# Contratto TRA

La struttura privata **CENTRO POLISPECIALISTICO FUTURADIAGNOSTICA S.R.L.**
(Cod.NSIS: **087800**)
Partita IVA: **01528710641**
con sede legale in **Avellino** (Prov: **AV**; CAP: **83100**) – **C.so V .Emanuele, 188/190/192**
con sede operativa in **Avellino** (Prov: **AV**; CAP: **83100** ) - **C.so V .Emanuele, 188/190/192**
rappresentato da: **Massimiliano Taccone** - **Omissis** - - **Omissis**
come da fotocopia del documento di 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 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;
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. **INAIL_35197972** del **24/10/2022** (data richiesta indicata nel DURC) ex art. 80, comma 4, del D.Lgs. n. 50/2016.

**E**

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

**PER**

regolare per l'esercizio 2022 i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di Laboratorio di Analisi (Patologia Clinica), ed i correlati limiti di spesa.

**PREMESSO**

- che la DGRC n. 599 del 28.12.2021, come modificata e integrata dalla DGRC n. 215 del 04.05.2022, dalla DGRC n. 309 del 21/06/2022 e dalla delibera n. 1617 del 01/08/2022, assunta dal Direttore Generale della sottoscritta ASL in attuazione delle disposizioni recate dalla DGRC n. 215 del 04.05.2022 e dalla DGRC n. 309 del 21/06/2022, 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., suddivise tra:
        - Tutte le prestazioni "R" di cui al punto 1.a) del DCA n. 101/2013, escluse le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013;
        - Solo le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013;

- che il presente contratto si uniforma ai nuovi schemi dei contratti ex art. 8-quinquies con gli erogatori privati accreditati, approvati dalla richiamata DGRC 309 del 21/06/2022, da applicarsi in sostituzione di quelli approvati in via provvisoria dalla sopra citata DGRC n. 599/2021.

**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, stabiliti ai sensi delle delibere indicate in premessa.

**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. 81116 prestazioni non "R", di cui il 1% (uno per cento) per utenti residenti fuori regione:
   b) n. 6045 prestazioni "R", escluse le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, di cui il 1% (uno per cento) per utenti residenti fuori regione;
   c) n. 5507 delle n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013, di cui il 1% (uno per cento) per utenti residenti fuori regione,

   applicando per le prestazioni rese a residenti fuori regione il criterio stabilito a tale riguardo dalle delibere richiamate in premessa.

**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) € 1.343.562,53, per l'anno 2022, applicando le tariffe vigenti nel corso dell'esercizio, di cui:
      1) € 295.259,85 per le prestazioni non "R";
      2) € 453.414,68 per le prestazioni "R", escluse le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013; ed
      3) € 594.888,00 per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013;
   b) € 1.239.935,08, 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) € 234.457,24 per le prestazioni non "R";
      2) € 430.373,05 per le prestazioni "R", escluse le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013; ed
      3) € 575.104,79 per le n. 7 prestazioni "R" di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013.
2. Il limite di spesa lorda e netta, fissato al comma precedente, in applicazione del criterio stabilito a tale riguardo dalle delibere richiamate in premessa, potrà essere utilizzato per utenti residenti fuori regione per una percentuale non superiore:

a) al 1% (uno per cento) per le prestazioni non "R";
b) al 1% (uno 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 1% (uno 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 sottoutilizzo di tali limiti potrà essere speso per le prestazioni rese ai cittadini residenti in Campania, fermo restando il rispetto dei limiti complessivi di spesa stabiliti al precedente comma 1.

***3-bis*** Le parti si danno atto che, in base alle specifiche disposizioni stabilite nel punto 7 dell'All. A della DGRC n. 215/2022, come modificate e integrate nel punto 6 dell'All. A della sopra richiamata DGRC n. 309 del 21/06/2022, per l'esercizio in corso:

a) È consentita l'osmosi tra i limiti fissati nell'ambito delle prestazioni "R", tra "R non 7" e "7_R"; mentre il sottoutilizzo del tetto di spesa complessivo, assegnato per le prestazioni "R", sarà attribuito ad incremento di pari importo del tetto di spesa assegnato per le prestazioni non "R" (e non viceversa);

b) Qualora la somma degli importi riguardanti le prestazioni "R", stabiliti nel precedente comma 1, lettera a), punti 2) e 3), sia inferiore al 2% dell'importo totale del tetto di spesa LORDA, stabilito nel precedente comma 1, lettera a), è consentito incrementare la spesa lorda per le prestazioni "R" fino al 2% dell'importo totale del tetto di spesa LORDA, mediante una corrispondente riduzione della spesa per prestazioni "non R", tale da rispettare il complessivo tetto di spesa NETTA, stabilito nel precedente comma 1, lettera b), nonché i distinti vincoli di costo medio vigenti per i tre diversi raggruppamenti di prestazioni.

3 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.

4 La sottoscritta ASL dà atto che la sottoscritta struttura privata è attualmente classificata nella Tipologia "C" ai sensi del successivo art. 6, e che il valore medio delle prestazioni non "R", da non superare di oltre il 10% ai fini del rispetto del vincolo di cui al successivo art. 8, comma 2, lettera a), è attualmente pari ad € 3,68, calcolato in base ai dati relativi alle prestazioni erogate nel primo quadrimestre 2022 dall'insieme delle strutture aventi la stessa classificazione.

## 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 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% (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). Come previsto dalla DGRC n. 215/2022, il Direttore Generale per la Tutela della Salute emanerà appositi decreti, con i quali si darà atto del mese solare dal quale saranno ammesse al suddetto margine di tolleranza mensile le prestazioni individuate per specifici PDTA, e del correlato incremento del margine mensile. In sede di saldo annuale dei corrispettivi, l'ASL comunicherà l'eventuale extra tetto, riconosciuto liquidabile secondo i criteri stabiliti nelle delibere regionali n. 215 del 04.05.2022 e n. 309 del 21/06/2022, citate in premessa.

3 bis. Le parti si danno atto che, essendo diminuito il complessivo tetto di spesa netta assegnato alla sottoscritta struttura ai sensi della DGRC n. 215/2022, rispetto a quello assegnato dalla DGRC n. 599/2021, in base ai criteri stabiliti nella DGRC n. 309 del 21/06/2022 richiamata in premessa, a tutti gli effetti e, in particolare, ai fini della misura degli acconti mensili di cui al successivo art. 7, la ripartizione mensile del tetto di spesa netta è confermata in:

€ 19.658,25 per le prestazioni "non R";
€ 42.210,50 per le prestazioni "R non 7";
€ 41.583,20 per le prestazioni "7 R";
per ciascuno dei mesi da Gennaio ad Agosto 2022, ed è ridotta ad:
€ 19.538,10 per le prestazioni "non R";
€ 35.864,42 per le prestazioni "R non 7";
€ 47.925,40 per le prestazioni "7 R";
per i mesi da Settembre a Dicembre 2022.

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

5. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC nn. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

## Art. 6
## (Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e promuovere la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto da n. 16 membri di cui n. 12 designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. 4 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. Il coordinatore convoca il tavolo tecnico aziendale almeno in via trimestrale per:
   a) il 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) l'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) l'esame dei conteggi del valore medio delle prestazioni NON "R", forniti dal coordinatore del tavolo tecnico secondo la tempistica prevista dall'art. 8, comma 1, differenziato in base alle diverse tipologie funzionali delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza secondo la classificazione seguente:

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

   d) il monitoraggio del valore medio per singolo centro privato 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 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.

3. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà a sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono ma, comunque, a non meno di trenta giorni dalla data di ricezione della fattura. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranche come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 gennaio dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. **Le eventuali decurtazioni per sforamento del vincolo di costo medio (compreso il VMP MASSIMO prefissato per le prestazioni "R") saranno applicate dalla ASL a partire dal saldo del primo semestre, e saranno conguagliate in aumento o in diminuzione nei saldi successivi**. **In sede di saldo annuale dei corrispettivi, l'ASL comunicherà e pagherà anche l'eventuale extra tetto, riconosciuto liquidabile secondo i criteri stabiliti nelle delibere regionali n. 215 del 04.05.2022 e n. 309 del 21/06/2022, citate in premessa**. Per il pagamento di ciascun saldo la sottoscritta ASL potrà richiedere l'emissione di apposite note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5, che dovranno essere ricevute dalla ASL almeno 15 giorni prima della scadenza di pagamento del saldo. L'eventuale recupero economico, collegato agli esiti dei controlli nei confronti della struttura privata, verrà effettuato da parte della ASL a conclusione delle procedure di controllo, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni contestate. Pertanto la liquidazione di somme, effettuata in favore delle strutture private accreditate, si considera provvisoria fino alla chiusura delle operazioni di controllo o, in caso di contestazioni, fino alla risoluzione delle medesime.
4. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
5. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, non sarà liquidato e dovrà essere stornato da apposite note di credito, salvo conguaglio in sede di saldo annuale.
6. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
7. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
    a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
    b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
    c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
    d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.
8. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
9. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che

avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiari espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.

10. Ai fini del rispetto dell'art. 3, comma 8, della legge 13 agosto 2010, n. 136, sulla tracciabilità dei pagamenti, 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: Omissis;
    presso: INTESA SAN PAOLO - AVELLINO (Via De Sanctis),
    generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: Massimiliano Taccone Omissis - Omissis - - 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)

1. Il coordinatore del tavolo tecnico di cui all'art. 6, entro il mese successivo alla fine di ciascun trimestre solare, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4, e lo comunica agli altri componenti del tavolo tecnico ed alla sottoscritta struttura accreditata.
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 (**VMP**) 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); 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.
    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**.

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

## 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" (**S**istema **INFO**rmativo sa**N**ità Campan**IA** di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.), accettando fin d'ora che l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale 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.

## 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)**

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 le delibere richiamate in premessa.

**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.

Avellino lì 09/01/2023

Azienda Sanitaria Locale Avellino
Il Direttore Generale
*Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante*

CENTRO POLISPECIALISTICO FUTURADIAGNOSTICA S.R.L.
Il Legale Rappresentante
*Massimiliano Taccone*

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.

Azienda Sanitaria Locale Avellino
Il Direttore Generale
*Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante*

CENTRO POLISPECIALISTICO FUTURADIAGNOSTICA S.R.L.
Il Legale Rappresentante
*Massimiliano Taccone*