DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n.ro	Data di Adozione
0001412	10/07/2026

OGGETTO: Adozione Regolamento per la gestione dei crediti derivanti da prestazioni sanitarie..

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N.RO 20260001188 DEL 12/05/2026
COMPOSTA COMPLESSIVAMENTE DA 4 (quattro) PAGINE
DI 5 (cinque) ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 27 (ventisette) PAGINE
DI 0 (zero) ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE
DI 0 (zero) DOCUMENTI ISTRUTTORI NON ALLEGATI PER UN TOTALE DI 0 (zero) PAGINE

Con la sottoscrizione in calce, i Direttori dichiarano di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, della vigente sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

Parere della Direttrice Amministrativa	Parere della Direttrice Sanitaria
Firmato Digitalmente il 10/07/2026 11:29 Rachele POPOLIZIO	*Firmato Digitalmente il 10/07/2026 13:07* Rosella SQUICCIARINI

Il Segretario	Il Direttore Generale
Firmato Digitalmente il 10/07/2026 17:23 Luca TALIENTO	*Firmato Digitalmente il 10/07/2026 17:16* Luigi FRUSCIO

ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

Si attesta che il presente provvedimento viene pubblicato all'Albo pretorio *on-line* della ASL BA, ai sensi dell'art. 32, c. 1, l. 69/2009, per la durata di 30 giorni naturali, decorrenti dal **10/07/2026**

Unità Operativa Affari Generali
L'Addetto alla Pubblicazione
Firmato Digitalmente il 10/07/2026 17:24
Luca TALIENTO

L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente è conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.
Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

Oggetto: Adozione regolamento per la gestione dei crediti derivanti da prestazioni sanitarie.

Proposta N.ro 0001188/2026

Visti

- la legge n. 412/1991 e smi;
- Il d.lgs. n. 502/1992 e smi;
- la legge 23 dicembre 1996, n. 662.
- Il d.lgs. n. 124/1998 e smi;
- la legge n. 296/2006 e smi;
- la legge regionale n. 32/2008;
- il DGR n. 2268/2010;
- il D.L. 73/2024;
- la delibera Asl Bari n. 501/2017 relativa alle procedure operative di recupero crediti per prestazioni sanitarie in regime di esenzione per reddito;
- la delibera asl Bari n. 1564/2020 "Manuale delle procedure amministrativo contabili";

Considerato che:

- in ambito aziendale risulta necessario implementare una procedura omogenea di gestione dei crediti derivanti da prestazioni sanitarie rese e le conseguenti azioni da porre in essere in caso di mancato pagamento delle stesse;
- nell'ambito di tale procedura, ai fini di tale implementazione, la Direzione Strategica ha dato indicazioni per la predisposizione di un apposito regolamento, ad un gruppo di lavoro individuato con nota prot. 64234/2025;
- nella stessa nota sono state definite sia le strutture/articolazioni (amministrative e sanitarie) dislocate sul territorio, direttamente e/o indirettamente coinvolte nel processo, sia le linee operative e i modelli omogenei da adottare, il tutto al fine di contenere il fenomeno della morosità, di incrementare il recupero di liquidità e quindi di risorse proprie, garantendo trasparenza ed efficacia dell'azione amministrativa;
- per alcune tipologie di crediti sono state effettuate delle integrazioni con i sistemi informativi aziendali, per abilitare un processo informatizzato con QR code collegato a NCUP, in particolare, per i codici bianchi, per le disdette tardive e per prestazioni sanitarie rese e non pagate;
- nello specifico, il regolamento, si riferisce, principalmente, a crediti derivanti da:
    a. prestazioni di Pronto Soccorso (codici bianchi);
    b. esami pre-operatori, in caso di rinuncia al ricovero programmato/day service;
    c. prestazioni sanitarie rese e non pagate;
    d. sanzioni amministrative per visite, esami diagnostici e di laboratorio, copie cartelle cliniche, i cui referti non sono stati ritirati nel termine previsto o dalla data indicata dall'Azienda per la consegna degli stessi;
    e. sanzioni amministrative per mancata disdetta della prestazione sanitaria prenotata, nei termini prescritti dalla normativa regionale/nazionale vigente (48 ore);
    f. azioni di rivalsa ex art. 2043 codice civile (Cure mediche e prestazioni sanitarie rese dal SSN in favore del danneggiato da fatto illecito altrui);

e, pertanto, restano escluse le procedure operative di recupero crediti per prestazioni sanitarie in regime di esenzione per reddito, definite con delibera n. 501/2017, nonchè da specifiche disposizioni aziendali.

Considerato che il regolamento è stato analizzato nell'ambito delle riunioni del Dipartimento Amministrativo tenutesi nei mesi di gennaio ed aprile ed, inoltre, inviato al gruppo di lavoro nel corso del mese di gennaio;

Assunto il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ai sensi dell'art. 3 d.lgs 502/1992 **Proposta N.ro 0001188/2026**

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in narrativa, che qui si intendono richiamate e confermate e che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento

- **di approvare** il regolamento per la gestione dei crediti derivanti da prestazioni sanitarie, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante;
- **di riservarsi,** vista la prima applicazione, di modificare e/o integrare il presente regolamento nel caso di sopraggiunte nuove determinazioni nazionali o regionali in materia, nonché a seguito di ulteriore integrazione con i sistemi informativi aziendali;
- **di riservarsi**, inoltre, la possibilità di effettuare delle attività di formazione destinate al personale individuato per tali attività, nonché, qualora ritenuto necessario, visto il vasto ambito dell'Asl, di predisporre eventuali circolari integrative;
- **di dare atto** che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio;
- **di notificare** la presente deliberazione ai Direttori Medici ed Amministrativi di PP.OO., ai Direttori di Distretto socio sanitari, al Controllo di Gestione, all'Agrf, alla Uose, al Rula, al Cup manager, alla SBL, ai Direttori di Dipartimento e, loro tramite, a tutte le articolazioni aziendali.

AZIENDA SANITARIA LOCALE BARI

Regolamento per la gestione dei crediti derivanti da Prestazioni sanitarie

(Bozza)

ASL Bari
PugliaSalute

Sommario

Premessa 3
Art. 1 – Crediti derivanti da prestazioni sanitarie rese 4
1. Prestazioni sanitarie erogate in Pronto Soccorso - codici bianchi (Legge n. 296/2006 art. 1 comma 796 lett. P) 4
2. Prestazioni sanitarie erogate per esami pre-operatori, in caso di rinuncia al ricovero programmato 4
3. Prestazioni sanitarie erogate e non pagate 5
Art. 2 Altri crediti 5
1. Sanzione per mancata disdetta della prestazione sanitaria prenotata o per disdetta tradiva – (d.lgs 124/1998 – D.L. 73/2024 - DGR Puglia n. 2268/2010 e n. 1397/2011) 5
2. Sanzione per visite, esami diagnostici e di laboratorio i cui referti non sono stati ritirati nel termine di giorni 30 (Legge 296/2006, Art. 1 comma 796 lett. r) 6
3. Azione di rivalsa (art. 2043 c.c.) Cure mediche e prestazioni sanitarie rese dal SSN in favore del danneggiato da fatto illecito altrui. 8
Art. 3 Cittadini Stranieri 8
Art. 4 Crediti di modesta entità 10
Art. 5 Contabilità generale 10
Art. 6 Spese amministrative e postali 10
Art. 7 Aggiornamenti ed Implementazioni 10
Art. 8 Rinvio 10
Art. 9 Trattamento dati personali 10

Premessa

Il ticket sanitario rappresenta la quota di partecipazione alla spesa sanitaria che i cittadini devono versare per usufruire di specifiche prestazioni garantite dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

È uno strumento di compartecipazione economica finalizzato a reggere la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario e a favorire un uso più consapevole dei servizi pubblici.

Le prestazioni soggette al pagamento del ticket includono principalmente:

- visite specialistiche ambulatoriali;
- esami di laboratorio e diagnostica strumentale (radiografie, TAC, risonanze, analisi del sangue, ecc.);
- accessi impropri al pronto soccorso (codici bianchi);
- alcune prestazioni di riabilitazione.

Il pagamento del ticket deve avvenire prima dell'erogazione della prestazione. Per prenotazioni effettuate presso le strutture private accreditate convenzionate il pagamento deve essere eseguito direttamente presso la struttura privata, mentre per prenotazioni presso le strutture sanitarie pubbliche le modalità di pagamento sono:

- pagamento elettronico PagoPA, previsto dal D.Lgs. 82/2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale),
- pagamento diretto presso gli sportelli CUP delle ASL,
- servizi on line https://www.sanita.puglia.it/web/guest/fse-servizio-gestione-prenotazioni-accesso-libero o da App Puglia Salute,
- utilizzo di sportelli automatici o totem abilitati all'interno delle strutture sanitarie.

Tanto premesso il presente regolamento disciplina la gestione dei crediti derivanti da diverse situazioni e le azioni da porre in essere in caso di mancato pagamento da parte degli utenti.

I principali crediti sono legati al mancato pagamento del ticket per prestazioni sanitarie rese e non pagate:

1) prestazioni di Pronto Soccorso (codici bianchi);
2) esami pre-operatori dovuti in caso di rinuncia al ricovero programmato;
3) prestazioni sanitarie rese e non pagate;
4) prestazioni sanitarie erogate a stranieri.

Inoltre, si rilevano crediti derivanti dall'applicazione di sanzioni quali:

1) sanzioni amministrative per visite, esami diagnostici e di laboratorio, copie cartelle cliniche, i cui referti, non presenti sul fascicolo sanitario elettronico, non sono stati ritirati nel termine previsto o dalla data indicata dall'Azienda per la consegna degli stessi;
2) sanzioni amministrative per mancata disdetta della prestazione sanitaria prenotata nei termini prescritti dalla normativa regionale (D.G.R. 2268/2010)/nazionale vigente (48 ore);
3) azioni di rivalsa ex art. 2043 codice civile (Cure mediche e prestazioni sanitarie rese dal SSN in favore del danneggiato da fatto illecito altrui).

La riscossione ordinaria dei crediti è disciplinata principalmente dagli artt. 1219 - 2946 -2947 del codice civile, salvo diverse normative nazionali o regionali.

In tutte le tipologie di recupero crediti si prevede un iter che in generale consiste in:

- Fase di accertamento del credito;
- Fase di messa in mora;
- Fase coattiva.

L'attività istruttoria, di accertamento e di recupero dei crediti, oggetto del presente regolamento, è svolta a seconda delle diverse tipologie di credito, dalle Strutture nell'ambito della quale il credito è sorto e, quindi, quelle in cui si è proceduto ad "eseguire" la prestazione sanitaria (es. struttura erogante, struttura in cui è stata prenotata e non fruita).

In linea generale, si individuano le seguenti principali strutture (per le attività amministrative):

- Direzioni Amministrative dei PP.OO.
- Direzioni dei Distretti (di concerto con UO amministrative),

- Dipartimenti Territoriali (Dip. Di Prevenzione-DSM- DDP),
- Area gestione risorse finanziarie.

Inoltre, sono individuate, quali parti del processo, direttamente e/o indirettamente coinvolte, tutte le strutture sanitarie eroganti (direzioni mediche/ UO ospedaliere/territoriali/servizi/ambulatori/RULA/CUP Manager/UOSE).

Art. 1 – Crediti derivanti da prestazioni sanitarie rese

1. Prestazioni sanitarie erogate in Pronto Soccorso - codici bianchi (Legge n. 296/2006 art. 1 comma 796 lett. P)

Per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso non seguite da ricovero, la cui condizione è stata codificata come "codice bianco", gli assistiti non esenti, sono tenuti al pagamento di una quota di ticket per la visita, nonché per eventuali prestazioni specialistiche. In base alla normativa nazionale/regionale, non sono tenuti al pagamento della quota fissa, gli assistiti nel caso in cui l'accesso al pronto soccorso (codice bianco) avvenga a seguito di traumatismi o avvelenamenti acuti, o riguardi assistiti di età inferiore a 14 anni. Pertanto, l'U.O. Medicina e Chirurgia di Accettazione Urgenza, dovrà correttamente qualificare tali casi, tra gli assistiti esenti dal pagamento della quota del ticket relativo.

All'atto delle dimissioni con Codice Bianco, l'U.O. Medicina e Chirurgia di Accettazione Urgenza, comunica/consegna al paziente "un promemoria per il pagamento ticket", con l'invito a regolarizzare entro il termine di 15 giorni presso le postazioni CUP aziendali che, all'atto del pagamento, quantificheranno l'importo relativo.

L'ufficio amministrativo della macrostruttura di riferimento, attraverso specifiche credenziali/ruoli, verificherà, con cadenza, di norma, mensile, attraverso il Sistema Informativo aziendale, l'elenco degli utenti per i quali non risulti ancora il pagamento; effettuata l'istruttoria, l'Ufficio invia all'utente un avviso di messa in mora, mediante raccomandata A/R addebitandone il costo relativo (comprese le spese postali di cui all'art 6 del presente regolamento), utilizzando il "modello" riveniente dalla procedura software, personalizzandolo ed adeguandolo, alle esigenze di ogni singola struttura (ad esempio email, contatti telefonici, ecc).

L'ufficio amministrativo verifica l'incasso con riscontro nel sistema informativo aziendale CUP.

Una volta verificato l'incasso, la posizione viene chiusa senza ulteriori pretese da parte dell'Amministrazione.

Qualora l'utente non adempia, non invii contestazioni o, qualora le invii, queste non risultino fondate, decorsi 60 giorni dall'avviso, l'ufficio amministrativo procede alla richiesta di iscrizione a ruolo del credito tramite il portale dell'Agenzia delle Entrate/Riscossione; qualora le contestazioni risultino fondate la posizione viene chiusa.

L'ufficio amministrativo verifica, con cadenza, di norma, trimestrale, attraverso il portale dell'Agenzia delle Entrate Riscossione, gli esiti dei crediti iscritti a ruolo e trasmette all'AGRF un report attestante i pagamenti segnalati sul succitato portale.

2. Prestazioni sanitarie erogate per esami pre-operatori/day service, in caso di rinuncia al ricovero programmato

Le prestazioni eseguite, come esami pre-operatori, per un ricovero programmato, sono parte integrante del ricovero ospedaliero e non sono soggette a ticket. Nel caso in cui l'utente scelga, autonomamente, di non procedere con il ricovero, è tenuto al pagamento del ticket, in quanto le visite e/o gli esami strumentali di diagnostica eseguiti, non rientrando più nel DRG di ricovero e sono equiparati a prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Sarà cura dell'U.O. informare l'assistito che in caso di rinuncia al ricovero è tenuto al pagamento del ticket riferito alle prestazioni di pre-ricovero/day service eseguite.

Fermo restando quanto sopra, in attesa che siano abilitate procedure informatiche a supporto, l'U.O. o il Servizio o l'Ambulatorio erogante, trasmette, con cadenza mensile, all'Ufficio Amministrativo della Macrostruttura di riferimento, l'elenco degli utenti che non hanno ancora provveduto al pagamento della prestazione, con l'indicazione, previa verifica di inserimento nel CUP, delle prestazioni erogate in fase di pre-ricovero. L'ufficio amministrativo, attiverà l'istruttoria di concerto con l'UO/servizio/ambulatorio di riferimento, anche ai fini della

contabilizzazione delle prestazioni nell'ambito del sistema Ncup.

Accertato l'importo dovuto, l'Ufficio Amministrativo invia all'utente un avviso di messa in mora mediante raccomandata A/R addebitandone il costo relativo (comprese le spese postali di cui all'art 6 del presente regolamento) tramite la nota fac-simile Allegato 1.

L'ufficio amministrativo, in attesa dell'implementazione di altre modalità, verifica l'incasso:

- con riscontro nel sistema informativo aziendale CUP;
- se tramite bonifico bancario confrontandosi con l'AGRF con verifica di norma trimestrale.

Una volta verificato l'incasso, la posizione viene chiusa senza ulteriori pretese da parte dell'Amministrazione.

Qualora l'utente non adempia, non invii contestazioni o, qualora le invii, queste non risultino fondate, decorsi 60 giorni dall'avviso, l'ufficio amministrativo procede alla richiesta di iscrizione a ruolo del credito tramite il portale dell'Agenzia delle Entrate/Riscossione; qualora le contestazioni risultino fondate la posizione viene chiusa.

L'ufficio amministrativo verifica con cadenza, di norma, trimestrale, attraverso il portale dell'Agenzia delle Entrate e Riscossione gli esiti dei crediti iscritti a ruolo e trasmette all'AGRF un report attestante i pagamenti segnalati sul succitato portale.

3. Prestazioni sanitarie erogate e non pagate

L'importo del ticket per prestazione sanitaria deve essere pagato dall'utente prima della effettuazione della stessa prestazione, con l'obbligo da parte della struttura erogatrice di verificare tale adempimento all'atto dell'accettazione del paziente.

Fermo restando quanto sopra, nel caso di eccezione/impedimento, in cui l'utente abbia, comunque, usufruito della prestazione, senza aver preventivamente pagato il ticket, l'U.O. o il Servizio o l'Ambulatorio non dovrà rilasciare alcun "referto" all'utente che dovrà fornire, con tempestività, la documentazione attestante l'avvenuto pagamento; solo in tal caso si potrà procedere al rilascio del "referto".

In ogni caso, l'ufficio amministrativo della macrostruttura di riferimento, accedendo al sistema Informativo CUP aziendale con uno specifico ruolo, verificherà, con cadenza, di norma, mensile, l'elenco degli utenti per i quali non risulti ancora il pagamento. Effettuata l'istruttoria, l'Ufficio invia all'utente un avviso di messa in mora, mediante raccomandata A/R addebitandone il costo relativo (comprese le spese postali di cui all'art 6 del presente regolamento), utilizzando il "modello" riveniente dalla procedura software, personalizzandolo ed adeguandolo alle esigenze di ogni singola struttura (ad esempio email, contatti telefonici ecc).

L'ufficio amministrativo verifica l'incasso con riscontro direttamente nel sistema informativo aziendale CUP.

Una volta verificato l'incasso, la posizione viene chiusa senza ulteriori pretese da parte dell'Amministrazione.

Qualora l'utente non adempia, non invii contestazioni o, qualora le invii, queste non risultino fondate, decorsi 60 giorni dall'avviso, l'ufficio amministrativo procede alla richiesta di iscrizione a ruolo del credito tramite il portale dell'Agenzia delle Entrate/Riscossione; qualora le contestazioni risultino fondate la posizione viene chiusa.

L'ufficio amministrativo verifica, con cadenza, di norma, trimestrale, attraverso il portale dell'Agenzia delle Entrate/Riscossione, gli esiti dei crediti iscritti a ruolo e trasmette all'AGRF un report attestante i pagamenti segnalati sul succitato portale.

Art. 2 Altri crediti

1. Sanzione per mancata disdetta della prestazione sanitaria prenotata o per disdetta tardiva – (d.lgs 124/1998 – D.L. 73/2024 - DGR Puglia n. 2268/2010 e n. 1397/2011)

L'utente che non si sia presentato ad effettuare la prestazione sanitaria prenotata, senza aver provveduto ad effettuare la disdetta della prenotazione, almeno 48 ore prima della data dell'appuntamento, o che abbia effettuato la cancellazione della prenotazione tardivamente, ovvero nelle 48 ore dalla data dell'appuntamento, deve provvedere al pagamento di un importo/penale equivalente al ticket previsto per la prestazione prenotata e non fruita, anche se in possesso dell'esenzione;

Pertanto, è posto a carico dell'utente l'obbligo di provvedere alla suddetta disdetta, nei tempi previsti e riportati sul coupon di prenotazione, mediante uno dei canali messi a disposizione dall'azienda (a titolo esemplificativo, servizi online del sito della ASL BARI, sportelli CUP, App Puglia Salute); l'utente che disdice la prenotazione riceve un codice univoco di disdetta che deve conservare.

L'U.O. - l'Ambulatorio - Servizio erogante, deve provvedere, giornalmente, consultando il proprio "Piano di Lavoro" delle prenotazioni attive, alla registrazione dell'eventuale assenza dell'assistito alla visita/prestazione, procedendo alla cancellazione della prenotazione con causale "Assistito Assente all'Appuntamento".

Fermo restando quanto sopra, l'U.O. - l'Ambulatorio - Servizio erogante, dovrà fornire all'assistito specifici contatti (numero telefonico, email) per consentire all'assistito di comunicare la disdetta nei tempi previsti, formalizzandone le motivazioni e, contestualmente, permettere all'U.O. - Ambulatorio - Servizio erogante di valutare la riprogrammazione dell'appuntamento, nonché di fornire le ulteriori informazioni utili ai fini della gestione della disdetta.

L'ufficio amministrativo della macrostruttura di riferimento, accedendo al sistema Informativo CUP aziendale con uno specifico ruolo, con cadenza, di norma, mensile, procederà all'estrazione dell'elenco degli utenti che non abbiano effettuato la disdetta della prenotazione nei termini di legge (Disdetta tardiva) come anche di quelli che non si sono presentati all'appuntamento (Assistiti Assenti).

Effettuata l'istruttoria, l'Ufficio invia all'utente un avviso di messa in mora, mediante raccomandata A/R addebitandone il costo relativo (comprese le spese postali di cui all'art 6 del presente regolamento), utilizzando il "modello" riveniente dalla procedura software, personalizzandolo ed adeguandolo (ad esempio email, contatti telefonici ecc.) alle esigenze di ogni singola struttura.

La procedura si intenderà definita senza ulteriori pretese da parte dell'Amministrazione nel caso in cui l'utente, entro il termine di 60 giorni dalla data di ricevimento della raccomandata, abbia comunicato:

- il codice o comunque la prova dell'avvenuta cancellazione entro i termini ed attraverso i canali previsti;
- la verifica del pagamento relativo alla prestazione prenotata e non fruita (anche con riferimento agli esenti), con riscontro da parte dell'ufficio amministrativo nel sistema informativo CUP;
- la documentazione probante la sussistenza, alla data programmata per l'erogazione della prestazione, di motivi che rendevano impossibile la presentazione in ambulatorio (deve riguardare impedimenti oggettivi, documentati ed imprevedibili), quali a titolo esemplificativo: ricovero, accesso al Pronto Soccorso, malattia supportata da certificazione medica rilasciata in data certa, restrizione della libertà personale.

Qualora l'utente non adempia, non invii contestazioni o, qualora le invii, queste non risultino fondate, decorsi 60 giorni dall'avviso, l'ufficio amministrativo procede alla richiesta di iscrizione a ruolo del credito tramite il portale dell'Agenzia delle Entrate/Riscossione; qualora le contestazioni risultino fondate la posizione viene chiusa.

L'ufficio amministrativo verifica, con cadenza, di norma, trimestrale, attraverso il portale dell'Agenzia delle Entrate/Riscossione, gli esiti dei crediti iscritti a ruolo e trasmette all'AGRF un report attestante i pagamenti segnalati sul succitato portale.

2. Sanzione per visite, esami diagnostici e di laboratorio i cui referti non sono stati ritirati nel termine di giorni 30 (Legge 296/2006, Art. 1 comma 796 lett. r)

Ai sensi delle disposizioni nazionali, è posto a carico dell'utente l'obbligo del ritiro del referto entro 30 giorni dall'effettuazione della prestazione specialistica o dalla data indicata dall'Azienda per la consegna dello stesso, qualora lo stesso non sia ancora presente nel fascicolo sanitario elettronico.

In caso di mancato ritiro, l'utente è tenuto, anche se esente, al pagamento per intero della prestazione usufruita; l'U.O. - l'Ambulatorio - Servizio erogante dovranno informare l'assistito delle suddette conseguenze qualora non ritiri il referto nei tempi previsti.

Pertanto, in caso di mancato ritiro del referto nei tempi prescritti (qualora non inserito nel fascicolo sanitario elettronico)e in attesa che siano abilitate procedure informatiche a supporto, l'U.O./il Servizio o l'Ambulatorio erogante dovrà, con cadenza mensile, inviare all'Ufficio Amministrativo della Macrostruttura competente,

l'elenco dei nominativi di coloro che non hanno ritirato il referto nei termini previsti.

Accertato l'importo dovuto, l'Ufficio Amministrativo invia all'utente un avviso di messa in mora mediante raccomandata A/R addebitandone il costo relativo (comprese le spese postali di cui all'art 6 del presente regolamento) tramite la nota fac-simile Allegato 2.

L'ufficio amministrativo, in attesa che siano abilitate altre modalità, verifica l'incasso:

- con riscontro diretto nel sistema informativo aziendale CUP;
- se tramite bonifico bancario confrontandosi con l'area gestione risorse finanziarie (AGRF), con verifica, di norma, trimestrale;

Una volta verificato l'incasso, la posizione viene chiusa senza ulteriori pretese da parte dell'Amministrazione.

Qualora l'utente non adempia, non invii contestazioni o, qualora le invii, queste non risultino fondate, decorsi 60 giorni dall'avviso, l'ufficio amministrativo procede alla richiesta di iscrizione a ruolo del credito tramite il portale dell'Agenzia delle Entrate/Riscossione; qualora le contestazioni risultino fondate la posizione viene chiusa.

L'ufficio amministrativo verifica, con cadenza, di norma, trimestrale, attraverso il portale dell'Agenzia delle Entrate/Riscossione, gli esiti dei crediti iscritti a ruolo e trasmette all'AGRF un report attestante i pagamenti segnalati sul succitato portale.

3. Azione di rivalsa (art. 2043 c.c.) Cure mediche e prestazioni sanitarie rese dal SSN in favore del danneggiato da fatto illecito altrui.

L'autore di un fatto illecito, da cui sia derivato nei confronti di un terzo un danno alla salute, ha l'obbligo di risarcire tutte le conseguenze dirette del fatto, compresa la refusione del costo di eventuali cure mediche e dell'assistenza sanitaria; nelle conseguenze dirette e, quindi, risarcibili rientrano, pertanto, anche le prestazioni sanitarie erogate dal SSN al danneggiato e il loro relativo costo.

Alla luce di tale principio, il SSN per recuperare i costi delle prestazioni rese in favore del danneggiato, ha diritto ad essere risarcito dal danneggiante ai sensi dell'art. 2043 cod.civ.; il SSN può agire quindi per responsabilità extracontrattuale nei confronti del fatto illecito.

Restano esclusi dall'azione di rivalsa:

- malattia o danno alla salute non addebitabile a colpa o dolo di terzi;
- danno da circolazione stradale e dei natanti in quanto i costi delle prestazioni erogate a tale titolo sono finanziati tramite le polizze assicurative per responsabilità civile.

Nella Regione Puglia la materia è disciplinata dalla l.r. n. 24 del 2/4/81 che all'art. 3, a seguito delle modifiche di cui alla l.r. 32/2008, recita testualmente:

"A decorrere dal 1 gennaio 2009 le Aziende sanitarie locali oltre a curare l'istruttoria amministrativa provvedono alla definizione delle azioni di rivalsa sanitaria avvalendosi anche della procedura coattiva di cui al t.u. delle disposizioni di legge relative alla riscossione delle entrate patrimoniali dello Stato approvato con r.d. 639/1910. Gli atti per eventuali rinunce e transazioni rientrano nelle attribuzioni delle aziende sanitarie locali cui compete altresì promuovere l'eventuale azione giudiziaria per il recupero delle spese di spedalità".

L'UU.OO. Medicina e Chirurgia di Accettazione Urgenza, in caso di presunta responsabilità di terzi, deve darne notizia agli uffici amministrativi di presidio competenti, trasmettendo i referti, nonché ogni elemento utile (generalità/indirizzo del responsabile, eventuali verbali di polizia/carabinieri, querela o denunzia dei fatti lesivi ecc.) per la conseguente attivazione dell'istruttoria per il recupero/rimborso delle spese sanitarie nei confronti del responsabile dell'evento.

La richiesta va inviata direttamente all'assistito nel caso in cui questi non abbia reso dichiarazioni sull'evento.

Completata tale attività ed accertato l'importo dovuto, l'Ufficio Amministrativo invia all'utente un avviso di messa in mora mediante raccomandata A/R addebitandone il costo relativo (comprese le spese postali di cui all'art 6 del presente regolamento) tramite la nota fac-simile Allegato 3.

Il versamento delle somme dovute, per effetto dell'esercizio dell'azione di rivalsa, dovrà essere effettuato alla Tesoreria regionale (entro 30gg dalla richiesta), tramite bollettino postale c.c.p. n. 712703 intestato a: "Regione Puglia – Ufficio Regionale del Contenzioso - BARI" indicando come causale: "Pagamento spese sanitarie Azione Rivalsa - Ospedale _____".

L'ufficio amministrativo di riferimento verifica l'incasso con cadenza, di norma, semestrale per il tramite dell'ufficio regionale contenzioso della Regione Puglia.

Qualora l'utente non adempia, non invii contestazioni o, qualora le invii, queste non risultino fondate, l'ufficio amministrativo decorsi 30 gg dalla richiesta, procede alla richiesta di iscrizione a ruolo del credito tramite il portale dell'Agenzia delle Entrate/Riscossione; qualora le contestazioni risultino fondate la posizione viene chiusa

Art. 3 Cittadini Stranieri

La gestione per l'erogazione delle prestazioni sanitarie ai cittadini stranieri, considerata la particolarità, necessita da parte del personale (sanitario ed amministrativo) di una maggior specificità ed accuratezza all'atto dell'accettazione e della relativa gestione di tali pazienti, rappresentando ed assicurando con la massima trasparenza all'utente le diverse possibili modalità di assistenza.

Di norma, si possono prevedere le principali seguenti tipologie:

a) Cittadini stranieri regolari appartenenti alla Unione Europea

- Cittadino con certificato di iscrizione al SSR: garantisce la fruizione delle prestazioni sanitarie (urgenti e programmate) alle stesse condizioni degli italiani (pagamento del ticket se dovuto, eventuali esenzioni per patologia);
- Cittadino con Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) (o certificato provvisorio): garantisce la fruizione delle prestazioni in emergenza-urgenza e ambulatoriali alle stesse condizioni dei cittadini italiani (pagamento del ticket se dovuto). Si tratta di cure medicalmente necessarie in relazione alla durata del soggiorno e allo stato di salute. La TEAM prevede sempre il pagamento del ticket; il costo della prestazione viene regolato tra gli stati UE;
- Cittadino senza Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) o certificato provvisorio: garantisce l'erogazione delle prestazioni necessarie sulla base delle necessità cliniche. Il costo della prestazione deve essere sostenuto dal cittadino alla dimissione, in caso di cure urgenti, mentre il pagamento dovrà essere anticipato negli altri casi;
- Cittadino munito di polizza assicurativa: garantisce l'erogazione delle prestazioni necessarie (urgenti o programmate) sulla base delle necessità cliniche. Il costo delle prestazioni in presenza di un impegno specifico dell'ente assicurativo verrà addebitato allo stesso ente, mentre in assenza di un impegno specifico il costo sarà sostenuto dal cittadino (alla dimissione in caso di cure urgenti anticipato negli altri casi) e sarà poi sua cura chiedere il rimborso all'ente assicurativo.

b) Cittadini stranieri regolari non appartenenti alla Unione Europea

- Cittadino con certificato di iscrizione al SSR: garantisce la fruizione delle prestazioni sanitarie (urgenti e programmate) alle stesse condizioni degli italiani (pagamento del ticket se dovuto, eventuali esenzioni per patologia);
- Cittadino con attestato ASL, rilasciato sulla base degli accordi bilaterali per la fruizione di cure sanitarie: garantisce la fruizione delle prestazioni sanitarie necessarie alle stesse condizioni dei cittadini italiani (pagamento del ticket se dovuto, eventuali esenzioni per patologia). Gli stati con i quali, al momento della presente procedura, esistono accordi bilaterali sono: Argentina, Australia, Brasile, Capoverde, Città del Vaticano, Serbia, Montenegro, Bosnia, Erzegovina, Macedonia, Principato di Monaco, Repubblica di San Marino e Tunisia. Il costo delle prestazioni viene regolato tra gli Stati;
- Cittadino senza certificato di iscrizione o di attestato ASL: i cittadini regolari presenti in Italia per un periodo inferiore a 3 mesi (non per ragioni di lavoro, di studio o per cure e normalmente per turismo) non sono iscrivibili al SSR: i costi per l'assistenza sanitaria urgente e programmata sono sostenuti dal paziente (alla dimissione in caso di cure urgenti e anticipato negli altri casi);
- Cittadino munito di polizza assicurativa: garantisce l'erogazione delle prestazioni necessarie (urgenti o programmate) sulla base delle necessità cliniche. Il costo delle prestazioni in presenza di un impegno specifico dell'ente assicurativo verrà addebitato allo stesso ente, mentre in assenza di un impegno specifico il costo sarà sostenuto dal cittadino (alla dimissione in caso di cure urgenti anticipato negli altri casi) e sarà poi sua cura chiedere il rimborso all'ente assicurativo.

c) Cittadini stranieri appartenenti all'Unione Europea che non hanno attestazione di diritto di soggiorno e sono senza requisiti per iscrizione al SSR e che sono indigenti hanno diritto all'erogazione di cure urgenti o comunque essenziali per malattie ed infortunio. Questi cittadini devono essere in possesso (o comunque deve essere richiesto) del tesserino ENI (Europeo non iscritto) che prevede il pagamento del ticket salvo che nella suddetta tessera/richiesta, sia prevista la specifica esenzione;

d) Cittadini stranieri irregolari non appartenenti all'Unione Europea: i cittadini che non hanno attestazione di soggiorno e/o visto di ingresso e che sono indigenti, hanno diritto all'erogazione di cure urgenti o comunque essenziali per malattia e infortunio. Questi cittadini devono essere in possesso (o comunque deve essere richiesto) del tesserino STP (straniero Temporaneamente presente) che prevede il pagamento del ticket salvo che nella suddetta tessera/richiesta, sia prevista la specifica esenzione.

Pertanto, le strutture sanitarie riceventi (Pronto soccorso per le urgenze, U.O./servizi/ambulatori per le programmate, nonché le direzioni mediche di P.O.,DSS, e laddove necessario RULA/, UOSE), fermo restando la

prevalenza e la priorità dell'aspetto sanitario/clinico, in relazione all'urgenza, all'atto di accesso/richiesta di assistenza sanitaria da parte dei cittadini stranieri, devono farsi parti attive, registrando nei sistemi informativi (CUP- Agende- Cartella clinica – flussi SDO- Flussi aziendali/regionale), in modo accurato le prestazioni erogate in favore dei cittadini stranieri in relazione al loro "Status", effettuando copia completa del documento di riconoscimento – carta di identità/passaporto- della tessera TEAM/STP/ENI, polizza assicurativa, eventuale email, comunicando le tariffe per ricoveri o prestazioni ambulatoriali da applicare e tutto quanto ritenuto necessario ai fini di una corretta ed accurata individuazione del cittadino straniero.

Considerato che in linea generale, i cittadini stranieri hanno diritto all'erogazione delle cure a seconda delle tipologie sopra descritte, laddove la natura del credito rientri nelle casistiche previste dal presente regolamento (in particolare art 1 e 2), si procederà con le medesime modalità ed i relativi fac-simile di richiesta di pagamento.

Non rientrano nel presente regolamento, gli adempimenti legati alla "mobilità sanitaria internazionale" ed alla fatturazione alle istituzioni estere, che sono regolati dalle DGR n. 474 del 16-4-2025 e precedenti, e dalle disposizioni della direzione generale prot. n. 37749/2025, prot. n. 12940/2025 e prot. n. 19459/2022.

Art. 4 Crediti di modesta entità

Ai fini del presente Regolamento, in linea con quanto previsto dall'art 12 bis dpr n. 602/1973 e con l'art 3 comma 10 del D.L. n. 16/2012, si considerano di modesta entità, i crediti pari o inferiori a € 10,33 e, pertanto, si procederà solamente all'invio dell'avviso di messa in mora. Tale valutazione ai fini della non esigibilità e, quindi, della rinuncia definitiva a tale credito, inferiore o pari a € 10,33, deve essere effettuata con riferimento ad un medesimo utente, in un arco temporale di 5 anni; pertanto, tale credito esiguo è sospensivamente condizionato alla circostanza che l'Azienda non vanti verso lo stesso utente, nel corso del quinquennio precedente o successivo, ulteriori crediti che sommati superino il predetto valore.

Art. 5 Contabilità generale

In concomitanza con la chiusura del bilancio di esercizio, gli uffici amministrativi dovranno inviare le posizioni creditizie per le conseguenti operazioni di natura contabile.

Art. 6 Spese postali

L'Azienda richiederà all'utente, con l'inoltro dell'avviso di messa in mora, il pagamento delle spese postali

Art. 7 Aggiornamenti ed Implementazioni

Il presente regolamento, successivamente alla fase di prima applicazione, potrà essere oggetto di modifica, qualora le misure normative/organizzative/informatiche delineassero un diverso quadro di riferimento operativo.

Art. 8 Rinvio

Per tutto quanto non espressamente stabilito nel presente regolamento, si applicano le disposizioni di legge ed in generale della normativa vigente.

Art. 9 Trattamento dati personali

Si rimanda alle disposizioni vigenti in materia, nonché alle disposizioni e/o regolamenti aziendali di riferimento per il corretto trattamento dei dati legati all'attività di recupero dei crediti, tenuto conto che nella maggior parte dei casi la documentazione che attesta i crediti dell'Azienda contengono dati potenzialmente idonei a rivelare lo stato di salute del debitore.

ASL Bari
PugliaSalute

Fac simile Allegato 1

Ufficio Amministrativo Crediti
Prot. N._____del_____

RACCOMANDATA A.R.

Sig. _____

Oggetto : Richiesta pagamento prestazioni sanitarie pre-operatorie –ricovero non eseguito

Gentilissimo/a

Da una verifica svolta in ambito sanitario, è emerso che la S.V. ha usufruito di prestazioni sanitarie finalizzate ad un ricovero programmato presso il P.O. di _____nell'U.O. _____

Considerato che in caso di mancato ricovero per scelta del paziente, le spese sanitarie sostenute dalla ASL sono a totale carico del paziente, si invita la S.V. a voler provvedere al pagamento della somma complessiva (comprensiva delle spese postali), pari ad euro ……;

Allegata alla presente, il dettaglio delle prestazioni eseguite in fase di pre-ricovero ed il relativo importo come da tariffario regionale.

Il pagamento della suddetta somma potrà essere effettuato, entro 60 gg dalla ricezione della presente,

1. Presso qualsiasi sportello CUP/Cassa Ticket della ASL BA munito della presente comunicazione;
2. mediante bonifico bancario presso Banca Popolare di Bari (cod. IBAN IT 57 X 05424 04297 000000000202), intestando ad ASL BARI - Servizio Tesoreria - Lungomare Starita n.6, 70123 Bari – causale "P.O. ……. Pagamento prestazione ricovero non eseguito;

Si preavverte che, in caso di mancato pagamento entro 60 giorni dal ricevimento della presente, questa Azienda, senza ulteriore preavviso, provvederà al recupero coattivo tramite Agenzia delle Entrate/Riscossione.

Per eventuali chiarimenti potrà:

- rivolgersi a qualunque Cassa Cup dell'ASL BA per informazioni più specifiche;
- inviare documentazione o rivolgersi alla scrivente direzione inviando email al seguente indirizzo: XXXX@asl.bari.it

Distinti saluti

Il Funzionario Istruttore

Il Direttore/Dirigente

ASL Bari
PugliaSalute

Fac Simile Allegato 2

Ufficio Amministrativo Crediti
Prot. N._____del_____

RACCOMANDATA A.R.

Al Sig._____

_____

_____

Oggetto : Mancato ritiro referto nel termine di 30gg – pagamento prestazione fruita.

Gentilissima/o
Da una verifica svolta nell'ambito delle prestazioni sanitarie, si è rilevato che la S.V. non ha provveduto al ritiro del referto, relativo alla prestazione specialistica ambulatoriale effettuata in data_____presso il P.O. _____prenotazione n._____, nel termine di 30gg. dalla data prevista per la consegna dello stesso;
Ai sensi della vigente normativa, il mancato ritiro del referto nel termine di cui sopra, comporta l'addebito, anche per coloro che usufruiscono di esenzione dal ticket, dell'intero costo della prestazione fruita.
Pertanto, la S.V. dovrà versare a questa Asl, l'importo complessivo di euro_____(comprensivo di spese postali), entro 60 giorni dalla ricezione della presente.
Il pagamento del suddetto importo dovrà essere effettuato:

1. Presso qualsiasi sportello CUP/Cassa Ticket della ASL BA munito della presente comunicazione;
2. mediante bonifico bancario presso Banca Popolare di Bari (cod. IBAN IT 57 X 05424 04297 000000000202), intestando ad ASL BARI - Servizio Tesoreria - Lungomare Starita n.6, 70123 Bari – causale "P.O. ……. Pagamento mancato ritiro referto;

Si preavverte che, in caso di mancato pagamento entro 60 giorni dal ricevimento della presente, questa Azienda, senza ulteriore preavviso, provvederà al recupero coattivo tramite Agenzia delle Entrate/Riscossione.

Per eventuali chiarimenti potrà:

- rivolgersi a qualunque Cassa Cup dell'ASL BA per informazioni più specifiche;
- inviare documentazione o rivolgersi alla scrivente direzione inviando email al seguente indirizzo: XXXX@asl.bari.it

Distinti saluti

Il Funzionario Istruttore

Il Direttore/Dirigente Amministrativo

ASL Bari
PugliaSalute

Fac Simile Allegato 3

Ufficio Amministrativo Crediti
Prot. N._____del_____

RACCOMANDATA A.R.

Al Sig._____

OGGETTO: **Prestazione sanitaria erogata dal Pronto Soccorso - P.O. _____ a seguito di fatto illecito causato da terzi. Esercizio Azione di Rivalsa.**

Gentilissimo/a,
La S.V. in data _____ ha fruito di prestazioni sanitarie presso il Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di _____, a seguito di fatti/lesioni personali imputabili a terzi come da dichiarazione resa.
Questa Direzione, ha necessità di avviare il procedimento amministrativo per l'Azione di Rivalsa delle spese Sanitarie nei confronti del responsabile dell'evento lesivo.
La invitiamo, pertanto, a fornire le generalità del responsabile dell'evento lesivo a cui addebitare le spese, compilando e sottoscrivendo, il modello accluso alla presente, allegando copia del documento di identità in corso di validità ed ogni documento utile per l'accertamento della responsabilità dell'aggressore.
Tale modello dovrà essere restituito a questi uffici secondo una delle seguenti modalità/indirizzi:

- Ufficio amministrativo crediti – P.O._____ via _____
- Indirizzo email XXXXXX@asl.bari.it;

In caso di mancata comunicazione delle informazioni di cui sopra, la S.V. è tenuto a sostenere le spese pari ad euro ……, qui di seguito elencate:

- Referto ……. del …….
- Prestazione ……
- Importo ……..
- Spese ……

Il pagamento deve essere effettuato mediante bollettino di c.c.p. n. 712703 intestato a: "Regione Puglia – Ufficio Regionale del Contenzioso - BARI" indicando come causale: "Pagamento spese sanitarie Azione Rivalsa – P.O._____", consegnando copia della ricevuta del versamento direttamente a questo Ufficio o inviandola all'indirizzo di posta elettronica unitamente alla presente nota, e-mail: XXXXXX
Si precisa, che trascorsi 30 giorni dal ricevimento della presente comunicazione, senza che sia stato effettuato il relativo pagamento e senza che siano stati comunicati gli estremi dell'aggressore, si procederà senza ulteriori avvisi, al recupero coattivo tramite Agenzia delle Entrate/Riscossione

Distinti saluti

Il Funzionario Istruttore

Il Direttore/Dirigente Amministrativo

DICHIARAZIONE (fac simile)

Il/La sottoscritto/a_____,nato a_____

il_____residente in _____ a Via _____

DICHIARA

- Di aver usufruito di cure mediche e prestazioni sanitarie rese dal Pronto soccorso del P.O. _____, a seguito di fatto illecito causato da terzi, e cioè (descrivere la motivazione): _____ _____
- l'evento si è verificato in _____ il giorno _____ alle ore _____;
- responsabile/i dell'evento: Sig. _____ residente a_____ alla Via _____ e Sig. _____ in residente_____ a Via _____;
- descrizione dell'evento _____ _____;
- Organi di Polizia intervenuti _____;
- è in corso procedimento legale? SI□ NO□;
- generalità del Legale: Avv. _____ con studio legale in **_____alla Via _____email _____;**

Allegare ogni documento utile per l'accertamento della responsabilità del terzo: referti, nota avvio procedimento legale, verbali di polizia, querela o denuncia del fatto lesivo, richiesta di risarcimento danni.

- testimoni eventuali: Sig. _____ residente in_____ a Via _____; Sig. _____ residente in _____ a Via _____;
- di assumersi l'onere del pagamento delle prestazioni sanitarie ricevute se dichiarato nel referto Pronto soccorso persona nota e, non denunciata, nella presente dichiarazione;

Letto, confermato e sottoscritto Luogo _____ data_____

Firmato

_____

PROFILI CONTABILI

☐ RILEVANTE, a valere su: ☒ NON rilevante

ONERI DI PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA EX D. LGS. 33/2013:

☐ SOGGETTA a pubblicazione ☒ NON soggetta a pubblicazione

ONERI DI RISERVATEZZA:

☐ CONTIENE dati personali da NON pubblicare ☒ NON contiene dati personali

DESTINATARI NOTIFICA/TRASMISSIONE

Controllo di Gestione	Area Gestione Risorse Finanziarie
Struttura Burocratico Legale	Dipartimento Amministrativo
Dipartimento delle Direzione Mediche di Presidi Ospedalieri	Dipartimento Cure Primarie - Direzione Amministrativa

PROPOSTA N.RO 20260001188 APPROVATA CON DELIBERAZIONE N.RO 20260001412 DEL 10/07/2026

Con la sottoscrizione in calce al presente provvedimento, i firmatari di cui sopra, ciascuno in relazione al proprio ruolo come indicato e per quanto di rispettiva competenza, attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale applicabile e che il provvedimento predisposto è conforme alle risultanze istruttorie agli atti d'ufficio.

I medesimi soggetti dichiarano, inoltre, di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90, artt. 6, 7 e 13, c. 3, D.P.R. 62/2013, vigente codice di comportamento aziendale e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, della vigente sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, D.L.gs. 165/2001.

RUOLO	NOME E COGNOME	FIRMA
Responsabile del Procedimento ai sensi della L. 241/1990	Riflesso Doriana	*Firmato digitalmente il 09/07/2026 13:04*
Posizione Organizzativa - Titolare IFO	Riflesso Doriana	*Firmato digitalmente il 09/07/2026 13:05*
Direttore/Responsabile di Struttura	Minervini Rodolfo	*Firmato digitalmente il 09/07/2026 13:08*