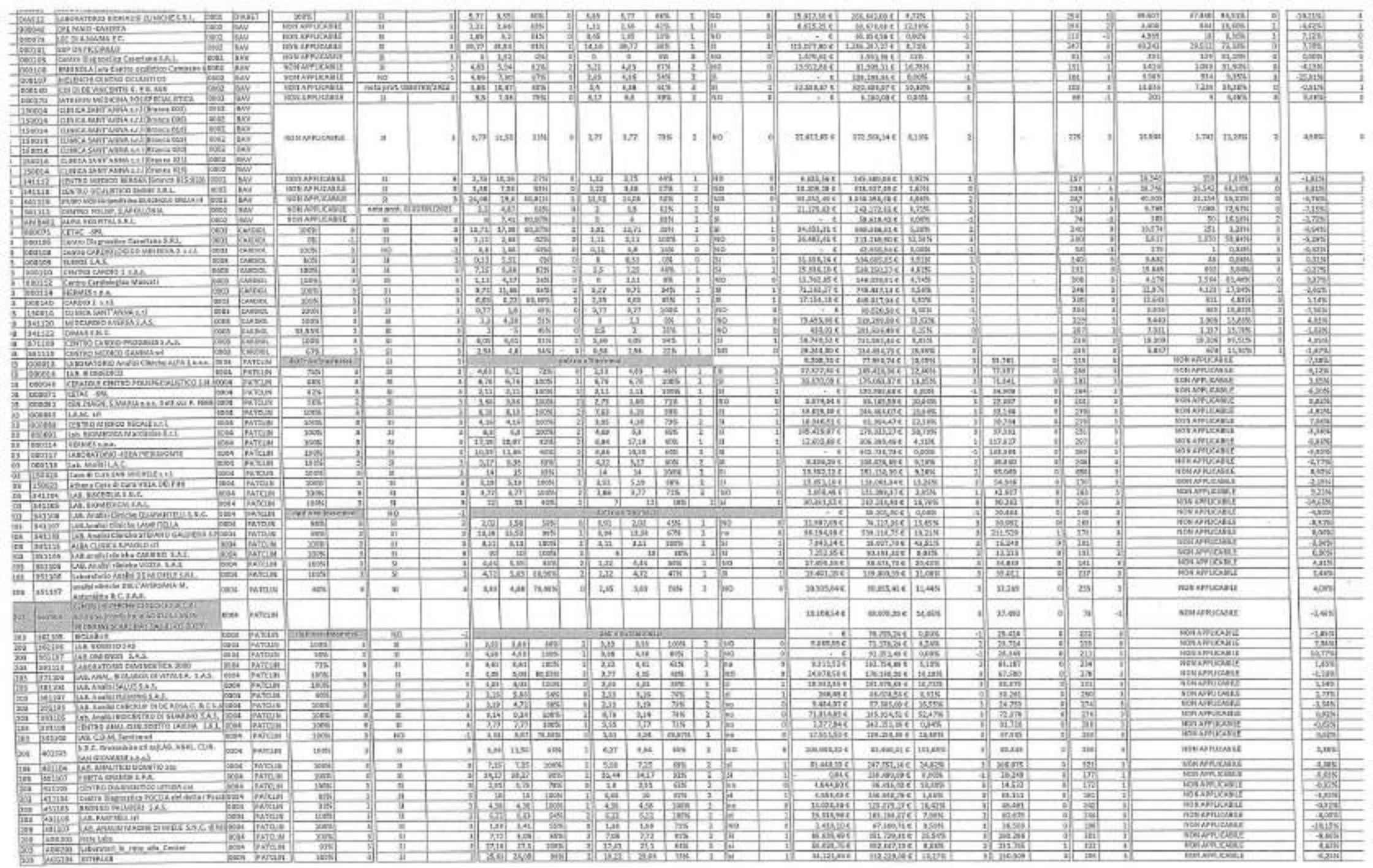

per presa visione
CONFAPI SANITÀ

R.A.V.

ATSIC

28	A000295	Pasteur Lab	0004	PATOLIN	100%	3	31	3	38,20	37,58	92%	2	38,27	38,10	69%	1	sì	1	398.370,68 €	870.665,98 €	28,33%	3	387.678	1	338	3		NON APPLI
29	A000298	BIOLOGIA FUTURA S.C.A.R.L.	0004	PATOLIN	100%	3	31	3	7,29	7,01	94%	2	5,8	7,18	81%	1	no	0	- €	703.721,52 €	0,00%	-1	155.178	12	303	3		NON APPLI
30	A000299	Minina Lab	0004	PATOLIN	100%	3	31	3	38,42	31,47	88,35%	3	7,03	38,92	70%	1	sì	1	10.980,43 €	106.097,98 €	11,06%	3	98.858	9	294	3		NON APPLI
31	A000276	LABORATORI CE	0004	PATOLIN	83%	3	30	3	8,08	30,39	-88%	2	8,88	9,08	70%	1	sì	1	383.493,35 €	386.680,64 €	11,06%	3	357.508	0	306	3		NON APPLI
32	A000316	Isam Center Istituto Inspirato	0004	PATOLIN	100%	3	31	3	8,55	8,55	100%	2	5,72	8,55	67%	1	no	0	42.658,83 €	388.288,36 €	11,13%	3	72.890	0	282	3		NON APPLI
33	A001418	SAN CARLO	0004	PATOLIN	100%	3	31	3	38,08	33,3	73%	0	30,21	38,09	76%	1	SI	1	464.440,83 €	2.618.348,58 €	15,60%	3	454.935	3	288	3		NON APPLI
34	A001358	Nuovi Ist Campania (DI.Casavuzzo Ipca)	0004	PATOLIN	100%	3	31	3	36,08	17,61	91%	2	11,51	36,08	72%	2	no	0	- €	1.476.418,15 €	0,00%	-1	331.300	2	302	3		NON APPLI
60	000085	CMRD NUCLEARE N. 1 S.p.a. (Classe 61,62)	0005	MEDICINA	100%	3	31	3	8	8	100%	2	7	8	88%	2	SI	1	269.353,85 €	2.001.800,45 €	13,46%	3			344	3	5.908	
61	000371	CEDAC -SRL (Classe 61,62)	0005	MEDICINA	100%	3	31	3	22,55	21,79	96%	2	6,28	22,55	51%	2	SI	1	167.384,12 €	1.913.911,59 €	18,83%	3			309	3	4.839	
62	000586	Centro Diagnostico Casertano S.R.L.	0005	MEDICINA	ON	-1			1,1	1,8	82%	0	1,1	1,1	100%	2	no	0										
63	000154	RIMMED s.p.a. (Classe A,62)	0005	MEDICINA	100%	3	32	3	4,51	5	88%	2	2,01	4,51	62%	2	SI	1	102.770,05 €	888.215,10 €	14,89%	3			328	3	2.275	
64	000003	Casa di cura SAN MICHELE s.r.l. (Classe 61,91)	0005	MEDICINA	100%	3	30	3	6	6	100%	2	4	6	67%	2	SI	1	516.368,34 €	782.850,91 €	88,44%	3			329	3	2.849	
65	000017	Centro di Radiologia GAMMA MEDICAL 281	0008	RX	67%	3	30	3	9,11	9,86	94%	2	8	9,11	88%	2	SI	1	19.543,04 €	925.696,65 €	6,00%	2			296	3	8.598	2
66	000068	CMRD NUCLEARE N. 1 S.p.a.	0006	RX	100%	3	31	3	26	26	100%	2	24	26	92%	2	SI	1	810.590,26 €	2.888.095,87 €	11,08%	3			299	3	44.490	6
67	000066	Centro Ricerche Neurobiotec	0006	RX	100%	2	31	3	9,8	8,44	88%	0	0	9,8	0%	0	SI	1	16.570,31 €	506.660,37 €	5,25%	2			283	3	7.518	1
68	000067	[illegible]	0006	RX	88%	2	31	3	8,88	8,28	80,48%	1	8,88	8,88	100%	2	SI	1	33.659,34 €	318.032,62 €	10,47%	3			269	3	7.998	2
69	000071	CEDAC -SRL	0006	RX	100%	3	30	3	25,77	18,62	89%	1	11,24	25,77	51%	2	SI	1	266.361,57 €	1.881.118,10 €	14,16%	3			273	3	16.008	5
70	000089	ES.DI.R.srl	0006	RX	75%	3	31	3	20,44	12,8	81%	1	4,83	20,44	44%	1	SI	1	47.109,05 €	925.359,08 €	9,09%	2			319	3	13.918	8
71	000139	Centro Diagnostico Casertano S.R.L.	0006	RX	100%	3	31	3	5,88	4,83	82%	1	0,83	3,86	16%	0	NO	0	- €	286.578,71 €	0,00%	-1			282	3	5.098	3
72	000134	HERMES s.p.a.	0006	RX	100%	3	31	3	10,55	15,54	78,85%	0	5	10,55	47%	1	SI	1	60.963,27 €	981.886,77 €	17,47%	3			277	3	7.972	
73	190014	CLINICA MATTARIA s.r.l.	0006	RX	100%	3	31	3	3,94	3,91	75%	0	3,44	3,94	83%	1	NO	0	82.706,77 €	284.197,50 €	28,84%	3			264	3	5.305	
74	190016	VILLA DEI GIGLI S.p.A.	0006	RX	100%	3	31	3	5,18	5,28	108%	2	5,28	5,18	100%	2	NO	0	- €	28.588,85 €	0,00%	-1			161	0	824	
75	190020	Casa di Cura SAN MICHELE s.r.l.	0006	RX	100%	3	31	3	12,19	12,18	109%	2	11,16	12,18	90%	2	SI	1	195.858,79 €	1.835.726,93 €	10,18%	3			305	3	18.874	7
76	190023	Athena Casa di Cura VILLA DEI PINI	0006	RX	100%	3	31	3	9,91	9,85	88%	2	5,02	9,91	52%	2	SI	1	169.257,42 €	978.429,60 €	17,26%	3			325	3	16.908	
333	341133	Centro di Radiologia e Terapia Fisica Dott. Gaetano Isolla e C. srl	0006	RX	80%	3	30	3	9,27	8,88	77%	0	4,32	9,27	80%	1	SI	1	506.092,32 €	680.232,86 €	93,42%	3			372	3	8.578	
108	341131	CENTRO RX V. LIGURIS S.A.S	0006	RX	89%	3	31	3	38,31	38,29	89%	2	0	38,31	56%	1	SI	1	110.397,93 €	1.239.858,96 €	9,16%	2			260	3	24.490	
109	341134	ALBA CLINICA S.PAOLO srl	0006	RX	29%	2	31	3	3	2,94	54%	0	1	3	180%	2	SI	1	28.257,48 €	9.002,04 €	202,52%	3			214	3	1.377	1
110	341136	STUDIO DI RADIOL. S.G.E.M. RX srl	0006	RX	69%	3	31	3	10,44	9,15	87%	0	10	10,44	48%	1	SI	1	141.217,40 €	1.788.402,48 €	8,10%	2			274	3	21.399	1
335	341139	G.R.D. S.A.S.	0006	RX	100%	3	30	3	9,11	7,39	85%	2	5	8,31	81%	2	SI	1	88.552,35 €	557.765,88 €	15,59%	3			281	3	11.377	
336	341138	STUD. RAD. MED. AMATO Srl	0006	RX	100%	3	31	3	23,96	33,45	72%	0	16,11	23,96	89%	2	si	1	148.487,15 €	2.179.117,53 €	10,56%	3			336	3	14.848	1
304	371108	CENTRO RADIUM S.N.C.	0006	RX	0%	-1	31	3	4,81	3,99	83%	2	3,12	4,44	59%	1	NO	0	33.236,79 €	136.515,65 €	16,36%	3			208	1	6.860	
206	381110	SOUSANITARIA SERVICE srl	0006	RX	100%	3	31	3	18,38	26,47	78%	0	12,25	18,38	88%	1	NO	0	80.438,41 €	1.734.370,49 €	4,64%	1			298	3	20.858	1
201	391110	CAPUA CENTER S.R.L.	0006	RX	100%	3	31	3	23,28	37,98	85%	2	9,85	13,13	38%	1	SI	1	194.596,51 €	1.427.368,62 €	9,42%	2			293	3	26.586	
202	391111	Centro Medico CALES srl - Villa Orlenia -	0006	RX	90%	2	31	3	9,41	9,47	91%	2	4,41	9,41	82%	1	SI	1	94.779,87 €	75.009,23 €	46,05%	3			204	2	2.379	
203	391130	Casa di cura Villa Fiorita S.p.A.	0006	RX	69%	3	NO	-1	8,66	8,47	88%	2	8,39	8,65	76%	1	SI	1	291.825,99 €	636.335,87 €	10,60%	3			300	3	18.272	1
204	401107	Kinetic Grande S.p.A.	0006	RX	67%	2	30	3	38,46	46,48	80%	2	38,04	38,46	90%	2	SI	1	28.855,59 €	423.410,79 €	6,32%	2			300	3	8.698	1
205	421106	CENTRO RADIOLOGICO DR. A. NAVAS & C. s.r.l.	0006	RX	100%	3	31	3	15,02	18,18	86%	2	8,16	15,02	56%	2	SI	1	188.835,85 €	1.482.704,28 €	16,00%	3			280	3	25.772	1
206	421107	STUDIO RADIOLOGICO Mandragone srl	0006	RX	50%	3	31	3	13,6	13,77	86%	3	7,41	11,8	66%	2	no	0	88.636,28 €	782.010,38 €	10,97%	3			299	3	17.029	1
207	431104	Studi di Radiologia,Ecografia,PET "dottor Lorenzo Russo di Francesco Russo & c. s.n.c.	0006	RX	25%	2	31	3	3,55	4,46	78%	0	3,04	3,55	88%	2	no	0	- €	390.019,88 €	0,00%	-1			322	3	7.204	
208	AN0041	KUMA HOSPITAL S.R.L.	0008	RX	-28%	-1	NO	3	4,83	5,25	91%	2	3,83	4,83	75%	1	SI	1	- €	242.682,88 €	0,00%	-1			298	3	9.289	
209	000005	CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE Srl	0007	RADIOTER	100%	3	31	3	15	15	100%	2	15	15	85%	2	SI	1	3.880.681,39 €	3.879.672,00 €	97,06%	3			NON APPLICABILE		49.699	12
210	391210	Casa di cura Villa Fiorita S.p.A.	0007	RADIOTER	97%	3	vista prot. 10887 del 2022		9,09	8,16	84%	1	8,08	7,88	74%	2	SI	1	3.028.003,95 €	1.860.128,08 €	188,54%	3			NON APPLICABILE		28.224	4
265	AD0078	CMP CENTRO MEDICO SPECIALISTICO s.r.l.	0008	DIALISI	NON APPLICABILE				18,22	19,13	100%	2	6,08	18,22	30,38%	2	NO	0	57.485,44 €	1.401.535,72 €	3,60%	1			NON APPLICABILE		8.018	
266	AD0075	CITTAL srl S.MARIA	0008	DIALISI	NON APPLICABILE				17,69	16,17	84%	1	6,09	16,09	85%	2	SI	1	- €	1.157.446,25 €	0,00%	-1			NON APPLICABILE		6.113	
338	AD0076	NEFROSUD S.R.L.	0008	DIALISI	NON APPLICABILE				13,19	11,4	87%	2	8,17	11,19	73%	2	NO	0	65.788,43 €	1.515.801,79 €	4,65%	1			NON APPLICABILE		7.100	
339	AD0077	DIALCAS S.N.C.	0008	DIALISI	NON APPLICABILE				7,88	8,88	84%	1	5,55	7,08	72%	2	SI	1	68.891,76 €	831.300,35 €	5,84%	1			NON APPLICABILE		4.601	
340	AD0078	N.D.D.A.V. AVERSA srl	0008	DIALISI	NON APPLICABILE				7,01	8,16	80%	1	5,5	7,69	76%	2	SI	1	- €	1.055.225,59 €	0,00%	-1			NON APPLICABILE		5.519	
341	AD0079	DIAN S.R.L.	0008	DIALISI	NON APPLICABILE				14,06	16,84	84%	2	10,44	14,06	76%	2	NO	0	232.780,79 €	1.811.193,27 €	11,10%	3			NON APPLICABILE		38.526	
342	AD0080	CEDIAL srl Sessa	0008	DIALISI	NON APPLICABILE				9	10,68	84%	2	6,66	9	76%	2	SI	1	5.498,29 €	908.855,73 €	3,38%	1			NON APPLICABILE		4.812	
343	AD0083	CENTRO EMODIALISI ATELLANO s.r.l.	0008	DIALISI	NON APPLICABILE				14,54	15,9	92%	2	8,48	14,54	89%	2	NO	0	153.681,67 €	1.181.770,50 €	15,51%	3			NON APPLICABILE		7.085	
344	AD0084	VILLA SANDREA EMODIALISI s.r.l.	0008	DIALISI	NON APPLICABILE				0,8	0,91	88%	1	7,8	0,8	89%	2	SI	1	- €	988.876,50 €	0,00%	-1			NON APPLICABILE		4.858	
345	AD0085	DIATAD DIALISI S.R.L.	0008	DIALISI	NON APPLICABILE				18,55	24,44	78%	0	18,33	18,55	100%	2	SI	1	80.322,69 €	1.540.859,71 €	5,19%	1			NON APPLICABILE		8.011	
346	AD0086	CEDIAL S.R.L. San Cipriano	0008	DIALISI	NON APPLICABILE				13,66	20,3	67%	1	7,66	13,66	66%	2	NO	0	162.988,18 €	1.241.961,90 €	12,34%	3			NON APPLICABILE		6.013	
347	AD0087	NOLISAN S.R.L.	0008	DIALISI	NON APPLICABILE				10,38	13,32	91%	2	5,52	10,38	54%	2	NO	0	- €	1.185.701,81 €	0,00%	-1			NON APPLICABILE		5.514	
348	AD0088	NEPHIT S.R.L.	0008	DIALISI	NON APPLICABILE				10,77	13	86%	2	8,33	10,77	86%	2	NO	0	116.581,96 €	1.239.784,04 €	9,40%	3			NON APPLICABILE		7.017	
349	AD0067	Centro Emodialisi LUNA s.r.l.	0008	DIALISI	NON APPLICABILE				5,97	7,22	83%	2	0,66	5,97	11%	0	SI	1	- €	888.423,52 €	0,00%	-1			NON APPLICABILE		3.895	
350	AD0068	U.DIAL S.R.L.	0008	DIALISI	NON APPLICABILE				5,71	8,8	76%	0	5,72	6,71	100%	2	SI	1	106.045,31 €	818.588,84 €	11,41%	3			NON APPLICABILE		5.498	
351	AD0089	HELIOS S.R.L.	0008	DIALISI	NON APPLICABILE				12,88	14,13	81%	1	6,66	12,88	69%	2	SI	1	- €	1.516.914,64 €	0,00%	-1			NON APPLICABILE		7.297	
352	AD0090	ADEM S.R.L.	0008	DIALISI	NON APPLICABILE				dati non trasmessi										182.088,44 €	1.118.888,74 €	23,87%	3			NON APPLICABILE		7.298	
353	AD0091	REPERANT	0008	DIALISI	NON APPLICABILE				7,23	10	72%	0	5,51	7,23	78%	2	NO	0	93.746,71 €	948.805,98 €	9,84%	3			NON APPLICABILE		5.489	
354	AD0092	NefriT_Trading (ex San Marco_Villa Stevanin)	0008	DIALISI	NON APPLICABILE				2,66	3,83	75%	0	2,51	2,51	130%	1	NO	0	- €	427.591,80 €	0,00%	-1			NON APPLICABILE		1.893	
355	CD0014	DIAM S.R.L.	0008	DIALISI	NON APPLICABILE				6,23	7,88	78,88%	0	6,23	6,23	180%	2	SI	1	- €	817.515,87 €	0,00%	-1			NON APPLICABILE		3.974	

PER PRESA VISIONE

P.P.V.

FederLab Campania
Centro Direzionale Is. F3
80143 Napoli

ASA
PPV

AISIC

ALL 2

Giunta Regionale della Campania
Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale

REGIONE CAMPANIA
Prot. 2022. 0339789 30/06/2022 11.50
Mitt. : 0804 DG Tutela della salute e dei c...
Dest. : DIRETTORI GENERALI DELLE AA.SS.LL. DELLA REGIONE CAMPA...
Classifica : 50.4. Fascicolo : 40 del 2022

Ai Direttori Generali delle AA.SS.LL
Per il loro tramite ai referenti aziendali del Fascicolo Sanitario Elettronico
E p.c.
Al Direttore Generale Ufficio Speciale per la crescita e la transizione digitale

Oggetto: Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) – Chiarimenti in merito agli adempimenti delle strutture private

Facendo seguito alle diverse richieste di chiarimenti sottoposte alla scrivente unità da parte delle strutture private in seguito alla ricezione di alcuni vostri solleciti circa gli adempimenti di alimentazione del FSE, si precisa che, ad oggi sono oggetto di invio tutti i documenti afferenti al nucleo minimo del DPCM n.178 del 2015 (referti di laboratorio, referti di radiologia, referti di specialistica ambulatoriale, lettera di dimissione ospedaliera, verbale di pronto soccorso) rilasciati al cittadino a seguito di prestazioni effettuate presso le strutture sanitarie; mentre non sono oggetto di invio i dati relativi a prestazioni sanitarie per cui ad oggi non è previsto per legge il rilascio di alcun referto al cittadino da parte della struttura.

Si precisa che, fino a nuove disposizioni, non è oggetto di invio al FSE eventuale documentazione afferente ai servizi sanitari di:

- Riabilitazione ex art.26 della legge 833/78
- Medicina Fisica e Riabilitazione (Fisiokinesiterapia ex art.44 legge 833/78)
- Dialisi
- Odontostomatologia
- Radioterapia

Si precisa altresì che, nell'eventualità in cui, anche per le aree sopra citate, la struttura sanitaria rilasci, in taluni casi, referti al cittadino, intesi come *"relazione scritta rilasciata dal medico sullo stato clinico del paziente dopo un esame clinico o strumentale"* definito nel decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 agosto 2013, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 243 del 16 ottobre 2013, essi devono essere inviati al FSE così come previsto dal decreto sopra citato.

Si chiede a tutti gli interlocutori in indirizzo di dare la massima diffusione della presente nota alle strutture private coinvolte per evitare ulteriori richieste di chiarimenti in materia.

Dirigente di Staff
Dott. Pietro Buono

Dirigente UOD 50.04.03
Dott.ssa Anna Maria Ferriero

Dirigente UOD 50.04.16
Ing. Salvatore Ascione

Dirigente UOD 50.04.12
Dott. Ugo Trama

Il Direttore
Avv. Antonio Postiglione

ALL. 3

BRANCHE A VISITA: Conteggio TOTALE variazioni da applicare sul TETTO 2025 definitivo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	20	21
ASL:	CASERTA		ordinamento in base al punteggio indicatori di Performance sui dati consuntivi 2023				Formazione dei tre Gruppi					
Branca	BRANCHE A VISITA	Tetto Netto 2025 definitivo					(1°: + 5%; 2°: 0%; 3°: -5%)			Variazione da applicare sul tetto netto 2025 definitivo	Ordinamento per codice NSIS	Variazione per indicatori di Performance sui dati di attività del 2023
NSIS	Denominazione struttura erogatrice		codice NSIS	Punteggio indicatori di Performance	Tetto Netto 2025 definitivo	Graduatoria	1°	2°	3°			
000046	ORL MAID -CASERTA	69.679	000046	14	69.679	1	69.679			3.484	000046	3.484
000078	LEO DI A.MARIA & C.	85.033	000101	13	1.286.297	2	860.406	425.894		43.020	000073	-3.253
000101	SDF DR PICCIRILLO	1.286.297	341125	13	1.056.309	3	860.246	348.159		34.882	000101	43.020
000105	CENTRO DIAGNOSTICO CASERTANO	3.592	000106	11	82.909	4		67.972	24.988	-1.247	000105	-180
000106	DR BRIGNOLA -OCULISTICA	82.909	000160	11	520.606	5		364.019	156.588	-7.829	000106	-1.247
000107	MELENCHI II CENTRO OCULISTICO	259.299	150014	11	672.588	6		260.507	112.041	-5.603	000107	-12.965
000160	CDI DI DE VINCENTIS G. E G. SAS	520.606	341112	11	245.680	7		171.784	73.896	-3.695	000160	-7.829
000170	IATREION MEDICINA POLISPECIALISTICA	6.180	AM8481	10	59.619	8			59.619	-2.981	000170	-309
150014	CLINICA SANT ANNA	672.588	000107	9	259.299	9			259.299	-12.965	150014	-5.603
341112	CENTRO MEDICO BERGER	245.680	381112	9	264.178	10			243.173	-12.159	341112	-3.695
341118	CENTRO OCULISTICO EMME S.R.L.	618.927	000170	7	6.180	11			6.180	-309	341118	-80.946
341125	STUDIO MEDICO DR.ROMOLO GRELLA	1.056.309	341118	7	618.927	12			618.927	-30.946	341125	34.882
381112	CENTRO POLISP. S.APOLLONIA	243.173	000105	6	3.592	13			3.592	-180	381112	-12.159
AM8481	VILLA FLORIA S.R.L.	59.619	000073	5	65.055	14			65.055	-3.253	AM8481	-2.981
	Totale Branca	4.869.963			4.009.083		1.623.329	1.628.328	1.629.328	0		0
			1/2 tetto:		1.622.228		0	0	0			

5%
0%
-5%

Variaz % totale vs tetto di spesa RETTA 2025 definitivo
5%
-5%
3%
-5%
-2%
-5%
-2%
-5%
-2%
-5%
3%
-5%

EMR FEDERLAB CAMPANIA P.P.V.

CONFLAVORATORI SANITÀ AISIC P.P.V.

P.P.V. Aisic

ASSAT P.P.V.

P.P.V. FederLab Campania Centro Direzionale Is. F3 80143 Napoli C.F. 94176720632

PER ACOP CAMPANIA

CARDIOLOGIA: Conteggio TOTALE variazioni da applicare sul TETTO 2025 definitivo

1	2	3	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
ASL:	CASERTA	Tetto Netto 2025 definitivo	ordinamento in base al punteggio indicatori di Performance sui dati consuntivi 2025				Formazione dei tre Gruppi (1°: +5%; 2°: 0%; 3°: -5%)			Variazione da applicare sul tetto netto 2025 definitivo	Ordinamento per codice NSIS	Variazione per indicatori di Performance sui dati di attività del 2025	5% / 0% / -5%	Variaz % totale su Tetto di spese NETTA 2025 definitivo
Branca	CARDIOLOGIA		codice NSIS	Punteggio indicatori di Performance	Tetto Netto 2025 definitivo	Graduatoria	1°	2°	3°					
NSIS	Denominazione struttura erogatrice													
000071	CETAC -SRL	666.366	000071	18	666.366	1	566.941	99.425		28.347	000071	28.347		4%
000105	CENTRO DIAGNOSTICO CASERTANO S.R.L.	211.287	000114	18	745.437	2	634.214	111.223		31.711	000105	-10.564		-5%
000108	MINERVA 2 CARDIOL.DI CORVINO	42.957	000140	18	449.818	3	382.703	67.115		19.135	000108	-2.148		-5%
000109	EUBIOS CARDIOL. DI MERLINO	334.686	000110	17	338.250	4		483.386	54.865	-2.743	000109	-16.734		-5%
000110	CENTRO CARDIO 1 DR CICATIELLO	538.250	371109	17	731.592	5		657.020	74.572	-3.729	000110	-2.743		-1%
000112	G.MOSCATI S.A.S. DI ENRICO PICAZIO	146.030	381115	17	184.495	6		165.689	18.806	-940	000112	-7.301		-5%
000114	HERMES -CASAGIOVE	745.437	000109	14	334.686	7			334.686	-16.734	000114	31.711		4%
000140	CARDIO 2 SRL	449.818	150014	13	99.521	8			99.521	-4.976	000140	19.135		4%
150014	CLINICA SANT'ANNA	99.521	341120	13	319.299	9			319.299	-15.965	150014	-4.976		-5%
341120	MIOCARDIO AVERSA S.A.S.	319.299	000105	11	211.287	10			211.287	-10.564	341120	-15.965		-5%
341122	DIMAR S.N.C.	281.836	341122	11	281.836	11			281.836	-14.092	341122	-14.092		-5%
371109	CENTRO CARDIOPROGRESS S.A.S.	731.592	000112	10	146.030	12			146.030	-7.301	371109	-3.729		-1%
381115	CENTRO MEDICO GAMMA	184.495	000108	4	42.957	13			42.957	-2.148	381115	-940		-1%
	Totale Branca	4.751.574			4.751.574		1.583.858	1.583.858	1.583.858	0		0		
			1/3 tetto:		1.583.858		0	0	0					

CONFLAVORO SALUTE

AISIC

per presa visione CONDAPI FEDERBIOLOGI

SNR FEDISALUTE PPU

P.PIV. AISA

ASPAT PPU

FederLab Campania
Centro Direzionale Is. F3
80143 Napoli
C.F. 94176720632

PER ACOP CAMPANIA

DIABETOLOGIA: Conteggio TOTALE variazioni da applicare sul TETTO 2025 DEFINITIVO

1	2	3	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
ASL:	CASERTA		ordinamento in base al punteggio indicatori di Performance sui dati consuntivi 2025				Formazione dei tre Gruppi					
Branca	DIABETOLOGIA	Tetto Netto anno definitivo	Codice NSIS	Punteggio indicatori di Performance	Tetto Netto 2025 definitivo	Graduatoria	(1°: + 5%; 2°: 0%; 3°: -5%)			Variazione da applicare sul tetto definitivo 2025	Ordinamento per codice NSIS	Variazione per indicatori di Performance sui dati di attività del 2025
NSIS	Denominazione struttura erogatrice						1°	2°	3°			
000057	IST.STUDIO E CURA DIABETE	962.976	DIA512	15	208.843	1	286.643			13.332	000057	48.149
000113	ASSISTENZA ITALIANA DIABETICI	1.993.983	DIA482	14	295.354	2	295.354			14.767	000113	17.199
341114	C.ANT.D.TERRA DI LAVORO	331.119	341114	13	331.119	3	102.751	182.368	45.025	2.855	341114	2.855
DIA482	Centro Antidiabete Normanno s.r.l.	295.354	000113	13	1.993.983	4	928.843	1.100.589	274.751	17.199	DIA482	14.767
DIA512	LABORATORIO BIONALISI CLINICHE S.R.L.	286.643	000057	4	962.976	5			962.976	-48.149	DIA512	13.332
	Totale Branca	**3.850.055**			3.850.055		1.285.952	1.285.952	1.285.952	0		0

5%	-5%
0%	1%
-5%	1%
	5%
	5%

SUR FEDERLAVORO PPV

CONFLAVORO SANITÀ AISIC PPV

ASSA PPV.

ASSAT PPV

FederLab Campania
Centro Direzionale Is. F3
80143 Napoli
C.F. 94276720632

PER ACOR CAMPANIA

RADIOLOGIA CLASSE A: Conteggio TOTALE variazioni da applicare sul TETTO 2025 DEFINITIVO

1	2	3	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
ASL:	CASERTA	Tetto Netto 2025 definitivo	Ordinamento in base al punteggio indicatori di Performance sui dati ex assistenziali 2025				Formazione dei tre Gruppi (1°: + 5%; 2°: 0%; 3°: -5%)			Variazione da applicare sul tetto netto 2025 definitivo	Ordinamento per codice NSIS	Variazione per indicatori di Performance sui dati di attività del 2025
Branca:	RADIOLOGIA		codice NSIS	Punteggio indicatori di Performance	Tetto Netto 2025 definitivo	Graduatoria	1°	2°	3°			
COD. NSIS	Denominazione struttura erogatrice											
341113	S.PAOLO	9.033	341113	16	9.033	1	9.033			-452	341113	-452
431104	FUSCO	252.020	431104	8	252.020	2	77.985	87.018	87.018	-452	431104	-452
	Totale Branca	261.053			261.053		87.018	87.018	87.018	0		0

5%	Vedere il totale su Tetto di spesa NETTA 2025 definitivo
0%	
-5%	
	5%
	0%

CONFLAVORO SALUTE

AISIC

PER ACOP CAMPANIA

ENR FEDISAVUCE PPV

ASPAT PPV

AISA PPV.

P.P.V.

FederLab Campania
Centro Direzionale Is. F3
80143 Napoli
T.E. 0817572[illegible]

RADIOLOGIA CLASSE B: Conteggio TOTALE variazioni da applicare sul TETTO 2025 DEFINITIVO

1	2	3
ASL:	CASERTA	Tetto Netto 2025 definitivo
Branca:	RADIOLOGIA	
COD-NSIS	Denominazione struttura erogatrice	
000067	GINOLFI	239.023
150016	VILLA DEL SOLE	28.399
	Totale Branca	267.861

12	13	14	15	16	17	18	19
Inserimento in base al punteggio indicatori di Performance sui dati rilevabili 2025				Formazione dei tre Gruppi			
codice NSIS	Punteggio indicatori di Performance	Tetto Netto 2025 definitivo	Graduatoria	(1°: + 5%; 2°: 0%; 3°: -5%)			Variazione da applicare sul tetto netto 2025 definitivo
				1°	2°	3°	
000067	15	239.023	1	89.120	89.120	90.782	- 1.417
150016	11	28.399	2			28.399	-1.417
		267.861		89.120	89.120	89.120	0

20	21
Ordinamento per codice NSIS	Variazione per indicatori di Performance sui dati rilevabili 2025
000067	1.417
150016	-1.417
	0

5%
0%
-5%

Variaz % totale vs Tetto di spesa PATTUI 2025 definitivo

1%

-5%

RADIOLOGIA CLASSE C: Conteggio TOTALE variazioni da applicare sul TETTO 2025 DEFINITIVO

1	2	3	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
ASL:	CASERTA	Tetto Netto 2025 definitivo	ordinamento in base al punteggio indicatori di Performance sui dati consuntivi 2025				Formazione dei tre Gruppi			Variazione da applicare sul tetto netto 2025 definitivo	Ordinamento per codice NSIS	Variazione per indicatori di Performance sui dati di attività del 2019	3%	Resta: % totale su Tetto di spesa NETTA 2025 definitiva
Branca:	RADIOLOGIA		codice NSIS	Punteggio indicatori di Performance	Tetto Netto 2025 definitivo	Graduatoria	[1°: + 5%; 2°: 0%; 3°: -5%]						0%	
COD.NSIS	Denominazione struttura erogatrice						1°	2°	3°				-5%	
000095	CE.DI.R.	523.145	391111	20	71.039	1	71.039			-5.552	000095	0		0%
000105	C.D.C.	296.574	421107	18	781.926	2	728.203	59.723		36.410	000105	-14.829		-5%
000114	HERMES	343.885	000095	17	523.145	3		523.145		0	000114	-9.268		-3%
371108	RADIUM	138.516	000114	15	343.885	4		138.522	135.363	-9.268	371108	-3.733		-3%
391111	CENTRO MEDICO CALES	71.039	371108	15	138.516	5		63.852	74.663	-3.733	391111	5.552		5%
421107	STUDIO DIAGNOSTICO MONOFAGONE	781.926	AMB481	12	242.643	6			242.643	-12.132	421107	36.410		5%
AMB481	AURA HOSPITAL	242.643	000105	9	296.574	7			296.574	-14.829	AMB481	-12.132		-5%
	Totale Branca	2.397.728			2.397.728		799.243	799.243	799.243	0		0		

CONFLAVORO SALUTE PPV

AISIC

PPV

ASTAT PPV

PER ACOP CAMPANIA

ASSA PPV

ENR FEDERSALUTE PPV

p.p.v.

FederLab Campania
Centro Direzionale Is. F3
80143 Napoli
C.F. 94176720632

RADIOLOGIA CLASSE D: Conteggio TOTALE variazioni da applicare sul TETTO 2025 DEFINITIVO

1	2	3	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
ASL:	CASERTA	Tetto Netto 2025 definitivo	ordinamento in base al punteggio indicatori di Performance sui dati consuntivi 2025				Formazione dei tre Gruppi (1°: + 5%; 2°: 0%; 3°: -5%)			Variazione da applicare sul tetto netto 2025 definitivo	Ordinamento per codice NSIS	Variazione per indicatori di Performance rendita di attività del 2025	5% / 0% / -5%	Variaz. % totale su Tetto di spesa NETTA 2025 definitiva
Branca:	RADIOLOGIA		codice NSIS	Punteggio indicatori di Performance	Tetto Netto 2025 definitivo	Graduatoria	1°	2°	3°					
COD.NSIS	Denominazione struttura erogatrice													
000017	GAMMA MEDICAL	323.466	341110	22	557.785	1	557.785			27.889	000017	0		0%
000065	CENTRO N.1	2.810.624	000065	21	2.810.624	2	2.810.624			140.531	000065	140.531		5%
000066	NEUROBIOTECH	505.660	150023	21	970.623	3	970.623			48.531	000066	-25.283		-5%
000071	CETAC	1.832.124	000071	20	1.832.124	4	1.041.378	790.747		52.069	000071	52.069		3%
150014	SANT'ANNA	286.137	361103	20	2.271.118	5	1.290.901	980.217		64.545	150014	-14.307		-5%
150020	CASA DI CURA SAN MICHELE	1.321.726	000017	19	323.466	6		323.466		0	150020	0		0%
150023	CLINICA ATHENA	970.623	391110	18	1.427.249	7		1.427.249		0	150023	48.531		5%
341110	GOLIA	480.253	401107	18	421.411	8		421.411		0	341110	-23.185		-5%
341111	LIGUORI	1.219.004	150020	18	1.321.726	9		1.321.726		0	341111	0		0%
341116	S E E N	1.736.612	341111	18	1.219.004	10		1.219.004		0	341116	-83.838		-5%
341119	D.R.D.	557.785	341110	17	480.253	11		16.550	463.703	-23.185	341119	27.889		5%
381105	AMATO	2.271.118	341116	17	1.736.612	12		59.844	1.676.769	-83.838	381105	64.545		3%
381110	Ricoradisi Campania	1.734.270	381110	17	1.734.270	13		59.763	1.674.507	-83.725	381110	-83.725		-5%
391110	CAPUA CENTER	1.427.249	421106	17	1.489.734	14		51.386	1.438.398	-71.920	391110	0		0%
391190	VILLA FIORITA S.P.A.	626.136	150014	15	286.137	15			286.137	-14.307	391190	-31.307		-5%
401107	PINETA GRANDE	421.411	391190	15	626.136	16			626.136	-31.307	401107	0		0%
421106	CENTRO DIAGNOSTICO GINOLFI	1.489.734	000066	11	505.660	17			505.660	-25.283	421106	-71.920		-5%
	Totale Branca	20.013.934			20.013.934		6.671.311	6.671.311	6.671.311	0		0		

CONFLAVORO SALUTE

AISIC

SNR FEDISALUTE PPV

ASPAT PPV

PER ACOP CAMPANIA

p.p.v.

AISA PPV

FederLab Campania
Centro Direzionale Is. F3
80143 Napoli
C.F. 94176720632

MEDICINA NUCLEARE: Conteggio TOTALE variazioni da applicare sul TETTO 2025 DEFINITIVO

1	2	3	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
ASL:	CASERTA	Tetto Netto 2025 definitivo	ordinamento in base al punteggio indicatori di Performance sui dati consuntivi 2025				Formazione dei tre Gruppi			Variazione da applicare sul tetto netto 2025 definitivo	Ordinamento per codice NSIS	Variazione per indicatori di Performance sui dati di attività del 2025	5%	Variaz. % totale su Tetto di quota NETTA 2025 definitiva
Branca:	MEDICINA NUCLEARE		codice NSIS	Punteggio indicatori di Performance	Tetto Netto 2025 definitivo	Graduatoria	(1°: + 5%; 2°: 0%; 3°: -5%)						0%	
COD.NSIS	Denominazione struttura erogatrice						1°	2°	3°				-5%	
000065	CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE N.1 S.R.L.	2.331.661	150020	21	782.851	1	782.851			39.143	000065	3.264		0%
000071	CETAC - SRL	1.915.322	000065	20	2.331.661	2	655.715	1.085.519	590.453	3.264	000071	2.681		0%
000105	CENTRO DIAGNOSTICO CASERTANO S.R.L.	13.643	000071	20	1.915.322	3	538.031	891.684	485.006	2.681	000105	-682		-5%
000114	HERMES S.P.A.	888.115	000114	17	888.115	4			888.115	-44.406	000114	-44.406		-5%
150020	CASA DI CURA SAN MICHELE S.R.L.	782.851	000105	0	13.643	5			13.643	-682	150020	39.143		5%
	Totale Branca	5.931.591			5.931.591		1.977.197	1.977.197	1.977.197	0		0		

CONFLAVORO SALUTE PPV

AISIC

SNR FEDISALUTE PPV

ASPAT PPV

AISI PPV

FederLab Campania
Centro Direzionale Is. F3
80143 Napoli
C.F. 94176720632

PER ACOPCAMPANIA

RADIOTERAPIA: Conteggio TOTALE variazioni da applicare sul TETTO 2025 DEFINITIVO

1	2	3	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
ASL:	CASERTA	Tetto Netto 2025 definitivo	ordinamento in base al punteggio indicatori di Performance sui dati consuntivi 2025				Formazione dei tre Gruppi			Variazione da applicare sul tetto netto 2025 definitivo	Ordinamento per codice NSIS	Variazione per indicatori di Performance sui dati di attività del 2025	5%	Sesto % totale su Tetto di spesa NETTA 2025 definitiva
Branca:	RADIOTERAPIA		codice NSIS	Punteggio indicatori di Performance	Tetto Netto 2025 definitivo	Graduatoria	(1°: + 5%; 2°: 0%; 3°: -5%)						0%	
COD. NSIS	Denominazione struttura erogatrice						1°	2°	3°				-5%	
000065	CENTRO DI MEDICINA NUCLEARE N.1 S.R.L.	3.879.872	000065	17	3.879.872		1.293.291	1.293.291	1.293.291	0	000065	0		0%
391190	VILLA FIORITA S.P.A.	1.862.128	391190	17	1.862.128		620.709	620.709	620.709	0	391190	0		0%
	Totale Branca	5.742.000			5.742.000		1.914.000	1.914.000	1.914.000	0		0		

PER PRESA VISIONE
AISIC
CONFAVORA
FAVIE

AISA
PPV

A SPAT
PPV

PATOLOGIA CLINICA FASCIA I: Conteggio TOTALE variazioni da applicare sul TETTO 2025 DEFINITIVO

1	2	3	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
ASL:	CASERTA											
Branca:	PATOLOGIA CLINICA	Tetto Netto 2025 definitivo					Formazione dei tre Gruppi					
COD.NSIS	Denominazione struttura erogatrice		codice NSIS	Punteggio indicatori di Performance	Tetto Netto 2025 definitivo	Graduatoria	(1°: + 5%; 2°: 0%; 3°: -5%)			Variazione da applicare sul tetto sotto 3435 definitivo	Ordinamento per codice NSIS	Variazione per indicatori di Performance sul dato di ottobre dal 2025
							1°	2°	3°			
080013	LABORATORIO ANALISI CLINICHE ALFA 1 S.A.S.	77.991	080080	19	244.464	1	244.464			12.223	080013	-0.800
080010	LAB. BIOMEDICO S.A.S DI G. PETRILLO	165.420	080082	19	179.933	2	179.933			8.996	080010	-0.200
080049	CERASOLE CENTRO POLISPECIALISTICO	176.062	381006	19	282.246	3	282.246			14.112	080049	0
080071	CETAC - SRL	120.926	901106	19	247.552	4	247.552			12.378	080071	-0.857
080082	CENTRO DIAGNOSTICO LAMBDA S.A.S.	55.106	AGG201	19	351.720	5	351.720			17.586	080082	0
080085	L.A.M. SRL	246.494	080088	18	81.964	6	81.964			4.098	080085	12.329
080088	CENTRO MEDICO PECALE S.R.L.	81.964	080118	18	100.827	7	100.827			5.041	080080	4.208
080091	LAB. BIOMEDICA MARCIANISE S.R.L.	179.323	391106	18	176.166	8	176.166			8.808	080082	8.966
080114	HERMES S.P.A.	386.393	AGG204	18	342.229	9	342.229			16.611	080149	-9.284
080117	LABORATORIO - IGEA PIEDIMONTE	442.727	AGG210	18	306.999	10	306.999			15.350	080117	-22.196
080118	LAB. ANALISI L.A.C.	100.827	150028	17	251.133	11	125.416	125.885		6.271	080118	5.041
150030	CASA DI CURA SAN MICHELE S.R.L.	251.339	150029	17	118.064	12	58.966	59.098		2.948	150030	0.271
150029	CLINICA ATHENA	118.064	341113	17	18.028	13	9.004	9.024		450	150029	2.948
341104	LAB. BICCEDUA S.N.C.	131.089	351106	17	138.001	14	69.426	68.577		3.471	341104	-6.555
341105	LAB. BIOMEDICAL S.R.L.	282.234	391105	17	135.915	15	67.882	68.033		3.394	341105	56.333
341106	LAB. ANALISI CLINICHE QUARANTELLI	58.261	AGG303	17	662.847	16	326.001	326.706		16.300	341106	-2.932
341107	LAB ANALISI CLINICHE LAMPATELLA	74.112	AGG306	17	999.636	17	499.274	500.362		24.964	341107	-3.706
341108	LAB. ANALISI CLINICHE STEFANO GALDIERO	149.117	080049	16	176.063	18		176.063		0	341108	0
341113	ASNA CLINICA S.NAPOLI NO	18.028	080082	16	55.106	19		55.106		0	341113	450
351104	LAB ANALISI CLINICHE CARPINO S.A.S.	90.503	391108	16	528.117	20		528.117		0	351104	0
351105	LAB. ANALISI CLINICHE SOZZA S.A.S.	86.474	351104	16	90.503	21		90.503		0	351105	0
351106	LABORATORIO ANALISI DE MICHELE S.R.L.	110.001	351105	16	86.474	22		86.474		0	351106	3.471
351107	ANALISI CLINICHE DELL'AVERSANA	90.055	391104	16	170.975	23		101.975		0	351107	-2.877
351334	CENTRO RICERCHE CLINICHE SCALITONE	69.975	391109	16	57.303	24		57.303		0	391104	-3.466
391109	BIOLAB S.R.L.	79.755	401105	16	163.185	25		163.185		0	391105	-3.588
391104	LAB. NORDSUD SAS	71.178	AGG209	16	166.097	26		166.097		0	391106	-3.559
391107	LAB.OMBRIDIN S.A.S.	91.151	AGG208	16	183.296	27		183.296		0	391107	-4.558
391113	LABORATORIO DIAGNOSTICA 3000	182.766	800016	15	166.429	28		58.725	106.696	-5.335	391113	-8.188
371106	LAB. ANAL. BIOLABOR DI VITALE A. S.A.S.	176.166	901114	15	300.999	29		110.626	190.373	-9.519	391114	8.808
391104	LAB. ANALISI MILLIN S.A.S.	101.975	391107	15	90.055	30		32.515	57.541	-2.877	391104	0
391107	LAB. ANALISI FLEMING S.A.S.	99.079	391108	15	262.151	31		87.429	154.722	-7.736	391107	-4.304
391105	LAB. ANALISI CHECCHIUPPI DE ROSA	57.305	401103	15	80.900	32		29.891	52.969	-2.648	391103	0
391106	LAB. ANALISI BIOCENTRO DI GUARINO	135.915	421104	15	268.041	33		89.558	158.485	-7.924	391105	8.394
391108	CENTRO ANALI.CLIN.SCOTTO LAVINA	242.151	431103	15	125.075	34		45.158	79.917	-3.996	391108	-7.736
391140	LAB. C.D.M. SERVICE SRL	136.151	AGG308	15	703.722	35		254.080	449.642	-22.482	391140	-8.306
401103	B.D.C. OPAZZIANESE S.R.L.	82.900	080071	14	120.936	36			120.936	-6.047	401103	-2.648
401104	LAB. ANALITICO DOMITO SAS	247.552	341107	14	74.127	37			74.127	-3.706	401104	12.378
401107	PINETA GRANDE S.P.A.	138.481	381153	14	182.755	38			182.755	-9.138	401107	-6.924
411105	CENTRO DIAGNOSTICO LETIZIA SAS	36.416	401107	14	138.481	39			138.481	-6.924	411105	-1.821
421104	CENTRO DIAGNOSTICO POLESE	268.041	411105	14	36.416	40			36.416	-1.821	421104	-7.924
431103	BRONKO PALMIERI S.A.S.	329.875	080127	13	442.727	41			442.727	-22.136	431103	-3.998
431105	LAB. TARTARELLI srl	163.185	341104	13	131.099	42			131.099	-6.555	431105	0
431107	LAB. ANALISI MADINE	67.361	431107	13	67.361	43			67.361	-2.368	431107	-2.368
AGG201	RETE LABS	351.720	AGG205	13	340.306	44			340.306	-17.015	AGG201	17.586
AGG283	laboratori in rete - Alfa Center	682.847	861106	11	71.378	45			71.378	-3.569	AGG283	16.909
AGG284	INTERLAB CASERTA	682.224	881107	11	86.079	46			86.079	-4.304	AGG284	10.011
AGG285	NetworkMedicine - CDC spa	940.386	381107	10	91.151	47			91.151	-4.558	AGG285	-17.019
AGG286	PARTNER LAB (CONTRATTO DI RETE DI	919.630	991148	8	126.151	48			126.151	-6.308	AGG286	24.964
AGG288	BIOLOGIA FUTURA S.C. A R.L.	703.722	381104	2	68.975	49			68.975	-3.449	AGG288	-22.482
AGG209	MINERVA LAB -Centro Medico Calvi	159.097	080013	-1	77.991	50			77.991	-3.900	AGG209	0
AGG210	LABORATORI C2	306.999	341106	-1	58.261	51			58.261	-2.913	AGG210	15.350
AGG230	GIAM CENTER RETE D'IMPRESE	163.296	381105	-1	79.755	52			79.755	-3.988	AGG230	0
	Totale Branca	10.348.581			10.348.581		3.449.514	3.449.514	3.449.514	0		0

5%	
0%	
-5%	

Variaz. % totale vs Tetto di spesa NETTA 2025 definitivo
-5%
-3%
0%
-5%
0%
5%
5%
5%
2%
5%
-3%
-5%
0%
2%
0%
2%
-5%
-5%
-6%
-5%
-5%
5%
-5%
-3%
-5%
-3%
0%
-5%
5%
2%
5%
-5%
2%
-3%
0%
5%
0%

P.P.V.
FederLab Campania
Centro Direzionale Is. F3
80143 Napoli
C.F. 94176720632

ASNA PPV

AISA PPV.

FEDERLAB CAMPANIA PPV

CONFINDUSTRIA SANITÀ

AISIC

PER ACOP CAMPANIA

PATOLOGIA CLINICA FASCIA II: Conteggio TOTALE variazioni da applicare sul TETTO 2025 DEFINITIVO

1	2	3	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
ASL:	CASERTA	Tetto Netto 2025 definitivo	ordinamento in base al punteggio indicatori di Performance sui dati consuntivi 2025				Formazione dei tre Gruppi (1°: + 5%; 2°: 0%; 3°: -5%)			Variazione da applicare sul tetto netto 2025 definitivo	Ordinamento per codice NSIS	Variazione per indicatori di Performance sui dati di attività del 2025	5%	Norma % totale su Tetto di spesa NETTA 2025 definitivo
Branca:	PATOLOGIA CLINICA		codice NSIS	Punteggio indicatori di Performance	Tetto Netto 2025 definitivo	Graduatoria	1°	2°	3°				0%	
COD.NSIS	Denominazione struttura erogatrice												-5%	
AGG248	SAN CARLO S.R.L.	2.615.350	AGG248	18	2.615.350	1	1.368.923	1.251.427		68.196	AGG248	68.196		3%
AGG256	ATI BIANALISI Campania - IGEA	1.476.419	AGG256	14	1.476.419	2		112.496	1.363.923	-68.196	AGG256	-68.196		-5%
	Totale Branca	4.091.769			4.091.769		1.368.923	1.363.923	1.363.923	0		0		

CONFLAVORO SANITÀ

FAISIC

ASPAT PP.U

SNR FEDISALUTE PPV

p.p.v.

FederLab Campania
Centro Direzionale Is. F3
80143 Napoli
C.F. 94176720632

ASSA PPV.

PER ACOP CAMPANIA

DIALISI: Conteggio TOTALE variazioni da applicare sul TETTO 2025

1	2	3
ASL:	CASERTA	
Branca	DIALISI	Tetto Netto 2025 definitivo
NSIS	Denominazione struttura erogatrice	
AD0074	CNP CENTRO MEDICO SPECIALISTICO	1.461.516
AD0075	CEDIAL srl S.Maria	1.157.448
AD0076	NEFRODIAL S.R.L.	1.315.692
AD0077	DIALCA S.N.C.	831.959
AD0078	SO.D.A.V. AVERSA srl	1.056.226
AD0079	SIDAN S.R.L.	1.811.151
AD0080	CEDIAL srl Sessa	926.896
AD0081	CENTRO EMODIALISI ATELLANO s.r.l.	1.181.770
AD0082	VILLA S.ANDREA EMODIALISI s.r.l.	949.677
AD0083	IATREION EMODIALISI S.R.L.	1.546.860
AD0084	CEDIAL S.R.L. San Cipriano	1.162.981
AD0085	POLISAN S.R.L.	1.103.702
AD0086	RENART S.R.L.	1.213.784
AD0087	Centro Emodialisi LUNA s.r.l.	806.622
AD0088	LUDIAL S.R.L.	929.570
AD0089	HELIOS S.R.L.	1.516.314
AD0090	ADEM S.R.L.	1.125.484
AD0091	NEPHRART	933.805
AD0092	NefroT_Trading	427.592
CD0014	DIAM S.R.L.	837.512
	Totale Branca	**22.276.560**

12	13	14	15	16	17	18	19
ordinamento in base al punteggio indicatori di Performance sui dati consuntivi 2025				Formazione dei tre Gruppi			
				(1°: + 5%; 2°: 0%; 3°: -5%)			
codice NSIS	Punteggio indicatori di Performance	Tetto Netto 2025 Definitivo	Graduatoria	1°	2°	3°	Variazione da applicare sul tetto netto 2025 definitivo
AD0077	11	831.959	1	831.959			41.598
AD0081	11	1.181.770	2	1.181.770			59.089
AD0084	11	1.162.981	3	1.162.981			58.149
AD0079	9	1.811.151	4	1.811.151			90.558
AD0086	9	1.213.784	5	1.213.784			60.689
AD0089	9	929.570	6	929.570			46.478
AD0074	8	1.461.516	7	144.444	1.317.072		7.222
AD0083	8	1.516.314	8	149.860	1.366.455		7.493
AD0075	7	1.157.448	9		1.114.810	43.438	-2.172
AD0076	7	1.315.692	10		1.266.315	49.377	-2.469
AD0080	7	926.896	11		872.861	34.035	-1.702
AD0085	7	1.540.860	12		1.488.808	58.052	-2.903
AD0078	6	1.056.226	13			1.056.226	-52.811
AD0082	6	949.677	14			949.677	-47.484
AD0085	6	1.103.702	15			1.103.702	-55.185
AD0091	6	933.805	16			933.805	-46.690
AD0087	4	806.622	17			806.622	-40.331
AD0092	3	427.592	18			427.592	-21.380
CD0014	3	837.512	19			837.512	-41.876
AD0090	-1	1.125.484	20			1.125.484	-56.274
		22.276.560		7.425.520	7.425.520	7.425.520	0

20	21
Ordinamento per codice NSIS	Variazione per indicatori di Performance sui dati di attività del 2025
AD0074	7.222
AD0075	-2.172
AD0076	-2.469
AD0077	41.598
AD0078	-52.811
AD0079	90.558
AD0080	-1.702
AD0081	59.089
AD0082	-47.484
AD0083	-2.903
AD0084	58.149
AD0085	-55.185
AD0086	60.689
AD0087	-40.331
AD0088	46.478
AD0089	7.493
AD0090	-56.274
AD0091	-46.690
AD0092	-21.380
CD0014	-41.876
	0

5%	
0%	
-5%	

Variaz % totale vs Tetto di spesa NETTA 2025 definitivo
0%
0%
0%
5%
-5%
5%
0%
5%
-5%
5%
-5%
5%
0%
-5%
-5%
-5%
-5%

CONFLAVORO SANITÀ AISIC PPV

CNR FEDERSANITÀ PPV

ASCA PPV

PER ACOP CAMPANIA

FederLab Campania
Centro Direzionale Is. F3
80143 Napoli
C.F. 94176720632

All. 4

Allegato A\1: Anno 2026 – provvisorio 2027- conferma / modifica Anno 2025

Schema di Protocollo di intesa tra le Associazioni convocate (Asl CE Prot. n. 0255473/C.PRES.ACC. del 15-10-2026) 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 2026 ed, in via provvisoria, anche per il 2027 da parte delle strutture private accreditate ed i correlati limiti di spesa, e
***Conferma* (*Conferma / modifica*) anno 2025.**

E

L'Azienda Sanitaria Locale CASERTA con sede in Caserta, Via Unità Italiana, 28 CASERTA - 81100 Partita IVA: 03519500619 **rappresentata dal Direttore Generale ANTONIO LIMONE**, nato ad AVELLINO il. 08/03/1962, munito dei necessari poteri come da D.G.RC. di nomina n. 490 del 17/05/2025 nonché D.P.G.R.C. N. 108 del 08/08/2025.

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* (*specificare: confermare / 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;
- che il Direttore Generale della sottoscritta ASL, in attuazione delle disposizioni recate dalla richiamata DGRC n. 757/2024, con propria delibera n. 125 del 17/01/2025 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 con la DGRC n. 741 del 22.10.2025 sono stati fissati in via definitiva i limiti di spesa per l'esercizio 2025 di cui alla DGRC n. 757 del 27.12.2024 ed in conformità alla delibera aziendale n°397 del 28/11/2025;
- che la DGRC n. 316 del 30/09/2026 ha approvato in via definitiva i volumi di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2025 e per l'anno 2026, nonché gli schemi contrattuali, che le ASL competenti per territorio devono predisporre per confermare o modificare i limiti di spesa in via definitiva per l'esercizio 2025, nonché per fissare i limiti di spesa 2026;
- che il presente protocollo si uniforma ai nuovi schemi contrattuali, approvati dalla richiamata DGRC n. 540 del 08/10/2026;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2
(oggetto)

1. Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di CARDIOLOGIA da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2026,

ed, in via provvisoria, anche per l'esercizio 2027 da parte delle strutture private accreditate operanti nel territorio della sottoscritta ASL ed i correlati limiti di spesa, nonché la ***conferma*** (*specificare: conferma / modifica*) del limite di spesa 2025.

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 – 31/12/2026 dalle strutture private accreditate, ed, in via provvisoria, anche per l'esercizio 2027 e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2026, è stabilito in n. 146.594(prestazioni); mentre per l'esercizio 2025 **si conferma** (*si conferma, oppure, si modifica*) il volume di prestazioni già previsto nel contratto provvisorio ai sensi della DGRC n. 175/2025 in attuazione della DGRC n. 757/2024(*in caso di modifica: stabilendolo in n. ..... prestazioni*).

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) € **5.319.886** per l'anno 2026 valevole, in via provvisoria, anche per l'esercizio 2027 e *confermato* (*specificare: confermato / modificato*) in € _ **5.319.886** per l'esercizio 2025, applicando le tariffe pro tempore vigenti,
   b) € **4.751.574,00** per l'anno 2026 valevole, in via provvisoria, anche per l'esercizio 2027 *confermato* (*specificare: confermato / modificato*) in € **4.751.574,00** per l'esercizio 2025, 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 sottoutilizzo 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 -31/12/2025 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 la Diabetologia***) ad € ___,__;

   (***oppure, per la Cardiologia***) ad € **43,67**;

   (***oppure, per la Radiodiagnostica***)

ad € ___,___ per le strutture accreditate classificate in Tipologia "A";
ad € ___,___ per le strutture accreditate classificate in Tipologia "B";
ad € ___,___ per le strutture accreditate classificate in Tipologia "C";
ad € ___,___ per le strutture accreditate classificate in Tipologia "D".

(***oppure, per la Medicina Nucleare***)
ad € ___,___ per le strutture accreditate classificate in Tipologia "A";
ad € ___,___ per le strutture accreditate classificate in Tipologia "B.1";
ad € ___,___ per le strutture accreditate classificate in Tipologia "B.2";
ad € ___,___ per le strutture accreditate classificate in Tipologia "C".

(***oppure: solo per Branche a Visita***):

€ ___,___ per la disciplina ministeriale ___(*codice*) _____(*descrizione*);
€ ___,___ per la disciplina ministeriale ___(*codice*) _____(*descrizione*);
€ ___,___ per la disciplina ministeriale ___(*codice*) _____(*descrizione*);
... ...
€ ___,___ per la disciplina ministeriale ___(*codice*) _____(*descrizione*).

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

Art. 5
(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. 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. _membri di cui n. _ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. _ membri nominati dalla ASL, di cui un membro con funzione di coordinamento. Al tavolo tecnico partecipa obbligatoriamente il Referente del Nucleo Operativo di Controllo (NOC) della ASL per la specifica linea di attività per il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, prevista dal DCA n. 103 del 06.12.2019 (pubblicato sul BURC n. 77/2019).
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico aziendale spettano, in particolare, i seguenti compiti:

a) monitoraggio mensile dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL e con i monitoraggi effettuati a livello regionale, in attuazione del DCA n. 103 del 06.12.2019, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;

b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici;

c) 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)

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). **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.**

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 sforamento 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. 316 del 30/09/2026 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 (pari per il secondo semestre 2026 al 2,40% come da Comunicato MEF in G.U. n. 163 del 16.07.2026 e aggiornato ogni sei mesi con comunicazione del MEF pubblicata nella G.U.), come segue:
   a) per i primi due mesi di ritardo: due punti percentuali;
   b) per i successivi due mesi di ritardo: quattro punti percentuali;
   c) per ulteriori due mesi di ritardo: sei punti percentuali;
   d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: otto punti percentuali.

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 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 diseguaglianze applicative del presente protocollo le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, sulla attuazione degli adempimenti previsti dal presente protocollo, comprese le attività svolte nell'ambito del tavolo tecnico.
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 sa**N**ità Campan**IA** di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d'ora che l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale dovrà avvenire attraverso l'utilizzo del Sistema CUP SINFONIA, attraverso agende informatizzate di prenotazione a carico del SSR, secondo le modalità operative ed evolutive stabilite dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e/o dalla Giunta regionale;
   b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall'art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;
   c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, comprese quelle con onere a carico dell'assistito, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 e s.m.i.;

Allegato A\1: Anno 2026 – provvisorio 2027- conferma / modifica Anno 2025

Schema di Protocollo di intesa tra le Associazioni convocate (Asl CE Prot. n. 0255473/C.PRES.ACC. del 15-10-2026) 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 2026 ed, in via provvisoria, anche per il 2027 da parte delle strutture private accreditate ed i correlati limiti di spesa, e
***Conferma* (*Conferma / modifica*) anno 2025.**

E

L'Azienda Sanitaria Locale CASERTA con sede in Caserta, Via Unità Italiana, 28 CASERTA - 81100 Partita IVA: 03519500619 **rappresentata dal Direttore Generale ANTONIO LIMONE**, nato ad AVELLINO il. 08/03/1962, munito dei necessari poteri come da D.G.RC. di nomina n. 490 del 17/05/2025 nonché D.P.G.R.C. N. 108 del 08/08/2025.

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* (*specificare: confermare / 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;
- che il Direttore Generale della sottoscritta ASL, in attuazione delle disposizioni recate dalla richiamata DGRC n. 757/2024, con propria delibera n. 125 del 17/01/2025 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 con la DGRC n. 741 del 22.10.2025 sono stati fissati in via definitiva i limiti di spesa per l'esercizio 2025 di cui alla DGRC n. 757 del 27.12.2024 ed in conformità alla delibera aziendale n°397 del 28/11/2025;
- che la DGRC n. 316 del 30/09/2026 ha approvato in via definitiva i volumi di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2025 e per l'anno 2026, nonché gli schemi contrattuali, che le ASL competenti per territorio devono predisporre per confermare o modificare i limiti di spesa in via definitiva per l'esercizio 2025, nonché per fissare i limiti di spesa 2026;
- che il presente protocollo si uniforma ai nuovi schemi contrattuali, approvati dalla richiamata DGRC n. 540 del 08/10/2026;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2
(oggetto)

1. Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di CARDIOLOGIA da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2026,

ed, in via provvisoria, anche per l'esercizio 2027 da parte delle strutture private accreditate operanti nel territorio della sottoscritta ASL ed i correlati limiti di spesa, nonché la ***conferma*** (*specificare: conferma / modifica*) del limite di spesa 2025.

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 – 31/12/2026 dalle strutture private accreditate, ed, in via provvisoria, anche per l'esercizio 2027 e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2026, è stabilito in n. 146.594(prestazioni); mentre per l'esercizio 2025 **si conferma** (*si conferma, oppure, si modifica*) il volume di prestazioni già previsto nel contratto provvisorio ai sensi della DGRC n. 175/2025 in attuazione della DGRC n. 757/2024(*in caso di modifica: stabilendolo in n. …… prestazioni*).

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) € **5.319.886** per l'anno 2026 valevole, in via provvisoria, anche per l'esercizio 2027 e *confermato* (*specificare: confermato / modificato*) in € _ **5.319.886** per l'esercizio 2025, applicando le tariffe pro tempore vigenti,
   b) € **4.751.574,00** per l'anno 2026 valevole, in via provvisoria, anche per l'esercizio 2027 *confermato* (*specificare: confermato / modificato*) in € **4.751.574,00** per l'esercizio 2025, 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 sottoutilizzo 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 -31/12/2025 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 la Diabetologia***) ad € ___,__;

   (***oppure, per la Cardiologia***) ad € **43,67**;

   (***oppure, per la Radiodiagnostica***)

ad € ___,___ per le strutture accreditate classificate in Tipologia "A";
ad € ___,___ per le strutture accreditate classificate in Tipologia "B";
ad € ___,___ per le strutture accreditate classificate in Tipologia "C";
ad € ___,___ per le strutture accreditate classificate in Tipologia "D".

(*oppure, per la Medicina Nucleare*)
ad € ___,___ per le strutture accreditate classificate in Tipologia "A";
ad € ___,___ per le strutture accreditate classificate in Tipologia "B.1";
ad € ___,___ per le strutture accreditate classificate in Tipologia "B.2";
ad € ___,___ per le strutture accreditate classificate in Tipologia "C".

(*oppure: solo per Branche a Visita*):

€ ___,___ per la disciplina ministeriale ___(*codice*) _____(*descrizione*);
€ ___,___ per la disciplina ministeriale ___(*codice*) _____(*descrizione*);
€ ___,___ per la disciplina ministeriale ___(*codice*) _____(*descrizione*);
... ...
€ ___,___ per la disciplina ministeriale ___(*codice*) _____(*descrizione*).

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

Art. 5
(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. 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. _membri di cui n. _ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. _ membri nominati dalla ASL, di cui un membro con funzione di coordinamento. Al tavolo tecnico partecipa obbligatoriamente il Referente del Nucleo Operativo di Controllo (NOC) della ASL per la specifica linea di attività per il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, prevista dal DCA n. 103 del 06.12.2019 (pubblicato sul BURC n. 77/2019).
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico aziendale spettano, in particolare, i seguenti compiti:

a) monitoraggio mensile dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL e con i monitoraggi effettuati a livello regionale, in attuazione del DCA n. 103 del 06.12.2019, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;

b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici;

c) 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)

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). **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.**

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 sforamento 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. 316 del 30/09/2026 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 (pari per il secondo semestre 2026 al 2,40% come da Comunicato MEF in G.U. n. 163 del 16.07.2026 e aggiornato ogni sei mesi con comunicazione del MEF pubblicata nella G.U.), come segue:

   a) per i primi due mesi di ritardo: due punti percentuali;
   b) per i successivi due mesi di ritardo: quattro punti percentuali;
   c) per ulteriori due mesi di ritardo: sei punti percentuali;
   d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: otto punti percentuali.

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

Art. 9
(debito informativo e CUP regionale)

1. Le strutture private accreditate sono impegnate:
   a) ad entrare ed operare con continuità nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (**S**istema **INFO**rmativo sa**N**ità Campan**IA** di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d'ora che l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale dovrà avvenire attraverso l'utilizzo del Sistema CUP SINFONIA, attraverso agende informatizzate di prenotazione a carico del SSR, secondo le modalità operative ed evolutive stabilite dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e/o dalla Giunta regionale;
   b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall'art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;
   c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, comprese quelle con onere a carico dell'assistito, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 e s.m.i.;

d) ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.

2. La sottoscritta 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 7 settembre 2023 - *Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0* (G.U. n. 249 del 24.10.2023), e dell'11 novembre 2025 – Modifiche al decreto 7 settembre 2023, concernente il fascicolo sanitario elettronico 2.0 (GU n° 286 del 10 dicembre 2025) 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 2026, nonché all'esercizio 2025, 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. 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.
3. Con la sottoscrizione del presente accordo, l'Associazione accetta anche i criteri e la metodologia di determinazione dei limiti di spesa, che restano fermi per le determinazioni successive relative alla medesima annualità.

Li Caserta, 20/10/2026

Timbro e firma della ASL Caserta
Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante Il Direttore
della Associazione

Allegato A\1: Anno 2026 – provvisorio 2027- conferma / modifica Anno 2025

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*");

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

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

Timbro e firma della ASL Caserta Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante della Associazione Il Direttore

Schema di Protocollo di intesa (Asl CE Prot. n. 0255473/C.PRES.ACC. del 15-10-2026) 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 2026 ed in via provvisoria per l'anno 2027 da parte delle strutture private accreditate ed i correlati limiti di spesa, e conferma (*conferma / modifica*) anno 2025.

E

L'Azienda Sanitaria Locale CASERTA con sede in Caserta, Via Unità Italiana, 28 CASERTA -81100 Partita IVA: 03519500619 **rappresentata dal Direttore Generale ANTONIO LIMONE**, nato ad AVELLINO il. 08/03/1962, munito dei necessari poteri come da D.G.RC. di nomina n. 490 del 17/05/2025 nonché D.P.G.R.C. N. 108 del 08/08/2025.

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 2026 ed, in via provvisoria, per l'anno 2027 nonché per confermare (*specificare: confermare / modificare*) il limite di spesa 2025, 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. 125 del 17/01/2025 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 con la DGRC n. 741 del 22.10.2025 sono stati fissati in via definitiva i limiti di spesa per l'esercizio 2025 di cui alla DGRC n. 757 del 27.12.2024 ed in conformità alla delibera aziendale n. 397 del 28/11/2025;
- che la DGRC n. 316 del 30/09/2026 ha approvato in via definitiva i volumi di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2025 , 2026 ed, in via provvisoria, per l'esercizio 2027 nonché gli schemi contrattuali, che le ASL

competenti per territorio devono predisporre per confermare o modificare i limiti di spesa in via definitiva per l'esercizio 2025, nonché per fissare i limiti di spesa 2026 ed, in via provvisoria, per l'esercizio 2027;

- che il presente contratto si uniforma ai nuovi schemi dei contratti ex art. 8-quinquies con gli erogatori privati accreditati, approvati dalla richiamata DGRC n. 5 4 0 del 08/10/2026;
- in coerenza con i provvedimenti regionali e nazionali in materia di riorganizzazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale, si ribadiscono le disposizioni stabilite – da ultimo – dalle DGRC n. 423 del 26.06.2025 e n. 336 del 30.06.2026;
- in particolare, viene ribadita la vigenza del criterio della soglia minima di efficienza fissata a 200.000 prestazioni annue (computando complessivamente l'attività resa in regime di Servizio Sanitario Nazionale e quella in regime privatistico, ad esclusione dei soli prelievi). Tale parametro costituisce il requisito essenziale di idoneità organizzativa e qualitativa per il riconoscimento del laboratorio quale produttore accreditato;
- a tal fine, i laboratori che non raggiungono autonomamente tale volume di attività sono obbligati a perfezionare i percorsi di aggregazione strutturale e funzionale previsti dalle disposizioni regionali;
- pertanto, i centri che, alla data del 31 dicembre 2026, non avranno completato e formalizzato il processo di aggregazione per il raggiungimento della soglia minima prevista non potranno sottoscrivere il contratto con il SSR per l'annualità 2027 con gli adempimenti consequenziali in merito al disaccreditamento delle strutture laboratoristiche prive del requisito di efficienza.

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2
(oggetto)

1. Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di Laboratorio di Analisi (Patologia Clinica) da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2026, ed, in via provvisoria, per l'esercizio 2027 da parte delle strutture private accreditate operanti nel territorio della sottoscritta ASL ed i correlati limiti di spesa, nonché la conferma (*specificare: conferma / modifica*) del limite di spesa 2025.
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 – 31/12/2026 dalle strutture private accreditate, ed, in via provvisoria, per l'esercizio 2027 e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2026, è stabilito in n. 3.991.916 prestazioni, di cui:
   a) n. 3.969.253 prestazioni "**Non_All_3**":
   b) n. 22.644 prestazioni "**All_3**";

mentre per l'esercizio 2025 si c o n f e r m a (*si conferma, oppure, si modifica*) il volume di prestazioni già previsto nel contratto provvisorio (*in caso di modifica: stabilendolo in n. ..... prestazioni, di cui:*

c) n. 3.969.253 prestazioni "Non_All_3";
d) n. 22.644 prestazioni All_3.

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 2026 ed, in via provvisoria, per l'esercizio 2027 in:

   a) € 17.710.279, applicando le tariffe vigenti nel corso del 2026, di cui:

      1) € 15.530.093 per le prestazioni "**Non_All_3**";
      2) € 2.180.186 per le prestazioni "**All_3**";

   b) € 14.440.310 applicando le tariffe vigenti nel corso del 2026, 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) € 12.341.413 per le prestazioni "**Non_All_3**";
      2) € 2.098.897 per le prestazioni "**All_3**";

   mentre per l'esercizio 2025, in via definitiva, conferma (*si conferma, oppure, si modifica*) il il limite di spesa già previsto nel contratto provvisorio, come segue:

   c) € 17.710.279 , applicando le tariffe vigenti nel corso del 2025, di cui:
      1) € 15.530.093 per le prestazioni "**Non_All_3**";
      2) € 2.180.186 per le prestazioni "**All_3**";

   d) € 14.440.310, 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) € 12.341.413 per le prestazioni "**Non_ALL_3**";
      2) € 2.098.897 per le prestazioni "**All_3**".

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 sottoutilizzo 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 2026, analogamente all'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).

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, per il 2026 e per il 2027), 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 -31/12/2025 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"	€ 3,25	€ 3,29	€ 3,55	€ ___,00
Prestazioni "All_3" e FA.RE. L59 e L60	€ 14,32	€ 14,66	€ 37,74	€ ___,00
Prestazioni "All_3" e FA.RE. L70	€ 64,74	€ 41,85	€ 416,01	€ ___,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 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 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. _membri di cui n. _ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. _ membri nominati dalla ASL, di cui un membro con funzione di coordinamento. Al tavolo tecnico partecipa obbligatoriamente il Referente del Nucleo Operativo di Controllo (NOC) della ASL per la specifica linea di attività per il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, prevista dal DCA n. 103 del 06.12.2019 (pubblicato sul BURC n. 77/2019).
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico aziendale spettano, in particolare, i seguenti compiti:
   a) monitoraggio mensile dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL e con i monitoraggi effettuati a livello regionale, in attuazione del DCA n. 103 del 06.12.2019, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
   b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici;
   c) 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 sforamento 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. 316 del 30/09/2026 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, (pari per il secondo semestre 2026 al 2,40% come da Comunicato MEF in G.U. n. 163 del 16.07.2026 e aggiornato ogni sei mesi con comunicazione del MEF pubblicata nella G.U.), come segue:
   a) per i primi due mesi di ritardo: due punti percentuali;
   b) per i successivi due mesi di ritardo: quattro punti percentuali;
   c) per ulteriori due mesi di ritardo: sei punti percentuali;
   d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: otto punti percentuali.

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.
3. Il vincolo di cui al comma precedente si applica in corso d'anno, sul progressivo delle prestazioni rese nel primo semestre, sul periodo gennaio – settembre e a saldo del consuntivo dell'intero esercizio, attraverso successivi conguagli in aumento o in diminuzione, come specificato nel precedente art. 7. I divieti di cui al comma precedente sono tassativi e inderogabili. Eventuali situazioni particolari, su proposta del tavolo tecnico e se ritenute dalla ASL meritevoli di apprezzamento, dovranno formare oggetto di una delibera del Direttore Generale della ASL di proposta di deroga, da sottoporre all'approvazione della Regione.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o diseguaglianze applicative del presente protocollo le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, sulla attuazione degli adempimenti previsti dal presente protocollo, comprese le attività svolte nell'ambito del tavolo tecnico.

Art. 9
(debito informativo e CUP regionale)

1. Le strutture private accreditate sono impegnate:
    a) ad entrare ed operare con continuità nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (**S**istema **INFO**rmativo sa**N**ità Campan**IA** di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d'ora che l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

dovrà avvenire attraverso l'utilizzo del Sistema CUP SINFONIA, attraverso agende informatizzate di prenotazione a carico del SSR, secondo le modalità operative ed evolutive stabilite dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e/o dalla Giunta regionale;

b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall'art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;

c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, comprese quelle con onere a carico dell'assistito, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 e s.m.i.;

d) ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.

2. La sottoscritta 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.

   Qualora vengano rilevate difformità in ordine a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, l'ufficio preposto della ASL, sulla base dei controlli effettuati dal Nucleo Operativo di Controllo (NOC) ai sensi del DCA n. 103/2019, procederà a specifica contestazione, anche ai fini della eventuale decurtazione degli importi non dovuti.

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

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

1. Al fine di garantire la trasmissione della documentazione sanitaria al Fascicolo Sanitario

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

2. 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 2026 ed, in via provvisoria, per l'esercizio 2027 nonché all'esercizio 2025, 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. 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.
3. Con la sottoscrizione del presente accordo, l'Associazione accetta anche i criteri e la metodologia di determinazione dei limiti di spesa, che restano fermi per le determinazioni successive relative alla medesima annualità

Li Caserta, 20.10.2026

Timbro e firma della ASL Caserta
Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante Il Direttore
della Associazione

_____

_____

_____

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

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

Timbro e firma della ASL Caserta Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante Il Direttore della Associazione

Allegato A\1: Anno 2026 – provvisorio 2027- conferma / modifica Anno 2025

Schema di Protocollo di intesa tra le Associazioni convocate (Asl CE Prot. n. 0255473/C.PRES.ACC. del 15-10-2026) 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 RADIOLOGIA, da erogarsi da erogarsi per l'anno 2026 ed, in via provvisoria, anche per il 2027 da parte delle strutture private accreditate ed i correlati limiti di spesa, e
***Conferma* (*Conferma / modifica*) anno 2025.**

E

L'Azienda Sanitaria Locale CASERTA con sede in Caserta, Via Unità Italiana, 28 CASERTA - 81100 Partita IVA: 03519500619 **rappresentata dal Direttore Generale ANTONIO LIMONE**, nato ad AVELLINO il. 08/03/1962, munito dei necessari poteri come da D.G.RC. di nomina n. 490 del 17/05/2025 nonché D.P.G.R.C. N. 108 del 08/08/2025.

PER

regolare i volumi massimi e i correlati limiti di spesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - branca di **RADIOLOGIA**-, da erogarsi per l'anno 2025, in via provvisoria, e per *confermare* (*specificare: confermare / 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;
- che il Direttore Generale della sottoscritta ASL, in attuazione delle disposizioni recate dalla richiamata DGRC n. 757/2024, con propria delibera n. 125 del 17/01/2025 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 RADIOLOGIA;
- che con la DGRC n. 741 del 22.10.2025 sono stati fissati in via definitiva i limiti di spesa per l'esercizio 2025 di cui alla DGRC n. 757 del 27.12.2024 ed in conformità alla delibera aziendale n°397 del 28/11/2025;
- che la DGRC n. 316 del 30/09/2026 ha approvato in via definitiva i volumi di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2025 e per l'anno 2026, nonché gli schemi contrattuali, che le ASL competenti per territorio devono predisporre per confermare o modificare i limiti di spesa in via definitiva per l'esercizio 2025, nonché per fissare i limiti di spesa 2026;
- che il presente protocollo si uniforma ai nuovi schemi contrattuali, approvati dalla richiamata DGRC n. 540 del 08/10/2026;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2
(oggetto)

1. Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di RADIOLOGIA da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2026,

ed, in via provvisoria, anche per l'esercizio 2027 da parte delle strutture private accreditate operanti nel territorio della sottoscritta ASL ed i correlati limiti di spesa, nonché la ***conferma*** (*specificare: conferma / modifica*) del limite di spesa 2025.

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 – 31/12/2026 dalle strutture private accreditate, ed, in via provvisoria, anche per l'esercizio 2027 e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2026, è stabilito in n. 414.048 (prestazioni); mentre per l'esercizio 2025 **si conferma** (*si conferma, oppure, si modifica*) il volume di prestazioni già previsto nel contratto provvisorio ai sensi della DGRC n. 175/2025 in attuazione della DGRC n. 757/2024(*in caso di modifica: stabilendolo in n. ..... prestazioni*).

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) € **25.839.548,00** per l'anno 2026 valevole, in via provvisoria, anche per l'esercizio 2027 e *confermato* (*specificare: confermato / modificato*) in € _ **25.839.548,00** per l'esercizio 2025, applicando le tariffe pro tempore vigenti,
   b) € **22.940.076,00** per l'anno 2026 valevole, in via provvisoria, anche per l'esercizio 2027 *confermato* (*specificare: confermato / modificato*) in € **22.940.076,00** per l'esercizio 2025, 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 sottoutilizzo 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 -31/12/2025 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:

(oppure, per la Radiodiagnostica)

ad € 32,01 per le strutture accreditate classificate in Tipologia "A";
ad € 44,02 per le strutture accreditate classificate in Tipologia "B";
ad € 56,32 per le strutture accreditate classificate in Tipologia "C";
ad € 73,00 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 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. _membri di cui n. _ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. _ membri nominati dalla ASL, di cui un membro con funzione di coordinamento. Al tavolo tecnico partecipa obbligatoriamente il Referente del Nucleo Operativo di Controllo (NOC) della ASL per la specifica linea di attività per il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, prevista dal DCA n. 103 del 06.12.2019 (pubblicato sul BURC n. 77/2019).
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico aziendale spettano, in particolare, i seguenti compiti:

a) monitoraggio mensile dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL e con i monitoraggi effettuati a livello regionale, in attuazione del DCA n. 103 del 06.12.2019, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;

b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici;

c) 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)

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). **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.**

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 sforamento 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. 316 del 30/09/2026 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 (pari per il secondo semestre 2026 al 2,40% come da Comunicato MEF in G.U. n. 163 del 16.07.2026 e aggiornato ogni sei mesi con comunicazione del MEF pubblicata nella G.U.), come segue:

   a) per i primi due mesi di ritardo: due punti percentuali;
   b) per i successivi due mesi di ritardo: quattro punti percentuali;
   c) per ulteriori due mesi di ritardo: sei punti percentuali;
   d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: otto punti percentuali.

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 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 diseguaglianze applicative del presente protocollo le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, sulla attuazione degli adempimenti previsti dal presente protocollo, comprese le attività svolte nell'ambito del tavolo tecnico.
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 sa**N**ità Campan**IA** di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d'ora che l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale dovrà avvenire attraverso l'utilizzo del Sistema CUP SINFONIA, attraverso agende informatizzate di prenotazione a carico del SSR, secondo le modalità operative ed evolutive stabilite dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e/o dalla Giunta regionale;
   b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall'art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;
   c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, comprese quelle con onere a carico dell'assistito, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 e s.m.i.;

d) ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.

2. La sottoscritta 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 7 settembre 2023 - *Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0* (G.U. n. 249 del 24.10.2023), e dell'11 novembre 2025 – Modifiche al decreto 7 settembre 2023, concernente il fascicolo sanitario elettronico 2.0 (GU n° 286 del 10 dicembre 2025) 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 2026, nonché all'esercizio 2025, 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. 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.
3. Con la sottoscrizione del presente accordo, l'Associazione accetta anche i criteri e la metodologia di determinazione dei limiti di spesa, che restano fermi per le determinazioni successive relative alla medesima annualità.

Li Caserta, 20.10.2026

Timbro e firma della ASL Caserta Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante Il Direttore della Associazione

Allegato A\1: Anno 2026 – provvisorio 2027- conferma / modifica Anno 2025

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*");

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

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

Timbro e firma della ASL Caserta Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante Il Direttore della Associazione

Allegato A\1: Anno 2026 – provvisorio 2027- conferma / modifica Anno 2025

Schema di Protocollo di intesa tra le Associazioni convocate (Asl CE Prot. n. 0255473/C.PRES.ACC. del 15-10-2026) 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 2026 ed, in via provvisoria, anche per il 2027 da parte delle strutture private accreditate ed i correlati limiti di spesa, e
***Conferma* (*conferma / modifica*) anno 2025.**

E

L'Azienda Sanitaria Locale CASERTA con sede in Caserta, Via Unità Italiana, 28 CASERTA - 81100 Partita IVA: 03519500619 **rappresentata dal Direttore Generale ANTONIO LIMONE**, nato ad AVELLINO il 08/03/1962, munito dei necessari poteri come da D.G.RC. di nomina n. 490 del 17/05/2025 nonché D.P.G.R.C. N. 108 del 08/08/2025.

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* (*specificare: confermare / 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;
- che il Direttore Generale della sottoscritta ASL, in attuazione delle disposizioni recate dalla richiamata DGRC n. 757/2024, con propria delibera n. 125 del 17/01/2025 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 con la DGRC n. 741 del 22.10.2025 sono stati fissati in via definitiva i limiti di spesa per l'esercizio 2025 di cui alla DGRC n. 757 del 27.12.2024 ed in conformità alla delibera aziendale n°397 del 28/11/2025;
- che la DGRC n. 316 del 30/09/2026 ha approvato in via definitiva i volumi di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2025 e per l'anno 2026, nonché gli schemi contrattuali, che le ASL competenti per territorio devono predisporre per confermare o modificare i limiti di spesa in via definitiva per l'esercizio 2025, nonché per fissare i limiti di spesa 2026;
- che il presente protocollo si uniforma ai nuovi schemi contrattuali, approvati dalla richiamata DGRC n. 540 del 08/10/2026;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2
(oggetto)

1. Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di BRANCHE A VISITA da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2026,

ed, in via provvisoria, anche per l'esercizio 2027 da parte delle strutture private accreditate operanti nel territorio della sottoscritta ASL ed i correlati limiti di spesa, nonché la *conferma* (*specificare: conferma / modifica*) del limite di spesa 2025.

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 – 31/12/2026 dalle strutture private accreditate, ed, in via provvisoria, anche per l'esercizio 2027 e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2026, è stabilito in n. 209.041(prestazioni); mentre per l'esercizio 2025 **si conferma** (*si conferma, oppure, si modifica*) il volume di prestazioni già previsto nel contratto provvisorio ai sensi della DGRC n. 175/2025 in attuazione della DGRC n. 757/2024(*in caso di modifica: stabilendolo in n. 209.041 prestazioni*).

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) € **5.520.432** per l'anno 2026 valevole, in via provvisoria, anche per l'esercizio 2027 e *confermato* (*specificare: confermato / modificato*) in € _ **5.520.432** per l'esercizio 2025, applicando le tariffe pro tempore vigenti,
   b) € **4.869.983** per l'anno 2026 valevole, in via provvisoria, anche per l'esercizio 2027 *confermato* (*specificare: confermato / modificato*) in € _ **4.869.983** per l'esercizio 2025, 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 sottoutilizzo 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 -31/12/2025 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:

€ 23,87 per la disciplina ministeriale __ (*03*) Chirurgia generale;
€ 22,21 per la disciplina ministeriale __ (*06*) Dermatologia;
€ 13,62 per la disciplina ministeriale __ (*15*) Neurologia;
€ 34,18 per la disciplina ministeriale __ (*16*) Oculistica;
€ 32,85 per la disciplina ministeriale __ (*17*) Odontostomatologia;
€ 26,82 per la disciplina ministeriale __ (*20*) Ostetricia e ginecologia;
€ 19,90 per la disciplina ministeriale __ (*21*) Otorinolaringoiatria;
€ 22,85 per la disciplina ministeriale __ (*22*) Pneumologia;
€ 19,13 per la disciplina ministeriale __ (*25*) Urologia;

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

Art. 5
(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. 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. _membri di cui n. _ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. _ membri nominati dalla ASL, di cui un membro con funzione di coordinamento. Al tavolo tecnico partecipa obbligatoriamente il Referente del Nucleo Operativo di Controllo (NOC) della ASL per la specifica linea di attività per il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, prevista dal DCA n. 103 del 06.12.2019 (pubblicato sul BURC n. 77/2019).
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico aziendale spettano, in particolare, i seguenti compiti:

a) monitoraggio mensile dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL e con i monitoraggi effettuati a livello regionale, in attuazione del DCA n. 103 del 06.12.2019, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;

b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici;

c) 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)

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). **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.**

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 sforamento 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. 316 del 30/09/2026 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 (pari per il secondo semestre 2026 al 2,40% come da Comunicato MEF in G.U. n. 163 del 16.07.2026 e aggiornato ogni sei mesi con comunicazione del MEF pubblicata nella G.U.), come segue:
   a) per i primi due mesi di ritardo: due punti percentuali;
   b) per i successivi due mesi di ritardo: quattro punti percentuali;
   c) per ulteriori due mesi di ritardo: sei punti percentuali;
   d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: otto punti percentuali.

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 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 diseguaglianze applicative del presente protocollo le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, sulla attuazione degli adempimenti previsti dal presente protocollo, comprese le attività svolte nell'ambito del tavolo tecnico.
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 sa**N**ità Campan**IA** di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d'ora che l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale dovrà avvenire attraverso l'utilizzo del Sistema CUP SINFONIA, attraverso agende informatizzate di prenotazione a carico del SSR, secondo le modalità operative ed evolutive stabilite dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e/o dalla Giunta regionale;
   b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall'art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;
   c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, comprese quelle con onere a carico dell'assistito, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 e s.m.i.;

d) ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.

2. La sottoscritta 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 7 settembre 2023 - *Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0* (G.U. n. 249 del 24.10.2023), e dell'11 novembre 2025 – Modifiche al decreto 7 settembre 2023, concernente il fascicolo sanitario elettronico 2.0 (GU n° 286 del 10 dicembre 2025) 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 2026, nonché all'esercizio 2025, 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. 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.
3. Con la sottoscrizione del presente accordo, l'Associazione accetta anche i criteri e la metodologia di determinazione dei limiti di spesa, che restano fermi per le determinazioni successive relative alla medesima annualità.

Li Caserta, 20.10.2026

Timbro e firma della ASL Caserta
Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante Il Direttore
della Associazione

Allegato A\1: Anno 2026 – provvisorio 2027- conferma / modifica Anno 2025

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*");

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

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

Timbro e firma della ASL Caserta Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante Il Direttore della Associazione

Allegato A\1: Anno 2026 – provvisorio 2027- conferma / modifica Anno 2025

Schema di Protocollo di intesa tra le Associazioni convocate (Asl CE Prot. n. 0255473/C.PRES.ACC. del 15-10-2026) 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 2026 ed, in via provvisoria, anche per il 2027 da parte delle strutture private accreditate ed i correlati limiti di spesa, e *Conferma* (*Conferma / modifica*) anno 2025.

E

L'Azienda Sanitaria Locale CASERTA con sede in Caserta, Via Unità Italiana, 28 CASERTA - 81100 Partita IVA: 03519500619 **rappresentata dal Direttore Generale ANTONIO LIMONE**, nato ad AVELLINO il. 08/03/1962, munito dei necessari poteri come da D.G.RC. di nomina n. 490 del 17/05/2025 nonché D.P.G.R.C. N. 108 del 08/08/2025.

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* (*specificare: confermare / 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;
- che il Direttore Generale della sottoscritta ASL, in attuazione delle disposizioni recate dalla richiamata DGRC n. 757/2024, con propria delibera n. 125 del 17/01/2025 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 con la DGRC n. 741 del 22.10.2025 sono stati fissati in via definitiva i limiti di spesa per l'esercizio 2025 di cui alla DGRC n. 757 del 27.12.2024 ed in conformità alla delibera aziendale n°397 del 28/11/2025;
- che la DGRC n. 316 del 30/09/2026 ha approvato in via definitiva i volumi di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2025 e per l'anno 2026, nonché gli schemi contrattuali, che le ASL competenti per territorio devono predisporre per confermare o modificare i limiti di spesa in via definitiva per l'esercizio 2025, nonché per fissare i limiti di spesa 2026;
- che il presente protocollo si uniforma ai nuovi schemi contrattuali, approvati dalla richiamata DGRC n. 540 del 08/10/2026;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

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

Art. 2
(oggetto)

1. Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di MEDICINA NUCLEARE da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2026,

ed, in via provvisoria, anche per l'esercizio 2027 da parte delle strutture private accreditate operanti nel territorio della sottoscritta ASL ed i correlati limiti di spesa, nonché la ***conferma*** (*specificare: conferma / modifica*) del limite di spesa 2025.

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 – 31/12/2026 dalle strutture private accreditate, ed, in via provvisoria, anche per l'esercizio 2027 e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2026, è stabilito in n. 10.197 (prestazioni); mentre per l'esercizio 2025 **si conferma** (*si conferma, oppure, si modifica*) il volume di prestazioni già previsto nel contratto provvisorio ai sensi della DGRC n. 175/2025 in attuazione della DGRC n. 757/2024(*in caso di modifica: stabilendolo in n. ..... prestazioni*).

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) € **6.037.409,00** per l'anno 2026 valevole, in via provvisoria, anche per l'esercizio 2027 e *confermato* (*specificare: confermato / modificato*) in € _ **6.037.409** per l'esercizio 2025, applicando le tariffe pro tempore vigenti,
   b) € **5.931.591** per l'anno 2026 valevole, in via provvisoria, anche per l'esercizio 2027 *confermato_(specificare: confermato / modificato)* in € **5.931.591** per l'esercizio 2025, 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 sottoutilizzo 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 -31/12/2025 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:

(*oppure, per la Medicina Nucleare*)

ad € 141,98 per le strutture accreditate classificate in Tipologia "A";
ad € 171,4 per le strutture accreditate classificate in Tipologia "B.1";
ad € 1052,74 per le strutture accreditate classificate in Tipologia "B.2";
ad € . per le strutture accreditate classificate in Tipologia "C".

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. _membri di cui n. _ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. _ membri nominati dalla ASL, di cui un membro con funzione di coordinamento. Al tavolo tecnico partecipa obbligatoriamente il Referente del Nucleo Operativo di Controllo (NOC) della ASL per la specifica linea di attività per il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, prevista dal DCA n. 103 del 06.12.2019 (pubblicato sul BURC n. 77/2019).
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico aziendale spettano, in particolare, i seguenti compiti:

a) monitoraggio mensile dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL e con i monitoraggi effettuati a livello regionale, in attuazione del DCA n. 103 del 06.12.2019, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;

b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici;

c) 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)

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). **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.**

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 sforamento 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. 316 del 30/09/2026 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 (pari per il secondo semestre 2026 al 2,40% come da Comunicato MEF in G.U. n. 163 del 16.07.2026 e aggiornato ogni sei mesi con comunicazione del MEF pubblicata nella G.U.), come segue:

   a) per i primi due mesi di ritardo: due punti percentuali;
   b) per i successivi due mesi di ritardo: quattro punti percentuali;
   c) per ulteriori due mesi di ritardo: sei punti percentuali;
   d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: otto punti percentuali.

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

Art. 9
(debito informativo e CUP regionale)

1. Le strutture private accreditate sono impegnate:
   a) ad entrare ed operare con continuità nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (**S**istema **INFO**rmativo sa**N**ità Campan**IA** di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d'ora che l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale dovrà avvenire attraverso l'utilizzo del Sistema CUP SINFONIA, attraverso agende informatizzate di prenotazione a carico del SSR, secondo le modalità operative ed evolutive stabilite dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e/o dalla Giunta regionale;
   b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall'art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;
   c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, comprese quelle con onere a carico dell'assistito, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 e s.m.i.;

d) ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.

2. La sottoscritta 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 7 settembre 2023 - *Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0* (G.U. n. 249 del 24.10.2023), e dell'11 novembre 2025 – Modifiche al decreto 7 settembre 2023, concernente il fascicolo sanitario elettronico 2.0 (GU n° 286 del 10 dicembre 2025) 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 2026, nonché all'esercizio 2025, 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. 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.
3. Con la sottoscrizione del presente accordo, l'Associazione accetta anche i criteri e la metodologia di determinazione dei limiti di spesa, che restano fermi per le determinazioni successive relative alla medesima annualità.

Li Caserta, 20/10/2026

Timbro e firma della ASL Caserta
Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante Il Direttore
della Associazione

Allegato A\1: Anno 2026 – provvisorio 2027- conferma / modifica Anno 2025

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*");

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

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

Timbro e firma della ASL Caserta Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante della Associazione Il Direttore

ALL. 5

Associazione
Sanità
Privata
Accreditata
Territoriale

Prot. 13/CM
16 ottobre 2026

OGGETTO: Tavolo Tecnico Regionale del 19 -10-2026 (DGRC 540/2026).

Gentilissimi,

per quanto riguarda la DGRC specificata in oggetto, l'ASPAT Campania chiede, se prima della stipula dei contratti la Regione o le AA.SS.LL abbiano fatto ricognizione sulle composizioni delle compagini societarie delle Strutture Accreditate, ai sensi del DCA 109 e ss.mm.ii.; chiede evidenza delle risultanze o eventualmente a che punto è questo processo.

inoltre, dichiara:

che, come, disposto nella pronuncia dell'adunanza plenaria del Consiglio di Stato del giorno 30 luglio 2026, l'apposizione della clausola di salvaguardia è legittima ma con la precisazione che, tuttavia, tale effetto preclusivo non si estende, ad esempio, su schemi contrattuali proposti con ritardo rispetto all'inizio dell'esercizio finanziario (come nel nostro caso odierno) o su Delibere rese a consuntivo che non erano conoscibili al momento della sottoscrizione.

Sicché, è necessario modificare il testo della clausola di salvaguardia perimetrandone l'effettiva portata in conformità alle prescrizioni conformative scaturenti dalla ricordata decisione dell'adunanza plenaria che, preliminarmente all'adozione degli schemi di contratto, occorre ancora intervenire sugli indicatori di premialità, in quanto come gia' fatto rilevare in tutti i tavoli di confronto regionali, il meccanismo, individuato nella Delibera 215-2022 allegato B e nel DD 256-2026, per la concorrenzialita' va modificato; sia nell'impostazione (premialita' e penalita'), sia sull'individuazione dei cosiddetti indicatori di performance, che in molti casi danno punteggi che sono attribuiti a monte e sui quali le strutture non hanno alcuna possibilita' di competere, concorrere o modificare onde migliorare la propria performance.

(ad esempio, numero di prestazioni ssn indicatore c8, che viene sancito direttamente dal contratto, e territorialita' indicatore e13).

Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale
Via Camillo Cucca, 102 – 80031 – Brusciano (NA)
P.IVA/C.F. 0095-[illegible]
Tel. 081 [illegible]
www.aspatcampania.it
aspatcampania@gmail.com
aspat@pec.it

Associata a: Federazione Nazionale Sanità Privata Accreditata Territoriale

Aderente a: CONFIMPRESE ITALIA dal 1996

Si aggiunge che, alla luce di tali considerazioni e dei tagli che le strutture di specialistica hanno gia' subito dal 2022 ad oggi (nel solo 2024 taglio del 7% del tetto assegnato nel 2022) sembra poi veramente immotivato ed eccessivo l'aumento della percentuale di spostamento del tetto previsto in ragione del 10% per il 2027 e del 20% per il 2028.

Considerando soprattutto che un tale taglio del tetto assegnato non è sopportabile per le strutture accreditate, perche' gia' nel solo biennio 2027-2028 eroderebbe completamente il margine operativo economico delle aziende colpite.

ASPAT registra tra i propri Associati generale malcontento relativo alla governance attuale dei processi in capo alla programmazione sanitaria, sia politica che meramente amministrativa, ed onde evitare certi contenziosi sulla vicenda, è pronta a formulare proposte alternative all'attuale meccanismo che non soddisfa criteri di concorrenza equi per tutte le strutture e che nei fatti provoca storture quali, incremento delle liste di attesa, poca attenzione ai territori e trasferimento di finanziamenti da una disciplina ad un'altra causando, con buona probabilita', il mancato raggiungimento dei lea storici. Altresì chiedendo un immediato confronto con le Associazioni di Categoria e, medio tempore, la sospensione dei provvedimenti richiamati in attesa delle necessarie integrazioni e modifiche a farsi.

Cordiali saluti.

Il Coordinatore ASPAT Campania
Macroarea Specialistica Ambulatoriale
Dott. Angelo Mazzeo

Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale
Via Camillo Cucca, 102 – 80331 – Bruscoano (NA)
P.IVA/C.F. 006443200
Tel. 081 [illegible]
www.aspatcampania.it
aspatinformo@gmail.com
aspatpec.it

Associata a:
Federazione Nazionale Sanità Privata Accreditata Territoriale
FENASPAT

Aderente a:
CONFIMPRESE ITALIA dal 1996

ALL. 6

Circolare Ministero della Salute 16 aprile 2015, n. 11669 - **Riorganizzazione dei servizi di medicina di laboratorio nel Servizio sanitario nazionale** *(indirizzata ai direttori generali degli Assessorati alla Sanità delle Regioni e delle Province Autonome)*

Come è noto, la L. 27 dicembre 2006, n. 296 (Finanziaria 2007), all'art. 1, comma 796, definisce una serie di disposizioni per garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2007-2009, in attuazione dell'Intesa tra Stato e Regioni del 28 settembre 2006. Tra queste disposizioni alcune riguardano i laboratori di analisi. In particolare la lett. *o)* del citato comma prevede, tra l'altro, che "le Regioni provvedono entro il 28 febbraio 2007 ad approvare un piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, al fine dell'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate".

L'attuazione della norma, tuttavia, ha innescato una riflessione ben più ampia sul sistema di offerta della diagnostica di laboratorio, che ha portato, nel 2009, alla stesura di "Linee di indirizzo per la riorganizzazione dei servizi di medicina di laboratorio nel Servizio sanitario nazionale", un documento metodologico condiviso con i referenti delle Regioni, il Ministero della salute, Agenas, il tavolo della Specialistica Ambulatoriale, le società scientifiche, con l'obiettivo di delineare i principi di riferimento per i processi di riorganizzazione collocando l'intervento sulla struttura dell'offerta della diagnostica di laboratorio nel contesto complessivo dell'organizzazione dei servizi sanitari.

Dall'anno 2009 anche il Comitato per la verifica dell'erogazione dei Lea ha inserito la riorganizzazione della rete laboratoristica tra gli adempimenti previsti per l'accesso alla quota premiale.

Successivamente quanto contenuto nelle linee di indirizzo del 2009 è stato trasposto nell'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2011 (Rep. Atti n.61/CSR).

Ad oggi si registra un'applicazione della norma molto variabile a livello regionale e continuano a pervenire a questo Ministero numerose note da parte di associazioni datoriali di categoria che evidenziano difficoltà operative e modalità inique di attuazione di quanto previsto dall'Accordo sopra citato, in particolar modo nelle Regioni in Piano di Rientro.

Al fine di facilitare l'attuazione di quanto previsto dalla normativa si ritiene utile formulare di seguito alcune indicazioni rispetto all'implementazione delle reti laboratoristi che, sottolineando l'urgenza, per le Regioni che non lo abbiano ancora fatto, di disciplinare preliminarmente e tempestivamente i "service di laboratorio".

Meccanismi di aggregazione

Riferimenti dell'Accordo Stato-Regioni 23 marzo 2011:

"... Tutto questo si realizza solo attivando meccanismi di reale aggregazione fra strutture di laboratorio, volte non tanto alla sopravvivenza delle stesse, ma ad un reale progetto di miglioramento della qualità complessiva. Tradotto in termini pratici, questo significa che le modalità di aggregazione potranno prevedere la creazione, ad esempio, di cooperative, di strutture consortili oppure ATI, anche di tipo pubblico-privato, che divengano esclusivi interlocutori delle Regioni e che rientrino pertanto nei meccanismi di governo delle stesse, sostituendo e riducendo le singole strutture preaccreditate. Al fine di evitare concentrazioni e possibili posizioni dominanti, vanno vietate le aggregazioni che prevedano l'ingresso di soggetti economici diversi dalle strutture di laboratorio, quali ad esempio fornitori di reagenti, assicurazioni e società finanziarie. Vanno inoltre stabiliti i limiti agli ambiti territoriali delle aggregazioni, che non dovranno eccedere il territorio provinciale e/o regionale. Inoltre, al fine di evitare la formazione di Trust, le costituite aggregazioni non potranno detenere quote di partecipazione in altre aggregazioni presenti in tutto il territorio nazionale. Quindi, l'aggregazione non deve rappresentare un meccanismo formale di sopravvivenza, ma la reale riorganizzazione dell'offerta del privato in ambito di diagnostica di laboratorio".

Indicazioni:

Le aggregazioni di strutture di laboratorio sono previste quale forma organizzativa per il raggiungimento delle soglie di produttività stabilite nell'Accordo. Le Regioni disciplinano le forme di aggregazioni nel rispetto delle previsioni del codice civile e di eventuali ulteriori forme innovative previste da disposizioni legislative, in modo da prevedere che sia un unico soggetto l'esclusivo interlocutore della Regione, con responsabilità contrattuale e clinico-assistenziale.

Ogni singolo soggetto erogatore aggregato può mantenere la propria autonomia amministrativo-fiscale, di cui rimane responsabile, fatta salva la responsabilità in capo al soggetto aggregatore, unico interlocutore della regione, di vigilare sulla correttezza e trasparenza delle suddette attività amministrativo-fiscali.

Nell'ottica di un percorso finalizzato al consolidamento di una rete di diagnostica di laboratorio caratterizzata dai requisiti di efficienza, economicità e qualità, fermi restando i criteri individuati dall'Accordo e dalla normativa vigente, si suggerisce alle Regioni di disciplinare le modalità di aggregazione tenendo conto dei seguenti aspetti:

- durata minima delle aggregazioni;

- modalità di composizione e funzione dei singoli componenti del soggetto aggregato (es. punti prelievo, laboratorio di analisi).

Soglia minima di attività

Riferimenti dell'Accordo 23 marzo 2011:

"... Nei criteri di accreditamento dovrà essere prevista una soglia minima di attività, al di sotto della quale non si può riconoscere l'idoneità al riconoscimento di produttore accreditato e a contratto. La soglia minima proposta come riferimento è di un volume di attività di 200.000 esami di laboratorio complessivamente erogati/anno, prodotti in sede e non tramite service.

Considerazioni diverse e più articolate andranno previste per i laboratori specialistici (ad esempio nei settori della microbiologia, dell'anatomia patologica, della genetica medica). Tale soglia minima dovrà essere raggiunta in tre anni di attività, partendo da un volume minimo di 100.000 esami di laboratorio complessivamente erogati/anno. Alla soglia minima di attività dovrà corrispondere un valore economico della produzione pari al numeri esami di laboratorio/anno moltiplicato il costo medio del mix di prestazioni erogate dai laboratori con la stessa configurazione".

Indicazioni:

La soglia minima di attività, prevista come riferimento, costituisce requisito per i soggetti a contratto (singoli o associati) in quanto rappresenta elemento necessario per la garanzia di efficienza, economicità, nonché per elevati standard di qualità nell'offerta assistenziale di cui trattasi.

La procedura di contrattualizzazione avviene sulla base del fabbisogno e, non necessariamente, per l'intero volume prestazionale erogabile dalla struttura.

Per le strutture già accreditate definitivamente e a contratto, eventualmente per volumi prestazionali inferiori, la soglia minima di attività prevista rappresenta un vincolo da raggiungere nei termini previsti dalla programmazione sanitaria regionale.

Le aggregazioni devono essere formate da soggetti già in possesso di accreditamento definitivo e, pertanto, il nuovo soggetto aggregato non necessita di ulteriore accreditamento.

Per la determinazione della soglia si devono considerare sia le prestazioni a carico del Ssn che le prestazioni non a carico del Ssn, prodotte in sede. I dati delle prestazioni a carico del Ssn sono desumibili dal flusso informativo ex art. 50 della L. 326/2003. Per quanto riguarda le restanti prestazioni le Regioni devono individuare metodologie che si basino su criteri oggettivi e misurabili al fine di acquisire i dati necessari.

Esecuzione di esami di laboratorio presso altre strutture

Riferimenti dell'Accordo Stato-Regioni 23 marzo 2011:

Per rendere possibile questo progetto di aggregazione, è necessario che le singole Regioni normino il sistema del "service di laboratorio" fra strutture operanti nella rete, ossia la possibilità per le strutture di laboratorio di poter utilizzare altre strutture per esami che, per numerosità, complessità e/o necessità di strumentazione e personale molto qualificato, vanno consolidati all'interno di poche realtà. Lo scambio di campioni biologici, a livello regionale e fra soggetti accreditati, ha il valore di soddisfare l'utenza e preservare, nel contempo, la qualità del servizio. Per alcuni esami specialistici, le Regioni potranno consentire "service" verso strutture altamente qualificate, al fine di garantire la qualità complessiva del servizio, incluso il counseling interpretativo. Vi è da rilevare che in molte realtà questa tipologia di service esiste nei fatti, anche al di fuori di un contesto normativo che, viceversa, è assolutamente indispensabile per coniugare efficienza a qualità e a sicurezza per l'utente. Nella normativa sul service vanno inseriti requisiti di tutela delle modalità di trasporto e consegna dei campioni, della possibilità di identificazione per l'utente finale della struttura che ha eseguito l'esame (per esempio, per richieste e approfondimenti in tema di interpretazione dei risultati), di corretti meccanismi di contabilizzazione delle prestazioni erogate e di rapporti trasparenti con il sistema sanitario regionale. Va, inoltre, prevista la possibilità di utilizzare il "service di laboratorio " solo tra strutture di laboratorio autonome accreditate ovvero in possesso della stessa configurazione organizzativa prevista dal D.P.R. 14 gennaio 1997, nella considerazione che i laboratori di analisi possano accettare solo ed unicamente richieste per le prestazioni compatibili con il decreto di autorizzazione sindacale posseduto, ovvero sussistendo i requisiti organizzativi che consentono l'esecuzione delle prestazioni richieste presso i settori specializzati annessi".

Indicazioni:

In considerazione del ritardo acquisito in molte realtà regionali in materia di regolamentazione del cosiddetto "service" e della necessità di tale normativa per il governo-trasparente delle forme di aggregazione, si sollecita l'adozione di specifiche norme al riguardo, tenendo in considerazione che i laboratori accreditati, aggregati o meno, possono inviare campioni "in service" solo ad altre strutture accreditate pubbliche o private, aggregate o meno, mentre i laboratori autorizzati, sia a laboratori autorizzati che accreditati pubblici o privati, aggregati o meno. In ogni caso, sia per il soggetto

unico erogatore che per le aggregazioni, i contratti relativi al trasferimento dell'esecuzione di esami tra strutture devono essere resi noti e depositati presso la Asl/Regione contraente.

Nel definire la disciplina in materia si suggerisce alla Regione di tener conto delle seguenti indicazioni:

- chiara definizione di attori, procedure e responsabilità anche medico legali del Service di laboratorio;
- qualità, efficacia, sicurezza ed efficienza del sistema di trasferimento della esecuzione di esami;
- certificata tracciabilità del campione per l'intero processo anche per finalità di natura contabile;
- identificazione per l'utente finale della struttura pubblica o privata che ha eseguito l'esame;
- definizione delle tipologie di prestazioni delocalizzabili;
- specifico monitoraggio delle strutture che effettuano esami trasferiti da altre strutture.