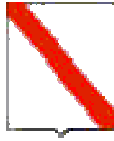


Deliberazione N.

Assessore

Presidente De Luca Vincenzo

PD 31004



DIR.GEN./ DIR. STAFF (*)	U.O.D. / Staff
DG 04	92

# Regione Campania

GIUNTA REGIONALE

SEDUTA DEL

PROCESSO VERBALE

Oggetto :

*Assegnazione provvisoria per l'esercizio 2022 dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa alle strutture sanitarie private accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale*

1)	Presidente	Vincenzo	DE LUCA	_____
2)	Vice Presidente	Fulvio	BONAVITACOLA	_____
3)	Assessore	Nicola	CAPUTO	_____
4)	”	Felice	CASUCCI	_____
5)	”	Ettore	CINQUE	_____ <b>521</b> _____
6)	”	Bruno	DISCEPOLO	_____
7)	”	Valeria	FASCIONE	_____
8)	”	Armida	FILIPPELLI	_____
9)	”	Lucia	FORTINI	_____
10)	”	Antonio	MARCHIELLO	_____
11)	”	Mario	MORCONE	_____
	Segretario			_____

**Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione Generale e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Direttore a mezzo di sottoscrizione della presente**

**PREMESSO**

- a. che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- b. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
- c. che l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: *"Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale"*;
- d. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della legge n. 191/09;
- e. che in data 10 luglio 2017 il Consiglio dei Ministri ha deliberato la nomina del Presidente della Giunta Regionale a Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario;
- f. che a seguito della delibera del Consiglio dei Ministri del 5 dicembre 2019 e della verifica positiva degli adempimenti ivi previsti, intervenuta nella riunione congiunta del 24 gennaio 2020 del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, è cessato il mandato commissariale conferito con la sopra citata deliberazione del Consiglio dei Ministri il 10 luglio 2017, e la Regione Campania è rientrata nell'esercizio delle funzioni precedentemente ricomprese nel mandato commissariale, nel rispetto della cornice normativa vigente in materia sanitaria e in materia di Piani di rientro dai deficit sanitari;

**DATO ATTO**

- a. che il decreto del Commissario ad acta n. 10 del 17 gennaio 2020, tra l'altro, ha stabilito i volumi massimi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa, assegnati agli erogatori privati di prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2019 e, in via provvisoria, per l'esercizio 2020, approvando i relativi schemi contrattuali da sottoscrivere tra le ASL e le strutture private accreditate, rispettivamente, per l'esercizio 2019 e per l'esercizio 2020;
- b. che la delibera della Giunta regionale n. 450 del 3 agosto 2020 ha stabilito in via definitiva i volumi massimi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa, assegnati agli erogatori privati di prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2020, disponendo che le ASL e gli erogatori privati avrebbero utilizzato gli schemi contrattuali approvati dal DCA n. 10/2020 per formulare e sottoscrivere le conseguenti modifiche dei contratti per l'esercizio 2020;
- c. che la delibera della Giunta regionale n. 354 del 4 agosto 2021 ha stabilito in via definitiva i volumi massimi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa, assegnati agli erogatori privati di prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2021, suddivisi fra il tetto di spesa *ordinario* e l'*integrazione*, consentita per il 2021 dall'art. 26, commi 2 e 3, del decreto legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito con modifiche dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, per il recupero delle minori prestazioni erogate nel 2020;
- d. che la medesima DGRC n. 354/2021 ha, inoltre, stabilito in via provvisoria la variazione percentuale dei limiti di spesa per l'esercizio 2022, rispetto al tetto di spesa *ordinario* 2021, con il seguente criterio: incremento del 1,5% per la dialisi ambulatoriale e del 3% per la radioterapia, a fronte di una generale riduzione di circa lo 0,8% dei limiti di spesa delle altre branche, necessaria per assicurare l'invarianza della spesa complessiva;
- e. che la successiva delibera della Giunta regionale n. 375 del 7 settembre 2021 ha approvato gli schemi dei protocolli d'intesa con le Associazioni di Categoria e dei contratti ex art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. con gli erogatori privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale, da applicarsi per l'esercizio 2021; ed ha incaricato il Direttore Generale per la Tutela della Salute e il

Coordinamento del SSR di predisporre entro il 30.11.2021 i nuovi schemi dei contratti ex art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1999 e s.m.i., per regolare l'erogazione delle stesse prestazioni nell'esercizio 2022 da parte dei soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale;

## DATO ATTO, altresì,

- a. che, rispetto alla originaria impostazione dei tetti di spesa "di branca" (DGRC n. 1272/2003 e n. 2451/2003), nella quale tutte le strutture private accreditate in una ASL per una macroarea / branca di assistenza sanitaria partecipano all'utilizzo di un budget comune, assegnato dalla Regione alla ASL, ormai da circa dieci anni si è passati nella quasi totalità dei settori ai tetti di spesa "di struttura", come si evidenzia dettagliatamente nell'allegato documento "**Allegato A - Nota Metodologica**";
- b. che l'impostazione del tetto di spesa "di branca" è rimasta in vigore solo nel settore dell'assistenza specialistica, limitatamente alle branche della Diabetologia, Cardiologia, Branche a Visita, Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi), Medicina Nucleare, Radiodiagnostica e Radioterapia; nonché nel settore dell'assistenza termale;
- c. che tale impostazione ha incontrato difficoltà crescenti, sia per la intrinseca complessità gestionale, sia perché le limitazioni, imposte agli acquisti di prestazioni sanitarie dalle strutture private accreditate, indispensabili per l'attuazione dal Piano di Rientro dal Disavanzo Sanitario e rese, comunque, obbligatorie dalla normativa sulla cd. *Spending Review* (DL 95/2012 e s.m.i.), hanno determinato un sempre più precoce esaurimento dei tetti di spesa;
- d. che, peraltro, l'estensione – in corso di realizzazione - di un unico CUP (Centro Unico di Prenotazione) a tutte le strutture sanitarie pubbliche e private, a livello di ASL, e, poi, regionale, con l'obiettivo di favorire una migliore accessibilità, trasparenza e disponibilità delle prestazioni sanitarie, richiede l'implementazione presso tutte le strutture private di una corretta gestione delle liste di attesa, che solo i tetti di spesa "di struttura" possono realisticamente consentire;

## RITENUTO

- a. che, pertanto, con la presente delibera si provvede:
  1. a confermare la programmazione provvisoria dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, assegnati agli erogatori privati di prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2022 dalla DGRC n. 354/2021 sopra richiamata;
  2. ad approvare tutte le disposizioni previste nell"**Allegato A - Nota Metodologica**" per applicare dal 1° gennaio 2022 l'impostazione dei tetti di spesa "di struttura" anche alle sopra citate branche della Diabetologia, Cardiologia, Branche a Visita, Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi), Medicina Nucleare, Radiodiagnostica e Radioterapia, attraverso i successivi passaggi specificati nella stessa Nota Metodologica;
  3. ad approvare, conseguentemente, gli allegati n. 1 e n. 2 alla medesima Nota Metodologica, che stabiliscono i volumi massimi ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2022 con la suddetta impostazione dei tetti di spesa "di struttura", nonché i relativi schemi contrattuali, allegati alla stessa Nota Metodologica;
  4. di fare obbligo ai Direttori Generali delle ASL di fornire alla Direzione Generale per la Tutela della Salute, in modo esauriente e puntuale, la documentazione dettagliatamente elencata nella allegata Nota Metodologica, alle inderogabili scadenze del 15 febbraio e del 15 marzo 2022;

## DATO ATTO

- a. che i volumi massimi di prestazioni, fissati per il 2022 in via provvisoria dalla DGRC n. 354/2021 e declinati per singola struttura accreditata dal presente provvedimento, rientrano nel fabbisogno di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, recentemente valutato per ciascuna branca nei seguenti atti:
  1. DGRC n. 354 del 4 agosto 2021, che ha approvato il documento "**IL FABBISOGNO REGIONALE DI PRESTAZIONI SANITARIE - Assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera - Anni 2020-2022**";
  2. Delibera n. 1 del 24 novembre 2021 del Commissario ad acta, nominato in esecuzione della sentenza del Consiglio di Stato - Sezione III n. 5293/19, n. 1 del 24 novembre 2021, che ha approvato il documento tecnico denominato "**Determinazione del fabbisogno assistenziale sanitario nella macroarea della specialistica ambulatoriale della Regione Campania per gli anni 2018/2019**".
- b. che dai sopra citati documenti si evidenzia che, a fronte di una ripartizione del numero dei punti di offerta delle prestazioni sanitarie complessivamente quasi uguale (circa 55% e 45% tra strutture pubbliche e

strutture private), la percentuale delle prestazioni erogate dalle strutture private è molto più alta di quella delle aziende sanitarie pubbliche; questo squilibrio denota una anomala ripartizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in Campania tra pubblico e privato accreditato, sbilanciata a favore del secondo rispetto a quanto accade nella maggior parte delle regioni che, a livello nazionale, vengono generalmente assunte come benchmark;

- c. che successivi provvedimenti saranno, quindi, istruiti sia per approfondire le valutazioni sul fabbisogno di prestazioni sanitarie nelle varie branche, sia per promuovere una ripartizione nell'erogazione delle prestazioni più congrua, rispetto al ruolo centrale delle ASL e delle Aziende Ospedaliere nel SSR;

## PRECISATO

- a. che, analogamente a quanto stabilito per il 2015 dal DCA n. 8/2016, per il 2016 e 2017 dal DCA n. 89/2016, per il 2018 dal DCA n. 84/2018 e per gli esercizi 2019 e 2020 dal DCA n. 10/2020, e confermato dalla DGRC n. 354/2021 anche per il biennio 2021 e 2022, in considerazione della specificità della branca della dialisi ambulatoriale, si applicherà la compensazione tra sottoutilizzi e sforamenti dei tetti di spesa, prima a livello di ASL, e poi a livello regionale; nonché la previsione che, qualora nonostante tali compensazioni dovessero residuare degli sforamenti non coperti, la Regione potrà autorizzare la stipula di contratti integrativi con una decurtazione del 35% della tariffa, in analogia con quanto convenuto per il 2014 ed approvato dal DCA n. 68/2015, e fermo restando il rispetto dei limiti massimi complessivi ammessi dalla normativa sulla Spending Review (DL 95/2012 e s.m.i.);
- b. che per la branca di radioterapia, in considerazione della specificità di tali prestazioni, si confermano anche per il 2022 le disposizioni in vigore fin dal DCA n. 85/2011, secondo le quali: *“tutti gli eventuali risparmi di spesa che saranno realizzati ..., rispetto ai limiti di spesa assegnati ... alle ASL per le diverse macroaree / branche delle prestazioni erogate dai soggetti privati, saranno destinati prioritariamente alla copertura della eventuale maggiore spesa per radioterapia, in concorrenza con la branca di dialisi ...; eventuali risparmi realizzati in una ASL, rispetto alla spesa per radioterapia prevista ..., saranno destinati a compensare l'eventuale maggiore spesa prodotta su tali prestazioni in altre ASL”*;

## DATO ATTO

- a. che per tutto quanto non modificato dalla presente delibera, rimangono in vigore le disposizioni recate dalla citata delibera della Giunta regionale n. 354 del 4 agosto 2021;

Alla stregua della istruttoria tecnico-amministrativa effettuata dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento con il SSR

## DELIBERA

Per tutto quanto esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato:

1. di **APPROVARE** l'allegato documento **“Allegato A - Nota Metodologica”**, nonché gli allegati n. 1 e n. 2 e gli schemi contrattuali allegati al medesimo documento, che costituiscono parte integrante e sostanziale della presente delibera.
2. di **APPROVARE** specificamente tutte le indicazioni e disposizioni dettagliatamente esposte nelle premesse alla presente delibera e nel documento **“Allegato A - Nota Metodologica”**;
3. di **INCARICARE** i Direttori Generali delle ASL di fornire alla Direzione Generale per la Tutela della Salute, in modo esauriente e puntuale, la documentazione dettagliatamente elencata nella allegata Nota Metodologica, **alle inderogabili scadenze del 15 febbraio e del 15 marzo 2022**.
4. di **STABILIRE** che le ASL e le strutture private accreditate dovranno sottoscrivere i contratti ex art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. per i limiti di spesa assegnati dalla presente delibera, entro il 31 gennaio 2022.
5. di **STABILIRE** che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura privata è subordinata alla sottoscrizione da parte della stessa di specifico contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. con la ASL nel cui territorio è ubicata, e non può eccedere i limiti di spesa fissati nella presente delibera e riportati nel suddetto contratto.
6. di **PRECISARE** che i limiti di spesa fissati dalla presente delibera hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del SSR: rimane, infatti, obbligo della ASL territorialmente competente verificare prima della stipula dei contratti con i singoli

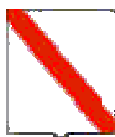
operatori privati accreditati, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari per poter erogare prestazioni sanitarie con oneri a carico del SSR.

7. di **PRECISARE** che la verifica che le ASL devono effettuare prima della stipula del contratto per l'esercizio 2022 con i singoli operatori privati accreditati, a maggior ragione, in questa occasione deve essere svolta con particolare attenzione, stante il carattere innovativo della ripartizione del budget alle singole strutture private, operato negli allegati n. 1 e n. 2 alla Nota Metodologica.

8. di **STABILIRE** che la presente delibera sarà immediatamente notificata alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste, a tutte le Associazioni di categoria ed a tutte le strutture private interessate.

9. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, riservandosi di adeguarlo alle eventuali osservazioni formulate dagli stessi.

10. di **TRASMETTERE** il presente atto alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, alla Direzione Generale per le Risorse Finanziarie, ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e all'Ufficio competente per la pubblicazione sul BURC e nella Sezione Trasparenza del sito istituzionale della Regione Campania.



## GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

DELIBERAZIONE n°		del		DIR.GEN./DIR. STAFF (*)	UOD/STAFF DIR.GEN.
				DG 04	92

**OGGETTO :**

***Assegnazione provvisoria per l'esercizio 2022 dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa alle strutture sanitarie private accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale***

QUADRO A	CODICE	COGNOME	MATRICOLA	FIRMA
PRESIDENTE / ASSESSORE		<i>Presidente De Luca Vincenzo</i>		
DIRETTORE GENERALE / DIRIGENTE STAFF		<i>Dott. Riccio Luigi delegato dal Direttore Generale</i>		

VISTO DIRETTORE GENERALE ATTIVITA' ASSISTENZA GIUNTA	COGNOME	FIRMA
DATA ADOZIONE	INVIATO PER L'ESECUZIONE IN DATA	

AI SEGUENTI UFFICI:

*Dichiarazione di conformità della copia cartacea:*

Il presente documento, ai sensi del T.U. dpr 445/2000 e successive modificazioni è copia conforme cartacea dei dati custoditi in banca dati della Regione Campania.

Firma

-----

(\*)

DG= Direzione Generale

US= Ufficio Speciale

SM= Struttura di Missione

UDCP= Uffici di Diretta Collaborazione con il Presidente

## Allegato A\1 – Protocollo DIALISI – Anno 2022

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

**E**

L'Azienda Sanitaria Locale -----\_Partita IVA: ----- Codice Fiscale-----  
----- (se diverso dalla Partita IVA): rappresentata dal Commissario Straordinario -----  
-----, nato a ----- (--) il --/--/-----, munito dei necessari poteri come da \_\_\_\_\_  
di nomina n. ----- del ---/--/-----:

**PER**

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di EMODIALISI AMBULATORIALE per l'anno 2022.

**PREMESSO**

- che con delibera della Giunta regionale n. \_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ sono stati definiti i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2022 per le prestazioni di dialisi ambulatoriale, e sono stati approvati gli schemi dei protocolli d'intesa con le Associazioni di Categoria e dei contratti ex art. 8-quinquies con gli erogatori privati accreditati, da applicarsi per l'esercizio 2022, ai quali il presente protocollo si uniforma;
- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative delle delibere sopra citate.

**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, delle tipologie delle prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE ed i correlati limiti di spesa da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2022 da parte delle strutture private accreditate operanti nel territorio della sottoscritta ASL.

**Art. 3**

**(quantità delle prestazioni)**

1. Il fabbisogno di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2022 dalle strutture private accreditate, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2022 è stabilito in n. .... (prestazioni).

**Art. 4**

**(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)**

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per il volume di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE determinato all'art. 3, è fissato in € \_\_\_\_\_ per l'anno 2022, applicando le tariffe vigenti e la soglia massima annua di fatturazione da parte di ciascun centro di dialisi del numero delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, rispetto al totale delle prestazioni di dialisi effettuate dallo stesso centro privato nel medesimo anno solare, con i criteri stabiliti dal decreto commissariale n. 53/2013, pubblicato sul BURC n. 37 del 8 luglio 2013.

## **Allegato A\1 – Protocollo DIALISI – Anno 2022**

### **Art. 5**

#### **(criteri di remunerazione delle prestazioni)**

1. La remunerazione delle prestazioni di cui al precedente art. 4 avverrà sulla base delle tariffe regionali e della soglia massima di remunerazione delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, pari al 20% del numero delle prestazioni di dialisi (codici da 39.95.1 a 39.95.9) complessivamente erogate da ogni struttura nell'anno solare, come stabilito dal sopra citato decreto commissariale n. 53/2013 e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4.
2. 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.
3. Le parti si danno atto che, in base a quanto disposto dalla citata DGRC n. \_\_\_/\_\_\_, eventuali superamenti del limite di spesa di cui al precedente art. 4 potranno essere remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, previa stipula di appositi accordi integrativi tra la ASL ed i centri privati operanti sul proprio territorio, alle condizioni e con le modalità specificate nella stessa delibera.

### **Art. 6**

#### **(Tavolo Tecnico)**

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente protocollo è istituito un tavolo tecnico tra le Associazioni di categoria e l'ASL. 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. Al tavolo tecnico 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 del limite di spesa definito 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.
3. 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, dandone comunicazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019.
4. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o disequilibranze applicative del presente contratto, le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, su tutti gli adempimenti previsti dal presente protocollo e messi in essere, comprese le attività svolte dai tavoli tecnici e le successive attuazioni delle decisioni assunte.



## Allegato A\1 – Protocollo DIALISI – Anno 2022

5. Si allega al presente protocollo la delibera del Direttore Generale della ASL che attribuisce alle singole strutture i volumi massimi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2022, ed alla quale sono allegati le osservazioni dei componenti del Tavolo tecnico di cui al presente articolo.

### 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. 8, 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. 8 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 ad ogni struttura privata un acconto mensile pari all'85% del fatturato mensile, 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. Costituisce, inoltre, motivo di decurtazione e non liquidabilità delle prestazioni:
  - a) il mancato rispetto del *"Percorso diagnostico terapeutico per la definizione dei Criteri di Immissione di pazienti in IRC V stadio (naive) in terapia emodialitica cronica"*, approvato dal DCA n. 89/2016;
  - b) il superamento del limite del 15% delle prestazioni supplementari.
3. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà a sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono ma, comunque, a non meno di trenta giorni dalla data di ricezione della fattura. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 30 giugno per le fatture del primo trimestre; entro il 30 settembre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 dicembre per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 31 marzo dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. 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 eventualmente necessaria per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4, 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. 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.
5. 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

## Allegato A\1 – Protocollo DIALISI – Anno 2022

tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:

- a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
  - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
  - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
  - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
6. 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.
7. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
8. 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

#### (debito informativo e CUP regionale)

1. Le strutture private accreditate sono impegnate:
  - a) ad entrare nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (Sistema **INFO**rmativo saNità Campan**IA** di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d'ora che l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale potrà avvenire attraverso l'utilizzo di una apposita piattaforma di prenotazione ed erogazione regionale (denominata CUP SINFONIA) in fase di realizzazione, nonché delle relative agende informatizzate di prenotazione che saranno concordate con la ASL di competenza;
  - b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall'art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;
  - c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 e s.m.i.;
  - d) ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.
2. La sottoscritta ASL effettuerà i controlli, in relazione alle ricette dematerializzate delle prestazioni ambulatoriali erogate, attraverso la verifica dei dati elettronici resi disponibili dal Sistema TS con la lista delle ricette dematerializzate (NRE) erogate nel mese e registrate sul

## **Allegato A\1 – Protocollo DIALISI – Anno 2022**

SAC, come sancito dal D.L. 78/2010 art. 11, comma 16 e quanto presente nel FILE C. In caso di irregolarità formali la struttura privata potrà procedere alla regolarizzazione dei flussi informativi, ove ancora possibile e consentito. Eventuali incongruenze potranno determinare la sospensione dei pagamenti finché non saranno state rimosse.

3. Qualora vengano rilevate difformità in ordine a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, l'ufficio preposto della ASL, sulla base dei controlli effettuati dal Nucleo Operativo di Controllo (NOC) ai sensi del DCA n. 103/2019, procederà a specifica contestazione, anche ai fini della eventuale decurtazione degli importi non dovuti.
4. Le strutture private accreditate sono responsabili della completezza e qualità dei dati trasmessi. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'erogatore, qualora non tempestivamente rimosso, costituisce giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento. In tal caso la sottoscritta ASL proporrà alla Regione con delibera motivata la sospensione dell'accREDITAMENTO sino al permanere dell'inadempimento, fatta salva la possibilità che si giunga alla revoca dell'accREDITAMENTO da parte degli organi competenti per grave inadempimento.

### **Art. 9**

#### **(fascicolo sanitario elettronico e protezione dei dati)**

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

### **Art. 10**

#### **(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,

## Allegato A\1 – Protocollo DIALISI – Anno 2022

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. 11 (efficacia e norme finali)

1. Il presente protocollo si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2022, in esecuzione della DGRC n. \_\_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_\_.
2. Il presente protocollo sarà adeguato ai successivi provvedimenti regionali in materia che dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.
3. Al fine di prevenire contenziosi sulle eventuali contestazioni in merito ai controlli eseguiti sulle prestazioni sanitarie e sulle misure adottate, le parti potranno richiedere un parere alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo di cui al DCA n. 103 del 06.12.2019
4. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente protocollo è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.

### Art. 12 (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 alla annualità di erogazione delle prestazioni, regolata con il presente contratto.

li ..... , \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Timbro e firma della ASL \_\_\_\_\_  
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della Associazione

\_\_\_\_\_

Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 7, comma 4: (*“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. 12 (*Clausola di salvaguardia*) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL \_\_\_\_\_  
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della Associazione

## Allegato A\2 – Contratto Dialisi – Anno 2022

**Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.**

### Contratto TRA

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

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

con sede in ..... (Prov: ; CAP: \_\_\_\_\_) – .....

rappresentata dal .....

come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o della Regione che redige il presente atto;

il / la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 T.U. 445/2000, dichiara:

- a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentate legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure - copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni (*oppure: si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di concordato con continuità aziendale*);
- c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 6 del D.Lgs. n. 159/2011, che non sussistono le cause ostative previste artt. 67 e 84, comma 4, del D.Lgs. n. 159/2011, e più in generale le cause di esclusione previste dall'art. 80 comma 1 e 2 del D.Lgs. 50/2016;
- d) di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;
- e) di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. (INPS o INAIL) n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ (data richiesta indicata nel DURC) ex art. 80, comma 4, del D.Lgs. n. 50/2016.

### E

L'Azienda Sanitaria Locale -----\_Partita IVA: ----- Codice Fiscale-----  
----- (se diverso dalla Partita IVA): rappresentata dal Direttore Generale  
-----, nato a ----- il -----, munito dei necessari poteri come da  
----- di nomina n. \_\_\_ del \_\_\_\_\_:

### PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di EMODIALISI AMBULATORIALE per l'anno 2022.

### PREMESSO

- che con delibera della Giunta regionale n. \_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ sono stati definiti i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2022 per le prestazioni di dialisi ambulatoriale, e sono stati approvati gli schemi dei protocolli d'intesa con le Associazioni di Categoria e dei contratti ex art. 8-quinquies con gli erogatori privati accreditati, da applicarsi per l'esercizio 2022, ai quali il presente contratto si uniforma;
- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative della citata DGRC n. \_\_\_/\_\_\_\_\_;

## Allegato A\2 – Contratto Dialisi – Anno 2022

**Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.**

VISTO

lo schema di protocollo di intesa preliminare tipo tra le AA.SS.LL e le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi, le tipologie ed i correlati limiti di spesa delle prestazioni di dialisi ambulatoriale da erogarsi per l'esercizio 2022 da parte delle strutture private accreditate, allegato sub A\1 alla DGRC n. \_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_.

**Si conviene quanto segue:**

### **Art. 1**

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

### **Art. 2**

**(oggetto)**

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2022 da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa.

### **Art. 3**

**(quantità delle prestazioni)**

1. Il fabbisogno di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1/1 – 31/12/2022 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2022, è stabilito in n. .... (prestazioni).

### **Art. 4**

**(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)**

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per il volume di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE determinato all'art. 3, è fissato in € \_\_\_\_\_ per l'anno 2022, applicando le tariffe vigenti e la soglia massima annua di fatturazione da parte di ciascun centro di dialisi del numero delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, rispetto al totale delle prestazioni di dialisi effettuate dallo stesso centro privato nel medesimo anno solare, con i criteri stabiliti dal decreto commissariale n. 53/2013, pubblicato sul BURC n. 37 del 8 luglio 2013.

### **Art. 5**

**(criteri di remunerazione delle prestazioni)**

1. La remunerazione delle prestazioni di cui al precedente art. 4 avverrà sulla base delle tariffe regionali e della soglia massima di remunerazione delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, pari al 20% del numero delle prestazioni di dialisi (codici da 39.95.1 a 39.95.9) complessivamente erogate dalla sottoscritta struttura nell'anno solare, come stabilito dal decreto n. 53/2013 del Commissario ad acta per la Attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario, e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4.
2. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si

## Allegato A\2 – Contratto Dialisi – Anno 2022

### Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento del limite di spesa indicato al precedente art. 4.

3. Le parti si danno atto che, in base a quanto disposto dalla citata DGRC n. \_\_\_/\_\_\_, eventuali superamenti del limite di spesa di cui al precedente art. 4 potranno essere remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, previa stipula di apposito accordo integrativo tra la ASL ed il sottoscritto centro privato, alle condizioni e con le modalità specificate nella stessa delibera.

#### **Art. 6 (Tavolo Tecnico)**

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico tra le Associazioni di categoria e l'ASL. 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. Al tavolo tecnico 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 del limite di spesa definito 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.
3. 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, dandone comunicazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute.
4. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o diseguglianze applicative del presente contratto, le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, su tutti gli adempimenti previsti dal presente contratto e messi in essere, comprese le attività svolte dai tavoli tecnici e le successive attuazioni delle decisioni assunte.

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

1. La sottoscritta struttura privata si impegna a documentare l'attività sanitaria erogata a mezzo dei flussi informativi di cui al successivo art. 8, 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. 8 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.

## Allegato A\2 – Contratto Dialisi – Anno 2022

### Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

2. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari all'85% del fatturato mensile, 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. Costituisce, inoltre, motivo di decurtazione e non liquidabilità delle prestazioni:
  - a) il mancato rispetto del “*Percorso diagnostico terapeutico per la definizione dei Criteri di Immissione di pazienti in IRC V stadio (naive) in terapia emodialitica cronica*”, approvato dal DCA n. 89/2016;
  - b) il superamento del limite del 15% delle prestazioni supplementari.
3. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà a sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono ma, comunque, a non meno di trenta giorni dalla data di ricezione della fattura. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 30 giugno 2022 per le fatture del primo trimestre; entro il 30 settembre 2022 per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 dicembre 2022 per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 31 marzo 2023 per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre 2022. 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 eventualmente necessaria per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4, 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 della struttura privata, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.
4. 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.
5. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
  - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
  - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
  - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
  - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
6. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.



## Allegato A\2 – Contratto Dialisi – Anno 2022

### Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

7. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
8. Ai fini del rispetto dell'art. 3, comma 8, della legge 13 agosto 2010, n. 136, sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del presente contratto: codice IBAN: \_\_\_\_\_; presso: \_\_\_\_\_, generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: \_\_\_\_\_; impegnandosi a comunicare tempestivamente, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante, eventuali modifiche.

### Art. 8

#### (debito informativo e CUP regionale)

1. La sottoscritta struttura privata con la sottoscrizione del presente contratto si impegna:
  - a) ad entrare nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (Sistema **INFO**rativo saNità Campan**IA** di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d'ora che l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale potrà avvenire attraverso l'utilizzo di una apposita piattaforma di prenotazione ed erogazione regionale (denominata CUP SINFONIA) in fase di realizzazione, nonché delle relative agende informatizzate di prenotazione che saranno concordate con la ASL di competenza;
  - b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall'art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;
  - c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 e s.m.i.;
  - d) ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.
2. La sottoscritta ASL effettuerà i controlli, in relazione alle ricette dematerializzate delle prestazioni ambulatoriali erogate, attraverso la verifica dei dati elettronici resi disponibili dal Sistema TS con la lista delle ricette dematerializzate (NRE) erogate nel mese e registrate sul SAC, come sancito dal D.L. 78/2010 art. 11, comma 16 e quanto presente nel FILE C. In caso di irregolarità formali la struttura privata potrà procedere alla regolarizzazione dei flussi informativi, ove ancora possibile e consentito. Eventuali incongruenze potranno determinare la sospensione dei pagamenti finché non saranno state rimosse.

## Allegato A\2 – Contratto Dialisi – Anno 2022

### Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

3. Qualora vengano rilevate difformità in ordine a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, l'ufficio preposto della ASL, sulla base dei controlli effettuati dal Nucleo Operativo di Controllo (NOC) ai sensi del DCA n. 103/2019, procederà a specifica contestazione, anche ai fini della eventuale decurtazione degli importi non dovuti.
4. La struttura privata è responsabile della completezza e qualità dei dati trasmessi. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'erogatore, qualora non tempestivamente rimosso, costituisce giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento. In tal caso la sottoscritta ASL proporrà alla Regione con delibera motivata la sospensione dell'accREDITAMENTO sino al permanere dell'inadempimento, fatta salva la possibilità che si giunga alla revoca dell'accREDITAMENTO da parte degli organi competenti per grave inadempimento.

### Art. 9

#### (fascicolo sanitario elettronico e protezione dei dati)

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

### Art. 10

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

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

## Allegato A\2 – Contratto Dialisi – Anno 2022

**Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.**

liquidabile, necessari per assicurare il rispetto dei limiti di spesa fissati dal presente contratto (regressioni tariffarie e/o altre decurtazioni).

### Art. 11

#### (efficacia e norme finali)

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2022 in esecuzione della DGRC n. \_\_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_\_.
2. Il presente contratto sarà adeguato ai successivi provvedimenti regionali in materia che dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.
3. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.

### Art. 12

#### (Clausola di salvaguardia)

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

lì ..... , \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Timbro e firma della ASL \_\_\_\_\_  
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della struttura privata

\_\_\_\_\_

Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 7, comma 4: (*“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. 12 (*Clausola di salvaguardia*) del presente contratto.

Timbro e firma della ASL \_\_\_\_\_  
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della struttura privata

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

**PREMESSO**

- che la delibera della Giunta regionale n. \_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_ ha stabilito i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2022 per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, riferite alle branche di:
  - Diabetologia
  - Cardiologia
  - Altre branche a visita
  - Radiodiagnostica
  - Medicina nucleare
  - Radioterapia,

ed ha approvato gli schemi dei protocolli d'intesa con le Associazioni di Categoria e dei contratti ex art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. con gli erogatori privati accreditati, da applicarsi per l'esercizio 2022, ai quali il presente protocollo si uniforma;

**PRECISATO**

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

**Si conviene quanto segue:**

**Art. 1**

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

**Art. 2  
(oggetto)**

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

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

1. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di \_\_\_\_\_, che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2022 dalle strutture private accreditate, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2022 è stabilito in n. .... (prestazioni), di cui l'1% (uno per cento) per utenti residenti fuori regione (fatta salva la maggiore quantità risultante dalla applicazione del criterio stabilito a tale riguardo nell'allegato "A" – Nota Metodologica alla citata DGRC n. \_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_.

**Art. 4**

**(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)**

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2022 relativa al volume di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di \_\_\_\_\_, determinato per l'anno 2022 all'art. 3, comma 1, è fissato in:
  - a) € \_\_\_\_\_, per l'anno 2022, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio;
  - b) € \_\_\_\_\_, per l'anno 2022, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, al netto della compartecipazione dell'utente (ticket e quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i.);
2. Il limite di spesa lorda e netta, fissato al comma precedente, potrà essere utilizzato per utenti residenti fuori regione per una percentuale non superiore all'1% (uno per cento), fatta salva la maggiore quantità risultante dalla applicazione del criterio stabilito a tale riguardo nell'allegato "A" – Nota Metodologica alla citata DGRC n. \_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_.
3. Il limite di spesa fissato al comma precedente per i residenti fuori regione è inderogabile. Al contrario, l'eventuale sotto utilizzo di tale limite potrà essere speso per le prestazioni rese ai cittadini residenti in Campania, fermo restando il rispetto del limite complessivo di spesa stabilito al precedente comma 1.
4. L'importo di cui al comma 1, lettera a), diviso per il volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 1, definisce il valore medio delle prestazioni per la branca oggetto del presente protocollo, da declinare in conformità alla classificazione delle strutture erogatrici in base alle tipologie funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dal successivo art.6.

**Art. 5**

**(criteri di remunerazione delle prestazioni)**

1. La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario, al netto del ticket e della quota ricetta (e fatte salve eventuali modifiche delle tariffe che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati con delibera della Giunta Regionale).
2. Al fine di garantire la continuità assistenziale per tutti i dodici mesi dell'anno solare, ciascuna struttura privata applicherà i limiti di prestazioni e di spesa individuali, ad essa assegnati dalla sopra citata DGRC n. \_\_/\_\_\_, nella misura di 1/12 (un dodicesimo) per ogni mese. Il rispetto di questo vincolo sarà verificato per ciascuna struttura privata accreditata sul progressivo del valore economico, al netto della compartecipazione dell'utente, delle prestazioni rese nel corso dell'anno solare, con la seguente tolleranza: sarà consentito – alle condizioni di priorità sotto specificate – che il suddetto importo cumulato raggiunga una eccedenza, rispetto alla somma dei dodicesimi del tetto di spesa netta per i mesi trascorsi, non superiore al 30% del tetto di spesa netta mensile, con l'obbligo di recuperare lo sforamento al massimo entro il 31 dicembre 2022. Le prestazioni che in ciascun mese solare eccederanno la suddetta condizione, non saranno remunerate. Parimenti, non saranno remunerate le prestazioni che, pur rientrando nel suddetto limite del 30%, siano state rese dopo l'esaurimento del dodicesimo mensile del tetto di spesa annuo e non abbiano l'indicazione di URGENTE o BREVE nella prescrizione del MMG ("U" =

“Priorità Urgente”, oppure “B” = “Priorità Breve”, poi riportata nel campo “35.0: Livello di Priorità della richiesta” del FILE C).

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

#### **Art. 6**

#### **(Tavolo Tecnico)**

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire 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:
  1. 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;
  2. 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;
  3. determinazione del valore medio delle prestazioni, 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	Solo le seguenti PET/TC: 92.11.6, 92.11.7 e 92.18.6	

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

**Art. 7**

**(documentazione delle prestazioni e modalità di pagamento delle prestazioni)**

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

con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore delle strutture private accreditate, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.

4. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
5. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, non sarà liquidato e dovrà essere stornato da apposite note di credito, salvo conguaglio in sede di saldo annuale.
6. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
7. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
  - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
  - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
  - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
  - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
8. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
9. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
10. Ai fini del rispetto dell'art. 3, comma 8, della legge 13 agosto 2010, n. 136, sulla tracciabilità dei pagamenti, le strutture private indicheranno il conto corrente bancario loro intestato, sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del contratto, e si



impegheranno 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 tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza bimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4 e secondo quanto previsto dagli schemi allegati al presente protocollo.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private accreditate, non è consentito ad ogni singola struttura privata di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni, determinato secondo i criteri di cui al comma 6 dell'art. 4 ed agli allegati schemi che definiscono il case-mix delle strutture facenti capo alla medesima branca/tipologia prestazionale.
3. Il divieto di cui al comma precedente è tassativo e inderogabile. Eventuali situazioni particolari, su proposta del Tavolo Tecnico e se ritenute dalla ASL meritevoli di apprezzamento, dovranno formare oggetto di una delibera del Direttore Generale della ASL di proposta di deroga, da sottoporre all'approvazione della Regione.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del Tavolo Tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o disequaglianze applicative del presente protocollo le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, su tutti gli adempimenti previsti dal presente protocollo e posti in essere, comprese le attività svolte dai Tavoli Tecnici e le successive attuazioni delle decisioni assunte.

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

1. Le strutture private accreditate sono impegnate:
  - a) ad entrare nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (Sistema **INFO**rativo saNità Campan**IA** di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d'ora che l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale potrà avvenire attraverso l'utilizzo di una apposita piattaforma di prenotazione ed erogazione regionale (denominata CUP SINFONIA) in fase di realizzazione, nonché delle relative agende informatizzate di prenotazione che saranno concordate con la ASL di competenza;
  - b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall'art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;
  - c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del

## **Allegato A3**

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

progetto SINFONIA e, quindi, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 e s.m.i.;

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

#### **Art. 10**

##### **(fascicolo sanitario elettronico e protezione dei dati)**

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

#### **Art. 11**

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

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

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

**Art. 12  
(efficacia)**

1. Il presente protocollo si riferisce al periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2022, in esecuzione della delibera della Giunta regionale n. \_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_\_, citata in premessa.
2. Il presente protocollo sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

**Art. 13  
(norme finali)**

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

**Art. 14  
(Clausola di salvaguardia)**

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

lì ..... , \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Timbro e firma della ASL \_\_\_\_\_  
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della Associazione

## **Allegato A\3**

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

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

Timbro e firma della ASL \_\_\_\_\_  
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della Associazione

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Premessa**

La presente delibera conferma i limiti di spesa per l'esercizio 2022, indicati per ciascuna branca dell'assistenza specialistica ambulatoriale da acquistare dalle strutture private accreditate nell'allegato n. 1 - *Quadro delle prestazioni da privato soggette alla Spending Review (DL 95/2012 e s.m.i.)* alla DGRC n. 354 del 4 agosto 2021. In tale delibera fu stabilita la programmazione per l'esercizio 2021 e, in via provvisoria, la variazione dei limiti di spesa per l'esercizio 2022, come segue: incremento del 1,5% per la dialisi ambulatoriale, incremento del 3% per la radioterapia e, per assicurare l'invarianza della programmazione complessiva, una corrispondente riduzione dello 0,8% dei limiti di spesa delle altre branche (si ricorda che le variazioni furono determinate rispetto al budget 2021 *ordinario*, esclusa l'integrazione ex art. 26, commi 2 e 3, del decreto legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito con modifiche dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, che ha carattere straordinario).

Eventuali modifiche negli importi dei limiti di spesa per l'esercizio 2022, nel loro complesso e/o nella loro ripartizione tra ciascuna ASL per le diverse branche dell'assistenza specialistica ambulatoriale, saranno definite con successivi provvedimenti specifici per questo settore, e/o in sede di aggiornamento complessivo della programmazione dell'acquisto delle prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, erogata dalle strutture private accreditate, come si è previsto nella DGRC n. 497 del 10 novembre 2021.

La presente delibera interviene, invece, in modo innovativo sulle regole alle quali devono attenersi le strutture private accreditate dal 1° gennaio 2022 nell'erogare prestazioni sanitarie a carico del SSR, estendendo a tutte le branche dell'assistenza specialistica ambulatoriale i cd. tetti di *struttura* (ovvero, individuali, per singolo centro erogatore) e, quindi, con criteri generali già applicati da circa dieci anni nelle altre macroaree di assistenza sanitaria acquistata dai soggetti privati (ospedaliera, territoriale per riabilitazione, salute mentale e socio sanitario), nonché nella stessa macroarea della specialistica ambulatoriale per le branche della dialisi e della medicina fisica e riabilitativa (FKT).

L'innovazione riguarda, quindi, le branche della Diabetologia, Cardiologia, Branche a Visita, Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi), Medicina Nucleare, Radiodiagnostica e Radioterapia, che avevano mantenuto finora l'impostazione del cd. *tetto di branca*, ovvero di un budget assegnato a ciascuna ASL, al quale le diverse strutture private accreditate attingono in corso d'anno, fino al suo esaurimento, che costituiva l'impostazione iniziale dei limiti di spesa assegnati dalla Regione a tutte le macroaree di assistenza sanitaria acquistata da soggetti privati accreditati (DGRC n. 1272/2003 e n. 2451/2003).

### **Tetti di spesa “di struttura” e tetti di spesa “di branca”**

L'impostazione dei tetti di spesa “di branca”, come accennato, fu introdotta nel 2003 con le DGRC n. 1272 del 28.03.2003 e n. 2451 del 01.08.2003. Questa impostazione fu accolta con favore dalle strutture private accreditate perché consentiva ai singoli centri più attrattivi ed efficienti una più agevole crescita dimensionale, entro un margine massimo del 10% all'anno (il cd. limite all'*overselling*).

Tuttavia, come già si è avuto modo di esporre ampiamente nel DCA n. 10 del 17.01.2020, recante “*Limiti di spesa assegnati agli erogatori privati di prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale per gli esercizi 2019 e 2020*” (si vedano, in particolare, i paragrafi “*Premessa*” e “*Branca di Patologia Clinica: problematica delle Aggregazioni operanti in più ASL*” della Sezione III), questa impostazione presenta una notevole complessità gestionale, resa ancora più critica dal processo di aggregazione che ha interessato i Laboratori di Analisi negli ultimi anni, laddove molte aggregazioni comprendono (come SPOKE) anche laboratori operanti in ASL diverse da quella a cui fattura la capogruppo (HUB).

Inoltre, l'impostazione del tetto di spesa “di branca” ha generato, negli anni, a fronte delle limitazioni imposte agli acquisti di prestazioni sanitarie dalle strutture private accreditate, indispensabili per l'attuazione dal Piano di Rientro dal Disavanzo Sanitario e rese, comunque, obbligatorie dalla normativa sulla cd. *Spending Review* (DL 95/2012 e s.m.i.), un sempre più precoce esaurimento dei tetti di spesa e, conseguentemente, una sempre più agguerrita corsa dei vari centri privati ad effettuare la

maggiore attività possibile nei primi mesi dell'anno solare. Peraltro, con il negativo effetto di rendere immediatamente disponibili, nella prima metà dell'anno, senza alcuna lista di attesa, tutte le prestazioni sanitarie, comprese quelle che il MMG valuta programmabili, a scapito della esigenza, una volta esaurito il tetto di spesa “*di branca*”, di coadiuvare le strutture sanitarie pubbliche nell'assicurare le prestazioni urgenti e/o comunque da garantire in tempi certi e brevi (come, ad esempio, i controlli periodici previsti nei PDTA per patologie oncologiche, cardiologiche, ecc.).

Le criticità implicite nella impostazione dei tetti di spesa “*di branca*” hanno determinato, spesso anche su richiesta delle stesse strutture private e delle loro associazioni, l'abbandono di questa impostazione a favore di quella dei tetti di spesa “*di struttura*”, la cui gestione è molto più semplice, sia da parte delle direzioni dei singoli centri privati, sia ai fini dei controlli delle ASL sul rispetto del tetto di spesa (al netto degli abbattimenti per l'appropriatezza, l'*overselling*”, i vincoli di costo medio massimo per gruppi omogenei di erogatori, ecc.). Peraltro, anche l'estensione – in corso di realizzazione - di un unico CUP (Centro Unico di Prenotazione) a tutte le strutture sanitarie pubbliche e private a livello di ASL e, poi, regionale, con l'obiettivo di favorire una migliore accessibilità, trasparenza e disponibilità delle prestazioni richieste dagli utenti, richiede l'implementazione presso tutte le strutture private di una corretta gestione delle liste di attesa, che solo i tetti di spesa “*di struttura*” possono realisticamente consentire.

Come illustrato in premessa, ormai da circa dieci anni i tetti di spesa assegnati dalla Regione a quasi tutte le macroaree e branche dell'assistenza sanitaria acquistata dai soggetti privati sono regolati con l'impostazione dei tetti di spesa “*di struttura*”, con l'unica differenza di settori in cui la ripartizione del budget ai singoli centri privati è stabilita direttamente dai provvedimenti regionali, come avviene per le case di cura e le strutture di salute mentale ex case di cura neuropsichiatriche, oppure, di settori in cui la Regione assegna a ciascuna ASL il budget della macroarea / branca, lasciando alla ASL il compito di definirne la ripartizione per singolo centro privato (comunque sulla base dei criteri generali fissati dalla Regione), come avviene per la dialisi ambulatoriale, l'FKT e, in generale, per tutta l'area dell'assistenza territoriale per riabilitazione, salute mentale e socio sanitario. Sono ad oggi rimaste con l'impostazione dei tetti di spesa “*di branca*” soltanto le sette branche dell'assistenza specialistica ambulatoriale, elencate in premessa, e l'assistenza termale (settore nel quale, per le sue peculiarità organizzative e gestionali, questa impostazione finora non ha mai incontrato difficoltà operative significative).

Infine, va evidenziato che diversi centri privati e associazioni di categoria della specialistica ambulatoriale hanno manifestato più volte la loro preferenza o disponibilità al passaggio alla impostazione dei tetti di spesa “*di struttura*”. In realtà, si può ritenere che, anche per le associazioni più contrarie, non sussiste una ostilità *di principio*, ma la giusta preoccupazione che siano assicurati procedimenti equi nella ripartizione del budget, evitando che comportamenti opportunistici e/o carenze nei controlli da parte delle ASL finiscano per premiare alcune strutture private a discapito di quelle che hanno applicato comportamenti più rispettosi delle regole.

Altro discorso, invece, è quello di alcune associazioni o centri privati, che propendono per altre impostazioni (come, ad esempio, i tetti “*di branca per residente*” (per la cui valutazione si rinvia alle osservazioni espresse nella sopra richiamata “*Premessa*” alla Sezione III del DCA n. 10/2020), sostenendo che la Regione dovrebbe incrementare i limiti di spesa loro assegnati. Si tratta di richieste legittime ma che riguardano, più che i criteri tecnici di regolazione del budget, le scelte fondamentali della programmazione regionale, sia sanitaria che economico finanziaria. A tale riguardo, in questa sede si può solo dare atto che i volumi massimi di prestazioni, fissati per il 2022 in via provvisoria dalla DGRC n. 354/2021 e declinati per singola struttura accreditata dal presente provvedimento, rientrano nel fabbisogno di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, recentemente valutato per ciascuna branca nei seguenti atti:

- La DGRC n. 354 del 4 agosto 2021, che ha approvato il documento “*IL FABBISOGNO REGIONALE DI PRESTAZIONI SANITARIE - Assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera - Anni 2020-2022*”;
- La delibera n. 1 del 24 novembre 2021 del Commissario ad acta, nominato in esecuzione della sentenza del Consiglio di Stato - Sezione III n. 5293/19, n. 1 del 24 novembre 2021, che ha

approvato il documento tecnico denominato “*Determinazione del fabbisogno assistenziale sanitario nella macroarea della specialistica ambulatoriale della Regione Campania per gli anni 2018/2019*”.

Dai sopra citati documenti si evidenzia che, a fronte di una ripartizione del numero dei punti di offerta delle prestazioni sanitarie complessivamente quasi uguale (circa 55% e 45% tra strutture pubbliche e strutture private), la percentuale delle prestazioni erogate dalle strutture private sia oltre quattro volte superiore: mediamente circa 80% - 85% il privato accreditato e circa il 15% - 20% le aziende sanitarie pubbliche. Questo squilibrio denota una anomala ripartizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in Campania tra pubblico e privato accreditato, sbilanciata a favore del secondo rispetto a quanto accade nelle regioni benchmark.

Successivi provvedimenti saranno, quindi, istruiti sia per approfondire le valutazioni sul fabbisogno di prestazioni sanitarie nelle varie branche, sia per promuovere una ripartizione nell'erogazione delle prestazioni più congrua, rispetto al ruolo centrale delle ASL e delle Aziende Ospedaliere nel SSR.

### **Il passaggio ai tetti “di struttura”: limite mensile di 1/12 del tetto annuo**

Il passaggio ai tetti “di struttura” dall'esercizio 2022 avverrà attraverso successivi passaggi, proprio per garantire la massima equità nell'attribuzione del budget individuale.

Come si è già esposto in premessa, i livelli complessivi dei tetti di spesa per ASL / branca sono quelli fissati per l'esercizio 2022 dalla DGRC n. 354/2021.

Si è assunta come base di ripartizione del budget assegnato a ciascuna ASL / branca alle singole strutture il peso percentuale che ha la media semplice della produzione erogata da ogni centro privato nel 2020 e nel 2021, come rilevata dal flusso informativo mensile regionale denominato “FILE C”, nei mesi solari in cui è avvenuto l'esaurimento del limite di spesa netta (spesa lorda meno compartecipazione dell'utente) vigente in ciascun anno. La composizione percentuale della spesa netta per ciascuna ASL / branca / struttura accreditata, rilevata per il 2020 e il 2021, e quella media, applicata per i tetti 2022, sono esposti nell'allegato n. 1, nel quale sono determinati i volumi massimi ed i correlati limiti di spesa dei Laboratori di Analisi (suddivisi fra prestazioni “non R”, prestazioni “R” escluse le 7R e le “7 Prestazioni “R” Alto Costo ex DCA 101/13”), e nell'allegato n. 2, nel quale sono determinati i volumi massimi ed i correlati limiti di spesa delle altre sei branche.

Tale regola generale è stata adeguata in alcuni casi, che sono espressamente richiamati nelle NOTE inserite nei medesimi allegati n. 1 e n. 2, per i quali la composizione percentuale applicata ai fini dei tetti di spesa 2022 è stata modificata per tenere conto delle situazioni particolari, sinteticamente esposte nelle stesse NOTE. Inoltre, nell'ambito della branca di Laboratorio di Analisi, il valore economico della produzione 2020 e 2021 di prestazioni “R”, considerato ai fini della determinazione del tetto di spesa 2022, nei casi in cui risultava un costo medio unitario superiore, è stato ricondotto al limite di euro 125,00=, stabilito dal DCA n. 10/2020 per le “7 Prestazioni “R” Alto Costo ex DCA 101/13”, e ad un massimo di euro 90,00=, per l'insieme delle altre prestazioni “R” (importo massimo implicito nella fissazione in euro 111,00= del limite di costo medio unitario di tutte le prestazioni “R”, stabilito dal DCA n. 10/2020, tenuto conto dei volumi complessivi – a livello regionale – del budget 2022 delle prestazioni “R”). Infine, si evidenzia che per le prestazioni “R”, nei casi in cui i dati attività 2020 e 2021 evidenziavano una attività irrisoria, si è ritenuto opportuno non assegnare un budget per queste prestazioni (che, per loro natura, richiederebbero una elevata specializzazione della struttura). Tale valutazione potrà essere eventualmente rivista in sede di determinazione definitiva dei tetti individuali “**di struttura**” per l'esercizio 2022, eventualmente anche su proposta motivata della ASL competente per territorio.

I volumi massimi ed i correlati limiti di spesa lorda e netta, calcolati ed esposti negli allegati n. 1 e n. 2, costituiscono il tetto annuo 2022 provvisorio “di struttura”, vigente dal 1° gennaio 2022, **che ciascun centro privato dovrà rispettare ogni mese, previa suddivisione del medesimo tetto in**

**dodici importi uguali. Le prestazioni eccedenti il dodicesimo del tetto di spesa non saranno remunerate.**

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, necessaria per recuperare la minore produzione che, generalmente, si verifica nei mesi estivi: sarà consentito – alle condizioni di priorità sotto specificate – che il suddetto importo cumulato raggiunga una eccedenza, rispetto alla somma dei dodicesimi del tetto di spesa netta per i mesi trascorsi, non superiore al 30% del tetto di spesa netta mensile, con l'obbligo di recuperare lo sfioramento al massimo entro il 31 dicembre 2022. **Le prestazioni che in ciascun mese solare eccederanno la suddetta condizione, non saranno remunerate. Parimenti, non saranno remunerate le prestazioni che, pur rientrando nel suddetto limite del 30%, siano state rese dopo l'esaurimento del dodicesimo mensile del tetto di spesa annuo e non abbiano l'indicazione di URGENTE o BREVE nella prescrizione del MMG ("U" = "Priorità Urgente", oppure "B" = "Priorità Breve", poi riportata nel campo "35.0: Livello di Priorità della richiesta" del FILE C).**

Al fine di incentivare il processo di aggregazione dei Laboratori di Analisi, ancora in corso, si stabilisce che **la suddetta flessibilità del 30% può raggiungere il 50%** per i Laboratori che nel 2021 hanno prodotto più di 200 mila prestazioni (soglia minima di efficienza a regime per i laboratori generali di base con settori specializzati: DCA n. 109/2013).

Si ricorda che, in base al DCA n. 52 del 04.07.2019 (BURC n. 41/2019), con il quale la Regione Campania ha recepito il Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PNGLA 2019/2021), la prescrizione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale deve contenere, tra l'altro:

- l'indicazione di prima visita / prestazione diagnostica o degli accessi successivi;
- del Quesito diagnostico;
- delle Classi di priorità (almeno per i primi accessi), così declinate (si riportano anche i criteri chiariti nel DCA n. 34/2017):
  - **U (Urgente)** da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore: prestazione la cui indifferibile esecuzione debba essere riferita a condizioni di particolare gravità clinica;
  - **B (Breve)**, da eseguire entro 10 giorni: prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco temporale breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità;
  - **D (Differibile)**, da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici: prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione disabilità;
  - **P (Programmata)** da eseguire entro 120 giorni: prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità.

Con separati provvedimenti, come peraltro già previsto nelle LINEE DI INDIRIZZO PER LA RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA, approvate dal DCA n. 34/2017, la Regione sta rendendo obbligatoria dal gennaio 2022 l'indicazione della classe di priorità su tutte le prescrizioni delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. **In ogni caso, fino alla completa attivazione di tale obbligatorietà, le prescrizioni prive della indicazione della classe di priorità si intenderanno a tutti gli effetti nella categoria P (Programmata).** L'indicazione della classe di priorità è, poi, riportata nei record del FILE C giornaliero e mensile, con il quale le strutture accreditate documentano l'attività svolta, anche al fine di ottenere dalla ASL i relativi pagamenti in acconto e a saldo.

Per garantire il rispetto di queste disposizioni, i centri privati dal 1° gennaio 2022 devono avviare l'implementazione di idonee Liste di Attesa, conformi alle disposizioni generali del sopra richiamato DCA n. 52/2019 e s.m.i., programmando l'esecuzione delle prescrizioni presentate dagli utenti, in base ai suddetti codici di priorità, ed in funzione della capienza del loro budget mensile. E le ASL devono vigilare



## Allegato A – Nota Metodologica

sulla corretta applicazione, da parte di ciascuna struttura sanitaria, delle indicazioni di priorità contenute nella prescrizione.

A tal fine, si ricorda che le strutture sanitarie hanno l'obbligo, peraltro dal 2021 espressamente inserito nei contratti con le ASL (si vedano gli articoli 7 e 9 dello schema di contratto approvato dalla DGRC n. 375 del 07.09.2021), di:

*“... alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 e s.m.i.;  
... 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 allegato al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5”;*

e che la corretta e tempestiva trasmissione **giornaliera e mensile** dei dati che documentano l'attività sanitaria erogata dalla struttura **è condizione espressa per la liquidazione dell'acconto mensile** da parte della ASL (art. 7, commi 1 e 2 del contratto).

**Come per i precedenti tetti di spesa “di branca”, saranno ammissibili sforamenti del volume massimo e/o dell'importo del tetto di spesa LORDO (a tariffa piena), purché vi sia ancora capienza nel limite di spesa netta (spesa lorda meno compartecipazione dell'utente).**

**Riguardo alle prestazioni erogate a utenti residenti in altre regioni o stranieri**, rimangono stanzialmente in vigore i limiti di spesa fissati per ciascuna ASL e branca negli anni scorsi, con le seguenti modalità (che per la branca di Laboratorio di Analisi si applicano separatamente alle tre tipologie di prestazioni ivi comprese: prestazioni non “R”, prestazioni “R”, escluse le n. 7 prestazioni di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013; n. 7 prestazioni “R” di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013): **in generale, viene stabilito per tutte le strutture private accreditate un limite massimo di spesa (al netto della compartecipazione dell'utente) pari all'1% (uno percento) del tetto di spesa NETTA annuale assegnato alla singola struttura.** Tuttavia, per tenere conto delle caratteristiche di attrazione di alcuni centri privati, che per la loro posizione geografica in prossimità di altre regioni e/o per elevata qualità prestazionale, hanno storicamente espresso quote significative di fatturato per prestazioni erogate a residenti di altre regioni, è consentito nel 2022 di superare la suddetta quota del 1%, fino alla quota percentuale realizzata nel 2021 (sul tetto di spesa ordinario, esclusa l'integrazione ex art. 26 del DL n. 73/2021, che è espressamente riservata ai residenti in Campania). A tal fine, nel contratto per l'esercizio 2022 con i singoli centri privati, l'ASL indicherà la percentuale del fatturato (netto ticket e quota ricetta) per prestazioni rese a utenti residenti fuori regione - se maggiore del 1% - che risulta liquidabile per l'esercizio 2021 nei tetti di spesa **ordinari** stabiliti dalla DGRC n. 354/2021 per la componente relativa alle prestazioni rese a utenti non residenti in Campania. Qualora tale percentuale non sia ancora accertata definitivamente al momento della sottoscrizione del contratto 2022, l'indicazione della ASL sarà espressamente qualificata come provvisoria, sulla base dei monitoraggi effettuati nel corso del 2021. E sarà rideterminata in sede di determinazione definitiva del tetto **“di struttura”** 2022 (si veda il paragrafo successivo).

Si precisa, comunque, che anche le prestazioni rese a cittadini di altre regioni e/o stranieri **non sono aggiuntive**, ma rientrano nei tetti di spesa **“di struttura”**, fissati negli allegati n. 1 e n. 2 alla presente delibera.

### **Il passaggio ai tetti “di struttura”: fase provvisoria gennaio – aprile 2022**

L'introduzione dei tetti di spesa **“di struttura”** fin dal 1° gennaio 2022 consente di evitare la concentrazione del consumo del tetto di spesa annuale nei primi mesi di ogni nuovo anno, per effetto della immediata erogabilità anche delle prestazioni programmabili. Con la conseguenza, sopra già evidenziata che, una volta esaurito il tetto di spesa **“di branca”**, ricade solo sulle strutture sanitarie pubbliche il compito di assicurare le prestazioni urgenti e/o indifferibili.

## Allegato A – Nota Metodologica

E', quindi, indispensabile, avviare subito i tetti di spesa "**di struttura**", gestendo una fase transitoria di eventuale perfezionamento degli stessi, che può essere programmata come segue.

**Entro il termine inderogabile del 15 febbraio 2022** ciascuna ASL dovrà istruire, approvare (con delibera del Direttore Generale), e trasmettere alla Regione:

- a. Gli importi liquidati (**saldi compresi**) per l'esercizio **2020** a ciascun centro privato, per ogni branca dell'assistenza specialistica ambulatoriale, secondo lo schema di rilevazione dei volumi prodotti, del fatturato lordo e netto, e del dettaglio degli abbattimenti operati, di cui alla tabella n. 4, allegata alla nota del Direttore Generale per la Tutela della Salute prot. n. 84737 del 16 febbraio 2021 (per semplicità, potrà essere accorpato il dettaglio relativo alla residenza del paziente, evidenziando solo il "di cui" per residenti fuori regione). **Laddove l'ASL dovesse non avere ancora liquidato il saldo annuale**, dovrà essere comunque inserita la più attendibile valutazione aggiornata dell'importo complessivamente liquidabile a ciascun centro privato.
- b. Una dettagliata relazione attestante la avvenuta effettuazione di tutti i controlli ed abbattimenti previsti dalla normativa nazionale e regionale (specificando se la consuntivazione del liquidato è stata già verificata anche in contraddittorio con le Associazioni di Categoria, nell'ambito dei Tavoli Tecnici locali previsti dai provvedimenti regionali in materia), nonché i motivi e lo stato di eventuali contenziosi (anche se non ancora incardinati innanzi al TAR o al Tribunale Civile) sugli abbattimenti operati dalla ASL sul budget dell'esercizio 2020.
- c. Una dettagliata relazione in cui proporre correttivi, miglioramenti, e sottoporre alla valutazione della Regione eventuali situazioni particolari, che potrebbero richiedere una diversa ripartizione dei tetti di spesa per l'esercizio 2022.

La Direzione Generale per la Tutela della Salute, anche con il supporto della Commissione Regionale di Controllo, istituita per le finalità previste dal DCA n. 103 del 06.12.2019 - "*Sistema regionale dei controlli e della qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie ambulatoriali*", sulla base della suddetta documentazione valuterà, eventualmente anche attraverso incontri tecnici con le ASL ed, eventualmente, anche con le Associazioni di categoria e/o con singole strutture private accreditate, se proporre immediatamente alla Giunta regionale un primo aggiornamento delle determinazioni assunte con la presente delibera.

**Entro il termine inderogabile del 15 marzo 2022** ciascuna ASL dovrà istruire, approvare (con delibera del Direttore Generale), e trasmettere alla Regione:

- d. Gli importi liquidati (**saldi compresi**) per l'esercizio **2021** a ciascun centro privato (relativamente al solo budget ordinario, esclusa l'integrazione ex art. 26 del DL n. 73/2021), per ogni branca dell'assistenza specialistica ambulatoriale, secondo lo schema sopra richiesto per i dati dell'esercizio 2020. **Laddove l'ASL dovesse non avere ancora liquidato il saldo annuale** (del budget 2021 **ordinario**), dovrà essere comunque inserita la più attendibile valutazione aggiornata dell'importo complessivamente liquidabile a ciascun centro privato.
- e. Gli importi liquidati (**saldi compresi**) per l'esercizio **2021** a ciascun centro privato (relativamente al solo budget **ordinario**, esclusa l'integrazione della branca di FKT ex art. 26 del DL n. 73/2021), per le branche della dialisi ambulatoriale e della medicina fisica e riabilitativa (FKT), secondo l'apposito schema che sarà fornito alle ASL dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute entro dieci giorni dalla approvazione della presente delibera. **Laddove l'ASL dovesse non avere ancora liquidato il saldo annuale** (del budget 2021 **ordinario**), dovrà essere comunque inserita la più attendibile valutazione aggiornata dell'importo complessivamente liquidabile a ciascun centro privato.
- f. Una dettagliata relazione attestante la avvenuta effettuazione di tutti i controlli ed abbattimenti previsti dalla normativa nazionale e regionale (specificando se la consuntivazione del liquidato è stata già verificata anche in contraddittorio con le Associazioni di Categoria, nell'ambito dei Tavoli Tecnici locali previsti dai provvedimenti regionali in materia), nonché i motivi e lo stato di eventuali contenziosi (anche se non ancora incardinati innanzi al TAR o al Tribunale Civile) sugli abbattimenti operati dalla ASL sul budget **ordinario** dell'esercizio 2021.

## Allegato A – Nota Metodologica

g. Un aggiornamento, sulla base dei dati più recenti, della relazione di cui al precedente punto c).

Sulla base dell'esame della ulteriore documentazione di cui ai precedenti punti d), e) ed f), e degli approfondimenti intervenuti con le ASL medesime e con i soggetti privati e/o loro Associazioni, entro il 30 aprile 2022 si procederà ad approvare in via definitiva i tetti di spesa **"di struttura"** per l'esercizio 2022, con le eventuali modifiche ed aggiornamenti, rispetto a quelli approvati in via provvisoria dalla presente delibera.

### **I volumi massimi ed i correlati limiti di spesa delle branche di dialisi e FKT**

Come sopra richiamato, da diversi anni, per le branche della dialisi ambulatoriale e della medicina fisica e riabilitativa (FKT) la Regione assegna a ciascuna ASL il budget della branca, lasciando alla ASL medesima il compito di definirne la ripartizione per singolo centro privato accreditato.

Per l'esercizio 2022 si conferma, pertanto, in via provvisoria, la ripartizione tra le diverse ASL dei volumi massimi e dei limiti di spesa della dialisi ambulatoriale, già approvata nell'allegato n. 2 alla DGRC n. 354/2021, fatte salve le eventuali modifiche, che potranno essere valutata sulla base dei dati consuntivi 2021 sopra richiesti.

Analogamente, si conferma in via provvisoria il limite di spesa complessiva 2022 per la branca della medicina fisica e riabilitativa (FKT), stabilendo la seguente ripartizione in vigore dal 1° gennaio 2022:

Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT)	Volumi e limiti di spesa 2022		
	Limite di spesa a tariffa	Limite di spesa netta (*)	per n° prestazioni
ASL Avellino	1.771.066	1.607.634	85.352
ASL Benevento	1.572.808	1.411.675	79.066
ASL Caserta	5.172.500	4.765.078	256.557
ASL Napoli 1 Centro	6.924.364	6.470.005	346.044
ASL Napoli 2 Nord	9.105.995	8.561.746	463.924
ASL Napoli 3 Sud	8.718.238	8.144.792	437.240
ASL Salerno	5.328.037	4.785.596	269.525
<b>TOTALE</b>	<b>38.593.009</b>	<b>35.746.525</b>	<b>1.937.708</b>

(\*) Importi in euro al netto del ticket e della quota ricetta

che mantiene la stessa ripartizione tra le ASL del budget 2021 approvato dalla DGRC n. 354/2021.

Anche per questa branca si valuteranno eventuali modifiche della programmazione 2022 sulla base dei dati consuntivi 2021 sopra richiesti.

### **Schemi contrattuali per l'esercizio 2022**

Si allegano i seguenti schemi contrattuali:

- A\1 – Protocollo DIALISI – Anno 2022
- A\2 – Contratto Dialisi – Anno 2022
- A\3 - Protocollo Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi e FKT
- A\4 - Contratto Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi e FKT
- A\5 - Protocollo Laboratori di Analisi 2022
- A\6 - Contratto Laboratori di Analisi 2022
- A\7 – Contratto FKT – Anno 2022

Rispetto agli schemi contrattuali utilizzati per gli anni precedenti, recentemente aggiornati per l'esercizio 2021 dalla DGRC n. 375 del 07.09.2021, per quanto riguarda le branche della dialisi ambulatoriale e della medicina fisica e riabilitazione (FKT), gli schemi allegati alla presente delibera non contengono

## Allegato A – Nota Metodologica

modifiche significative. Per le altre branche, invece, sono stati innovati a seguito del passaggio dalla impostazione dai tetti di spesa “*di branca*” ai tetti di spesa “*di struttura*”.

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

**PREMESSO**

- che la delibera della Giunta regionale n. \_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_ ha stabilito i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa per l'esercizio 2022 per le prestazioni di Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi), suddivisi tra:
  - Prestazioni non "R";
  - Prestazioni "R" come da allegato n. 2 al DCA n. 40 del 13.07.2010 e s.m.i.;
    - di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013.

ed ha approvato gli schemi dei protocolli d'intesa con le Associazioni di Categoria e dei contratti ex art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. con gli erogatori privati accreditati, da applicarsi per l'esercizio 2022, ai quali il presente protocollo si uniforma;

**PRECISATO**

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

**Si conviene quanto segue:**

**Art. 1**

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

**Art. 2**  
**(oggetto)**

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

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

1. Il volume massimo delle prestazioni di Patologia Clinica, che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2022 dalle strutture private accreditate, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2022, è determinato come segue: n. \_\_\_\_\_ prestazioni non "R"; n. \_\_\_\_\_ prestazioni "R", escluse le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013; n. \_\_\_\_\_ delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, applicando nei contratti con i singoli Laboratori di Analisi, per ciascuna delle tre tipologie di prestazioni, i criteri stabiliti per le prestazioni rese a residenti fuori regione nell'allegato "A" – Nota Metodologica alla citata DGRC n. \_\_\_/\_\_\_.

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

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2022 relativa al volume di prestazioni di Patologia Clinica, determinato per l'anno 2022 all'art. 3, comma 1, è fissato – a livello di ASL - in:
  - a) € \_\_\_\_\_, per l'anno 2022, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, di cui:
    - 1) € \_\_\_\_\_ per le prestazioni non "R";
    - 2) € \_\_\_\_\_ per le prestazioni "R", escluse le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013; ed
    - 3) € \_\_\_\_\_ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013;
  - b) € \_\_\_\_\_, per l'anno 2022, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, al netto della compartecipazione dell'utente (ticket e quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i.), di cui:
    - 1) € \_\_\_\_\_ per le prestazioni non "R";
    - 2) € \_\_\_\_\_ per le prestazioni "R", escluse le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013; ed
    - 3) € \_\_\_\_\_ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013.
2. Il limite di spesa lorda e netta, fissato al comma precedente, in applicazione del criterio stabilito a tale riguardo nell'allegato "A" – Nota Metodologica alla citata DGRC n. \_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_\_), potrà essere utilizzato da ciascun Laboratorio di Analisi per utenti residenti fuori regione per una percentuale non superiore all'1% (uno per cento), fatta salva la maggiore quantità risultante dalla applicazione del criterio stabilito a tale riguardo nell'allegato "A" – Nota Metodologica alla citata DGRC n. \_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_\_.
3. I limiti di spesa fissati al comma precedente per i residenti fuori regione sono inderogabili. Al contrario, l'eventuale sotto utilizzo di tali limiti potrà essere speso per le prestazioni rese ai cittadini residenti in Campania, fermo restando il rispetto dei limiti complessivi di spesa stabiliti al precedente comma 1.
1. L'importo di cui al comma 1, a), 1), relativo alle prestazioni NON "R", diviso per i corrispondenti volumi massimo di prestazioni di cui all'art. 3, definisce il valore medio delle prestazioni NON "R", da declinare in conformità alla classificazione delle strutture erogatrici in base alle tipologie funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dal successivo art. 6.

**Art. 5**  
**(criteri di remunerazione delle prestazioni)**

1. La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario, al netto del ticket e della quota ricetta (e fatte salve eventuali modifiche delle tariffe che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati con delibera della Giunta Regionale).
2. In ogni caso, tutti gli importi separatamente fissati nel precedente art. 4 quali limiti di spesa al netto del ticket e della quota ricetta per le prestazioni non "R", le prestazioni "R", escluse le 7

**Allegato A\5**  
**(Protocollo Laboratori di Analisi 2022)**

prestazioni “R” di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, e le 7 prestazioni “R” di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, costituiscono i limiti massimi di remunerazione, rispettivamente, delle prestazioni non “R”, delle prestazioni “R”, escluse le suddette 7 “R”, e delle 7 “R” anzidette, acquistate nell’anno 2022 dai centri privati, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza dei corrispondenti limiti di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui all’art. 4, comma 1, lettera a), ovvero, di residua disponibilità dei volumi massimi di prestazioni di cui all’art. 3, comma 4; al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa di cui all’art. 4, comma 1, lettere a) e b), le ASL potranno acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.

3. Al fine di garantire la continuità assistenziale per tutti i dodici mesi dell’anno solare, ciascuna struttura privata applicherà i limiti di prestazioni e di spesa individuali, ad essa assegnati dalla sopra citata DGRC n. \_\_\_/\_\_\_ (sempre considerati separatamente tra prestazioni non “R”, le prestazioni “R”, escluse le 7 “R”, e le 7 prestazioni “R” di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013), nella misura di 1/12 (un dodicesimo) per ogni mese. Il rispetto di questo vincolo sarà verificato sul progressivo del valore economico, al netto della compartecipazione dell’utente, delle prestazioni rese da ciascun Laboratorio di Analisi nel corso dell’anno solare, con la seguente tolleranza: sarà consentito – alle condizioni di priorità sotto specificate – che il suddetto importo cumulato raggiunga una eccedenza, rispetto alla somma dei dodicesimi del tetto di spesa netta per i mesi trascorsi, non superiore al 30% (50% se la struttura ha superato la soglia di 200.000 prestazioni nel 2021) del tetto di spesa netta mensile, con l’obbligo di recuperare lo sfioramento al massimo entro il 31 dicembre 2022. Le prestazioni che in ciascun mese solare eccederanno la suddetta condizione, non saranno remunerate. Parimenti, non saranno remunerate le prestazioni che, pur rientrando nel suddetto limite del 30% (50% se la struttura ha superato la soglia di 200.000 prestazioni nel 2021), siano state rese dopo l’esaurimento del dodicesimo mensile del tetto di spesa annuo e non abbiano l’indicazione di URGENTE o BREVE nella prescrizione del MMG (“U” = “Priorità Urgente”, oppure “B” = “Priorità Breve”, poi riportata nel campo “35.0: Livello di Priorità della richiesta” del FILE C).
4. Ai sensi dell’art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell’anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l’equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall’incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
5. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC nn. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

**Art. 6**  
**(Tavolo Tecnico)**

**Allegato A5**  
**(Protocollo Laboratori di Analisi 2022)**

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire 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) 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;
  - b) determinazione del valore medio delle prestazioni NON "R", 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

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

**Art. 7**

**(documentazione delle prestazioni e modalità di pagamento delle prestazioni)**

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 ad ogni struttura privata un acconto mensile pari al 95% di un dodicesimo del tetto annuo di spesa al netto della compartecipazione, eventualmente maggiorato del valore economico netto del margine di tolleranza, riconosciuto liquidabile ai sensi del precedente art. 5, comma 2, a condizione che



**Allegato A5**  
**(Protocollo Laboratori di Analisi 2022)**

siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente: in particolare, il File C mensile deve risultare uguale, per numero di prestazioni e valore economico, alla somma dei dati di erogazione trasmessi giorno per giorno nel FILE C giornaliero.

3. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà a sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono ma, comunque, a non meno di trenta giorni dalla data di ricezione della fattura. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 gennaio dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. Per il pagamento di ciascun saldo la sottoscritta ASL potrà richiedere l'emissione di apposite note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore delle strutture private accreditate, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.
4. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
5. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, non sarà liquidato e dovrà essere stornato da apposite note di credito, salvo conguaglio in sede di saldo annuale.
6. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
7. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
  - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
  - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
  - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
  - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
8. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al

**Allegato A\5**  
**(Protocollo Laboratori di Analisi 2022)**

risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.

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

**Art. 8**

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

1. Il tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza bimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private accreditate, non è consentito ad ogni singola struttura privata:
  - a) di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni non "R", determinato secondo i criteri di cui al comma 6 dell'art. 4 ed alle diverse tipologie funzionali di cui all'art. 6, comma 3, lettera c).
  - b) di superare i valori medi massimi del raggruppamento delle prestazioni "R", escluse le 7 "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, e del raggruppamento delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, stabiliti per l'esercizio 2022, rispettivamente, in euro **90,00** ed euro **125,00**.
3. I divieti di cui al comma precedente sono tassativi e inderogabili. Eventuali situazioni particolari, su proposta del Tavolo Tecnico e se ritenute dalla ASL meritevoli di apprezzamento, dovranno formare oggetto di una delibera del Direttore Generale della ASL di proposta di deroga, da sottoporre all'approvazione della Regione.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del Tavolo Tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o diseguglianze applicative del presente protocollo le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, su tutti gli adempimenti previsti dal presente protocollo e posti in essere, comprese le attività svolte dai Tavoli Tecnici e le successive attuazioni delle decisioni assunte.

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

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

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

**Allegato A\5**  
**(Protocollo Laboratori di Analisi 2022)**

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

**Art. 11**

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

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

**Art. 12**

**(efficacia)**

1. Il presente protocollo si riferisce al periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2022, in esecuzione della delibera della Giunta regionale \_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_, citata in premessa.
2. Il presente protocollo sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

**Art. 13**

**(norme finali)**

**Allegato A\5**  
**(Protocollo Laboratori di Analisi 2022)**

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

**Art. 14**  
**(Clausola di salvaguardia)**

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

lì ..... , \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Timbro e firma della ASL \_\_\_\_\_  
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della Associazione

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Timbro e firma della ASL \_\_\_\_\_  
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della Associazione

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Allegato A\6 (Contratto Laboratorio di Analisi 2022)

### Contratto TRA

La struttura privata .....  
Partita IVA: ..... Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA): .....  
con sede in ..... (Prov: \_\_ ; CAP: \_\_\_\_\_) – Via ..... n° .....  
rappresentato/a dal/la sottoscritto/a ....., CF .....  
come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o  
della Regione che redige il presente atto;  
il / la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi  
dell'art. 76 T.U. 445/2000, dichiara:

- a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentate legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure - copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni (*oppure: si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di concordato con continuità aziendale*);
- c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 6 del D.Lgs. n. 159/2011, che non sussistono le cause ostative previste artt. 67 e 84, comma 4, del D.Lgs. n. 159/2011, e più in generale le cause di esclusione previste dall'art. 80 comma 1 e 2 del D.Lgs. 50/2016;
- d) di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;
- e) di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. (INPS o INAIL) n. \_\_\_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (data richiesta indicata nel DURC) ex art. 80, comma 4, del D.Lgs. n. 50/2016.

### E

L'Azienda Sanitaria Locale ..... con sede in .....  
Partita IVA: ..... Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA): .....  
rappresentata dal Direttore Generale ....., nato a ..... il  
....., munito dei necessari poteri come da \_\_\_\_\_ di nomina n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_,

### PER

regolare per l'esercizio 2022 i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di \_\_\_\_\_, ed i correlati limiti di spesa.

### PREMESSO

- che la delibera della Giunta regionale n. \_\_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_\_ ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie di Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi), da erogare nell'anno 2022, suddivisi tra:
  - Prestazioni non "R";
  - Prestazioni "R" come da allegato n. 2 al DCA n. 40 del 13.07.2010 e s.m.i.;
    - di cui: n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013.

## **Allegato A\6 (Contratto Laboratorio di Analisi 2022)**

ed ha approvato gli schemi dei protocolli d'intesa con le Associazioni di Categoria e dei contratti ex art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. con gli erogatori privati accreditati, da applicarsi per l'esercizio 2022, ai quali il presente contratto si uniforma.

**Si conviene quanto segue:**

### **Art. 1**

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

### **Art. 2**

**(oggetto)**

Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di Patologia Clinica da erogarsi nell'anno 2022 da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa.

### **Art. 3**

**(quantità delle prestazioni)**

1. Il volume massimo delle prestazioni di Patologia Clinica, che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2022 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2022, è determinato come segue:
  - a) n. \_\_\_\_\_ prestazioni non "R", di cui il \_\_\_% (\_\_\_\_\_ per cento) per utenti residenti fuori regione;
  - b) n. \_\_\_\_\_ prestazioni "R", escluse le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, di cui il \_\_\_% (\_\_\_\_\_ per cento) per utenti residenti fuori regione;
  - c) n. \_\_\_\_\_ delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, di cui il \_\_\_% (\_\_\_\_\_ per cento) per utenti residenti fuori regione,

applicando per le prestazioni rese a residenti fuori regione il criterio stabilito a tale riguardo nell'allegato "A" – Nota Metodologica alla citata DGRC n. \_\_\_/\_\_\_.

### **Art. 4**

**(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)**

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2022 relativa al volume di prestazioni di Patologia Clinica, determinato per l'anno 2022 all'art. 3, comma 1, è fissato in:
  - a) € \_\_\_\_\_, per l'anno 2022, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, di cui:
    - 1) € \_\_\_\_\_ per le prestazioni non "R";
    - 2) € \_\_\_\_\_ per le prestazioni "R", escluse le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013; ed
    - 3) € \_\_\_\_\_ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013;
  - b) € \_\_\_\_\_, per l'anno 2022, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, al netto della compartecipazione dell'utente (ticket e quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i.), di cui:
    - 1) € \_\_\_\_\_ per le prestazioni non "R";
    - 2) € \_\_\_\_\_ per le prestazioni "R", escluse le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013; ed
    - 3) € \_\_\_\_\_ per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013.

## **Allegato A\6 (Contratto Laboratorio di Analisi 2022)**

2. Il limite di spesa lorda e netta, fissato al comma precedente, in applicazione del criterio stabilito a tale riguardo nell'allegato "A" – Nota Metodologica alla citata DGRC n. \_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_\_), potrà essere utilizzato per utenti residenti fuori regione per una percentuale non superiore:
  - a) al \_\_% (\_\_\_\_\_ per cento) per le prestazioni non "R";
  - b) al \_\_% (\_\_\_\_\_ per cento) per le prestazioni "R", escluse le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013; ed
  - c) al \_\_% (\_\_\_\_\_ per cento) per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013.
3. I limiti di spesa fissati al comma precedente per i residenti fuori regione sono inderogabili. Al contrario, l'eventuale sotto utilizzo di tali limiti potrà essere speso per le prestazioni rese ai cittadini residenti in Campania, fermo restando il rispetto dei limiti complessivi di spesa stabiliti al precedente comma 1.
4. L'importo di cui al comma 1, a), 1), relativo alle prestazioni NON "R", diviso per i corrispondenti volumi massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 1, lettera a), definisce il valore medio delle prestazioni non "R", da declinare in conformità alla classificazione delle strutture erogatrici in base alle tipologie funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dal successivo art. 6.

### **Art. 5**

#### **(criteri di remunerazione delle prestazioni)**

1. La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario, al netto del ticket e della quota ricetta (e fatte salve eventuali modifiche delle tariffe che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati con delibera della Giunta Regionale.
2. In ogni caso, tutti gli importi separatamente fissati nel precedente art. 4 quali limiti di spesa al netto del ticket e della quota ricetta per le prestazioni non "R", le prestazioni "R", escluse le 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, e le 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, costituiscono i limiti massimi di remunerazione, rispettivamente, delle prestazioni non "R", delle prestazioni "R", escluse le suddette 7 "R", e delle 7 "R" anzidette, acquistate nell'anno 2022 dalla sottoscritta struttura privata accreditata, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza del limite di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui al medesimo art. 4, ovvero, di residua disponibilità dei volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3. Al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa al netto del ticket e della quota ricetta, l'ASL potrà acquistare volumi di prestazioni 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 tra prestazioni non "R", le prestazioni "R", escluse le 7 "R", e le 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013) dovranno essere applicati dalla sottoscritta 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 sottoscritta struttura ha superato la soglia di 200.000 prestazioni nel 2021) del tetto di spesa netta mensile, con l'obbligo di recuperare lo sfioramento al massimo entro il 31 dicembre 2022. Le prestazioni che in ciascun mese solare eccederanno la suddetta condizione, non saranno



## **Allegato A\6 (Contratto Laboratorio di Analisi 2022)**

remunerate. Parimenti, non saranno remunerate le prestazioni che, pur rientrando nel suddetto limite del 30% (50% se la sottoscritta struttura ha superato la soglia di 200.000 prestazioni nel 2021), siano state rese dopo l'esaurimento del dodicesimo mensile del tetto di spesa annuo e non abbiano l'indicazione di URGENTE o BREVE nella prescrizione del MMG ("U" = "Priorità Urgente", oppure "B" = "Priorità Breve", poi riportata nel campo "35.0: Livello di Priorità della richiesta" del FILE C).

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 contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
5. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC nn. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

### **Art. 6 (Tavolo Tecnico)**

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire 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) determinazione del valore medio delle prestazioni NON "R", differenziato in base alle diverse tipologie funzionali delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza secondo la classificazione seguente:

## Allegato A\6 (Contratto Laboratorio di Analisi 2022)

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

### Art. 7

#### (documentazione delle prestazioni e modalità di pagamento delle prestazioni)

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

## **Allegato A\6 (Contratto Laboratorio di Analisi 2022)**

4. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
5. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, non sarà liquidato e dovrà essere stornato da apposite note di credito, salvo conguaglio in sede di saldo annuale.
6. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
7. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
  - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
  - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
  - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
  - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
8. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
9. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
10. Ai fini del rispetto dell'art. 3, comma 8, della legge 13 agosto 2010, n. 136, sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del presente contratto:

codice IBAN: \_\_\_\_\_;

presso: \_\_\_\_\_,

generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: \_\_\_\_\_

impegnandosi a comunicare tempestivamente, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante, eventuali modifiche.

### **Art. 8**

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

## **Allegato A\6 (Contratto Laboratorio di Analisi 2022)**

1. Il tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza bimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private accreditate, non è consentito ad ogni singola struttura privata:
  - a) di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni non "R", determinato secondo i criteri di cui al comma 6 dell'art. 4 ed alle diverse tipologie funzionali di cui all'art. 6, comma 3, lettera c).
  - b) di superare i valori medi massimi del raggruppamento delle prestazioni "R", escluse le 7 "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, e del raggruppamento delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, stabiliti per l'esercizio 2022, rispettivamente, in euro **90,00** ed euro **125,00**.
3. I divieti di cui al comma precedente sono tassativi e inderogabili. Eventuali situazioni particolari, su proposta del Tavolo Tecnico e se ritenute dalla ASL meritevoli di apprezzamento, dovranno formare oggetto di una delibera del Direttore Generale della ASL di proposta di deroga, da sottoporre all'approvazione della Regione.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o disegualianze applicative del presente contratto le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, su tutti gli adempimenti previsti dal presente protocollo e messi in essere, comprese le attività svolte dai tavoli tecnici e le successive attuazioni delle decisioni assunte.

### **Art. 9**

#### **(debito informativo e CUP regionale)**

1. La sottoscritta struttura privata con la sottoscrizione del presente contratto si impegna:
  - a) ad entrare nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (Sistema **IN**Formativo saNità Campan**IA** di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d'ora che l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale potrà avvenire attraverso l'utilizzo di una apposita piattaforma di prenotazione ed erogazione regionale (denominata CUP SINFONIA) in fase di realizzazione, nonché delle relative agende informatizzate di prenotazione che saranno concordate con la ASL di competenza;
  - b) ad adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi - File C e flussi previsti dal DM 2 novembre 2011 (Ricetta Dematerializzata) e dall'art. 50, comma 5, della legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i., secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dagli appositi decreti e/o direttive del Direttore Generale per la Tutela della Salute;
  - c) ad alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del

## **Allegato A\6 (Contratto Laboratorio di Analisi 2022)**

progetto SINFONIA e, quindi, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 e s.m.i.;

- d) ad assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5.
2. La sottoscritta ASL effettuerà i controlli, in relazione alle ricette dematerializzate delle prestazioni ambulatoriali erogate, attraverso la verifica dei dati elettronici resi disponibili dal Sistema TS con la lista delle ricette dematerializzate (NRE) erogate nel mese e registrate sul SAC, come sancito dal D.L. 78/2010 art. 11, comma 16 e quanto presente nel FILE C. In caso di irregolarità formali la struttura privata potrà procedere alla regolarizzazione dei flussi informativi, ove ancora possibile e consentito. Eventuali incongruenze potranno determinare la sospensione dei pagamenti finché non saranno state rimosse.
3. Qualora vengano rilevate difformità in ordine a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, l'ufficio preposto della ASL, sulla base dei controlli effettuati dal Nucleo Operativo di Controllo (NOC) ai sensi del DCA n. 103/2019, procederà a specifica contestazione, anche ai fini della eventuale decurtazione degli importi non dovuti.
4. La struttura privata è responsabile della completezza e qualità dei dati trasmessi. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'erogatore, qualora non tempestivamente rimosso, costituisce giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento. In tal caso la sottoscritta ASL proporrà alla Regione con delibera motivata la sospensione dell'accREDITamento sino al permanere dell'inadempimento, fatta salva la possibilità che si giunga alla revoca dell'accREDITamento da parte degli organi competenti per grave inadempimento.

### **Art. 10**

#### **(fascicolo sanitario elettronico e protezione dei dati)**

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

### **Art. 11**

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

## **Allegato A\6 (Contratto Laboratorio di Analisi 2022)**

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

### **Art. 12 (efficacia del contratto)**

1. Il presente contratto si riferisce al periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2022, e sarà adeguato ad eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

### **Art. 13 (norme finali)**

1. In caso di contenzioso con uno o più centri privati, la ASL valuterà l'eventuale rischio di soccombenza, effettuando – se del caso – appositi accantonamenti al fondo rischi a fronte delle somme in contestazione, fino alla definizione del contenzioso stesso.
2. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto e/o di ogni altro rapporto del sottoscritto centro privato con il servizio sanitario regionale è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere la citata delibera della Giunta regionale \_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

### **Art. 14 (Clausola di salvaguardia)**

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

**Allegato A\6 (Contratto Laboratorio di Analisi 2022)**

li ..... , \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Timbro e firma della ASL \_\_\_\_\_  
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della struttura privata

\_\_\_\_\_

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

Timbro e firma della ASL \_\_\_\_\_  
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della struttura privata

## Allegato A/7 – Contratto FKT – Anno 2022

Contratto tra .....  
Partita IVA: ..... Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA): .....  
con sede in ..... (Prov: \_\_ ; CAP: \_\_\_\_\_) – Via ..... n° .....  
rappresentato/a dal/la sottoscritto/a ....., CF .....  
come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o della Regione che redige il presente atto;

il / la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 T.U. 445/2000, dichiara:

- a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentate legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure - copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni (*oppure: si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di concordato con continuità aziendale*);
- c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 6 del D.Lgs. n. 159/2011, che non sussistono le cause ostative previste artt. 67 e 84, comma 4, del D.Lgs. n. 159/2011, e più in generale le cause di esclusione previste dall'art. 80 comma 1 e 2 del D.Lgs. 50/2016;
- d) di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;
- e) di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. (INPS o INAIL) n. \_\_\_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (data richiesta indicata nel DURC) ex art. 80, comma 4, del D.Lgs. n. 50/2016.

### E

L'Azienda Sanitaria Locale ..... con sede in ..... Partita IVA: .....  
rappresentata dal Direttore Generale ....., nato a ..... il  
....., munito dei necessari poteri come da DPGRC di nomina n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_,

### PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti all'area della assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di medicina fisica e riabilitativa (cd. riabilitazione ex art 44 della L. 833/78), come definita nell'allegato n. 3 alla DGRC n. 1269 del 16.7.09 e nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza", da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2022, redatto in conformità alla delibera della Giunta regionale n. \_\_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

### PREMESSO

- che con delibera n. n. \_\_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_\_, la Giunta regionale ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie di medicina fisica e riabilitativa (cd. riabilitazione ex art 44 della L. 833/78) da erogarsi nel corso del 2022, approvando il relativo



## **Allegato A/7 – Contratto FKT – Anno 2022**

schema di contratto ex art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. con gli erogatori privati accreditati, da applicarsi per l'esercizio 2022, ai quali il presente contratto si uniforma.

**Si conviene quanto segue:**

### **Art. 1**

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

### **Art. 2**

**(oggetto)**

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria di medicina fisica e riabilitativa (cd. riabilitazione ex art 44 della L. 833/78) come definita nell'allegato, n 3 alla DGRC n. 1269 del 16.7.09 e nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza") da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2022 da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa.

### **Art. 3**

**(quantità delle prestazioni)**

1. Il volume massimo di prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2022 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2022, è determinato in n. .... prestazioni.

### **Art. 4**

**(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)**

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa e, quindi, il fatturato, per l'esercizio 2022 per il volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato come segue:
  - a) € \_\_\_\_\_, applicando le tariffe vigenti;
  - b) € \_\_\_\_\_, applicando le tariffe 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. Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare almeno in parte la continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate, il consumo massimo del tetto annuale è fissato al 95% al 30 novembre 2022; pertanto, nulla spetterà alla sottoscritta struttura, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto limite.
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 dalla sottoscritta struttura privata ripartendoli in dodicesimi su base mensile. Il rispetto di questo vincolo sarà verificato sul progressivo delle prestazioni rese in corso d'anno solare, con una oscillazione mensile non superiore al 30% del tetto mensile, nei limiti della capacità produttiva massima della struttura, e con obbligo di recuperare lo sfioramento entro i tre mesi successivi e, comunque, entro il 31 dicembre 2022. Le prestazioni rese in eccesso rispetto alla suddetta oscillazione massima mensile non saranno remunerate.

## **Allegato A/7 – Contratto FKT – Anno 2022**

4. La sottoscritta struttura potrà recuperare nel mese successivo l'eventuale volume di prestazioni non richiesto dagli aventi diritto, rispetto alla percentuale massima fissata al comma precedente: si precisa, comunque, che nulla spetterà né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per il caso in cui detto volume non sia stato recuperato entro il 31 dicembre 2022.

### **Art. 5**

#### **(criteri di remunerazione delle prestazioni)**

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle vigenti tariffe regionali - fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4. Per le strutture interessate dalle riconversioni parziali o totali in strutture socio sanitarie, al momento della riconversione la residua quota di dodicesimi del tetto di spesa annuo sarà riservata alle prestazioni riconvertite.
2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa annuale al netto della compartecipazione dell'utente costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate dalla ASL in ciascun esercizio, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza del limite di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui all'art. 4, comma 1, lettera a), ovvero, di residua disponibilità del volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3; al contrario, qualora sussista ancora capienza nei limiti di spesa di cui all'art. 4, comma 1, lettere a) e b), l'ASL potrà acquistare volumi di prestazioni maggiori di quelli previsti.
3. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
4. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC n. 6757/96, 377/98, 1270 e 1272/2003, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

### **Art. 6**

#### **(Tavolo Tecnico)**

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto da n. .... membri di cui n. .... designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. .... membri nominati dalla ASL. 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)

## **Allegato A/7 – Contratto FKT – Anno 2022**

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 spettano, in particolare, i seguenti compiti:
  - a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL e con i monitoraggi effettuati a livello regionale in attuazione del DCA n. 103 del 06.12.2019, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
  - b) 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.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o diseguglianze applicative del presente contratto, le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare con cadenza trimestrale alla Direzione Generale per la Tutela della Salute - Commissione Regionale di Controllo, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, su tutti gli adempimenti previsti dal presente contratto e messi in essere, comprese le attività svolte dai tavoli tecnici e le successive attuazioni delle decisioni assunte.

### **Art. 7**

#### **(documentazione delle prestazioni e modalità di pagamento delle prestazioni)**

1. La sottoscritta struttura privata si impegna a documentare l'attività sanitaria erogata a mezzo dei flussi informativi di cui al successivo art. 8, 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. 8 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 sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari al 90% del fatturato mensile, a condizione che siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente: in particolare, il File C mensile deve risultare uguale, per numero di prestazioni e valore economico, alla somma dei dati di erogazione trasmessi giorno per giorno nel FILE C giornaliero.
3. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono ma, comunque, a non meno di trenta giorni dalla data di ricezione della fattura. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 30 giugno per le fatture del primo trimestre; entro il 30 settembre per le fatture relative ai mesi da aprile a luglio; entro il 31 dicembre per le fatture relative ai mesi di agosto, settembre ed ottobre; entro il 31 marzo dell'anno successivo per le fatture di novembre e dicembre. Per il pagamento di ciascun saldo la sottoscritta ASL potrà richiedere l'emissione di apposite note di credito, sia con riguardo ad

## Allegato A/7 – Contratto FKT – Anno 2022

eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria eventualmente necessaria per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4, 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 della struttura privata, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.

4. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della sottoscritta 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.
5. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
6. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
  - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
  - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
  - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
  - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
7. 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.
8. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
9. Ai fini del rispetto dell'art. 3, comma 8, della legge 13 agosto 2010, n. 136, sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione del presente contratto:

codice IBAN: \_\_\_\_\_;

presso: \_\_\_\_\_,

generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: \_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_;

## Allegato A/7 – Contratto FKT – Anno 2022

impegnandosi a comunicare tempestivamente, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante, eventuali modifiche.

### Art. 8

#### (debito informativo e CUP regionale)

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

## **Allegato A/7 – Contratto FKT – Anno 2022**

### **Art. 9**

#### **(fascicolo sanitario elettronico e protezione dei dati)**

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

### **Art. 10**

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

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

### **Art. 11**

#### **(efficacia del contratto)**

3. Il presente contratto si riferisce al periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2022.
4. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

### **Art. 12**

#### **(norme finali)**

## Allegato A/7 – Contratto FKT – Anno 2022

1. Per ogni controversia riguardo l'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.
2. Per qualsiasi controversia tra la sottoscritta struttura privata e la ASL e/o la Regione, anche non inerente al presente contratto, è espressamente escluso il ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere la citate delibera della Giunta regionale n. \_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

### Art. 13

#### (Clausola di salvaguardia)

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

li ....., \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Timbro e firma della ASL \_\_\_\_\_  
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della struttura privata

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed inscindibile contesto. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 7, comma 5, (*“A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinato 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 contratto.

Timbro e firma della ASL \_\_\_\_\_  
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante  
della struttura privata

### **Premessa**

La presente delibera conferma i limiti di spesa per l'esercizio 2022, indicati per ciascuna branca dell'assistenza specialistica ambulatoriale da acquistare dalle strutture private accreditate nell'allegato n. 1 - *Quadro delle prestazioni da privato soggette alla Spending Review (DL 95/2012 e s.m.i.)* alla DGRC n. 354 del 4 agosto 2021. In tale delibera fu stabilita la programmazione per l'esercizio 2021 e, in via provvisoria, la variazione dei limiti di spesa per l'esercizio 2022, come segue: incremento del 1,5% per la dialisi ambulatoriale, incremento del 3% per la radioterapia e, per assicurare l'invarianza della programmazione complessiva, una corrispondente riduzione dello 0,8% dei limiti di spesa delle altre branche (si ricorda che le variazioni furono determinate rispetto al budget 2021 *ordinario*, esclusa l'integrazione ex art. 26, commi 2 e 3, del decreto legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito con modifiche dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, che ha carattere straordinario).

Eventuali modifiche negli importi dei limiti di spesa per l'esercizio 2022, nel loro complesso e/o nella loro ripartizione tra ciascuna ASL per le diverse branche dell'assistenza specialistica ambulatoriale, saranno definite con successivi provvedimenti specifici per questo settore, e/o in sede di aggiornamento complessivo della programmazione dell'acquisto delle prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, erogata dalle strutture private accreditate, come si è previsto nella DGRC n. 497 del 10 novembre 2021.

La presente delibera interviene, invece, in modo innovativo sulle regole alle quali devono attenersi le strutture private accreditate dal 1° gennaio 2022 nell'erogare prestazioni sanitarie a carico del SSR, estendendo a tutte le branche dell'assistenza specialistica ambulatoriale i cd. tetti di *struttura* (ovvero, individuali, per singolo centro erogatore) e, quindi, con criteri generali già applicati da circa dieci anni nelle altre macroaree di assistenza sanitaria acquistata dai soggetti privati (ospedaliera, territoriale per riabilitazione, salute mentale e socio-sanitario), nonché nella stessa macroarea della specialistica ambulatoriale per le branche della dialisi e della medicina fisica e riabilitativa (FKT).

L'innovazione riguarda, quindi, le branche della Diabetologia, Cardiologia, Branche a Visita, Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi), Medicina Nucleare, Radiodiagnostica e Radioterapia, che avevano mantenuto finora l'impostazione del cd. *tetto di branca*, ovvero di un budget assegnato a ciascuna ASL, al quale le diverse strutture private accreditate attingono in corso d'anno, fino al suo esaurimento, che costituiva l'impostazione iniziale dei limiti di spesa assegnati dalla Regione a tutte le macroaree di assistenza sanitaria acquistata da soggetti privati accreditati (DGRC n. 1272/2003 e n. 2451/2003).

### **Tetti di spesa “di struttura” e tetti di spesa “di branca”**

L'impostazione dei tetti di spesa “di branca”, come accennato, fu introdotta nel 2003 con le DGRC n. 1272 del 28.03.2003 e n. 2451 del 01.08.2003. Questa impostazione fu accolta con favore dalle strutture private accreditate perché consentiva ai singoli centri più attrattivi ed efficienti una più agevole crescita dimensionale, entro un margine massimo del 10% all'anno (il cd. limite all'*overselling*).

Tuttavia, come già si è avuto modo di esporre ampiamente nel DCA n. 10 del 17.01.2020, recante “*Limiti di spesa assegnati agli erogatori privati di prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale per gli esercizi 2019 e 2020*” (si vedano, in particolare, i paragrafi “*Premessa*” e “*Branca di Patologia Clinica: problematica delle Aggregazioni operanti in più ASL*” della Sezione III), questa impostazione presenta una notevole complessità gestionale, resa ancora più critica dal processo di aggregazione che ha interessato i Laboratori di Analisi negli ultimi anni, laddove molte aggregazioni comprendono (come SPOKE) anche laboratori operanti in ASL diverse da quella a cui fattura la capogruppo (HUB).

Inoltre, l'impostazione del tetto di spesa “di branca” ha generato, negli anni, a fronte delle limitazioni imposte agli acquisti di prestazioni sanitarie dalle strutture private accreditate, indispensabili per l'attuazione dal Piano di Rientro dal Disavanzo Sanitario e rese, comunque, obbligatorie dalla normativa sulla cd. *Spending Review* (DL 95/2012 e s.m.i.), un sempre più precoce esaurimento dei tetti di spesa e, conseguentemente, una sempre più agguerrita corsa dei vari centri privati ad effettuare la



maggiore attività possibile nei primi mesi dell'anno solare. Peraltro, con il negativo effetto di rendere immediatamente disponibili, nella prima metà dell'anno, senza alcuna lista di attesa, tutte le prestazioni sanitarie, comprese quelle che il MMG valuta programmabili, a scapito della esigenza, una volta esaurito il tetto di spesa “*di branca*”, di coadiuvare le strutture sanitarie pubbliche nell'assicurare le prestazioni urgenti e/o comunque da garantire in tempi certi e brevi (come, ad esempio, i controlli periodici previsti nei PDTA per patologie oncologiche, cardiologiche, ecc.).

Le criticità implicite nella impostazione dei tetti di spesa “*di branca*” hanno determinato, spesso anche su richiesta delle stesse strutture private e delle loro associazioni, l'abbandono di questa impostazione a favore di quella dei tetti di spesa “*di struttura*”, la cui gestione è molto più semplice, sia da parte delle direzioni dei singoli centri privati, sia ai fini dei controlli delle ASL sul rispetto del tetto di spesa (al netto degli abbattimenti per l'appropriatezza, l'*overselling*”, i vincoli di costo medio massimo per gruppi omogenei di erogatori, ecc.). Peraltro, anche l'estensione – in corso di realizzazione - di un unico CUP (Centro Unico di Prenotazione) a tutte le strutture sanitarie pubbliche e private a livello di ASL e, poi, regionale, con l'obiettivo di favorire una migliore accessibilità, trasparenza e disponibilità delle prestazioni richieste dagli utenti, richiede l'implementazione presso tutte le strutture private di una corretta gestione delle liste di attesa, che solo i tetti di spesa “*di struttura*” possono realisticamente consentire.

Come illustrato in premessa, ormai da circa dieci anni i tetti di spesa assegnati dalla Regione a quasi tutte le macroaree e branche dell'assistenza sanitaria acquistata dai soggetti privati sono regolati con l'impostazione dei tetti di spesa “*di struttura*”, con l'unica differenza di settori in cui la ripartizione del budget ai singoli centri privati è stabilita direttamente dai provvedimenti regionali, come avviene per le case di cura e le strutture di salute mentale ex case di cura neuropsichiatriche, oppure, di settori in cui la Regione assegna a ciascuna ASL il budget della macroarea / branca, lasciando alla ASL il compito di definirne la ripartizione per singolo centro privato (comunque sulla base dei criteri generali fissati dalla Regione), come avviene per la dialisi ambulatoriale, l'FKT e, in generale, per tutta l'area dell'assistenza territoriale per riabilitazione, salute mentale e socio-sanitario. Sono ad oggi rimaste con l'impostazione dei tetti di spesa “*di branca*” soltanto le sette branche dell'assistenza specialistica ambulatoriale, elencate in premessa, e l'assistenza termale (settore nel quale, per le sue peculiarità organizzative e gestionali, questa impostazione finora non ha mai incontrato difficoltà operative significative).

Infine, va evidenziato che diversi centri privati e associazioni di categoria della specialistica ambulatoriale hanno manifestato più volte la loro preferenza o disponibilità al passaggio alla impostazione dei tetti di spesa “*di struttura*”. In realtà, si può ritenere che, anche per le associazioni più contrarie, non sussiste una ostilità *di principio*, ma la giusta preoccupazione che siano assicurati procedimenti equi nella ripartizione del budget, evitando che comportamenti opportunistici e/o carenze nei controlli da parte delle ASL finiscano per premiare alcune strutture private a discapito di quelle che hanno applicato comportamenti più rispettosi delle regole.

Altro discorso, invece, è quello di alcune associazioni o centri privati, che propendono per altre impostazioni (come, ad esempio, i tetti “*di branca per residente*” (per la cui valutazione si rinvia alle osservazioni espone nella sopra richiamata “*Premessa*” alla Sezione III del DCA n. 10/2020), sostenendo che la Regione dovrebbe incrementare i limiti di spesa loro assegnati. Si tratta di richieste legittime ma che riguardano, più che i criteri tecnici di regolazione del budget, le scelte fondamentali della programmazione regionale, sia sanitaria che economico finanziaria. A tale riguardo, in questa sede si può solo dare atto che i volumi massimi di prestazioni, fissati per il 2022 in via provvisoria dalla DGRC n. 354/2021 e declinati per singola struttura accreditata dal presente provvedimento, rientrano nel fabbisogno di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, recentemente valutato per ciascuna branca nei seguenti atti:

- la DGRC n. 354 del 4 agosto 2021, che ha approvato il documento “*IL FABBISOGNO REGIONALE DI PRESTAZIONI SANITARIE - Assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera - Anni 2020-2022*”;
- la delibera n. 1 del 24 novembre 2021 del Commissario ad acta, nominato in esecuzione della sentenza del Consiglio di Stato - Sezione III n. 5293/19, n. 1 del 24 novembre 2021, che ha

approvato il documento tecnico denominato “*Determinazione del fabbisogno assistenziale sanitario nella macroarea della specialistica ambulatoriale della Regione Campania per gli anni 2018/2019*”.

Dai sopra citati documenti si evidenzia che, a fronte di una ripartizione del numero dei punti di offerta delle prestazioni sanitarie complessivamente quasi uguale (circa 55% e 45% tra strutture pubbliche e strutture private), la percentuale delle prestazioni erogate dalle strutture private sia oltre quattro volte superiore: mediamente circa 80% - 85% il privato accreditato e circa il 15% - 20% le aziende sanitarie pubbliche. Questo squilibrio denota una anomala ripartizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in Campania tra pubblico e privato accreditato, sbilanciata a favore del secondo rispetto a quanto accade nelle regioni benchmark.

Successivi provvedimenti saranno, quindi, istruiti sia per approfondire le valutazioni sul fabbisogno di prestazioni sanitarie nelle varie branche, sia per promuovere una ripartizione nell'erogazione delle prestazioni più congrua, rispetto al ruolo centrale delle ASL e delle Aziende Ospedaliere nel SSR.

### **Il passaggio ai tetti “di struttura”: limite mensile di 1/12 del tetto annuo**

Il passaggio ai tetti “di struttura” dall'esercizio 2022 avverrà attraverso successivi passaggi, proprio per garantire la massima equità nell'attribuzione del budget individuale.

Come si è già esposto in premessa, i livelli complessivi dei tetti di spesa per ASL / branca sono quelli fissati per l'esercizio 2022 dalla DGRC n. 354/2021.

Si è assunta come base di ripartizione del budget assegnato a ciascuna ASL / branca alle singole strutture il peso percentuale che ha la media semplice della produzione erogata da ogni centro privato nel 2020 e nel 2021, come rilevata dal flusso informativo mensile regionale denominato “FILE C”, nei mesi solari in cui è avvenuto l'esaurimento del limite di spesa netta (spesa lorda meno compartecipazione dell'utente) vigente in ciascun anno. La composizione percentuale della spesa netta per ciascuna ASL / branca / struttura accreditata, rilevata per il 2020 e il 2021, e quella media, applicata per i tetti 2022, sono esposti nell'allegato n. 1, nel quale sono determinati i volumi massimi ed i correlati limiti di spesa dei Laboratori di Analisi (suddivisi fra prestazioni “non R”, prestazioni “R” escluse le 7R e le “7 Prestazioni “R” Alto Costo ex DCA 101/13”), e nell'allegato n. 2, nel quale sono determinati i volumi massimi ed i correlati limiti di spesa delle altre sei branche.

Tale regola generale è stata adeguata in alcuni casi, che sono espressamente richiamati nelle NOTE inserite nei medesimi allegati n. 1 e n. 2, per i quali la composizione percentuale applicata ai fini dei tetti di spesa 2022 è stata modificata per tenere conto delle situazioni particolari, sinteticamente esposte nelle stesse NOTE. Inoltre, nell'ambito della branca di Laboratorio di Analisi, il valore economico della produzione 2020 e 2021 di prestazioni “R”, considerato ai fini della determinazione del tetto di spesa 2022, nei casi in cui risultava un costo medio unitario superiore, è stato ricondotto al limite di euro 125,00=, stabilito dal DCA n. 10/2020 per le “7 Prestazioni “R” Alto Costo ex DCA 101/13”, e ad un massimo di euro 90,00=, per l'insieme delle altre prestazioni “R” (importo massimo implicito nella fissazione in euro 111,00= del limite di costo medio unitario di tutte le prestazioni “R”, stabilito dal DCA n. 10/2020, tenuto conto dei volumi complessivi – a livello regionale – del budget 2022 delle prestazioni “R”). Infine, si evidenzia che per le prestazioni “R”, nei casi in cui i dati attività 2020 e 2021 evidenziavano una attività irrisoria, si è ritenuto opportuno non assegnare un budget per queste prestazioni (che, per loro natura, richiederebbero una elevata specializzazione della struttura). Tale valutazione potrà essere eventualmente rivista in sede di determinazione definitiva dei tetti individuali “**di struttura**” per l'esercizio 2022, eventualmente anche su proposta motivata della ASL competente per territorio.

I volumi massimi ed i correlati limiti di spesa lorda e netta, calcolati ed esposti negli allegati n. 1 e n. 2, costituiscono il tetto annuo 2022 provvisorio “di struttura”, vigente dal 1° gennaio 2022, **che ciascun centro privato dovrà rispettare ogni mese, previa suddivisione del medesimo tetto in**

**dodici importi uguali. Le prestazioni eccedenti il dodicesimo del tetto di spesa non saranno remunerate.**

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, necessaria per recuperare la minore produzione che, generalmente, si verifica nei mesi estivi: sarà consentito – alle condizioni di priorità sotto specificate – che il suddetto importo cumulato raggiunga una eccedenza, rispetto alla somma dei dodicesimi del tetto di spesa netta per i mesi trascorsi, non superiore al 30% del tetto di spesa netta mensile, con l'obbligo di recuperare lo sfioramento al massimo entro il 31 dicembre 2022. **Le prestazioni che in ciascun mese solare eccederanno la suddetta condizione, non saranno remunerate. Parimenti, non saranno remunerate le prestazioni che, pur rientrando nel suddetto limite del 30%, siano state rese dopo l'esaurimento del dodicesimo mensile del tetto di spesa annuo e non abbiano l'indicazione di URGENTE o BREVE nella prescrizione del MMG ("U" = "Priorità Urgente", oppure "B" = "Priorità Breve", poi riportata nel campo "35.0: Livello di Priorità della richiesta" del FILE C).**

Al fine di incentivare il processo di aggregazione dei Laboratori di Analisi, ancora in corso, si stabilisce che **la suddetta flessibilità del 30% può raggiungere il 50%** per i Laboratori che nel 2021 hanno prodotto più di 200 mila prestazioni (soglia minima di efficienza a regime per i laboratori generali di base con settori specializzati: DCA n. 109/2013).

Si ricorda che, in base al DCA n. 52 del 04.07.2019 (BURC n. 41/2019), con il quale la Regione Campania ha recepito il Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PNGLA 2019/2021), la prescrizione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale deve contenere, tra l'altro:

- l'indicazione di prima visita / prestazione diagnostica o degli accessi successivi;
- del Quesito diagnostico;
- delle Classi di priorità (almeno per i primi accessi), così declinate (si riportano anche i criteri chiariti nel DCA n. 34/2017):
  - **U (Urgente)** da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore: prestazione la cui indifferibile esecuzione debba essere riferita a condizioni di particolare gravità clinica;
  - **B (Breve)**, da eseguire entro 10 giorni: prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco temporale breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità;
  - **D (Differibile)**, da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici: prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione/disabilità;
  - **P (Programmata)** da eseguire entro 120 giorni: prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità.

Con separati provvedimenti, come peraltro già previsto nelle LINEE DI INDIRIZZO PER LA RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA, approvate dal DCA n. 34/2017, la Regione sta rendendo obbligatoria dal gennaio 2022 l'indicazione della classe di priorità su tutte le prescrizioni delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. **In ogni caso, fino alla completa attivazione di tale obbligatorietà, le prescrizioni prive della indicazione della classe di priorità si intenderanno a tutti gli effetti nella categoria P (Programmata).** L'indicazione della classe di priorità è, poi, riportata nei record del FILE C giornaliero e mensile, con il quale le strutture accreditate documentano l'attività svolta, anche al fine di ottenere dalla ASL i relativi pagamenti in acconto e a saldo.

Per garantire il rispetto di queste disposizioni, i centri privati dal 1° gennaio 2022 devono avviare l'implementazione di idonee Liste di Attesa, conformi alle disposizioni generali del sopra richiamato DCA n. 52/2019 e s.m.i., programmando l'esecuzione delle prescrizioni presentate dagli utenti, in base ai suddetti codici di priorità, ed in funzione della capienza del loro budget mensile. E le ASL devono vigilare

## Allegato A – Nota Metodologica

sulla corretta applicazione, da parte di ciascuna struttura sanitaria, delle indicazioni di priorità contenute nella prescrizione.

A tal fine, si ricorda che le strutture sanitarie hanno l'obbligo, peraltro dal 2021 espressamente inserito nei contratti con le ASL (si vedano gli articoli 7 e 9 dello schema di contratto approvato dalla DGRC n. 375 del 07.09.2021), di:

*“... alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 e s.m.i.;  
... 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 allegato al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5”;*

e che la corretta e tempestiva trasmissione **giornaliera e mensile** dei dati che documentano l'attività sanitaria erogata dalla struttura **è condizione espressa per la liquidazione dell'acconto mensile** da parte della ASL (art. 7, commi 1 e 2 del contratto).

**Come per i precedenti tetti di spesa “di branca”, saranno ammissibili sforamenti del volume massimo e/o dell'importo del tetto di spesa LORDO (a tariffa piena), purché vi sia ancora capienza nel limite di spesa netta (spesa lorda meno compartecipazione dell'utente).**

**Riguardo alle prestazioni erogate a utenti residenti in altre regioni o stranieri**, rimangono sostanzialmente in vigore i limiti di spesa fissati per ciascuna ASL e branca negli anni scorsi, con le seguenti modalità (che per la branca di Laboratorio di Analisi si applicano separatamente alle tre tipologie di prestazioni ivi comprese: prestazioni non “R”, prestazioni “R”, escluse le n. 7 prestazioni di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013; n. 7 prestazioni “R” di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013): **in generale, viene stabilito per tutte le strutture private accreditate un limite massimo di spesa (al netto della compartecipazione dell'utente) pari all'1% (uno percento) del tetto di spesa NETTA annuale assegnato alla singola struttura.** Tuttavia, per tenere conto delle caratteristiche di attrazione di alcuni centri privati, che per la loro posizione geografica in prossimità di altre regioni e/o per elevata qualità prestazionale, hanno storicamente espresso quote significative di fatturato per prestazioni erogate a residenti di altre regioni, è consentito nel 2022 di superare la suddetta quota del 1%, fino alla quota percentuale realizzata nel 2021 (sul tetto di spesa ordinario, esclusa l'integrazione ex art. 26 del DL n. 73/2021, che è espressamente riservata ai residenti in Campania). A tal fine, nel contratto per l'esercizio 2022 con i singoli centri privati, l'ASL indicherà la percentuale del fatturato (netto ticket e quota ricetta) per prestazioni rese a utenti residenti fuori regione - se maggiore del 1% - che risulta liquidabile per l'esercizio 2021 nei tetti di spesa **ordinari** stabiliti dalla DGRC n. 354/2021 per la componente relativa alle prestazioni rese a utenti non residenti in Campania. Qualora tale percentuale non sia ancora accertata definitivamente al momento della sottoscrizione del contratto 2022, l'indicazione della ASL sarà espressamente qualificata come provvisoria, sulla base dei monitoraggi effettuati nel corso del 2021. E sarà rideterminata in sede di determinazione definitiva del tetto **“di struttura”** 2022 (si veda il paragrafo successivo).

Si precisa, comunque, che anche le prestazioni rese a cittadini di altre regioni e/o stranieri **non sono aggiuntive**, ma rientrano nei tetti di spesa **“di struttura”**, fissati negli allegati n. 1 e n. 2 alla presente delibera.

### **Il passaggio ai tetti “di struttura”: fase provvisoria gennaio – aprile 2022**

L'introduzione dei tetti di spesa **“di struttura”** fin dal 1° gennaio 2022 consente di evitare la concentrazione del consumo del tetto di spesa annuale nei primi mesi di ogni nuovo anno, per effetto della immediata erogabilità anche delle prestazioni programmabili. Con la conseguenza, sopra già evidenziata che, una volta esaurito il tetto di spesa **“di branca”**, ricade solo sulle strutture sanitarie pubbliche il compito di assicurare le prestazioni urgenti e/o indifferibili.

## Allegato A – Nota Metodologica

E', quindi, indispensabile, avviare subito i tetti di spesa "**di struttura**", gestendo una fase transitoria di eventuale perfezionamento degli stessi, che può essere programmata come segue.

**Entro il termine inderogabile del 15 febbraio 2022** ciascuna ASL dovrà istruire, approvare (con delibera del Direttore Generale), e trasmettere alla Regione:

- a. Gli importi liquidati (**saldi compresi**) per l'esercizio **2020** a ciascun centro privato, per ogni branca dell'assistenza specialistica ambulatoriale, secondo lo schema di rilevazione dei volumi prodotti, del fatturato lordo e netto, e del dettaglio degli abbattimenti operati, di cui alla tabella n. 4, allegata alla nota del Direttore Generale per la Tutela della Salute prot. n. 84737 del 16 febbraio 2021 (per semplicità, potrà essere accorpato il dettaglio relativo alla residenza del paziente, evidenziando solo il "di cui" per residenti fuori regione). **Laddove l'ASL dovesse non avere ancora liquidato il saldo annuale**, dovrà essere comunque inserita la più attendibile valutazione aggiornata dell'importo complessivamente liquidabile a ciascun centro privato.
- b. Una dettagliata relazione attestante la avvenuta effettuazione di tutti i controlli ed abbattimenti previsti dalla normativa nazionale e regionale (specificando se la consuntivazione del liquidato è stata già verificata anche in contraddittorio con le Associazioni di Categoria, nell'ambito dei Tavoli Tecnici locali previsti dai provvedimenti regionali in materia), nonché i motivi e lo stato di eventuali contenziosi (anche se non ancora incardinati innanzi al TAR o al Tribunale Civile) sugli abbattimenti operati dalla ASL sul budget dell'esercizio 2020.
- c. Una dettagliata relazione in cui proporre correttivi, miglioramenti, e sottoporre alla valutazione della Regione eventuali situazioni particolari, che potrebbero richiedere una diversa ripartizione dei tetti di spesa per l'esercizio 2022.

La Direzione Generale per la Tutela della Salute, anche con il supporto della Commissione Regionale di Controllo, istituita per le finalità previste dal DCA n. 103 del 06.12.2019 - "*Sistema regionale dei controlli e della qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie ambulatoriali*", sulla base della suddetta documentazione valuterà, eventualmente anche attraverso incontri tecnici con le ASL ed, eventualmente, anche con le Associazioni di categoria e/o con singole strutture private accreditate, se proporre immediatamente alla Giunta regionale un primo aggiornamento delle determinazioni assunte con la presente delibera.

**Entro il termine inderogabile del 15 marzo 2022** ciascuna ASL dovrà istruire, approvare (con delibera del Direttore Generale), e trasmettere alla Regione:

- d. Gli importi liquidati (**saldi compresi**) per l'esercizio **2021** a ciascun centro privato (relativamente al solo budget ordinario, esclusa l'integrazione ex art. 26 del DL n. 73/2021), per ogni branca dell'assistenza specialistica ambulatoriale, secondo lo schema sopra richiesto per i dati dell'esercizio 2020. **Laddove l'ASL dovesse non avere ancora liquidato il saldo annuale** (del budget 2021 **ordinario**), dovrà essere comunque inserita la più attendibile valutazione aggiornata dell'importo complessivamente liquidabile a ciascun centro privato.
- e. Gli importi liquidati (**saldi compresi**) per l'esercizio **2021** a ciascun centro privato (relativamente al solo budget **ordinario**, esclusa l'integrazione della branca di FKT ex art. 26 del DL n. 73/2021), per le branche della dialisi ambulatoriale e della medicina fisica e riabilitativa (FKT), secondo l'apposito schema che sarà fornito alle ASL dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute entro dieci giorni dalla approvazione della presente delibera. **Laddove l'ASL dovesse non avere ancora liquidato il saldo annuale** (del budget 2021 **ordinario**), dovrà essere comunque inserita la più attendibile valutazione aggiornata dell'importo complessivamente liquidabile a ciascun centro privato.
- f. Una dettagliata relazione attestante la avvenuta effettuazione di tutti i controlli ed abbattimenti previsti dalla normativa nazionale e regionale (specificando se la consuntivazione del liquidato è stata già verificata anche in contraddittorio con le Associazioni di Categoria, nell'ambito dei Tavoli Tecnici locali previsti dai provvedimenti regionali in materia), nonché i motivi e lo stato di eventuali contenziosi (anche se non ancora incardinati innanzi al TAR o al Tribunale Civile) sugli abbattimenti operati dalla ASL sul budget **ordinario** dell'esercizio 2021.

## Allegato A – Nota Metodologica

g. Un aggiornamento, sulla base dei dati più recenti, della relazione di cui al precedente punto c).

Sulla base dell'esame della ulteriore documentazione di cui ai precedenti punti d), e) ed f), e degli approfondimenti intervenuti con le ASL medesime e con i soggetti privati e/o loro Associazioni, entro il 30 aprile 2022 si procederà ad approvare in via definitiva i tetti di spesa "**di struttura**" per l'esercizio 2022, con le eventuali modifiche ed aggiornamenti, rispetto a quelli approvati in via provvisoria dalla presente delibera.

### **I volumi massimi ed i correlati limiti di spesa delle branche di dialisi e FKT**

Come sopra richiamato, da diversi anni, per le branche della dialisi ambulatoriale e della medicina fisica e riabilitativa (FKT) la Regione assegna a ciascuna ASL il budget della branca, lasciando alla ASL medesima il compito di definirne la ripartizione per singolo centro privato accreditato.

Per l'esercizio 2022 si conferma, pertanto, in via provvisoria, la ripartizione tra le diverse ASL dei volumi massimi e dei limiti di spesa della dialisi ambulatoriale, già approvata nell'allegato n. 2 alla DGRC n. 354/2021, fatte salve le eventuali modifiche, che potranno essere valutata sulla base dei dati consuntivi 2021 sopra richiesti.

Analogamente, si conferma in via provvisoria il limite di spesa complessiva 2022 per la branca della medicina fisica e riabilitativa (FKT), stabilendo la seguente ripartizione in vigore dal 1° gennaio 2022:

Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT)	Volumi e limiti di spesa 2022		
	Limite di spesa a tariffa	Limite di spesa netta (*)	per n° prestazioni
ASL Avellino	1.771.066	1.607.634	85.352
ASL Benevento	1.572.808	1.411.675	79.066
ASL Caserta	5.172.500	4.765.078	256.557
ASL Napoli 1 Centro	6.924.364	6.470.005	346.044
ASL Napoli 2 Nord	9.105.995	8.561.746	463.924
ASL Napoli 3 Sud	8.718.238	8.144.792	437.240
ASL Salerno	5.328.037	4.785.596	269.525
<b>TOTALE</b>	<b>38.593.009</b>	<b>35.746.525</b>	<b>1.937.708</b>

(\*) Importi in euro al netto del ticket e della quota ricetta

che mantiene la stessa ripartizione tra le ASL del budget 2021 approvato dalla DGRC n. 354/2021.

Anche per questa branca si valuteranno eventuali modifiche della programmazione 2022 sulla base dei dati consuntivi 2021 sopra richiesti.

### **Schemi contrattuali per l'esercizio 2022**

Si allegano i seguenti schemi contrattuali:

- A\1 – Protocollo DIALISI – Anno 2022
- A\2 – Contratto Dialisi – Anno 2022
- A\3 - Protocollo Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi e FKT
- A\4 - Contratto Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi e FKT
- A\5 - Protocollo Laboratori di Analisi 2022
- A\6 - Contratto Laboratori di Analisi 2022
- A\7 – Contratto FKT – Anno 2022

Rispetto agli schemi contrattuali utilizzati per gli anni precedenti, recentemente aggiornati per l'esercizio 2021 dalla DGRC n. 375 del 07.09.2021, per quanto riguarda le branche della dialisi ambulatoriale e della medicina fisica e riabilitazione (FKT), gli schemi allegati alla presente delibera non contengono

## **Allegato A – Nota Metodologica**

modifiche significative. Per le altre branche, invece, sono stati innovati a seguito del passaggio dalla impostazione dai tetti di spesa “**di branca**” ai tetti di spesa “**di struttura**”.















## ALLEGATO n. 2: Tetti di spesa individuali di struttura per il 2022

(Branche a Visita, Cardiologia, Diabetologia, Medicina Nucleare, Radiodiagnostica, Radioterapia)				TETTO 2022	TETTO 2022	TETTO 2022	comp % applicata per il tetto 2022	composizione % del NETTO (3) consuntivo		NOTE
BRANCA TETTI	ASL	NSIS_22	Denominazione struttura erogatrice	NUM (1)	LORDO (2)	NETTO (3)		2020	2021	
BRANCHE A VISITA	ASL Avellino	086400	CASA DI CURA VILLA DEI PINI	1.096	38.311	34.669	100,0%	#DIV/0!	100,0%	nel 2020 non risulta produzione
	ASL Avellino Totale			1.096	38.311	34.669	100,0%	#DIV/0!	100,0%	
	ASL Caserta	000046	ORL MAIO -CASERTA	3.571	99.838	91.351	1,8%	1,9%	1,8%	NSIS 000170: attività 2021 in % della branca
		000073	LEC DI A.MARIA E C.	4.236	118.424	108.358	2,2%	2,3%	2,0%	
		000101	SDP DR PICCIRILLO	33.318	931.561	852.376	17,0%	12,8%	21,0%	
		000105	CDC	141	3.941	3.606	0,1%	0,1%	0,1%	
		000106	DR BRIGNOLA -OCULISTICA	4.358	121.858	111.499	2,2%	2,2%	2,2%	
		000107	MELENCHI CENTRO OCULISTICO	9.308	260.247	238.125	4,7%	5,4%	4,1%	
		000160	COI DI DE VINCENTIS G. E G. SAS	26.112	730.084	668.026	13,3%	13,8%	12,9%	
		000170	IATREION MEDICINA POLISPECIALISTICA	27	767	702	0,014%	0,0%	0,014%	
		150014	CLINICA SANT'ANNA	20.281	567.050	518.849	10,3%	9,1%	11,5%	
		341112	CENTRO MEDICO BERGER	10.857	303.561	277.757	5,5%	5,3%	5,8%	
		341118	CENTRO OCULISTICO EMME S.R.L.	24.598	687.745	629.285	12,5%	15,1%	10,1%	
		341125	STUDIO MEDICO DR.ROMOLO GRELLA	45.393	1.269.180	1.161.297	23,2%	24,3%	22,1%	
		381112	CENTRO POLISP. S.APOLLONIA	13.809	386.087	353.269	7,0%	7,8%	6,3%	
	ASL Caserta Totale			196.007	5.480.342	5.014.501	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Napoli 1 Centro	440005	ROTONDI SERRA	5.818	140.518	128.081	2,7%	2,4%	3,1%	
		440006	STUDIO OCULISTICO E POLISPECIALISTICO DOTT	1.652	39.904	36.372	0,8%	0,8%	0,7%	
		440076	CLINICA MEDITERRANEA SPA (LABORATORIO DI	363	8.777	8.001	0,2%	0,2%	0,1%	
		450046	CLINIC CENTER S.P.A. - (CENTRO DI RIABILITAZI	4.025	97.215	88.611	1,9%	1,9%	1,9%	
		450064	CENTRO OCULISTICO BENUSIGLIO S.N.C.	582	14.063	12.819	0,3%	0,3%	0,2%	
		450065	DR. FROJO MAURO	4.009	96.834	88.264	1,9%	2,2%	1,6%	
		460094	OPTEUSO S.A.S.	3.890	93.967	85.650	1,8%	2,1%	1,6%	
		470120	CUTIS S.A.S.	177	4.275	3.897	0,1%	0,1%	0,1%	
		470131	D.T.O. S.A.S.	10.691	258.244	235.388	5,1%	4,9%	5,2%	
		470134	S. APOLLONIA S.A.S.	15.504	374.482	341.339	7,3%	7,4%	7,2%	
		470135	SAN STANISLAO S.A.S.	6.591	159.190	145.101	3,1%	3,1%	3,1%	
		480203	VALDENT S.A.S.	15.651	378.036	344.578	7,4%	6,5%	8,3%	
		480212	HERMITAGE CAPODIMONTE SPA	800	19.314	17.605	0,4%	0,5%	0,3%	
		490199	CENTRO ODONTOSTOMAT. BAMONTE S.A.S DI A	33.418	807.179	735.740	15,8%	15,9%	15,7%	
		490200	EMMECI S.N.C. DI M. MAISTO & C	10.331	249.542	227.457	4,9%	5,0%	4,7%	
		500267	CENTRO NEUROLOGICO TERRITORIALE S.A.S.	5.652	136.511	124.429	2,7%	2,3%	3,0%	
		510259	CENTRO DENTISTICO CAMPANO S.T.P. SRL	4.926	118.984	108.453	2,3%	0,9%	3,8%	
		510260	DOTT. SANGIOVANNI PAOLA	2.791	67.404	61.438	1,3%	0,2%	2,4%	
		520307	CENTRO MEDICO CAMPANO S.R.L.	1.218	29.421	26.817	0,6%	0,7%	0,5%	
		520313	DENTAL IGEA SRS	4.808	116.129	105.851	2,3%	2,3%	2,2%	
		530337	CENTRO POLIDIAGNOSTICO PERSICO PRIMI S.R.I	5.245	126.690	115.478	2,5%	2,0%	3,0%	
		530432	CENTRO ODONTOIATRICO DR.F.SELLITTI	28.225	681.751	621.412	13,3%	14,3%	12,4%	
		530433	G.M.P. SRL	3.078	74.350	67.770	1,5%	1,6%	1,3%	
		530434	CENTRO ODONTOSTOMATOLOGICO CERASUOLI	25.402	613.554	559.252	12,0%	14,6%	9,4%	
		530443	FUTURA S.R.L. DI ALDO MARRA	4.835	116.779	106.444	2,3%	2,3%	2,3%	
		AMB384	CENTRO MULTIMEDICO AMBROSIO SRL	12.000	289.854	264.201	5,7%	5,5%	5,9%	
	ASL Napoli 1 Centro Totale			211.681	5.112.967	4.660.445	100,0%	100,0%	100,0%	

NOTE: 1) Numero prestazioni; 2) Importo in euro a tariffa piena; 3) Importo in euro netto ticket e quota ricetta

## ALLEGATO n. 2: Tetti di spesa individuali di struttura per il 2022

(Branche a Visita, Cardiologia, Diabetologia, Medicina Nucleare, Radiodiagnostica, Radioterapia)				TETTO 2022	TETTO 2022	TETTO 2022	comp % applicata per il tetto 2022	composizione % del NETTO (3) consuntivo		NOTE
BRANCA TETTI	ASL	NSIS_22	Denominazione struttura erogatrice	NUM (1)	LORDO (2)	NETTO (3)		2020	2021	
	ASL Napoli 2 Nord	021051	CASA DI CURA SAN GIOVAN GIUSEPPE CENTRO I	190	5.785	5.408	0,3%	0,3%	0,3%	NSIS AMB440 opera solo da gennaio 2021; 150207 da aprile 2021. Per queste strutture si è tenuto conto del peso % della loro produzione nel periodo aprile - luglio 2021
		022004	CENTRO SERAPIDE SPA	218	6.640	6.207	0,3%	0,4%	0,4%	
		022036	CENTRO DENTALE FLEGREO	925	28.179	26.344	1,4%	1,3%	1,8%	
		022062	IPER SRL SOCIETA' PER LA GESTIONE DEI CENTRI	12.831	390.824	365.379	19,7%	26,4%	16,1%	
		022064	CENTRO SERAPIDE SPA	30	924	864	0,0%	0,1%	0,0%	
		022065	CENTRO SERAPIDE SPA	130	3.972	3.713	0,2%	0,2%	0,3%	
		023005	CASA DI CURA VILLA DEI FIORI	12.204	371.721	347.520	18,8%	22,1%	18,4%	
		023010	CENTRO SERAPIDE SPA	170	5.187	4.849	0,3%	0,3%	0,3%	
		023011	DENTAL CENTER SRL	7.477	227.730	212.904	11,5%	13,2%	11,6%	
		023012	DENTI SANI DEL DR. LUIGI PIANESE & C.	913	27.815	26.004	1,4%	1,2%	1,8%	
		150207	CASA DI CURA VILLA DEI FIORI SRL	1.837	55.956	52.313	2,8%	0,0%	1,8%	
		612011	AESCULAPIUS CENTER S.A.S DI IOVINE LUCA	1.538	46.841	43.791	2,4%	2,6%	2,5%	
		713011	DPM DENTALE S.A.S.	2.275	69.282	64.771	3,5%	3,6%	4,0%	
		720100	DOTT. ANGELO DE FAZIO SAS	5.151	156.903	146.688	7,9%	7,3%	9,9%	
		812611	PANACEA S.R.L.	13.596	414.128	387.166	20,9%	21,0%	24,3%	
		AMB440	L'UOMO DI DI BONITO ANTONIO SAS	5.535	168.597	157.621	8,5%	0,0%	6,6%	
	ASL Napoli 2 Nord Totale			65.022	1.980.483	1.851.542	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Napoli 3 Sud	008017	CENTRO LASER SRL PUNTO PRELIEVO DIAGNOSI	610	15.170	13.711	0,4%	0,3%	0,5%	
		008137	F. VERNIERO SRL	8.094	201.412	182.043	5,3%	6,3%	4,3%	
		008321	CENTRO COSIMO	1.358	33.797	30.547	0,9%	1,0%	0,8%	
		008322	DR. ZARCONI GIULIO	4.861	120.965	109.332	3,2%	3,3%	3,1%	
		008428	DIMED S.R.L.	31.147	775.039	700.506	20,3%	22,4%	18,3%	
		008438	EUDENTAL SRL	39.975	994.709	899.050	26,1%	26,6%	25,7%	
		008523	DR. GUARNIERI E C.	5.068	126.108	113.980	3,3%	3,6%	3,1%	
		008621	CASA DI CURA MARIA ROSARIA AMBULATORIO	13.194	328.302	296.730	8,6%	7,8%	9,5%	
		150111	STAZIONE CLIMATICA BIANCHI SRL	5.341	132.891	120.112	3,5%	3,0%	4,0%	
		700100	ALMA CENTER U.O. NEUROLOGIA SRL	514	12.798	11.567	0,3%	0,3%	0,3%	
		700200	CENTRO BERGER S.A.S.	32.787	815.838	737.381	21,4%	19,1%	23,7%	
		760100	CENTRO S.M. LA NOVA S.A.S.	4.648	115.655	104.533	3,0%	2,9%	3,2%	
		770100	CASA DI CURA 'S.LUCIA' SRL	3.545	88.202	79.720	2,3%	2,3%	2,3%	
		770300	POLISPECIAL.VESUVIANA S.A.S.	1.960	48.770	44.080	1,3%	1,3%	1,2%	
	ASL Napoli 3 Sud Totale			153.101	3.809.655	3.443.290	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Salerno	000300	CASA DI CURA TORTORELLA SPA - HUB -	7.618	229.614	203.872	12,8%	12,0%	14,1%	Per NSIS AMB425 si è tenuto conto del periodo apr-set 2021, poiché ha iniziato l'attività a febbraio 2021
		003900	DOTT.RI ARMANDO & PIEPAOLO CAVALLO DIAG	577	17.400	15.449	1,0%	0,6%	1,4%	
		005100	CENTRO OCULISTICO DEL RE - S.R.L.	16.156	486.950	432.360	27,2%	28,0%	27,0%	
		010400	CASA DI CURA VILLA CHIARUGI S.R.L.	548	16.526	14.673	0,9%	0,9%	1,0%	
		012800	CE.M.S.I. CAPO SPARTIVENTO-SALERNO - S.R.L.	18.879	569.017	505.226	31,8%	33,5%	30,6%	
		013200	CE.DI.SA. - CENTRO DIAGNOSTICO SALERNITANC	5.346	161.122	143.059	9,0%	9,9%	8,3%	
		602200	CAMPOLONGO HOSPITAL SPA	3.190	96.132	85.355	5,4%	5,0%	5,9%	
		610201	'CENTRO ODONTOIATRICO' DI TRIPODI ANTONI	5.917	178.323	158.331	10,0%	10,1%	10,0%	
		AMB425	CE.DI.SA SPA VIA MANZO	1.170	35.276	31.322	2,0%	0,0%	1,7%	
	ASL Salerno Totale			59.402	1.790.359	1.589.648	100,0%	100,0%	100,0%	
			<b>BRANCHE A VISITA TOTALE</b>	<b>686.309</b>	<b>18.212.117</b>	<b>16.594.095</b>				

NOTE: 1) Numero prestazioni; 2) Importo in euro a tariffa piena; 3) Importo in euro netto ticket e quota ricetta

## ALLEGATO n. 2: Tetti di spesa individuali di struttura per il 2022

(Branche a Visita, Cardiologia, Diabetologia, Medicina Nucleare, Radiodiagnostica, Radioterapia)				TETTO 2022	TETTO 2022	TETTO 2022	comp % applicata per il tetto 2022	composizione % del NETTO (3) consuntivo		NOTE
BRANCA TETTI	ASL	NSIS_22	Denominazione struttura erogatrice	NUM (1)	LORDO (2)	NETTO (3)		2020	2021	
CARDIOLOGIA	ASL Avellino	087000	CENTRO DIAGNOSTICA CARDIOVASC. M.G.PASS,	8.135	354.655	315.582	53,8%	52,3%	55,2%	
		087400	CENTRO CARDIOVASC.MAGLIARO	7.000	305.133	271.516	46,2%	47,7%	44,8%	
	ASL Avellino Totale			15.135	659.788	587.098	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Caserta	000071	CETAC -SRL	33.212	1.196.796	1.047.234	20,9%	21,5%	20,8%	Si è tenuto conto, in via forfetaria e provvisoria, della riattivazione della struttura NSIS 000108 da settembre 2021, dopo il trasferimento da San Nicola La Strada a Mondragone
000105		CDC	6.863	247.299	216.394	4,3%	4,8%	4,0%		
000108		MINERVA 2 CARDIOL.DI CORVINO	1.586	57.159	50.016	1,0%	0,0%	0,1%		
000109		EUBIOS CARDIOL. DI MERLINO	9.778	352.335	308.304	6,2%	6,4%	6,1%		
000110		CENTRO CARDIO 1 DR CICATELLO	15.424	555.809	486.350	9,7%	9,9%	9,7%		
000112		G.MOSCATI S.A.S. DI ENRICO PICAZIO	5.033	181.373	158.707	3,2%	2,9%	3,5%		
000114		HERMES -CASAGIOVE	23.218	836.654	732.098	14,6%	14,9%	14,7%		
000140		CARDIO 2 SRL	12.789	460.842	403.251	8,1%	8,0%	8,3%		
150014		CLINICA SANT'ANNA	2.258	81.360	71.193	1,4%	1,3%	1,6%		
341120		MIOCARDIO AVERSA S.A.S.	8.684	312.944	273.836	5,5%	5,6%	5,4%		
341122		DIMAR S.N.C.	10.159	366.071	320.324	6,4%	6,2%	6,7%		
371109		CENTRO CARDIOPROGRESS S.A.S.	23.395	843.032	737.680	14,7%	14,3%	15,5%		
381115		CENTRO MEDICO GAMMA	6.222	224.212	196.193	3,9%	4,2%	3,7%		
	ASL Caserta Totale			158.621	5.715.887	5.001.580	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Napoli 1 Centro	440003	ISTITUTO CARDIOLOGICO MEDITERRANEO S.R.L.	7.507	259.696	233.140	2,3%	2,3%	2,3%	
440076		CLINICA MEDITERRANEA SPA (LABORATORIO DI	1.092	37.776	33.913	0,3%	0,4%	0,3%		
450046		CLINIC CENTER S.P.A. - (CENTRO DI RIABILITAZI	5.844	202.191	181.516	1,8%	1,8%	1,8%		
450057		CENTRO DI CARDIOLOGIA PREVENTIVA DEL PRO	5.875	203.239	182.456	1,8%	1,7%	2,0%		
450060		CENTRO CARDIOLOGICO NARDI S.A.S.	3.121	107.979	96.938	1,0%	1,0%	0,9%		
450061		DR. PIZZELLA FRANCESCO	0	0	0	0,0%	0,6%	0,0%		
460090		CARDIO VASCULAR CENTER S.A.S. DI A. VECCHIC	4.546	157.257	141.176	1,4%	1,4%	1,5%		
460092		DOTT. ESPOSITO CLAUDIO	2.506	86.705	77.839	0,8%	0,7%	0,8%		
460103		DIAGNOSTICA MORI S.R.L.	7.440	257.402	231.081	2,3%	2,1%	2,5%		
460120		ISTITUTO DIAGNOSTICO VARELLI PIANURA S.R.L	3.500	121.069	108.689	1,1%	1,2%	1,0%		
460133		ISTITUTO DIAGNOSTICO VARELLI S.R.L. - AGGRE	21.153	731.808	656.976	6,6%	7,2%	6,0%		
460139		VOMERO CENTER & C. S.N.C.	9.812	339.447	304.736	3,1%	3,0%	3,1%		
470124		CE. CARD. S.R.L.	12.787	442.365	397.130	4,0%	4,0%	4,0%		
470125		CLINICA SANATRIX S.P.A.	862	29.813	26.764	0,3%	0,3%	0,3%		
470127		NEW MEDICAL CENTER	3.864	133.665	119.997	1,2%	1,2%	1,2%		
470128		S.D.C. S.R.L.	12.487	431.978	387.805	3,9%	3,9%	3,9%		
470129		CARDIONOVA S.A.S.	17.383	601.361	539.868	5,4%	5,3%	5,5%		
480212		HERMITAGE CAPODIMONTE SPA	59	2.034	1.826	0,02%	0,04%	0,0002%		
490194		PINETA CENTER S.N.C. DI V. DE MICHELE DI I. DE	3.720	128.690	115.531	1,2%	1,3%	1,0%		
490195		STUDIO POLID. CARD. SANTORO S.N.C.	3.401	117.667	105.635	1,1%	1,0%	1,1%		
490206	LABORATORIO ANALISI CLINICHE C/2 S.A.S. DI B.	3.750	129.735	116.469	1,2%	1,2%	1,1%			
490231	CUOMO - ZARRA S.A.S. DI FEDERICA MANIERI	7.677	265.606	238.446	2,4%	2,5%	2,3%			
500228	C.C.S. S.R.L.	9.697	335.465	301.161	3,0%	2,9%	3,2%			
500265	CARDIOSUD S.A.S.	15.514	536.704	481.823	4,9%	4,6%	5,1%			
510247	CARDIOCENTER S.R.L.	13.405	463.759	416.336	4,2%	4,0%	4,3%			
510249	ECOCARDIOSECTOR S.A.S DI PAOLA PIGA	3.199	110.687	99.368	1,0%	0,9%	1,1%			

non opera dal 2021

NOTE: 1) Numero prestazioni; 2) Importo in euro a tariffa piena; 3) Importo in euro netto ticket e quota ricetta

pag. n. 3 di 12



## ALLEGATO n. 2: Tetti di spesa individuali di struttura per il 2022

(Branche a Visita, Cardiologia, Diabetologia, Medicina Nucleare, Radiodiagnostica, Radioterapia)				TETTO 2022	TETTO 2022	TETTO 2022	comp % applicata per il tetto 2022	composizione % del NETTO (3) consuntivo		NOTE
BRANCA TETTI	ASL	NSIS_22	Denominazione struttura erogatrice	NUM (1)	LORDO (2)	NETTO (3)		2020	2021	
		510251	STUDIO CARDIOLOGICO CLINICO STRUMENTALE	990	34.247	30.745	0,3%	0,4%	0,3%	
		510299	CENTRO MEDICINA NUCLEARE SRL	9.104	314.956	282.750	2,8%	2,8%	2,8%	
		520307	CENTRO MEDICO CAMPANO S.R.L.	13.585	469.993	421.933	4,3%	4,5%	4,0%	
		520309	HEART CENTER	16.018	554.140	497.475	5,0%	5,2%	4,8%	
		530335	CENTRO CARDIOLOGICO ROGLIANI S.A.S	7.400	256.006	229.827	2,3%	2,2%	2,4%	
		530336	C.C.C. - CENTRO CARDIOL CAMPANO SAS	7.113	246.076	220.913	2,2%	2,2%	2,2%	
		530337	CENTRO POLIDIAGNOSTICO PERSICO PRIMI S.R.I	2.217	76.686	68.844	0,7%	0,7%	0,6%	
		530340	I.D.C.DI G. CANONICO GABRIELLA & C. SAS	6.465	223.676	200.803	2,0%	1,9%	2,1%	
		530342	POLIAMBULATORIO TISANA SOCIETA' A RESPON	6.868	237.598	213.302	2,1%	2,2%	2,1%	
		530344	GAUDIOSI MARIO & F. S.N.C. DI INCALZA CLARA	6.499	224.830	201.840	2,0%	2,0%	2,0%	
		530346	STUDIO CARDIOLOGICO CLINICO STRUMENTALE	5.744	198.711	178.391	1,8%	1,8%	1,8%	
		530349	AURICCHIO SAS DI UMBERTO AURICCHIO	11.866	410.515	368.537	3,7%	3,7%	3,7%	
		530435	DIAGNOSTICA CARDIOLOGICA DI ROMEO DOME	12.590	435.568	391.028	3,9%	3,7%	4,1%	
		530437	CARDIOLOGY SRL	10.882	376.471	337.974	3,4%	2,8%	4,0%	
		530446	CENTRO CARDIOLOGICO CARDIOCAP DI LUCA G	2.982	103.153	92.605	0,9%	1,1%	0,8%	
		AMB072	DISTRETTO 24 - C.DI CURA VILLA ANGELA SRL	4.937	170.795	153.330	1,5%	1,6%	1,5%	
		AMB384	CENTRO MULTIMEDICO AMBROSIO SRL	14.039	485.671	436.008	4,4%	4,4%	4,3%	
	ASL Napoli 1 Centro	Totale		319.497	11.053.190	9.922.921	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Napoli 2 Nord	021051	CASA DI CURA SAN GIOVAN GIUSEPPE CENTRO I	5.115	176.715	159.630	2,2%	2,1%	2,3%	
		021083	CARDIO A SAS	19.652	678.881	613.244	8,4%	8,2%	8,7%	
		022051	CENTRO CARDIOLOGICO FLEGREO SAS	9.905	342.183	309.099	4,2%	4,1%	4,4%	
		022067	MEDICOR SRL DI FLORIANA D'ANGELO	6.346	219.219	198.024	2,7%	2,7%	2,7%	
		023003	STUDIO DI CARDIOLOGIA DANICARD	5.424	187.365	169.250	2,3%	2,5%	2,2%	
		023005	CASA DI CURA VILLA DEI FIORI	2.691	92.957	83.970	1,2%	1,0%	1,3%	
		023006	DIAGNOSTICA CARDIOVASCOLARE DR. ROMEO I	16.996	587.120	530.355	7,3%	7,0%	7,5%	
		023007	CI.DA. DI CIOTOLA GIACOMO SAS	3.752	129.623	117.090	1,6%	1,7%	1,5%	
		023051	CENTRO AKTIS DIAGNOSTICA E TERAPIA SPA	14.521	501.632	453.132	6,2%	6,3%	6,1%	
		023056	CENTRO DIAGNOSTICO CARDIOVASCOLARE NAF	15.855	547.708	494.753	6,8%	6,8%	6,7%	
		332011	ANGIOCARD SAS	27.354	944.963	853.600	11,7%	11,6%	11,8%	
		333011	CARDIO CENTER SAS	12.206	421.646	380.879	5,2%	5,8%	4,7%	
		413111	ISTITUTO ANTONIO FERRO SAS	3.988	137.762	124.442	1,7%	1,7%	1,7%	
		413411	CENTRO CARDIOLOGICO ASSOCIATO SRL	11.582	400.103	361.420	5,0%	4,7%	5,2%	
		512711	VIGORITO SAS DI VALIANI RITA C	6.900	238.359	215.314	3,0%	2,8%	3,1%	
		613511	L.D.C. DI G. CIMMINIELLO SNC	10.924	377.383	340.896	4,7%	4,5%	4,9%	
		613611	MEDICAL CARDIOCENTER SAS	3.872	133.747	120.816	1,7%	1,7%	1,6%	
		613911	CENTRO CARDIOLOGICO GAL.MA.CA. SAS	3.388	117.035	105.720	1,5%	1,5%	1,4%	
		690100	COLEMAN SPA - SPOKE AGG406	14.263	492.735	445.095	6,1%	5,8%	6,4%	
		690300	CARDIOCENTER SUD DI ZANFARDINO VINCENZC	3.142	108.535	98.041	1,3%	1,4%	1,3%	
		712911	GESTIONE CENTRI DIAGNOSI E TERAPIA MALATI	9.062	313.049	282.782	3,9%	4,6%	3,1%	
		713311	C.C.A. SRL	14.704	507.947	458.837	6,3%	6,3%	6,3%	
		812011	HEART LINE SRL	4.639	160.241	144.748	2,0%	2,0%	2,0%	
		832011	ARS CARDIOLOGICA SNC	7.182	248.098	224.111	3,1%	3,1%	3,1%	
	ASL Napoli 2 Nord	Totale		233.462	8.065.007	7.285.246	100,0%	100,0%	100,0%	

NOTE: 1) Numero prestazioni; 2) Importo in euro a tariffa piena; 3) Importo in euro netto ticket e quota ricetta

## ALLEGATO n. 2: Tetti di spesa individuali di struttura per il 2022

(Branche a Visita, Cardiologia, Diabetologia, Medicina Nucleare, Radiodiagnostica, Radioterapia)				TETTO 2022	TETTO 2022	TETTO 2022	comp % applicata per il tetto 2022	composizione % del NETTO (3) consuntivo		NOTE
BRANCA TETTI	ASL	NSIS_22	Denominazione struttura erogatrice	NUM (1)	LORDO (2)	NETTO (3)		2020	2021	
	ASL Napoli 3 Sud	008017	CENTRO LASER SRL PUNTO PRELIEVO DIAGNOSTICO	15.575	543.232	490.299	7,7%	8,2%	7,2%	
		008115	CENTRO DIAGNOSTICO CARDIOVASCOLARE SRL	7.821	272.780	246.200	3,9%	3,8%	3,9%	
		008122	CENTRO DIAGNOSTICO S. CIRO SRL	18.545	646.810	583.785	9,2%	9,3%	9,1%	
		008125	CARDIOSERVICE SAS	10.315	359.764	324.708	5,1%	4,9%	5,3%	
		008132	CENTRO CARDIOLOGICO VESUVIANO SRL	6.485	226.197	204.157	3,2%	3,1%	3,3%	
		008327	CENTRO DI CARDIOLOGIA	3.974	138.614	125.108	2,0%	1,9%	2,0%	
		008417	CENTRORICERCHE PER LE MALATTIE CARDIOVASCOLARI	11.984	417.972	377.245	5,9%	5,7%	6,2%	
		008432	C.M.B. DEL DR. BOCCIA ENRICO	9.754	340.185	307.037	4,8%	4,6%	5,0%	
		008513	CENTRO MEDICO ASCIONE SRL PUNTO PRELIEVO	21.801	760.374	686.283	10,8%	10,9%	10,7%	
		008621	CASA DI CURA MARIA ROSARIA AMBULATORIO	10.089	351.875	317.588	5,0%	4,9%	5,1%	
		008622	IGEA CENTER DI RICCIARDI A. SAS	9.785	341.266	308.013	4,8%	4,9%	4,8%	
		009016	CENTRO DIAGNOSTICO CARDIOLOGICO DI GIULI	4.499	156.933	141.642	2,2%	2,3%	2,2%	
		700300	ALMA CENTER U.O. CARDIOLOGIA SRL	20.353	709.882	640.711	10,1%	10,6%	9,5%	
		710200	CENTRO CARDIOLOGICO DR. G. ROCCA SAS	18.448	643.440	580.742	9,1%	9,0%	9,3%	
		710300	CENTRO CARD. ANGIOL. SAS DI N. MORRA	10.691	372.881	336.547	5,3%	5,3%	5,3%	
		731500	HIPPOCRATES S.A.S.	10.002	348.851	314.858	5,0%	4,7%	5,3%	
		770100	CASA DI CURA 'S.LUCIA' SRL	7.096	247.479	223.364	3,5%	3,6%	3,4%	
		770200	CARDIOMED CASA DI CURA TRUSSO S.R.L.	4.696	163.793	147.833	2,3%	2,2%	2,4%	
	ASL Napoli 3 Sud Totale			201.912	7.042.329	6.356.120	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Salerno	000300	CASA DI CURA TORTORELLA SPA - HUB -	4.033	150.940	131.504	2,5%	2,5%	2,5%	
		002300	ASSOCIAZIONE SALERNITANA CARDIOANGIOLOGICA	11.330	424.022	369.422	7,1%	6,6%	7,6%	
		003900	DOTT. RI ARMANDO & PIEPAOLO CAVALLO DIAGNOSTICO	2.403	89.924	78.345	1,5%	1,6%	1,4%	
		005200	M.P.S. - MEDICINA - PREVENZIONE - SALUTE S.R.L.	9.088	340.132	296.334	5,7%	5,6%	5,7%	
		009300	ISOLA MEDICA - SOCIETA' A RESPONSABILITA' LIMITATA	4.535	169.726	147.871	2,8%	2,7%	2,9%	
		009500	CENTRO POLIDIAGNOSTICO MORGAGNI DI GIUSEPPE	1.590	59.488	51.828	1,0%	1,1%	0,9%	
		010100	CENTRO POLIDIAGNOSTICO STABILE S.R.L.	5.444	203.753	177.516	3,4%	3,4%	3,4%	
		011000	'CENTRO MEDICO CARDIOLOGICO PALMA' - S.N.	22.920	857.804	747.347	14,3%	14,2%	14,5%	
		013200	CE.DI.SA. - CENTRO DIAGNOSTICO SALERNITANICO	2.764	103.460	90.138	1,7%	2,0%	1,4%	
		013602	'CARDIOLOGIA MEDICA SALERNITANA - S.R.L.'	14.461	541.223	471.531	9,0%	9,0%	9,1%	
		020600	ISTITUTO CARDIOLOGICO DE MARTINO S.R.L.	28.797	1.077.733	938.957	18,0%	18,6%	17,4%	
		040110	CENTRO MEDICO CONTI S.R.L.	6.185	231.482	201.675	3,9%	3,2%	4,6%	
		303000	CARDIOCENTER S.A.S. DI DELL'ANGELO MARIA E	13.666	511.441	445.584	8,5%	8,7%	8,4%	
		572100	L.A.C. SAN LUCA - S.R.L. -	12.735	476.604	415.233	8,0%	8,0%	7,9%	
		601300	CENTRO DIAGNOSTICO GIOVINE - S.R.L. - ("C.D.C.)	6.151	230.202	200.559	3,8%	3,8%	3,8%	
		613000	C.A.D. - S.R.L.	13.877	519.345	452.471	8,7%	8,9%	8,4%	
		AMB425	CE.DI.SA SPA VIA MANZO	160	5.993	5.222	0,1%	0,0%	0,04%	
	ASL Salerno Totale			160.140	5.993.271	5.221.536	100,0%	100,0%	100,0%	
			<b>CARDIOLOGIA TOTALE</b>	<b>1.088.767</b>	<b>38.529.472</b>	<b>34.374.501</b>				
DIABETOLOGIA	ASL Avellino	086300	CENTRO ANTIDIABETICO CAMPANO S.R.L.	123.359	1.141.576	1.029.179	60,7%	62,1%	59,3%	
		105103	CENTRO ANTIDIABETICO A.I.D. IRPINO S.R.L.	37.375	345.868	311.815	18,4%	18,3%	18,5%	
		150002	LABORATORIO ANALISI S.LUCA S.R.L.	42.480	393.112	354.407	20,9%	19,6%	22,2%	
	ASL Avellino Totale			203.213	1.880.556	1.695.401	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Benevento	171500	CENTRO POLID. GAMMACORD-SANNIO TAC SRL	21.982	212.162	188.137	100,0%	100,0%	100,0%	

Per NSIS AMB425 si è tenuto conto del periodo apr-giu 2021, poiché ha iniziato l'attività a marzo 2021

NOTE: 1) Numero prestazioni; 2) Importo in euro a tariffa piena; 3) Importo in euro netto ticket e quota ricetta

pag. n. 5 di 12

## ALLEGATO n. 2: Tetti di spesa individuali di struttura per il 2022

(Branche a Visita, Cardiologia, Diabetologia, Medicina Nucleare, Radiodiagnostica, Radioterapia)				TETTO 2022	TETTO 2022	TETTO 2022	comp % applicata per il tetto 2022	composizione % del NETTO (3) consuntivo		NOTE
BRANCA TETTI	ASL	NSIS_22	Denominazione struttura erogatrice	NUM (1)	LORDO (2)	NETTO (3)		2020	2021	
	ASL Benevento Totale			21.982	212.162	188.137	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Caserta	000057	IST.STUDIO E CURA DIABETE	0	0	0	0,0%	72,7%	51,7%	L'accreditamento di NSIS 000057 è stato revocato il 26.3.2021
		000113	ASSOCIAZ.ITALIANA DIABETICI	255.691	3.125.604	2.896.381	82,6%	22,7%	39,8%	
		341114	C.ANTID.TERRA DI LAVORO	53.808	657.752	609.514	17,4%	4,7%	8,5%	
	ASL Caserta Totale			309.499	3.783.356	3.505.895	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Napoli 1 Centro	440007	CENTRO ANTIDIAB.A.I.D. SRL	24.511	282.885	265.132	16,8%	19,7%	14,0%	
		450066	CENTRO POLIDIAGNOSTICO LEPANTO S.N.C.	20.613	237.901	222.971	14,2%	14,5%	13,8%	
		470137	LEGA ITALIANA DIABETE - L.I.D. CENTRO ANTIDIAB.	19.137	220.866	207.006	13,1%	12,0%	14,3%	
		480180	C.A.D. - CENTRO ASSISTENZA DIABETICI S.A.S.	34.394	396.948	372.037	23,6%	22,3%	24,9%	
		520355	A.N.A.D. SAS - AGGREGATO AGG 308 DA 01/201	18.960	218.822	205.089	13,0%	12,2%	13,9%	
		530334	SPES S.R.L. ANALISI CLINICHE	9.885	114.089	106.929	6,8%	7,8%	5,8%	
		530378	ISTITUTO DIAGNOSTICA DEL PROF. FUMO ERRIC	18.054	208.364	195.288	12,4%	11,5%	13,3%	
	ASL Napoli 1 Centro Totale			145.553	1.679.875	1.574.451	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Napoli 2 Nord	DIA451	Poliambulatorio Roeckere di Claudia Dello Iacov	25.058	252.165	230.689	12,5%		n.s.	Trattasi di centri che hanno cominciato tutti ad operare solo da settembre 2021
		DIA452	Centro Antidiabete Emotest S.R.L.	25.058	252.165	230.689	12,5%		n.s.	
		DIA453	C.M.P. Centro Di Medicina Preventiva S.N.C. di I	25.058	252.165	230.689	12,5%		n.s.	
		DIA454	C.M.G.M Diabetologia S.R.L.	25.058	252.165	230.689	12,5%		n.s.	
		DIA455	Centro Polidiagnostico B. Croce S.R.L.	25.058	252.165	230.689	12,5%		n.s.	
		DIA456	Biodiagnostica Rispoli S.R.L.	25.058	252.165	230.689	12,5%		n.s.	
		DIA457	Laboratorio analisi cliniche Arli S.R.L.	25.058	252.165	230.689	12,5%		n.s.	
		DIA458	Ma.Ma. S.R.L.	25.058	252.165	230.689	12,5%		n.s.	
	ASL Napoli 2 Nord Totale			200.460	2.017.321	1.845.513	100,0%		n.s.	
	ASL Napoli 3 Sud	008025	CENTRO ANTID. AID SRL	40.615	359.932	321.970	28,4%	28,1%	28,7%	
		008136	CENTRO ANTIDIABETE AID PORTICI SRL	23.471	208.002	186.064	16,4%	16,6%	16,2%	
		008431	A.I.D. OPLONTI SRL	43.492	385.424	344.773	30,4%	30,7%	30,1%	
		731400	CENTRO ANTIDIABETE A.I.D. SRL	35.520	314.779	281.579	24,8%	24,7%	25,0%	
	ASL Napoli 3 Sud Totale			143.099	1.268.137	1.134.386	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Salerno	002200	CENTRO ANTIDIABETICO A.I.D. - S.R.L. - SALERNO	26.139	270.418	242.927	25,9%	27,8%	24,1%	
		003600	"CENTRO PER LA DIAGNOSI E LA CURA DEL DIABETE"	18.354	189.882	170.578	18,2%	20,5%	15,9%	
		010300	A.I.D.ASSOCIAZIONE ITALIANA DIABETE SOC.COOPER	27.268	282.096	253.417	27,1%	27,4%	26,7%	
		040111	CENTRO MEDICO CONTI S.R.L.	25.747	266.359	239.280	25,5%	24,0%	27,1%	
		080110	LABORATORIO ANALISI CLINICHE SCHIAVO S.R.L.	3.274	33.871	30.428	3,2%	0,3%	6,2%	
	ASL Salerno Totale			100.782	1.042.627	936.629	100,0%	100,0%	100,0%	
			<b>DIABETOLOGIA TOTALE</b>	<b>1.124.588</b>	<b>11.884.034</b>	<b>10.880.412</b>				
MEDICINA NUCLEARE	ASL Avellino	087203	CASA DI CURA PRIVATA 'MALZONI' VILLA DEI PL	2.786	595.530	569.622	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Avellino Totale			2.786	595.530	569.622	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Benevento	171500	CENTRO POLID.GAMMACORD-SANNIO TAC SRL	1.982	800.217	785.409	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Benevento Totale			1.982	800.217	785.409	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Caserta	000065	ENNEUNO C.MED.NUCLEARE -CE	9.030	2.863.773	2.797.494	45,2%	42,6%	47,9%	
		000071	CETAC -SRL	6.860	2.175.524	2.125.174	34,4%	36,2%	32,5%	
		000105	CDC	85	26.976	26.351	0,4%	0,6%	0,3%	
		000114	HERMES -CASAGIOVE	1.943	616.240	601.978	9,7%	10,2%	9,2%	
		150020	CLINICA SAN MICHELE	2.047	649.123	634.100	10,3%	10,5%	10,0%	

NOTE: 1) Numero prestazioni; 2) Importo in euro a tariffa piena; 3) Importo in euro netto ticket e quota ricetta

pag. n. 6 di 12

## ALLEGATO n. 2: Tetti di spesa individuali di struttura per il 2022

(Branche a Visita, Cardiologia, Diabetologia, Medicina Nucleare, Radiodiagnostica, Radioterapia)				TETTO 2022	TETTO 2022	TETTO 2022	comp % applicata per il tetto 2022	composizione % del NETTO (3) consuntivo		NOTE
BRANCA TETTI	ASL	NSIS_22	Denominazione struttura erogatrice	NUM (1)	LORDO (2)	NETTO (3)		2020	2021	
	ASL Caserta Totale			19.964	6.331.636	6.185.097	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Napoli 1 Centro	440075	S.D.N. SPA	6.835	3.236.797	3.181.163	15,0%	16,0%	14,0%	
		440079	CENTRO MEDICO NUCLEARE SRL	7.605	3.601.476	3.539.573	16,7%	15,9%	17,4%	
		450046	CLINIC CENTER S.P.A. - (CENTRO DI RIABILITAZIC	329	155.630	152.955	0,7%	0,6%	0,8%	
		470182	CENTRO DIAGNOSTICO DI MEDICINA NUCLEARE	633	299.702	294.551	1,4%	1,4%	1,4%	
		510299	CENTRO MEDICINA NUCLEARE SRL	3.011	1.425.750	1.401.244	6,6%	6,1%	7,1%	
		530424	LA.ME.NUC. S.R.L.	3.777	1.788.636	1.757.892	8,3%	8,0%	8,6%	
		530444	SDN S.P.A.	21.343	10.106.815	9.933.097	46,8%	47,7%	46,0%	
		AMB072	DISTRETTO 24 - C.DI CURA VILLA ANGELA SRL	2.032	962.110	945.573	4,5%	4,2%	4,7%	
	ASL Napoli 1 Centro Totale			45.564	21.576.917	21.206.048	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Napoli 2 Nord	022025	CENTRO FLEGREO DI MEDICINA NUCLEARE E DI	2.421	1.180.311	1.163.789	17,1%	18,4%	15,9%	
		023051	CENTRO AKTIS DIAGNOSTICA E TERAPIA SPA	5.175	2.523.123	2.487.805	36,6%	36,8%	36,5%	
		522211	STUDIO RAD. PROF. VINCENZO MUTO SRL	2.063	1.005.943	991.862	14,6%	14,4%	14,8%	
		690100	COLEMAN SPA - SPOKE AGG406	4.471	2.180.056	2.149.540	31,6%	30,5%	32,8%	
	ASL Napoli 2 Nord Totale			14.130	6.889.432	6.792.996	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Napoli 3 Sud	008122	CENTRO DIAGNOSTICO S. CIRO SRL	448	205.949	201.982	5,0%	4,4%	5,5%	
		008621	CASA DI CURA MARIA ROSARIA AMBULATORIO	8.579	3.939.780	3.863.899	95,0%	95,6%	94,5%	
	ASL Napoli 3 Sud Totale			9.027	4.145.729	4.065.881	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Salerno	005500	'DI.SA.R.' - S.R.L. - SPOKE -	4.497	2.559.473	2.523.114	42,8%	42,0%	43,7%	
		013601	CHECK UP - S.R.L.	3.097	1.762.574	1.737.536	29,5%	28,9%	30,1%	
		013701	CE.DI.SA. - CENTRO DIAGNOSTICO SALERNITANC	291	165.730	163.375	2,8%	3,0%	2,6%	
		571200	CASA DI CURA SALUS SPA	299	170.112	167.695	2,8%	3,0%	2,7%	
		AMB346	CENTRO RADIOLOGICO VERRENGIA SRL	1.445	822.436	810.752	13,8%	14,6%	12,9%	
		MNV353	CASA DI CURA PROF. DOTT. LUIGI COBELLIS	870	495.130	488.097	8,3%	8,5%	8,0%	
	ASL Salerno Totale			10.499	5.975.455	5.890.569	100,0%	100,0%	100,0%	
			<b>MEDICINA NUCLEARE TOTALE</b>	<b>103.952</b>	<b>46.314.916</b>	<b>45.495.622</b>				
RADIODIAGNOSTICA	ASL Avellino	086600	RADIOLOGIA DIAGNOSTICA S.R.L.	11.286	637.391	539.899	18,1%	18,6%	17,6%	
		086800	STUDIO DI RADIOLOGIA MEDICA ECOGRAFICA E	16.607	937.893	794.437	26,6%	28,0%	25,2%	
		087203	CASA DI CURA PRIVATA 'MALZONI' VILLA DEI PL	5.410	305.566	258.828	8,7%	6,4%	11,0%	
		150007	GUIDI & C. DIAGNOSTICA RADIOLOGIA S.A.S.	6.262	353.639	299.548	10,0%	10,2%	9,9%	
		150008	CEDIR CENTRO MEDICO RADIOLOG. PACILLI S.R.	18.767	1.059.910	897.791	30,1%	30,3%	29,9%	
		150114	CENT.DIAGN.RADIOL.ALTA IRPINA S.R.L.	4.062	229.395	194.308	6,5%	6,6%	6,4%	
	ASL Avellino Totale			62.394	3.523.793	2.984.812	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Benevento	150033	CASA DI CURA GE.P.O.S. S.R.L.	8.254	469.624	400.459	7,6%	7,3%	8,0%	
		150035	CASA DI CURA S.FRANCESCO SRL	1.923	109.389	93.278	1,8%	2,0%	1,5%	
		170800	CENT.RAD.BOZZI S.A.S.	13.064	743.313	633.839	12,1%	12,2%	12,0%	
		170900	CENTR.RADIOLOGIA ED ECOGRAFIA MEDICA C.R	1.206	68.639	58.530	1,1%	1,0%	1,2%	
		171000	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI SRL	5.345	304.131	259.339	4,9%	4,5%	5,4%	
		171201	C.D.T. G. DE MASI S.R.L.	722	41.104	35.050	0,7%	0,6%	0,7%	
		171300	DITAR SRL	25.291	1.438.974	1.227.044	23,4%	23,0%	23,7%	
		171500	CENTRO POLID.GAMMACORD-SANNIO TAC SRL	23.624	1.344.090	1.146.135	21,8%	22,9%	20,7%	
		171900	DOTT.RI VITTORIO E MARTINO NARDONE SRL	2.230	126.852	108.169	2,1%	2,2%	1,9%	
		190500	CENTRO RAD.CARPINELLI SRL	19.266	1.096.163	934.722	17,8%	17,6%	18,0%	

NOTE: 1) Numero prestazioni; 2) Importo in euro a tariffa piena; 3) Importo in euro netto ticket e quota ricetta

pag. n. 7 di 12

## ALLEGATO n. 2: Tetti di spesa individuali di struttura per il 2022

(Branche a Visita, Cardiologia, Diabetologia, Medicina Nucleare, Radiodiagnostica, Radioterapia)				TETTO 2022	TETTO 2022	TETTO 2022	comp % applicata per il tetto 2022	composizione % del NETTO (3) consuntivo		NOTE
BRANCA TETTI	ASL	NSIS_22	Denominazione struttura erogatrice	NUM (1)	LORDO (2)	NETTO (3)		2020	2021	
		221100	CENTRO MEDICO ARTEMISIA SRL	2.589	147.324	125.626	2,4%	2,4%	2,4%	
		230700	NEW CENTER SAS DIAGNOSTICA MED.CHIR.RAD	4.671	265.750	226.610	4,3%	4,2%	4,5%	
	ASL Benevento Totale			108.186	6.155.353	5.248.801	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Caserta	000017	GAMMA MEDICAL RAD -VAIR.SCALO	5.008	316.656	274.859	1,3%	1,3%	1,3%	
		000065	ENNEUNO C.MED.NUCLEARE -CE	40.500	2.560.591	2.222.607	10,4%	10,6%	10,2%	
		000066	RADIOLOGIA MEDICA MASSA	9.668	611.217	530.540	2,5%	2,4%	2,6%	
		000067	CENTRO GINOLFI	3.388	214.182	185.911	0,9%	0,9%	0,9%	
		000071	CETAC -SRL	41.934	2.651.245	2.301.295	10,8%	11,0%	10,6%	
		000095	CEDIR SAS	9.441	596.910	518.121	2,4%	2,4%	2,5%	
		000105	CDC	5.698	360.258	312.706	1,5%	1,5%	1,4%	
		000114	HERMES -CASAGIOVE	6.349	401.419	348.434	1,6%	1,7%	1,6%	
		000150	CENTRO VEGA DI MORRONE	13.658	863.534	749.552	3,5%	3,2%	3,9%	
		150014	CLINICA SANT'ANNA	4.508	284.999	247.381	1,2%	1,1%	1,2%	
		150016	VILLA DEL SOLE	693	43.841	38.054	0,2%	0,2%	0,2%	
		150020	CLINICA SAN MICHELE	21.370	1.351.086	1.172.750	5,5%	5,5%	5,5%	
		150023	VILLA DEI PINI	15.098	954.538	828.544	3,9%	3,9%	3,9%	
		341110	CENTRO RX T.F.G.GOLIA S.A.S	5.659	357.775	310.550	1,5%	1,5%	1,4%	
		341111	CENTRO RX V. LIGUORI S.A.S	20.916	1.322.408	1.147.858	5,4%	5,1%	5,7%	
		341113	CLINICA S.PAULO RX E PAT.CLIN.	115	7.241	6.286	0,0%	0,0%	0,0%	
		341116	STUDIO DI RADIOL. S E E N RX S.A.S.	27.586	1.744.098	1.513.887	7,1%	6,8%	7,4%	
		341119	D.R.D. S.A.S.	8.295	524.429	455.208	2,1%	2,2%	2,1%	
		361103	STUD. RAD. MED. DI AMATO RAFFAELINA SAS	34.235	2.164.487	1.878.786	8,8%	8,8%	8,8%	
		371108	CENTRO RADIUM S.N.C.	2.166	136.950	118.873	0,6%	0,6%	0,5%	
		381110	POLISANITARIA IODICE	25.954	1.640.930	1.424.336	6,7%	6,5%	6,8%	
		391110	CAPUA CENTER S.R.L.	19.289	1.219.495	1.058.528	5,0%	5,1%	4,8%	
		391111	RADIOL. CLINICA VILLA ORTENSIA	1.284	81.151	70.440	0,3%	0,3%	0,3%	
		391190	RADIOLOGIA CASA DI CURA VILLA FIORITA	11.694	739.319	641.733	3,0%	3,2%	2,8%	
		401107	C.D.C. LA NUOVA DOMITIANA S P A	9.773	617.880	536.324	2,5%	2,5%	2,5%	
		421106	CENTRO DIAGNOSTICO DR. GINOLFI	26.301	1.662.825	1.443.341	6,8%	7,1%	6,5%	
		421107	STUDIO DIAGNOSTICO MONDRAGONE S.R.L	13.819	873.660	758.342	3,6%	3,5%	3,6%	
		431104	STUDIO DI RADIOLOGIA E FKT DOTTOR L.FUSCO	4.348	274.912	238.625	1,1%	1,2%	1,1%	
	ASL Caserta Totale			388.747	24.578.037	21.333.869	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Napoli 1 Centro	440009	CEDIM S.R.L.	870	52.675	46.058	0,2%	0,2%	0,2%	
		440011	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DI ANNECCHINO S	1.795	108.615	94.970	0,4%	0,4%	0,4%	
		440018	STUDIO DI RADIOLOGIA PROF. V. MUTO SRL	12.283	743.310	649.934	2,6%	2,6%	2,6%	
		440073	DIAGNOSTICHE GIORDANO S.R.L.	893	54.047	47.258	0,2%	0,2%	0,2%	
		440075	S.D.N. SPA	18.376	1.112.077	972.376	3,9%	4,0%	3,8%	
		440076	CLINICA MEDITERRANEA SPA (LABORATORIO DI	7.977	482.727	422.086	1,7%	1,7%	1,7%	
		440079	CENTRO MEDICO NUCLEARE SRL	717	43.370	37.922	0,2%	0,0%	0,3%	
		450046	CLINIC CENTER S.P.A. - (CENTRO DI RIABILITAZIC	3.111	188.294	164.640	0,7%	0,7%	0,7%	
		450069	CENTRO AUGUSTO S.N.C.	5.699	344.862	301.540	1,2%	1,2%	1,2%	
		450070	S.G.C. SASSO S.A.S.	1.668	100.930	88.251	0,4%	0,3%	0,4%	
		450072	GENNARO THEO S.R.L. - AGGREGATO AGG 311 C	13.155	796.115	696.106	2,8%	2,9%	2,7%	

NOTE: 1) Numero prestazioni; 2) Importo in euro a tariffa piena; 3) Importo in euro netto ticket e quota ricetta

## ALLEGATO n. 2: Tetti di spesa individuali di struttura per il 2022

(Branche a Visita, Cardiologia, Diabetologia, Medicina Nucleare, Radiodiagnostica, Radioterapia)				TETTO 2022	TETTO 2022	TETTO 2022	comp % applicata per il tetto 2022	composizione % del NETTO (3) consuntivo		NOTE
BRANCA TETTI	ASL	NSIS_22	Denominazione struttura erogatrice	NUM (1)	LORDO (2)	NETTO (3)		2020	2021	
		460098	DIAGNOSTICA BASILE S.R.L. - DS 27	3.897	235.822	206.198	0,8%	0,8%	0,9%	
		460103	DIAGNOSTICA MORI S.R.L.	6.107	369.554	323.130	1,3%	1,3%	1,4%	
		460104	ISTITUTO DIAGNOSTICO VARELLI SRL	13.090	792.164	692.651	2,8%	2,8%	2,8%	
		460133	ISTITUTO DIAGNOSTICO VARELLI S.R.L. - AGGRE	40.953	2.478.364	2.167.029	8,8%	9,2%	8,3%	
		470125	CLINICA SANATRIX S.P.A.	2.163	130.894	114.451	0,5%	0,5%	0,4%	
		470141	TAC CENTRO VOMERO S.R.L.	27.795	1.682.046	1.470.745	6,0%	5,9%	6,0%	
		470145	STUDIO DI RADIOLOGIA DOTT. ALDO MADARO S	733	44.387	38.811	0,2%	0,1%	0,2%	
		470182	CENTRO DIAGNOSTICO DI MEDICINA NUCLEARE	15.167	917.853	802.551	3,2%	3,4%	3,1%	
		480181	CENTRO RADIODIAGNOSTICO SECONDIGLIANO !	4.334	262.258	229.313	0,9%	0,9%	1,0%	
		480212	HERMITAGE CAPODIMONTE SPA	36	2.165	1.893	0,0%	0,0%	0,0%	
		490241	DIAGNOSTICA G.B.VICO S.A.S. DI MEDICAL SERV	5.305	321.052	280.721	1,1%	1,2%	1,1%	
		490246	ISTITUTO DIAGNOSTICO GUIDI S.A.S.	7.529	455.615	398.380	1,6%	1,5%	1,7%	
		490248	V.E.G.A. S.A.S.	7.258	439.204	384.031	1,6%	1,6%	1,5%	
		500230	C.R.E. S.A.S.	5.168	312.731	273.445	1,1%	1,0%	1,2%	
		500231	SALUS S.R.L.	25.098	1.518.861	1.328.060	5,4%	5,3%	5,4%	
		500232	CLINICA SANTA PATRIZIA	916	55.433	48.469	0,2%	0,2%	0,2%	
		500233	GESTIONE CENTRO DI DIAGNOSTICA RADIOLOGI	3.084	186.611	163.169	0,7%	0,6%	0,7%	
		500234	A.D.R. & C. S.A.S.	6.031	365.003	319.151	1,3%	1,2%	1,4%	
		510270	STUDIO DI RADIOLOGIA ED ECOGRAFIA ACCATT.	2.754	166.661	145.725	0,6%	0,6%	0,6%	
		510271	STUDIO DI RADIOLOGIA MEDICA SANDOMENIC	2.742	165.920	145.077	0,6%	0,6%	0,6%	
		510299	CENTRO MEDICINA NUCLEARE SRL	12.562	760.191	664.694	2,7%	2,8%	2,6%	
		520314	BENEDICTA S.A.S. DI G. GUARRACINO	9.610	581.549	508.494	2,1%	2,1%	2,1%	
		520316	FRAEL DI A. D'ANGELO & C. S.A.S.	4.981	301.403	263.540	1,1%	1,0%	1,1%	
		520322	CENTRO POLIDIAGNOSTICO SRL	1.499	90.707	79.312	0,3%	0,2%	0,4%	
		520333	CLINICA VESUVIO S.R.L.	5.814	351.847	307.648	1,2%	1,2%	1,3%	
		530355	CENTRO DI DIAGNOSTICA RADIOLOGICA SAS - D	6.951	420.626	367.786	1,5%	1,4%	1,6%	
		530359	CENTRO DI RADIOLOGIA BARTOLOMERO DE IUR	3.732	225.838	197.468	0,8%	0,8%	0,8%	
		530363	STUDIO DIAGNOSTICO BRANCATI DEL DOTT. ED	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	attività cessata
		530365	STUDIO DI RADIOLOGIA MEDICA VALLONE S.A.S	4.220	255.352	223.274	0,9%	0,9%	0,9%	
		530396	STUDIO CLIN.RADIOL.MINELLI SNC - (CENTRO DI	7.306	442.131	386.590	1,6%	1,4%	1,7%	
		530439	CENTRO DIAGNOSTICO TRIVELLINI SRL	6.894	417.172	364.766	1,5%	1,4%	1,6%	
		530444	SDN S.P.A.	107.278	6.492.103	5.676.557	23,0%	24,1%	21,8%	
		AMB072	DISTRETTO 24 - C.DI CURA VILLA ANGELA SRL	21.292	1.288.509	1.126.645	4,6%	4,3%	4,9%	
		AMB335	HEMATOLOGY SRL	4.909	297.061	259.743	1,1%	0,6%	1,5%	
		AMB355	COLEMAN S.P.A.	7.970	482.292	421.706	1,7%	1,7%	1,8%	
		AMB384	CENTRO MULTIMEDICO AMBROSIO SRL	15.156	917.205	801.984	3,2%	3,0%	3,5%	
	ASL Napoli 1 Centro	Totale		466.874	28.253.604	24.704.352	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Napoli 2 Nord	021030	ECORAD SNC	2.921	185.177	163.925	0,5%	0,6%	0,5%	
		021031	DIAGNOSTICA DI LABORATORIO E RADIOLOGIA !	466	29.520	26.132	0,1%	0,1%	0,1%	
		021051	CASA DI CURA SAN GIOVAN GIUSEPPE CENTRO I	6.776	429.540	380.243	1,2%	1,1%	1,3%	
		022022	STUDIO RADIOLOGIA GUIDA DOMENICO	620	39.286	34.777	0,1%	0,1%	0,1%	
		022034	GIOMAR SAS DI MAGLIONE F & C	3.350	212.352	187.982	0,6%	0,6%	0,6%	
		022035	GESTIONE SERVIZI CENTRI DI RADIOLOGIA DANI	3.417	216.595	191.737	0,6%	0,6%	0,6%	

NOTE: 1) Numero prestazioni; 2) Importo in euro a tariffa piena; 3) Importo in euro netto ticket e quota ricetta

## ALLEGATO n. 2: Tetti di spesa individuali di struttura per il 2022

(Branche a Visita, Cardiologia, Diabetologia, Medicina Nucleare, Radiodiagnostica, Radioterapia)				TETTO 2022	TETTO 2022	TETTO 2022	comp % applicata per il tetto 2022	composizione % del NETTO (3) consuntivo		NOTE
BRANCA TETTI	ASL	NSIS_22	Denominazione struttura erogatrice	NUM (1)	LORDO (2)	NETTO (3)		2020	2021	
		022053	GEMINI STUDIO RADIOLOGICO SRL	28.705	1.819.661	1.610.827	5,1%	5,0%	5,2%	
		022063	STUDIO RADIOLOGICO FURBATTO S.A.S. DI MAI	14.678	930.435	823.653	2,6%	2,7%	2,6%	
		023005	CASA DI CURA VILLA DEI FIORI	786	49.818	44.101	0,1%	0,1%	0,1%	
		023026	VILLA MAIONE CASA DI CURA SRL	723	45.814	40.556	0,1%	0,1%	0,1%	
		023044	RAGGI X CENTRO DIAGN. E POLISP. DI ORLANDC	13.200	836.798	740.762	2,3%	2,5%	2,3%	
		023045	STUDIO DI RADIOLOGIA CE.DI.ME.	9.697	614.725	544.176	1,7%	1,7%	1,7%	
		023046	STUDIO DI RADIOLOGIA DIAGNOSTICA PALUMBI	17.675	1.120.433	991.846	3,1%	3,1%	3,2%	
		023048	C.M.R. DI ORABONA GIOVANNI	4.973	315.239	279.060	0,9%	0,8%	0,9%	
		023049	DIAGN. CICCARELLI S.A.S. DI GRAGNANIELLO LOI	1.983	125.736	111.306	0,4%	0,4%	0,4%	
		023050	RAGGI X VARCATURO SRL	8.921	565.487	500.589	1,6%	1,5%	1,7%	
		023051	CENTRO AKTIS DIAGNOSTICA E TERAPIA SPA	125.267	7.940.865	7.029.527	22,2%	23,6%	21,1%	
		023057	STUDIO DI DIAGNOSTICA RADIOLOGICA G.MAZZ	6.099	386.637	342.265	1,1%	1,1%	1,1%	
		322211	X RAYS CENTER S.R.L.	9.778	619.864	548.724	1,7%	1,7%	1,8%	
		332711	GESTIONE CENTRO DI DIAGNOSTICA RADIOLOGI	51.558	3.268.364	2.893.269	9,1%	8,9%	9,5%	
		413011	A. CHIANESE S.R.L.	5.687	360.525	319.149	1,0%	1,0%	1,0%	
		413511	IGEA RADIODIAGNOSTICA FRATTAMAGGIORE SF	34.109	2.162.242	1.914.091	6,0%	6,1%	6,1%	
		512811	RADIOLOGIA SAS	5.377	340.833	301.717	1,0%	0,9%	1,0%	
		512911	CENTRO MEDICO SETTE RE S.R.L. RAD	1.894	120.051	106.273	0,3%	0,3%	0,3%	
		522211	STUDIO RAD. PROF. VINCENZO MUTO SRL	104.027	6.594.431	5.837.617	18,5%	18,7%	18,4%	
		612311	C.R.T.F.	11.103	703.821	623.047	2,0%	1,8%	2,1%	
		613711	STUDIO RAD. MEDICA "ERREBI" DEL DOTT. RENI	1.057	67.028	59.336	0,2%	0,2%	0,2%	
		690100	COLEMAN SPA - SPOKE AGG406	38.322	2.429.305	2.150.505	6,8%	6,6%	7,0%	
		690200	CASA DI CURA VILLA DEI FIORI SRL	7.453	472.477	418.252	1,3%	1,1%	1,6%	
		712611	ECOTAC S.A.S. DI SETOLA DR. VINCENZO DOMEI	2.906	184.233	163.090	0,5%	0,5%	0,5%	
		712711	MEDELIS SRL	3.947	250.191	221.478	0,7%	0,4%	0,0%	
		713511	I.D.A. S.R.L.	24.703	1.565.941	1.386.225	4,4%	4,2%	4,6%	
		720200	CENTRO BETA ECO RAD	7.797	494.285	437.559	1,4%	1,3%	1,5%	
		812511	STUDIO RAD. 'ANFRA' S.N.C. DR.CAPASSO G.	2.757	174.792	154.732	0,5%	0,5%	0,5%	
		RAD435	CENTRO RADIOLOGICO ED ECOGRAFIA MEDICA	1.090	69.110	61.179	0,2%	0,2%	0,2%	
	ASL Napoli 2 Nord Totale			563.823	35.741.614	31.639.706	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Napoli 3 Sud	008016	ME.DI MEDITERRANEA DIAGNOSTICA SRL PUNTI	41.350	2.391.696	2.073.360	9,4%	10,9%	8,0%	
		008017	CENTRO LASER SRL PUNTO PRELIEVO DIAGNOSTI	26.535	1.534.782	1.330.502	6,1%	6,4%	5,7%	
		008024	STUDIO RADIOLOGICO D.C.P. CAPASSO-PEPE DI	4.274	247.204	214.301	1,0%	1,2%	0,8%	
		008122	CENTRO DIAGNOSTICO S. CIRO SRL	19.487	1.127.141	977.118	4,4%	4,6%	4,3%	
		008126	STUDIO RADIOLOGICO VENUTI-PALESCANDOLO	2.956	170.987	148.228	0,7%	0,6%	0,8%	
		008127	CENTRO DIAGN. PER IMMAGINI MIDULLA SRL	5.497	317.950	275.631	1,3%	1,2%	1,3%	
		008220	CENTRO RAD.QUARANTELLI SRL	2.633	152.267	132.000	0,6%	0,6%	0,6%	
		008319	C.R.T. SRL	11.756	679.945	589.444	2,7%	2,8%	2,6%	
		008323	CENTRO RADIOLOGIA GATTA SAS	10.972	634.634	550.164	2,5%	2,5%	2,6%	
		008325	CENTRO SALUS	3.847	222.489	192.875	0,9%	0,9%	0,9%	
		008420	CENTRO RADIODIAGNOSTICO GARGIULO SAS	3.470	200.723	174.007	0,8%	0,8%	0,7%	
		008425	C.M.O. SRL	74.538	4.311.274	3.737.441	17,0%	17,3%	16,7%	
		008430	MAVIS SRL ( EX EPISTOLATO VINCENZO E C. SAS	13.963	807.638	700.141	3,2%	3,1%	3,3%	

NSIS 712711 in ristrutturazione: si assegna provvisoriamente la stessa % del 2019

NOTE: 1) Numero prestazioni; 2) Importo in euro a tariffa piena; 3) Importo in euro netto ticket e quota ricetta

pag. n. 10 di 12

## ALLEGATO n. 2: Tetti di spesa individuali di struttura per il 2022

(Branche a Visita, Cardiologia, Diabetologia, Medicina Nucleare, Radiodiagnostica, Radioterapia)				TETTO 2022	TETTO 2022	TETTO 2022	comp % applicata per il tetto 2022	composizione % del NETTO (3) consuntivo		NOTE
BRANCA TETTI	ASL	NSIS_22	Denominazione struttura erogatrice	NUM (1)	LORDO (2)	NETTO (3)		2020	2021	
		008436	STUDIO DI RADIOLOGIA BARON SAS	7.396	427.779	370.841	1,7%	1,7%	1,6%	
		008513	CENTRO MEDICO ASCIONE SRL PUNTO PRELIEV	13.991	809.239	701.529	3,2%	2,8%	3,6%	
		008521	DO.CA SRL	15.512	897.231	777.810	3,5%	3,6%	3,5%	
		008613	STUDIO VOCCIA DI MARTINO SRL PUNTO PRELIE	984	56.890	49.318	0,2%	0,2%	0,2%	
		008620	RAGGI X DI LOFFREDO S.A.S	8.945	517.371	448.509	2,0%	2,1%	2,0%	
		008621	CASA DI CURA MARIA ROSARIA AMBULATORIO	43.677	2.526.269	2.190.021	10,0%	10,2%	9,8%	
		150102	CASA DI CURA S.MARIA LA BRUNA	317	18.345	15.903	0,1%	0,1%	0,1%	
		150105	CLINICA STABIA	3.593	207.803	180.145	0,8%	1,0%	0,6%	
		150111	STAZIONE CLIMATICA BIANCHI SRL	7.789	450.495	390.534	1,8%	1,7%	1,8%	
		700500	STUDIO DI RADIOLOGIA MEDICA ALTEI S.A.S. C	7.871	455.258	394.663	1,8%	1,7%	1,9%	
		700600	ALMA CENTER U.O. RADIOLOGIA SRL	22.043	1.274.965	1.105.267	5,0%	4,9%	5,2%	
		710400	C.T.A. DIAGNOSTICA PER IMMAGINI CLINICA ME	918	53.097	46.030	0,2%	0,3%	0,2%	
		710600	C.T.A. DIAGNOSTICA PER IMMAGINI CASA DI CL	2.322	134.299	116.424	0,5%	0,6%	0,5%	
		730300	CENTRO DIAGNOSTICA RADIOLOGICA E STRUME	4.009	231.875	201.012	0,9%	0,9%	0,9%	
		730400	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI.GUADAGNO SRL	3.646	210.888	182.819	0,8%	0,8%	0,8%	
		731600	ALPHA S.R.L.	22.908	1.324.992	1.148.635	5,2%	5,2%	5,2%	
		750100	CASA DI CURA 'N.S.LOURDES' SPA	3.361	194.424	168.546	0,8%	0,8%	0,7%	
		760300	RADIOLOGIA MEDICA APRILE S.A.S	4.808	278.075	241.063	1,1%	1,1%	1,1%	
		770100	CASA DI CURA 'S.LUCIA ' SRL	6.771	391.649	339.520	1,5%	1,6%	1,5%	
		770200	CARDIOMED CASA DI CURA TRUSSO S.R.L.	1.775	102.676	89.009	0,4%	0,4%	0,4%	
		770500	RADIOL.P.CO AMBROSIO DR.MADARO E C. SAS	4.279	247.470	214.532	1,0%	0,9%	1,1%	
		76020A	CEM S.P.A.	20.406	1.180.307	1.023.208	4,7%	4,4%	4,9%	
		RAD351	RADAN DI FRANCESCO PANE SAS	1.190	68.818	59.658	0,3%	0,3%	0,3%	
		RAD434	RADAN DI FRANCESCO PANE SAS	8.303	480.227	416.308	1,9%	0,0%	3,8%	
	ASL Napoli 3 Sud Totale			438.090	25.339.171	21.966.515	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Salerno	000300	CASA DI CURA TORTORELLA SPA - HUB -	16.227	1.076.071	925.324	4,3%	4,4%	4,2%	
		003900	DOTT.RI ARMANDO & PIEPAOLO CAVALLO DIAG	1.780	118.045	101.508	0,5%	0,5%	0,5%	
		004500	CENTRO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E TER/	4.042	268.041	230.491	1,1%	1,0%	1,1%	
		005500	'DI.SA.R.' - S.R.L. - SPOKE -	19.909	1.320.202	1.135.254	5,3%	5,3%	5,2%	
		006000	CENTRO STUDI DOTT.GARGIULO - S.R.L.	7.678	509.162	437.833	2,0%	1,8%	2,3%	
		010900	CENTRO RADIOLOGICO VERRENGIA - S.R.L.	18.594	1.233.005	1.060.272	4,9%	5,4%	4,5%	
		011500	STUDIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E TERA	18.414	1.221.120	1.050.052	4,9%	4,7%	5,1%	
		013200	CE.DI.SA. - CENTRO DIAGNOSTICO SALERNITANC	9.388	622.563	535.348	2,5%	2,6%	2,4%	
		013500	CENTRO SALERNITANO DI TOMOGRAFIA COMPI	4.339	287.719	247.412	1,2%	1,1%	1,2%	
		013601	CHECK UP - S.R.L.	36.036	2.389.679	2.054.907	9,6%	9,2%	9,9%	
		013602	'CARDIOLOGIA MEDICA SALERNITANA - S.R.L.'	8.946	593.220	510.115	2,4%	2,5%	2,2%	
		040107	"C.R.T.F. - CENTRO DI RADIOLOGIA E TERAPIA FI	15.379	1.019.860	876.987	4,1%	3,8%	4,3%	
		050104	'CENTRO RADIOLOGICO SAN PIETRO' DEL DOTT(	12.735	844.495	726.189	3,4%	3,7%	3,1%	
		050106	DOTT.ANTONIO SERAFINO & C. - S.R.L.	10.327	684.785	588.853	2,7%	2,5%	3,0%	
		060106	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DELLA CASA DI AN	3.276	217.238	186.805	0,9%	0,8%	0,9%	
		070105	CENTRO DIAGNOSTICO SARNESE DEL DOTT. ALB	4.837	320.753	275.819	1,3%	1,3%	1,2%	
		080107	'CENTRO DI DIAGNOSI E RIABILITAZIONE PADRE	11.563	766.806	659.384	3,1%	3,3%	2,8%	
		103100	'AMBULATORIO DIAGNOSTICO PER IMMAGINI' I	17.548	1.163.635	1.000.621	4,7%	4,6%	4,7%	

NOTE: 1) Numero prestazioni; 2) Importo in euro a tariffa piena; 3) Importo in euro netto ticket e quota ricetta



## ALLEGATO n. 2: Tetti di spesa individuali di struttura per il 2022

(Branche a Visita, Cardiologia, Diabetologia, Medicina Nucleare, Radiodiagnostica, Radioterapia)				TETTO 2022	TETTO 2022	TETTO 2022	comp % applicata per il tetto 2022	composizione % del NETTO (3) consuntivo		NOTE
BRANCA TETTI	ASL	NSIS_22	Denominazione struttura erogatrice	NUM (1)	LORDO (2)	NETTO (3)		2020	2021	
		109400	CENTRO DIAGNOSTICO SALUS S.R.L. DEL DOTT.	7.174	475.702	409.060	1,9%	1,9%	1,9%	
		201300	CENTRO DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE E TER	935	61.988	53.304	0,2%	0,3%	0,2%	
		307300	'LABORATORIO SALUS' S.A.S. DI LUCIO PAPPACE	2.253	149.382	128.455	0,6%	0,6%	0,6%	
		372000	'STUDIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E TER	8.569	568.214	488.612	2,3%	2,2%	2,3%	
		560401	"STUDIO RADIOLOGICO STABILE ETTORE" DI STA	1.228	81.448	70.038	0,3%	0,3%	0,3%	
		570242	ISTITUTO DI RADIOLOGIA E MEDICINA NUCLEAR	1.792	118.806	102.163	0,5%	0,5%	0,5%	
		571100	MEDICANOVA - S.R.L.	29.984	1.988.346	1.709.797	8,0%	8,2%	7,8%	
		571400	STUDIO DI RADIOLOGIA 'DOTT.MATTIA CARBON	3.404	225.724	194.102	0,9%	0,9%	0,9%	
		571500	STUDIO RAGGI X DIAGNOSTICA MEDICA DR F. D	8.885	589.181	506.643	2,4%	2,3%	2,4%	
		580501	DIAGNOSTICA RADIOLOGICA BARBARA STACCIO	3.946	261.643	224.990	1,0%	1,1%	1,0%	
		601001	ICM ISTITUTO CLINICO MEDITERRANEO S.P.A.	1.479	98.065	84.327	0,4%	0,4%	0,4%	
		601300	CENTRO DIAGNOSTICO GIOVINE - S.R.L. - ("C.D.C	263	17.462	15.016	0,1%	0,1%	0,1%	
		601400	STUDIO DI RADIOLOGIA FELICE MAFFIA DI MAFF	4.544	301.349	259.133	1,2%	1,2%	1,2%	
		602200	CAMPOLONGO HOSPITAL SPA	3.075	203.910	175.344	0,8%	0,9%	0,8%	
		610901	FUTURA S.R.L.	6.964	461.793	397.100	1,8%	1,9%	1,8%	
		630301	STUDIO DI RADIODIAGNOSTICA E TERAPIA FISIC	1.217	80.695	69.390	0,3%	0,2%	0,4%	
		750000	DIAGNOST '80 S.A.S. DI MARIANNA PAGANO & C	24.012	1.592.321	1.369.252	6,4%	6,5%	6,3%	
		LAB034	ISTITUTO POLIDIAGNOSTICO D'AGOSTO & MAR	24.334	1.613.690	1.387.627	6,5%	6,6%	6,3%	
		LAB035	DELLA PORTA V. & C. S.A.S. DI ANNA DELLA POR	6.704	444.559	382.280	1,8%	1,8%	1,8%	
		RAD317	POLIDIAGNOSTICA ALFATERNA S.R.L.	11.083	734.942	631.984	2,9%	2,9%	3,0%	
		RAD426	MAGNETO S.R.L.	3.861	256.052	220.181	1,0%	0,5%	1,5%	
	ASL Salerno Totale			376.722	24.981.671	21.481.975	100,0%	100,0%	100,0%	
			<b>RADIODIAGNOSTICA TOTALE</b>	<b>2.404.836</b>	<b>148.573.243</b>	<b>129.360.030</b>				
RADIOTERAPIA	ASL Avellino	RAD412	UPMC HILLMAN CANCER CENTER VILLA MARIA	24.676	2.076.888	2.048.979	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Avellino Totale			24.676	2.076.888	2.048.979	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Caserta	000150	CENTRO VEGA DI MORRONE	50.641	3.296.075	3.263.148	72,1%	71,4%	72,9%	
		391190	RADIOLOGIA CASA DI CURA VILLA FIORITA	19.551	1.272.500	1.259.788	27,9%	28,6%	27,1%	
	ASL Caserta Totale			70.192	4.568.575	4.522.936	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Napoli 1 Centro	440018	STUDIO DI RADIOLOGIA PROF. V. MUTO SRL	55.679	3.821.292	3.783.289	64,3%	63,5%	65,2%	
		RAD348	CASA DI CURA VILLA DELLE QUERCE SPA RADIO	30.898	2.120.542	2.099.453	35,7%	36,5%	34,8%	
	ASL Napoli 1 Centro Totale			86.577	5.941.834	5.882.742	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Napoli 2 Nord	023051	CENTRO ARTIS DIAGNOSTICA E TERAPIA SPA	130.319	8.839.195	8.765.683	50,4%	50,9%	49,8%	
		522211	STUDIO RAD. PROF. VINCENZO MUTO SRL	60.822	4.125.407	4.091.098	23,5%	24,3%	22,7%	
		690100	COLEMAN SPA - SPOKE AGG406	67.638	4.587.755	4.549.601	26,1%	24,8%	27,5%	
	ASL Napoli 2 Nord Totale			258.779	17.552.357	17.406.382	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Napoli 3 Sud	150105	CLINICA STABIA	38.521	2.708.583	2.686.652	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Napoli 3 Sud Totale			38.521	2.708.583	2.686.652	100,0%	100,0%	100,0%	
	ASL Salerno	013601	CHECK UP - S.R.L.	22.092	2.785.497	2.767.435	44,6%	48,8%	40,4%	
		AMB345	ISTITUTO POLIDIAGNOSTICO D'AGOSTO & MAR	10.463	1.319.258	1.310.703	21,1%	18,2%	24,0%	
		RAD347	RADIOSURGERY CENTER S.R.L.	17.015	2.145.438	2.131.526	34,3%	33,0%	35,6%	
	ASL Salerno Totale			49.570	6.250.193	6.209.664	100,0%	100,0%	100,0%	Per il 2020 il semestre: NSIS AMB345 da lug 2020 ha potenziato

NOTE: 1) Numero prestazioni; 2) Importo in euro a tariffa piena; 3) Importo in euro netto ticket e quota ricetta