

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).

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 rideterminare 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.

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.

La sottoscrizione struttura privata prende atto che le prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, erogate a far data dal 1° giugno 2025, saranno ammesse ai successivi controlli per la remunerazione delle stesse a condizione che:

- siano state prenotate nel Sistema CUP Sinfonia di cui al successivo art. 9, su agende configurate all'atto della prenotazione con **Flag Online=SI**, ovvero, visibili e prenotabili oltre che dagli operatori della sottoscritta struttura, anche tramite tutti gli altri canali: APP, Portale CUP, Farmacie, ecc.;
 - sia stata registrata la loro erogazione sul Sistema CUP Sinfonia in data non anteriore alla loro prenotazione,
- con la sola eccezione delle prestazioni prenotate prima del 30 aprile 2025, oppure, delle prestazioni la cui prenotazione è riservata agli operatori della struttura privata *follow up*, utenti residenti in altre regioni, STP ed ENJ, sulla base delle disposizioni di riferimento.

Art. 6 (Tavolo Tecnico)

- Le parti si danno atto che per monitorare e promuovere la completa e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto da n. 24 membri di cui n. 19 designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. 5 membri nominati dalla ASL, di cui un membro con funzione di coordinamento. Al tavolo tecnico partecipa obbligatoriamente il Referente del Nucleo Operativo di Controllo (NOC) della ASL, per la specifica linea di attività per il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, prevista dal DCA n. 103 del 06.12.2019 (pubblicato sul BURC n. 77/2019).
- Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
- Al tavolo tecnico aziendale spettano, in particolare, i seguenti compiti:

- monitoraggio MENSILE dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL e con i monitoraggi effettuati a livello regionale, in attuazione del DCA n. 103 del 06.12.2019, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art.4;
- esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici;
- esame dei conteggi del valore medio delle prestazioni, forniti dal coordinatore del tavolo tecnico, differenziato in base alle diverse tipologie funzionali delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza, secondo la classificazione seguente:

BRANCA	Tipologia A	Tipologia B	Tipologia C	Tipologia D
Reddiodiagnostica	Reddiodiagnostica tradizionale di base ed ecografia	Reddiodiagnostica tradizionale, ecografia TAC	Reddiodiagnostica tradizionale, ecografia TAC e RMN 1 Tesla	Reddiodiagnostica tradizionale, ecografia TAC e RMN 1.5 Tesla

Il valore medio della branca "Branche o Visitor" sarà determinato ed applicato, separatamente, per le prestazioni di medicina iperbarica, rispetto alle altre prestazioni della branca; per queste ultime, in considerazione delle rilevanti differenze esistenti nell'ambito di tale branca, è facoltà della ASL di determinare ed applicare il valore medio in base alle diverse BRANCHE SPECIALISTICHE in cui ricadono le singole prestazioni.

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

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

- 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.

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 3, a condizione che siano state correttamente e tempestivamente effettuate le trasmissioni giornaliere e mensili dei dati di erogazione di cui al comma precedente; in particolare, il File C mensile deve risultare uguale, per numero di prestazioni e valore economico, alla somma dei dati di erogazione trasmessi giorno per giorno nel FILE C giornaliero; e purché la fattura di acconto sia supportata dalla documentazione di una produzione complessiva liquidabile, cumulata dall'inizio dell'anno solare, non inferiore alla somma degli acconti già liquidati dall'inizio dell'anno solare (diversamente, l'acconto dovrà essere ridotto della eccedenza della produzione cumulata, non inferiore alla somma degli acconti liquidati, fatta salva la possibilità di recupero nei mesi successivi). Si sottolinea, inoltre, che per le prestazioni erogate a partire dal 1° giugno 2025 deve essere rispettata la condizione posta nell'art. 5, comma 6.

Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà a sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono ma, comunque, a non meno di trenta giorni dalla data di ricezione della fattura. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 gennaio dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. Le eventuali decurtazioni per sfioramento del vincolo di costo medio saranno applicate dalla ASL a partire dal saldo del primo semestre, e saranno conguagliate in aumento o in diminuzione nei saldi successivi, in sede di saldo annuale del corrispettivo, l'ASL comunicherà e pagherà anche l'eventuale extra tetto, riconosciuto liquidabile secondo i criteri stabiliti nella DGRC n. 175 del 02/04/2025 richiamata in premessa. Per il pagamento di ciascun saldo la sottoscritta ASL potrà richiedere l'emissione di apposite note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbandito 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.

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. 360592).

Entro il 30 giugno dell'anno successivo, previo accertamento del consuntivo regionale di tutte le branche della specialistica ambulatoriale, l'ASL liquiderà l'eventuale eccedenza facoltativa, fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) sul limite di spesa netta di cui al precedente comma 1, riconoscibile in parziale regressione tariffaria nella misura di almeno il 50% (trenta per cento), secondo i criteri stabiliti nell'Allegato A alla DGRC n. 800/2023 sopra citata.

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.

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

8. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:

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

La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.

10. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatico 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.

11. 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:

1	T	2	7	D	0	8	3	7	8	1	5	2	0	1	0	0	0	0	0	4	0	4	9	7	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

presso: **Banca Campania Centro, generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: Verrangia Domenico** 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)

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

Art. 9 (debito informativo e CUP regionale)

La sottoscritta struttura privata con la sottoscrizione del presente contratto si impegna:

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

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

2. La sottoscritta struttura privata è tenuta a mettere e mantenere a disposizione del Sistema CUP SINFONIA il 100% delle proprie agende digitali, configurate con **flag Online=SI**, ovvero, visibili e prenotabili oltre che dagli operatori della sottoscritta struttura, anche tramite tutti gli altri canali: APP, Portale CUP, Farmacie, ecc., per tutte le prestazioni oggetto del presente contratto, ivi comprese (in sola visibilità) quelle la cui prenotazione è riservata dalle disposizioni vigenti agli operatori della struttura privata; *follow up*, utenti residenti in altre regioni, STP ed ENJ; è tenuta, altresì, ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali per classi di priorità e ad effettuare la presa in carico dell'utente per le prestazioni relative al *follow-up*.

3. La sottoscritta ASL effettuerà i controlli, in relazione alle ricette dematerializzate delle prestazioni ambulatoriali erogate, attraverso la verifica dei dati elettronici resi disponibili dal Sistema TS con la lista delle ricette dematerializzate (NRE) erogate nel mese e registrate sul SAC, come sancito dal D.L. 78/2010 art. 11, comma 16 e quanto presente nel FILE C. Si precisa che nel debito informativo della struttura rientrano anche i dati e i documenti clinici (ai fini del FSE di cui al successivo art. 10) inerenti alle prestazioni sanitarie erogate in regime privatistico. In caso di irregolarità formali la struttura privata potrà procedere alla regolarizzazione dei flussi informativi, ove ancora possibile e consentito. Eventuali incongruenze potranno determinare la sospensione dei pagamenti finché non saranno state rimosse.

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

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

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

1. Al fine di garantire la trasmissione della documentazione sanitaria al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del cittadino, che abbia espresso il proprio consenso ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (c.d. GDPR), ove previsto da norme nazionali o regionali, la sottoscritta struttura privata si impegna ad adempiere a quanto necessario, per garantire l'interoperabilità del proprio sistema informatico ai fini dell'invio al FSE dei dati del cittadino, con quanto realizzato dalla Regione in materia di specifiche tecniche e supporto informatico per i relativi testi.

2. L'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico dovrà avvenire secondo le nuove Linee Guida FSE 2.0 ai sensi dei Decreti del Ministro della Salute del 20 maggio 2022 - *Linee Guida per l'Attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico* (G.U. n. 160 del 11.07.2022), del 9 settembre 2023 - *Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0* (G.U. n. 249 del 24.10.2023), e s.m.i.



