563	69.946,33 €	55.557,05 €	942	12.343,47 €	9.804,19 €			
150004		A	118.981,85 €	12.640,18 €	106.341,67 €	9	24	106.341,67 €	106.341,67 €		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 €			
085700		A	113.866,75 €	9.704,43 €	103.962,32 €	9	25	103.962,32 €	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 €	8	26	194.621,78 €	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 €			
086700		A	71.374,06 €	6.093,63 €	65.280,43 €	8	27	65.280,43 €	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 €			
125100	3	A	124.712,18 €	10.647,46 €	114.064,72 €	6	28	114.064,72 €	114.064,72 €		5.703,24 €	108.361,48 €	108.361,48 €	- €	- €	- €	- €	- €	- €			
086500		A	10.221,30 €	233,01 €	9.988,29 €	6	29	9.988,29 €	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 €			
			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 €	5.597.120,39 €	1.651.242	5.257.874,94 €	4.176.231,09 €	55.119	1.598.878,97 €	1.419.012,47 €		
AGG003	4		5.242,62 €		5.242,62 €																	

h.t.v.
CONFLAVORO
 SANITÀ
 IL PRESIDENTE
 Dott. Gaetano Gambino

h.n.v.
ASISIC
 Associazione Italiana Specialisti in Cure Primarie

h.p.v.
ASISA
 Associazione Italiana Specialisti in Cure Primarie

IL PRESIDENTE *h.t.*

NOTE	
1	Il centro HUB NSIS 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

AIAS
CONFESERCENTI SANITÀ
Confesercenti

Il referente tetti di Spesa
 Dott. Luigi Caputo

ASPAT
 Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale
 Impero Palace - Via Impero, 10 (già Via G. Luaregho)
 80038 POMIGLIANO D'ARCO (NA)
 Cod. Fiscale e Partita I.V.A. 05964321219

D.P.V.
FUGACI
2025
Luigi Caputo



APPLICAZIONE DGRC n. 757/2024

ALLEGATO N. 16 AL VERBALE DEL TAVOLO TECNICO DEL 03/06/2025

Branca: ALTRE BRANCHE

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

ASL AV ALTRE_01

Table with 21 columns (1-21) and multiple rows. Columns include: 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 Liquidato 2022, Ordinarimento in base all'INDICE (NSIS, Tetto netto 2023, Graudatoria), Formazione dei tre gruppi (2%, 0%, -2%), Modifica tetto NETTO 2023, and "TETTO BASE" 2023: Importi ordinati per NSIS (NSIS, NETTO 2023 (Cl.12), Modifica (Cl.17), BASE 2023 (Cl.12+17)).

Il referente Tetto di Spesa
Dott. Luigi Califano

Il presidente TI

[Handwritten signature]

[Handwritten signatures]

h.p.r. AISA

CONFLAVORO SANITÀ
h.p.r. PRESIDENTE
Dott. Gaetano Gambino

h.p.r. AISIC

PAV. ASPAT
Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale
Impero Palazzo Via Impero, 10 (già Via G. Luaghi)
80038 POMIGLIANO D'ARCO (NA)
Cod. Fiscale e Partita I.V.A. 09964321219

P.208
Lentini

AIAS CONFESERCENTI SANITÀ



APPLICAZIONE DGRC n. 757/2024

ALLEGATO N. 17 AL VERBALE DEL TAVOLO TECNICO DEL 03/06/2025

Branca: ALTRE BRANCHE

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

ASL AV ALTRE_02

Table with 21 columns (1-21) and multiple rows. Columns include: 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), Ordinarimento in base all'INDICE (NSIS, Tetto netto 2023, Graudatoria), Formazione dei tre gruppi (2%, 0%, -2%), Modifica (tetto NETTO 2023), and 'TETTO BASE' 2024: Importi ordinati per NSIS (NSIS, NETTO 2023 (Cl.12), Modifica (Cl.17), BASE 2024 (Cl.12+17)).

Handwritten signature

Handwritten signature

AIAS CONFESERGENTI SANITA

ASPAT logo and address: Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale Impero Palace - Via Impero, 10 (già Via G. Luaghi) 80038 POMIGLIANO D'ARCO (NA) Cod. Fiscale e Partite I.V.A. 05964321219

X 206 handwritten note

Il referente tetti di Spesa Dott. Luigi Califano

Il PRESIDENTE TI handwritten signature

CONFLAVORO SANITA logo and name: Dott. Gaetano Gambino

ASISIC logo and handwritten signature



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: ALTRE BRANCHE

ASL AV ALTRE_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		Variazione per indicatori di performance sui dati di attività del 2022 e del 2023		Variazione del Tetto base per il 2023: da Altre_01_col. 20		Variazione del Tetto base per il 2024: da Altre_02_col. 20		Totale variazioni		NSIS		Punteggio Indicatori Performance		Tetto BASE 2024 da Lab_02 Cl.21		Graduatoria		3% 1°			0% 2°			-3% 3°			da applicare sul Tetto BASE 2024			da col. 11 per il 2023		da col. 19 per il 2024											
BRANCA	NSIS_23	DGRC 800/2023	NSIS	Punteggio Indicatori Performance	Tetto BASE 2023 da Lab_01 Cl.21	Graduatoria	3% 1°	0% 2°	-3% 3°	Variazione da applicare sul Tetto BASE 2023	NSIS	Punteggio Indicatori Performance	Tetto BASE 2024 da Lab_02 Cl.21	Graduatoria	3% 1°	0% 2°	-3% 3°	da applicare sul Tetto BASE 2024	NSIS	da col. 11 per il 2023	da col. 19 per il 2024	Totale variazioni	NSIS	Punteggio Indicatori Performance	Tetto BASE 2024 da Lab_02 Cl.21	Graduatoria	3% 1°	0% 2°	-3% 3°	da applicare sul Tetto BASE 2024	da col. 11 per il 2023	da col. 19 per il 2024	Totale variazioni	NSIS	da col. 11 per il 2023	da col. 19 per il 2024	Totale variazioni	NSIS	da col. 11 per il 2023	da col. 19 per il 2024	Totale variazioni														
DIAB	086300	748.241,65 €	086300	14	951.947,13 €	1	553.280,67 €	398.666,46 €		18.598,42 €	086300	14	951.855,82 €	1	554.898,33 €	396.957,49 €		18.646,95 €	086300	16.598,42 €	16.646,95 €	36.800,31 €	086300	14	951.855,82 €	1	554.898,33 €	396.957,49 €		18.646,95 €	16.598,42 €	16.646,95 €	36.800,31 €	086300	16.598,42 €	16.646,95 €	36.800,31 €	086300	16.598,42 €	16.646,95 €	36.800,31 €														
DIAB	105103	779.794,20 €	105103	12	315.466,62 €	2	68.902,35 €	246.564,27 €		7.396,93 €	105103	13	392.569,38 €	2	157.940,84 €	234.628,53 €		7.038,86 €	105103	7.396,93 €	9.808,09 €	6.185,62 €	4.539,60 €	105103	13	392.569,38 €	2	157.940,84 €	234.628,53 €		7.038,86 €	7.396,93 €	9.808,09 €	6.185,62 €	6.279,80 €	4.539,60 €	105103	7.396,93 €	9.808,09 €	6.185,62 €	6.279,80 €	4.539,60 €													
DIAB	150002	136.660,15 €	150002	12	392.428,26 €	3	85.711,86 €	306.716,40 €		9.201,49 €	105103	11	320.269,80 €	3	320.269,80 €			9.608,09 €	150002	9.201,49 €	7.038,86 €	8.008,74 €	32.260,71 €	150002	12	392.428,26 €	3	320.269,80 €			7.038,86 €	7.038,86 €	8.008,74 €	8.011,62 €	8.011,62 €	32.260,71 €	150002	9.201,49 €	7.038,86 €	8.008,74 €	8.011,62 €	32.260,71 €													
DIAB Tot		1.664.696,00 €		38	1.659.842,01 €		553.280,67 €	553.280,67 €		0,00 €			1.664.696,00 €		554.898,33 €	554.898,33 €		554.898,33 €		- €	- €	- €	- €																																
BV	086400	33.663,00 €	086400	8	33.662,99 €	1		33.662,99 €		- €	086400	6	34.336,25 €	1	- €	34.336,25 €		- €	086400	- €	- €	673,26 €	673,26 €	086400	8	33.662,99 €	1																												
BV	AMB527	85.768,00 €	AMB527	N.V.	- €	N.V.		- €		- €	AMB527	0	85.094,74 €	2	- €	85.094,74 €		- €	AMB527	- €	- €	673,26 €	673,26 €	AMB527	N.V.	- €	N.V.																												
BV Tot		119.431,00 €			33.662,99 €			33.662,99 €		- €			119.430,99 €		39.810,33 €	39.810,33 €		39.810,33 €		- €	- €	0,00 €	0,00 €																																
CAR	087000	246.199,46 €	087400	10	316.566,37 €	1	195.731,00 €	120.835,37 €		5.871,93 €	087400	11	278.456,87 €	1	195.731,00 €	82.724,87 €		5.871,93 €	087000	5.871,93 €	5.871,93 €	3.914,62 €	3.914,62 €	087000	10	316.566,37 €	1	195.731,00 €	120.835,37 €																										
CAR	087400	349.021,54 €	087000	9	270.826,63 €	2	74.895,63 €	195.731,00 €		5.871,93 €	087000	6	308.737,13 €	2	113.006,13 €	195.731,00 €		5.871,93 €	087400	5.871,93 €	5.871,93 €	3.914,62 €	3.914,62 €	087400	9	270.826,63 €	2	74.895,63 €	195.731,00 €																										
CAR Tot		595.221,00 €			587.193,00 €		195.731,00 €	195.731,00 €		- €			587.193,00 €		195.731,00 €	195.731,00 €		195.731,00 €		- €	- €	- €	- €																																
MN	087203	583.018,00 €	087203	15	556.341,00 €	1		556.341,00 €		- €	087203	11	556.341,00 €	1		556.341,00 €		- €	087203	- €	- €	- €	- €	087203	15	556.341,00 €	1																												
MN Tot		583.018,00 €			556.341,00 €		- €	556.341,00 €		- €			556.341,00 €			556.341,00 €		- €																																					
RADIOTER	RAD412	2.487.000,00 €	RAD412	11	2.048.979,00 €	1		2.048.979,00 €		- €	RAD412	11	2.487.000,00 €	1		2.487.000,00 €		- €	RAD412	- €	- €	- €	- €	RAD412	11	2.487.000,00 €	1																												
RADIOTER Tot		2.487.000,00 €			2.048.979,00 €		- €	2.048.979,00 €		- €			2.487.000,00 €			2.487.000,00 €		- €																																					
RAD	086500	573.904,46 €	150008	20	931.306,44 €	1	931.306,44 €			27.939,19 €	150008	19	1.024.897,05 €	1	1.024.897,05 €			086500	16.581,89 €	19.503,75 €	9.564,16 €	13.780,43 €	12.741,05 €	086500	20	931.306,44 €	1	931.306,44 €																											
RAD	086800	843.004,96 €	086600	16	576.749,22 €	2	116.864,39 €	460.084,83 €		3.499,93 €	150114	14	192.491,00 €	2	174.910,28 €			086600	3.499,93 €	- €	- €	- €	3.499,93 €	086600	16	576.749,22 €	2	116.864,39 €	460.084,83 €																										
RAD	087203d	311.771,97 €	087203d	16	550.399,09 €	3	111.334,31 €	439.064,78 €		3.340,03 €	086500	13	601.577,00 €	3		601.577,00 €		- €	087203d	3.340,03 €	- €	- €	5.941,91 €	6.536,10 €	3.934,22 €	087203d	16	550.399,09 €	3	111.334,31 €	439.064,78 €																								
RAD	150007	352.417,14 €	086800	15	812.885,22 €	4	260.155,52 €	552.729,70 €		16.581,89 €	087203d	13	333.341,10 €	4		333.341,10 €		- €	150007	10.276,30 €	10.860,65 €	6.716,54 €	7.388,20 €	21.808,62 €	150007	15	812.885,22 €	4	260.155,52 €	552.729,70 €																									
RAD	150008	993.595,77 €	150007	14	342.543,50 €	5		342.543,50 €		10.276,30 €	086800	11	897.433,43 €	5		897.433,43 €		19.503,75 €	150008	27.939,19 €	30.746,91 €	15.515,89 €	16.607,95 €	26.562,27 €	150008	14	342.543,50 €	5																											
RAD	150114	183.636,41 €	150114	14	196.340,66 €	6		196.340,66 €		5.890,22 €	150007	10	382.021,89 €	6		382.021,89 €		10.860,65 €	150114	5.890,22 €	5.247,31 €	3.849,82 €	- €	3.206,91 €	150114	14	196.340,66 €	6																											
RAD	RDA497	175.517,87 €	RDA497	5	67.691,28 €	7		67.691,28 €		2.030,74 €	RDA497	9	187.660,62 €	7		187.660,62 €		5.629,82 €	RDA497	2.030,74 €	5.629,82 €	1.327,28 €	3.679,66 €	2.663,66 €	RDA497	5	67.691,28 €	7																											
RAD Tot		3.433.848,58 €			3.477.915,41 €		1.159.305,14 €	1.159.305,14 €		0,00 €			3.599.422,00 €		1.199.807,33 €	1.199.807,33 €		1.199.807,33 €		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €																																

[Handwritten signatures and stamps]

Il referente tetti di Spesa
Dott. Luigi Calliano

IL PRESIDENTE TI

ASPAT
Associazione Sanita Privata Accreditata Territoriale
Impero Palace - Via Impero, 10 (già Via G. Luraghi)
80038 POMIGLIANO D'ARCO (NA)
Cod. Fiscale e Partita I.V.A. 05964321219

CONFLAVORO SANITA
IL PRESIDENTE
Dott. Gaetano Gambino

AIAS
CONFESERGENTI SANITE

20E
Lorenzo Gualini



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 estrattivo / tetto di spesa netta (prima dell'applicazione della regressione tariffaria)				INDICATORE C.8 Numero di prestazioni di laboratorio erogate nell'anno con carico del S.S.R. (solo per la branca della patologia clinica)		INDICATORE C.9 Numero di giorni annuali nei quali sono state erogate prestazioni a carico del S.S.R. (compresi quelli 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 allargata		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 B.3: SI/NO	PUNTEGGIO INDICATORE 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 estrattivo	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	AM8527	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					180-199	2			7.483	<10%	3	0,01%- 4,99% in meno	1	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	10
150201	086300	0001	Diabetologia	44%	2	SI	3	6,2	12,13	51%	0	6	6,2	97%	2	SI	1	94.448,36 €	883.615,37 €	>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	150002	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	086603	0008	Radiodiagnostica	67%	3	SI	3	17,96	20,63	87%	2	11	17,96	61%	2	SI	1	- €	677.534,00 €	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	0005	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

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Il referente Tetti di Spesa
Dott. Luigi Cristoforo
[Handwritten signature]

IL PRESIDENTE TI
[Handwritten signature]

p.p.v.
FAISIC
[Handwritten signature]

p.p.v.
CONFLAVORO SANITÀ
IL PRESIDENTE
Dott. Gaetano Gambino
[Handwritten signature]

p.p.v.
ASL AV
[Handwritten signature]

+206
[Handwritten signature]

P.P.V.
ASPAT
Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale
Impero Palace - Via Impero, 10 (già Via G. Lunghi)
80038 POMIGLIANO D'ARCO (NA)
Cod. Fiscale e Partita I.V.A. 05964321219

p.p.v.
FEDERCONAD
[Handwritten signature]

AIAS
CONFESERCENTI SANITÀ
[Handwritten signature]



TETTI DI SPESA 2025 Branche di:
 Branche a Visita - Cardiologia - Diabetologia - Medicina Nucleare - Radiodiagnostica - Radioterapia

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 €	
Totale 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	10	1		184.518,51 €	70.804,62 €	9.225,93 €	087000	8.512	344.232,47 €	307.458,33 €	
Cardiologia	087400		255.323,13 €	- 19.573,10 €	255.323,13 €	087000	8	2		113.713,89 €	184.518,51 €	- 9.225,93 €	087400	6.813	275.531,71 €	246.097,20 €	
Totale 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	40.982	315.152,70 €	280.808,46 €	
Diabetologia	150002		372.540,33 €	- 32.260,71 €	372.540,33 €	105103	13	3			292.010,70 €	- 14.600,54 €	150002	52.239	401.718,14 €	357.939,80 €	
Diabetologia	DIA550		0,00 €	- €	0,00 €	DIA550	N.V.	N.V.		N.V.	N.V.	N.V.	DIA550	50.106	385.318,76 €	342.328,00 €	
Totale 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			573.106,69 €	- €	087203	1.667	699.960,14 €	687.727,69 €	
Totale 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	11.384	821.248,36 €	727.506,20 €	
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	13.443	969.742,23 €	859.050,62 €	
Radiodiagnostica	087203	D	413.733,00 €	3.934,22 €	413.733,00 €	150007	17	3			354.633,00 €	- €	087203	6.474	467.044,29 €	413.733,00 €	
Radiodiagnostica	150007	D	354.633,00 €	- 21.808,82 €	354.633,00 €	150114	16	4			179.016,00 €	- €	150007	5.549	400.329,02 €	354.633,00 €	
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	15.153	1.093.124,84 €	968.349,93 €
Radiodiagnostica	150114	C	179.016,00 €	3.206,91 €	179.016,00 €	087203	14	6			413.733,00 €	- 20.686,65 €	150114	4.952	178.730,66 €	158.329,35 €	
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			2.487.000,00 €	- €	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

ASPAT
 Associazione Sanità Privati Acquistata Territoriale
 Impero Palace - Via Impero, 10 (già Via G. Luaghi)
 80038 POMIGLIANO D'ARCO (NA)
 Cod. Fiscale e Partita I.V.A. 05964321219

CONFLAVORO SANITÀ
 IL PRESIDENTE
 Dott. Gaetano Gambino

10 PRESIDENTE TI
 P.O.V.
 ERS...

X 20E
 Z...



APPLICAZIONE DGRC n. 757/2024

ALLEGATO N. 21 AL VERBALE DEL TAVOLO TECNICO DEL 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)		
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 €

Handwritten signature

Handwritten signature

AIAS
CONESERCENTI SANITE
Handwritten signature

Il referente tetti di Spesa
Dott. Luigi Catifano
Handwritten signature

Handwritten signature
IL PRESIDENTE IT

Handwritten signature
ASPAT
Associazione Sanità Privata Acreditata Territoriale
Impero Palace - Via Impero, 10 (già Via G. Luraghi)
80038 POMIGLIANO D'ARCO (NA)
Cod. Fiscale e Partita I.V.A. 05964321219

PZOE
Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature
FAISIC

Handwritten signature
CONFLAVORO SANITA
IL PRESIDENTE
Dott. Gaetano Gambino

Handwritten signature



APPLICAZIONE DGRC n. 757/2024

ALLEGATO N. 22 AL VERBALE DEL TAVOLO TECNICO DEL 03/06/2025

Branca: RIABILITAZIONE EX ART44 - FKT

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

ASL AV FKT_02

Table with 21 columns (1-21) and multiple rows. Columns include NSIS, Classe VMP, € VMP Consuntivo, 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), Ordinarimento in base all'INDICE (NSIS, Tetto netto 2023, Graudatoria), Formazione dei tre gruppi (2%, 0%, -2%), Modifica (Tetto NETTO 2024), and 'TETTO BASE' 2024: Importi ordinati per NSIS (NSIS, NETTO 2024 (Cl.12), Modifica (Cl.17), BASE 2024 (Cl.12+17)).

[Handwritten signature]

[Handwritten signatures]

Il referente tetti di Spesa
Dott. Luigi Galliano

IL PRESIDENTE TI
[Handwritten signature]

ASPAT
Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale
Impero Palace - Via Impero, 10 (ex Via G. Lumghj)
80038 POMIGLIANO D'ARCO (NA)
Cod. Fiscale e Partita I.V.A. 05964321219

FAISIC
[Handwritten signature]

x 20€
[Handwritten signature]

AIAS
CONFESERGENTI SANITÀ
[Handwritten signature]

PPV
FEDERAZIONE
[Handwritten signature]

CONFLAVORO SANITÀ
IL PRESIDENTE
Dott. Gaetano Gambino
[Handwritten signature]

ppv.
[Handwritten signature]



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 N. 23 AL VERBALE DEL TAVOLO TECNICO DEL 03/06/2025

Branca: RIABILITAZIONE EX ART.44 - FKT

ASL AV FKT_03

Table with 25 columns (1-25) and multiple rows. Columns 1-11 and 12-19 contain performance indicators and budget data for 2022 and 2023. Columns 20-25 show variations for 2024. Includes sub-headers like 'Tetto NETTO 2024', 'Formazione dei tre gruppi', and 'Variazione da applicare sul Tetto BASE 2024'.

Handwritten signature

Large handwritten signature

Il referente tetti di Spesa
Dott. Luigi Califano
Handwritten signature and 'IL PRESIDENTE' stamp

ASPAT logo and stamp: Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale Impero Palace - Via Impero, 10 (già Via G. Lumgha) 80038 POMIGLIANO D'ARCO (NA) Cod. Fiscale e Partita I.V.A. 05964321219

P.P.V. handwritten signature

FAISIC logo and stamp with handwritten signature

CONFLAVORO SANITA logo and stamp: IL PRESIDENTE Dott. Gaetano Gambino with handwritten signature

Handwritten signature

x20E handwritten signature



Rilevazione dei dati consuntivi 2024				INDICATORE A.1 Tecnologia		INDICATORE B.3 Info 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 extratetto / 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 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 eccesso 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 e collocazione in zona disagiata		Punteg glo Indicat ori di perfor mance su dati 2024
CODIC E 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 E C.4: Numero dipendenti	DENOMINAT ORE C.4: Totale addetti	VALORE INDICATORE C.4	PUNTEGGIO INDICATORE C.4	NUMERATORE E C.5: Numero dipendenti laureati	DENOMINAT ORE 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 extratetto	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 eccesso 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	30.565,93 €	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			180-199	2	-	7.117	<10%	3	0,01%- 4,99% in meno	1	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	12
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			120-149	0	-	3.833	<10%	3	0,01%- 4,99% in meno	1	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	11
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			120-149	0	58	2.162	<10%	3	0,01%- 4,99% in meno	1	SUPERIORE ALLA MEDIA	-1	11
150201	AMB340	0009	Medicina Fisica e Riabil.	100%	3			6,19	7,86	79%	0	7	6,19	113%	2	NO	0	- €	227.985,51 €	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

[Handwritten signature]

[Large handwritten signature]

Il referente Tetti di Spesa
Dot. Luigi Colaninno
[Signature]

IL PRESIDENTE TI
[Signature]

ASPAT
Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale
Impero Palace - Via Impero 10 (ex Via G. Lanzi)
80038 POMIGLIANO D'ARCO (NA)
Cod. Fiscale e Partita I.V.A. 05964321219

CONFLAVORO SANITA
IL PRESIDENTE
Dot. Gaetano Gambino
[Signature]

FAISIC
[Signature]

CONFLAVORO SANITA
IL PRESIDENTE
Dot. Gaetano Gambino
[Signature]

ALSA
[Signature]

A 20E
[Signature]

AIAS
CONFERGENTI SALUTE
[Signature]



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		287.293,02 €	66.629,58 €	- 3.331,48 €	086100	18.195	384.448,20 €	350.591,12 €
087500	131.004,04 €	- 2.685,83 €	128.318,21 €	087500	12	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 €	150007	11	5			68.711,22 €	- 3.435,56 €	150007	3.447	71.579,42 €	65.275,66 €
AMB336	39.283,67 €	- 3.753,43 €	35.530,24 €	AMB336	11	6			35.530,24 €	- 1.776,51 €	AMB336	1.613	37.013,38 €	33.753,73 €
AMB340	227.985,61 €	- 4.674,14 €	223.311,47 €	AMB340	10	7			223.311,47 €	- 11.165,57 €	AMB340	11.552	232.633,12 €	212.145,89 €
AMB341	28.761,26 €	- 2.748,04 €	26.013,22 €	AMB342	6	8			34.819,40 €	- 1.740,97 €	AMB341	827	27.099,08 €	24.712,56 €
AMB342	35.548,21 €	- 728,81 €	34.819,40 €	AMB341	4	9			26.013,22 €	- 1.300,66 €	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 €

[Handwritten signature]

[Handwritten signatures]

p.h.v. ASIA

p.h.v. FAISIC

p.h.v. CONFLAVORO SARITA' IL PRESIDENTE Dott. Gaetano Gambino

ASPAT
 Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale
 Impero Palace - Via Impero, 10 (ex Via G. Luraghi)
 80033 POMIGLIANO D'ARCO (NA)
 Cod. Fiscale e Partita I.V.A. 05964321219

x 206
[Handwritten signature]

Il referente Tetti di Spesa
 Dott. Luigi Califano
[Handwritten signature]

IL PRESIDENTE IT
[Handwritten signature]
P.P.V.
[Handwritten signature]

Schema di Protocollo di intesa tra le Associazioni

ALIAS - CONFESERENTI SALUTE

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



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;

- 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 sforamento al massimo entro il 31 dicembre dello stesso anno. Le prestazioni che in ciascun mese solare eccederanno la suddetta condizione, non saranno remunerate. Parimenti, non saranno remunerate le prestazioni che, pur rientrando nel suddetto limite del 30% (50% se la struttura ha superato la soglia di 200.000 prestazioni nell'anno precedente), siano state rese dopo l'esaurimento del dodicesimo mensile del tetto di spesa annuo e non abbiano

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

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

Art. 6
(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e promuovere la compiuta e corretta applicazione del presente protocollo è istituito un tavolo tecnico composto da n. 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 disequaglianze applicative del presente protocollo le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, sulla attuazione degli adempimenti previsti dal presente protocollo, comprese le attività svolte nell'ambito del tavolo tecnico.

Art. 9

(debito informativo e CUP regionale)

1. Le strutture private accreditate sono impegnate:
 - a) ad entrare ed operare con continuità nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (Sistema INFORMATIVO saNità CampanIA di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d'ora che l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale dovrà avvenire attraverso l'utilizzo del Sistema CUP SINFONIA, attraverso agende informatizzate di prenotazione a carico del SSR, secondo le modalità operative ed evolutive stabilite dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e/o dalla Giunta regionale;
 - b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall'art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;
 - c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, comprese quelle con onere a carico dell'assistito, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d.



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

- d) ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.
2. La sottoscritta Associazione prende atto che le strutture private sono tenute a mettere e mantenere a disposizione del Sistema CUP SINFONIA il 100% delle proprie agende digitali - in sola visibilità - per tutte le prestazioni oggetto del presente contratto; sono tenute, altresì, ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali per classi di priorità e ad effettuare la presa in carico dell'utente per le prestazioni relative ai follow-up.
 3. La sottoscritta ASL effettuerà i controlli, in relazione alle ricette dematerializzate delle prestazioni ambulatoriali erogate, attraverso la verifica dei dati elettronici resi disponibili dal Sistema TS con la lista delle ricette dematerializzate (NRE) erogate nel mese e registrate sul SAC, come sancito dal D.L. 78/2010 art. 11, comma 16 e quanto presente nel FILE C. Si precisa che nel debito informativo della struttura rientrano anche i dati e i documenti clinici (ai fini del FSE di cui al successivo art. 10) inerenti alle prestazioni sanitarie erogate in regime privatistico. In caso di irregolarità formali la struttura privata potrà procedere alla regolarizzazione dei flussi informativi, ove ancora possibile e consentito. Eventuali incongruenze potranno determinare la sospensione dei pagamenti finché non saranno state rimosse.
 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)

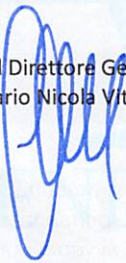
1. Il presente protocollo si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2025, nonché all'esercizio 2024, in esecuzione delle delibere richiamate in premessa.
2. Il presente protocollo sarà adeguato ad eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di 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)

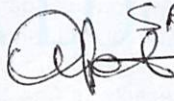
1. Con la sottoscrizione del presente accordo la sottoscritta Associazione accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, 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, li 03/06/2025

Il Direttore Generale
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante



Le Associazioni

AIAS - CONFESERGENTI
SAUTE




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

AIAS - CONFESERGENTI
SALUTE

Schema di Protocollo di intesa tra le Associazioni

ALIAS - CONFESERCENTI SALUTE

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:



- 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 sforamento 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 sforamento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.

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

Art. 6
(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e promuovere la compiuta e corretta applicazione del presente protocollo è istituito un tavolo tecnico composto da n. 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 tranches come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 gennaio dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. **Le eventuali decurtazioni per sfioramento del vincolo di costo medio saranno applicate dalla ASL a partire dal saldo del primo semestre, e saranno conguagliate in aumento o in diminuzione nei saldi successivi. 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;
 - 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 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" (Sistema **IN**Formativo **sa**Nità **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;
 - 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 e 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

03/06/2025

Il Direttore Generale
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

Le Associazioni

AIAS - CONFESERCENTI
SAUTE

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

AZIENDA SANITARIA LOCALE
AVELLINO

Schema di Protocollo di intesa tra le Associazioni _____

AIAS - CONFESER CENTI SAUTE

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:
 - 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.
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 tranches come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 gennaio dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. **Le eventuali decurtazioni per sfioramento del vincolo di costo medio saranno applicate dalla ASL a partire dal saldo del primo semestre, e saranno conguagliate in aumento o in diminuzione nei saldi successivi. 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;
 - 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 INFOrmativo saNità CampanIA di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d'ora che l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale dovrà avvenire attraverso l'utilizzo del Sistema CUP SINFONIA, attraverso agende informatizzate di prenotazione a carico del SSR, secondo le modalità operative ed evolutive stabilite dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e/o dalla Giunta regionale;
 - b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall'art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;
 - c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, comprese quelle con onere a carico dell'assistito, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 e s.m.i.;



- d) ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.
2. La sottoscritta Associazione prende atto che le strutture private sono tenute a mettere e mantenere a disposizione del Sistema CUP SINFONIA il 100% delle proprie agende digitali, 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 li 03/06/2025

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 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

CONFERMA QUOTE CENTRI ANTIDROGHE
AIAS - CONFESORCENTI SALUTE

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:

- a) in via provvisoria, in € 2.122.834,15 per l'anno 2025 e modificata in € 1.737.515,28 per l'esercizio 2024, applicando le tariffe pro tempore vigenti, CONFERTATO
- b) in via provvisoria, in € 1.890.494,35 per l'anno 2025 e confermato in € 1.548.166,35 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.
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 A13: 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 testa	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN > 1 testa
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:
 - 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 disequaglianze 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;
 - 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 03/06/2025

Il Direttore Generale
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

ASSOCIAZIONE CURA MINORILE
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 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

AIAS - CONFESERCENTI SALUTE

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:
 - 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.
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.

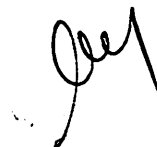
Art. 6 (Tavolo Tecnico)

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:
 - 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 disequilibranze applicative del presente protocollo le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, sulla attuazione degli adempimenti previsti dal presente protocollo, comprese le attività svolte nell'ambito del tavolo tecnico.
6. In considerazione delle specificità della branca, l'ASL competente per territorio potrà consentire a propri centri di Diabetologia di derogare al limite del 10% di cui al precedente comma 2, fino a raggiungere un superamento massimo del VMP di branca del 50%, qualora il centro interessato rimanga entro una spesa annua per paziente di euro 240,00= (soglia di attenzione fissata dal DCA n. 88 del 24 luglio 2013, oltre la quale le ASL sono tenute ad effettuare approfondimenti e verifiche).

Art. 9

(debito informativo e CUP regionale)

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

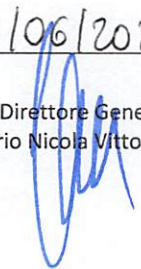
1. Il presente protocollo si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2025, nonché all'esercizio 2024, in esecuzione delle delibere richiamate in premessa.
2. Il presente protocollo sarà adeguato ad eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di 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)

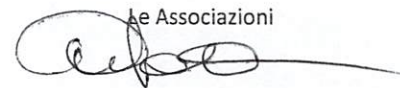
1. Con la sottoscrizione del presente accordo la sottoscritta Associazione accetta espressamente, completamente e incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, 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 03/06/2025

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 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:

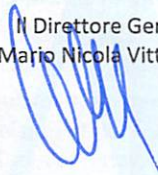
“Art. 13

(Clausola di salvaguardia)

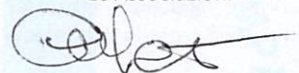
1. Con la sottoscrizione del presente accordo la sottoscritta Associazione accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, 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



23/05/2025
AZIENDA SANITARIA LOCALE
AVELLINO



Schema di Protocollo di intesa tra le Associazioni

AIAS - CONFESERGENTI SALUTE

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:



- 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 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 tranches come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 gennaio dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. **Le eventuali decurtazioni per sfioramento del vincolo di costo medio saranno applicate dalla ASL a partire dal saldo del primo semestre, e saranno conguagliate in aumento o in diminuzione nei saldi successivi. 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;
 - 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 disequilibranze applicative del presente protocollo le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, sulla attuazione degli adempimenti previsti dal presente protocollo, comprese le attività svolte nell'ambito del tavolo tecnico.
6. In considerazione delle specificità della branca, l'ASL competente per territorio potrà consentire a propri centri di Diabetologia di derogare al limite del 10% di cui al precedente comma 2, fino a raggiungere un superamento massimo del VMP di branca del 50%, qualora il centro interessato rimanga entro una spesa annua per paziente di euro 240,00= (soglia di attenzione fissata dal DCA n. 88 del 24 luglio 2013, oltre la quale le ASL sono tenute ad effettuare approfondimenti e verifiche).

Art. 9

(debito informativo e CUP regionale)

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

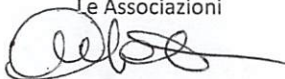
1. Il presente protocollo si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2025, nonché all'esercizio 2024, in esecuzione delle delibere richiamate in premessa.
2. Il presente protocollo sarà adeguato ad eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di 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 e 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 03/06/2025

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 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",

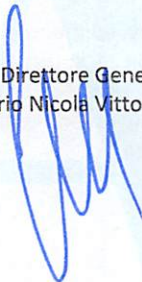
e l'intero art. 13 (Clausola di salvaguardia) del presente protocollo, che si ripete per espressa accettazione:

"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

