

OGGETTO: D.G.R. 14 giugno 2018, n. 37-7057 – Acquisto prestazioni sanitarie di ricovero e di specialistica ambulatoriale da erogatori privati accreditati anni 2018-2019 – Recepimento contratti sottoscritti con le strutture private accreditate del territorio ASL AL

IL DIRETTORE GENERALE

Visto il D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992 e successive modificazioni ed integrazioni;
Vista la D.C.R. n. 136-39452 del 22.10.2007 di individuazione delle Aziende Sanitarie Locali e dei relativi ambiti territoriali;

Visto il D.P.G.R. n. 85 del 17.12.2007 di costituzione dell'Azienda Sanitaria Locale AL;
Vista la D.G.R. n. 16-6935 del 29.05.2018 di nomina del Direttore Generale dell'ASL AL;

Richiamata la deliberazione del Direttore Generale n. 678 dell'11.10.2017 ad oggetto: "Individuazione degli atti di indirizzo e di governo e degli atti di gestione. Ripartizione delle competenze tra la Direzione Generale e le Strutture dell'A.S.L. AL";

Vista la D.G.R n. 53-2487 del 23.11.2015, ad oggetto: "AA.SS.RR. - Procedimento regionale di verifica degli atti aziendali - Art. 3 D.Lgs. n. 502/1992 s.m.i. - D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 - D.G.R. n. 42-1921 del 27.07.2015 - Presa d'atto adeguamento alle prescrizioni regionali e recepimento definitivo ai sensi della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012, all. A, par. 5.1.", con la quale è stato recepito in via definitiva l'Atto Aziendale dell'ASL AL, come riadottato, a seguito delle prescrizioni regionali, con la deliberazione n. 711 del 06.10.2015;

Vista la D.G.R. n. 29-5942 del 17.11.2017, ad oggetto "Atti aziendali delle AA.SS.RR. - ASL AL di Alessandria - Atto n. 656 del 28.09.2017 'Atto Aziendale ASL AL adottato con deliberazione n. 711 del 06.10.2015 - proposta di modifiche'. Recepimento regionale ai sensi della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012, all. A, par. 5.1.";

presa visione della proposta del Responsabile della Struttura SC Programmazione Controllo Sistema Informativo, qui di seguito riportata:

"Vista la Deliberazione della Giunta Regionale 14 giugno 2018, n. 37-7057 "Regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori pubblici e privati. Integrazione alla DGR n. 73-5504 del 3.08.2017. Definizione dei tetti di spesa regionali ed aziendali ed approvazione dello schema di contratto per le annualità 2018-2019";

Vista la D.D. del 02.07.2018 n. 453 "Valore annuale di riferimento / Tetti per l'annualità 2018 delle prestazioni sanitarie di ricovero per acuzie e post acuzie, e di prestazioni ambulatoriali (incluso PS) per ciascun erogatore privato e progetti di sperimentazione gestionale ex art.9 bis d.lgs. 502/92 e s.m.i." con cui è stato approvato:

- il valore annuale di riferimento per l'annualità 2018 delle prestazioni sanitarie per residenti della regione (inclusi stranieri, gli ENI e gli STP a carico del SSN);
- il valore annuale di riferimento per l'annualità 2018 delle prestazioni sanitarie per residenti di altre regioni;
- lo schema di contratto per il biennio 2018-2019, che rettifica l'allegato B1) della citata D.G.R. n.37-7057 del 14.06.2018.

Richiamata la Deliberazione ASL AL n. 534 del 02.08.2018 ad oggetto" D.G.R. 14 giugno 2018, n. 37-7057 – Acquisto prestazioni sanitarie di ricovero e di specialistica ambulatoriale da erogatori privati accreditati anno 2017 – Disposizione di sottoscrizione contratti" con la quale si è

disposto la sottoscrizione dei contratti ex art. 8-quinquies del D.Lgs. 502/1992 con gli erogatori privati per gli anni 2018-2019, secondo gli indirizzi e i contenuti della D.G.R. 14.6.2018 n.37-7057 e della D.D. 02.07.2018 n.453, nel rispetto dei limiti di spesa assegnati con i medesimi provvedimenti per quanto riguarda l'acquisto di:

- prestazioni di ricovero acuzie e post acuzie residenti Regione Piemonte;
- prestazioni ambulatoriali residenti Regione Piemonte;
- prestazioni di ricovero acuzie e post acuzie per residenti in altre Regioni;
- prestazioni ambulatoriali per residenti in altre Regioni;
- prestazioni CAVS – residenti in Piemonte;
- prestazioni Riabilitazione Neuropsichiatrica – residenti in Piemonte e altre Regioni;

Rilevato che con la citata deliberazione ASL AL n. 534/2018 si è dato atto che per la definizione delle "Prestazioni protette" e delle "Prestazioni contrattate per il recupero della mobilità passiva" previste dall'All. C) del contratto tipo adottato con D.G.R. 14.6.2018 n.37-7057 l'ASL AL ha seguito l'iter procedurale dettagliatamente descritto nella premessa dell'atto medesimo;

Visto che in data 08.08.2018 sono state convocate le Strutture private accreditate del territorio ASL AL, per la definizione del contratto anni 2018-2019;

Vista la D.D. 28.09.2018 n. 605 con la quale la Regione Piemonte ha disposto di rettificare l'errore materiale contenuto nell'Allegato C della D.D. 02.07.2018, n.453 relativamente alla definizione dei valori di riferimento anno 2018 per residenti fuori Regione per l'attività di degenza, attribuiti a "Villa Igea Poliambulatorio" anziché a "Rete Villa Igea e i Cedri Hospital";

Rilevato che i contratti di cui sopra, debitamente sottoscritti e allegati alla presente deliberazione quali parti integranti e sostanziali, sono stati redatti nel rispetto di quanto previsto dalla D.G.R. 14 giugno 2018, n. 37-7057 e dalle DD.DD. 02.07.2018 n.453 e 28.09.2018 n. 605, secondo gli indirizzi contenuti negli allegati degli atti medesimi;

Vista la clausola integrativa all'art. 9 del contratto stipulato con la Casa di Cura Sant'Anna di Casale M. a firma del suo rappresentante legale, allegata al contratto sottoscritto della Struttura privata medesima;

Richiamata la nota ASL AL prot. n. 0084196 del 9.8.2018 con la quale, facendo seguito ed a modifica di precedente nota ASL AL prot. 0082371 del 6.8.u.s., rilevata la comunicazione della Casa di Cura Città di Bra prot. ASL AL n. 0083661 dell'8.8.u.s. con la quale la Struttura accreditata citata manifesta la disponibilità ad aumentare la quota di produzione da erogare a residenti ASL AL per il recupero della mobilità passiva extraregione per un importo pari a € 300.000,00 di cui € 250.000,00 per la disciplina 36-Ortopedia e Traumatologia e € 50.000,00 per la disciplina 56 – Recupero e Rieducazione Funzionale e valutata la sussistenza di fenomeni di fuga extraregione sulle discipline erogate dalla Struttura accreditata, si è ritenuto, in conseguenza di quanto sopra, di aderire alla proposta di recupero della suddetta mobilità passiva, ai sensi della DGR 14.6.2018, n. 37-7057, comunicando quanto sopra all'ASL CN2 competente per territorio;

Rilevato che i valori economici per le "prestazioni protette" e le "prestazioni contrattate per il recupero della mobilità passiva extraregione" previste dall'All C) del contratto tipo adottato con D.G.R. 14.6.2018, n. 37-7057, già rappresentati nella deliberazione ASL AL n.534/2018, a seguito di quanto previsto con la citata nota ASL AL n.0084196 del 9.8.2018 sono riassunti nella seguente tabella

ASL RESIDENZA: ASL AL	PRESTAZIONI PROTETTE (all C CONTRATTO-TIPO D.G.R. 14.6.2018, n. 37-7057) TOTALE RICOVERO + AMBULATORIALE	PRESTAZIONI CONTRATTATE PER IL RECUPERO DELLA MOBILITA' PASSIVA EXTRAREGIONE (all C CONTRATTO-TIPO D.G.R. 14.6.2018, n. 37-7057) TOTALE RICOVERO + AMBULATORIALE
EROGATORE PRIVATO ACCREDITATO	IMPORTO	IMPORTO
POLICLINICO DI MONZA	865.270	2.645.697
RETE VILLA IGEA E I CEDRI	429.487	898.998
SANT'ANNA	-	-
ALLIANCE MEDICAL	856.573	252.531
DOTT. CRISTOFORO PONZANO	-	23.964
STUDIO RADIOLOGICO OMODEO ZORINI	-	20.985
STUDIO RADIOLOGICO DOCT. FOCO	-	37.746
LABORATORIO ANALISI S.MARIA	-	26.626
VILLA IGEA POLIAMBULATORIO	-	68.754
CASA DI CURA CITTA' DI BRA	-	300.000
IRCCS VERUNO	-	210.000
ICS TORINO	-	60.000
ASL RESIDENZA: ASL AT	PRESTAZIONI PROTETTE (all C CONTRATTO-TIPO D.G.R. 14.6.2018, n. 37-7057) TOTALE RICOVERO + AMBULATORIALE	PRESTAZIONI CONTRATTATE PER IL RECUPERO DELLA MOBILITA' PASSIVA EXTRAREGIONE (all C CONTRATTO-TIPO D.G.R. 14.6.2018, n. 37-7057) TOTALE RICOVERO + AMBULATORIALE
EROGATORE PRIVATO ACCREDITATO	IMPORTO	IMPORTO
ALLIANCE MEDICAL	281.045	

Rilevato che la spesa complessiva trova copertura nell'ambito delle risorse assegnate agli Enti del SSR ai fini degli obiettivi economico – finanziari per l'anno 2018, tenuto conto delle risorse di cui alla tabella C) della D.G.R. 14.6.2018, n. 37-7057 nella quale sono quantificate le risorse disponibili per l'ASL AL per l'anno 2018 (quota di competenza anno 2018 e residuo anno 2017) finalizzate al recupero di mobilità passiva fuori regione (Prestazioni di ricovero e ambulatoriale), già previste dalla DGR n. 73-5504 del 3.08.2017”;

Considerato che la formulazione della proposta di un atto deliberativo impegna la responsabilità del soggetto proponente circa la regolarità amministrativa del contenuto della deliberazione nonché la legittimità della stessa;

Visto il parere obbligatorio espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario ai sensi dell'art. 3/7 D.lgs 30/12/1992 n. 502 e s.m.i.

DELIBERA

- 1) Di disporre, per le motivazioni in premessa riportate, il recepimento dei contratti ex art. 8-quinquies del D.Lgs. 502/1992 sottoscritti con gli erogatori privati accreditati per gli anni 2018-2019, predisposti secondo gli indirizzi e i contenuti della D.G.R. 14 giugno 2018, n. 37-7057, allegati al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale;
- 2) Di dare atto che i contratti di cui al precedente punto 1) sono stati redatti nel rispetto di quanto previsto dalla D.G.R. 14 giugno 2018, n. 37-7057 e dalle DD.DD. 02.07.2018 n.453 e 28.09.2018 n. 605, secondo gli indirizzi contenuti negli allegati degli atti medesimi;
- 3) Di dare atto dei valori economici per le "prestazioni protette" e le "prestazioni contrattate per il recupero della mobilità passiva extraregione" previste dall'All C) del contratto tipo adottato con D.G.R. 14.6.2018, n. 37-7057, dettagliatamente rappresentati nella premessa della presente deliberazione;
- 4) Di dare atto che la spesa derivante dal presente provvedimento per l'anno 2018 rientra nella previsione di cui alla deliberazione n. 100 del 31.01.2018 ad oggetto "Bilancio Preventivo Economico Annuale 2018" e trova copertura nell'ambito delle risorse assegnate agli Enti del SSR ai fini degli obiettivi economico – finanziari per l'anno 2018 tenuto conto delle risorse di cui alla tabella C) della D.G.R. 14.6.2018, n. 37-7057 nella quale sono quantificate le risorse disponibili per l'ASL AL per l'anno 2018 (quota di competenza anno 2018 e residuo anno 2017) finalizzate al recupero di mobilità passiva fuori regione (Prestazioni di ricovero e ambulatoriale), già previste dalla D.G.R n. 73-5504 del 3.08.2017;
- 5) Di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 28 c. 2 L.R. n. 10/1995, considerata l'urgenza di provvedere in merito.

CONTRATTO / ACCORDO CONTRATTUALE

EX ART. 8 QUINQUIES D. LGS. N. 502/1992 PER IL BIENNIO 2018-2019

Tra

l'ASL AL, con sede legale in Alessandria, Via Venezia 6, (C.F. 02190140067),
rappresentata dal Direttore Generale pro tempore Antonio BRAMBILLA,
successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società ALLIANCE MEDICAL DIAGNOSTIC S.r.L, con sede legale in Lissone
(MB) – Via Goffredo Mameli 42/A, (C.F. 02846000616), titolare della/e
struttura/e con sede/i operativa/e indicate nell'allegato A), accreditata/e per
l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto/accordo,
successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata dalla
Dott.ssa Adele Negroni nella qualità di Amministratore Delegato, con titolo
di legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

1. gli articoli 8-bis, quater e quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.
disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504, sono state definite le regole di
finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori
privati accreditati e contrattati per il triennio 2017-2019, i tetti di spesa
regionali e di ASL per il 2017 ed è stato approvato lo schema di contratto
a valere per le strutture private e di accordo contrattuale a valere per i
presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78 ed i progetti di sperimentazione
gestionale ex art. 9 bis D. Lgs. 502/92 e s.m.i.;
3. con DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, sono stati aggiornati per il 2018-



2019 i suddetti tetti di spesa e lo schema di contratto/accordo contrattuale;

4. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. 534 del 02/08/2018 è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto/accordo in attuazione della citata DGR;

5. il legale rappresentante della Struttura dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto/accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto.

2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e a carico del SSR, conformi a volumi riassunti all'articolo 3, e tipologie precisate nell'allegato C) parte integrante del contratto.

3. Le prestazioni devono realizzarsi nell'intera annualità, con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda.

4. Nulla spetterà all'Erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di accreditamento e nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 8.

5. Qualora per giustificato motivo l'Erogatore non possa espletare le prestazioni oggetto del contratto dovrà dare tempestiva comunicazione all'ASL, la quale informerà le Aziende dell'area omogenea di

programmazione e la Regione. Similmente si dovrà comunicare la ripresa dell'esecuzione.

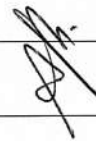
Articolo 2 - Obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi.

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e di provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere ed adeguare i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali di accreditamento, in ragione delle discipline contrattate e del tasso effettivo di occupazione, e ad erogare le prestazioni secondo standard e protocolli di accessibilità, appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.

2. La Struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991. Al personale dipendente saranno applicati i contratti di lavoro nazionali in conformità alla normativa vigente.

3. Ai sensi dell'articolo 1, comma 42, della legge n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti di ASL e Regione che nei tre anni antecedenti abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali.

4. In ottemperanza al regolamento approvato con decreto 2 aprile 2015, n. 70, l'Erogatore trasmette annualmente alla Regione il proprio bilancio (o



conto economico nel caso di Enti o di strutture facenti parte di gruppi societari) redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici.

5. La cessione del contratto a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL e della Regione, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o cambiamento di ragione sociale, subordinatamente all'adozione degli atti di competenza regionale ed aziendale.

Articolo 3 – Limiti finanziari.

1. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR per le prestazioni da rendere ai residenti nelle varie AASSLL dall'insieme degli erogatori privati contrattati sono assunti i tetti di spesa, complessivi e invalicabili, previsti dalla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057 e riportati nell'allegato B).

2. Per il 2018 sono assegnati all'Erogatore i seguenti valori di riferimento per la produzione di prestazioni da rendere a residenti in regione e, ai sensi della circolare del Ministero della Salute n. 5 del 24 marzo 2000, agli STR (stranieri paesi Ue/SEE/in Convenzione), ENI (europeo non iscrivibile) ed STP (stranieri temporaneamente presenti a carico del SSN):

a) ricovero in acuzie € ,00;

b) specialistica ambulatoriale € 6.873.308,00;

3. Per il 2019 si assumono i valori di acuzie e di specialistica ambulatoriale che saranno definiti dalla Regione con riferimento a quelli negoziati per l'annualità 2018, eventualmente ridotti o incrementati del 70% della minore o maggiore produzione realizzata entro il 110% dei valori di riferimento, eventualmente riproporzionando ai limiti dei tetti di spesa



regionali per setting assistenziale laddove la sommatoria delle eccedenze superi quella delle economie.

4. a) Per le prestazioni di assistenza domiciliare a favore di residenti in regione è assegnato un valore di riferimento annuo pari ad €.,00.

b) Per le prestazioni di post acuzie a favore di residenti in regione è assegnato un valore di riferimento annuo pari ad €.,00.

5. Ai fini del recupero della mobilità passiva, per l'incremento, rispetto al precedente anno, della produzione di prestazioni definite sulla base degli indirizzi regionali nell'apposita sezione dell'allegato C), si assegna per il 2018 un tetto di spesa di €. 252.531,00.

6. Per prestazioni rese a residenti in altre regioni nel 2018:

a) per la produzione/spesa di prestazioni di alta complessità è assegnato un valore di riferimento di €.,00;

b) per il ricovero di media e bassa complessità è assegnato un tetto di spesa/produzione di €.,00;

c) per la produzione/spesa di prestazioni di specialistica ambulatoriale è assegnato un valore di riferimento di €. 1.643.897,00.

7. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a, nelle more del provvedimento regionale di riordino dei finanziamenti per le funzioni assistenziali, è previsto l'importo di €.,00 - assegnato, nel caso di IRCCS, per il secondo semestre 2018 a completamento del programma sperimentale triennale 2015-2017 di ricerca applicata ex DGR 5 agosto 2015, n. 13-2022 - che rappresenta un limite massimo da verificare dall'ASL a consuntivo sulla base dei costi sostenuti, in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente

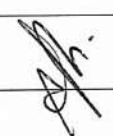
svolte.

8. Per la somministrazione dei farmaci (file F) è previsto il rimborso ai costi sostenuti dall'erogatore o, se inferiori, ai prezzi di riferimento delle gare regionali ridotti dalle eventuali quote dovute dalle aziende farmaceutiche in applicazione della così detta "rimborsabilità condizionata" di taluni farmaci.

9. L'Erogatore accetta i tetti di spesa per ASL di residenza, i valori di riferimento assegnati, i tetti di spesa per il recupero della mobilità passiva fuori regione, e quelli per le prestazioni diverse dall'alta complessità rese a residenti in altre regioni, il sistema tariffario vigente nella Regione Piemonte e quello di remunerazione delle prestazioni rese, comprese le regole di regressione economica nel caso in cui l'insieme delle prestazioni erogate dai privati contrattati superi i limiti per ASL di residenza dei pazienti.

10. L'erogatore prende atto ed accetta l'applicazione del sistema di valutazione della qualità che potrà comportare incrementi o riduzioni del 2,5% per premialità o penalizzazione secondo i criteri definiti dalla Regione. Il calcolo degli indicatori sarà effettuato utilizzando il Protocollo PNE contestualizzato a livello regionale.

11. I tetti di spesa complessivi e invalicabili delle AASSLL, i valori di riferimento assegnati all'erogatore e i tetti di spesa per i residenti fuori regione e per il recupero della mobilità passiva si mantengono anche in caso di variazione comunque intervenuta dei valori delle tariffe di riferimento, sia per modifica della fascia di accreditamento, sia per revisione dei tariffari regionali, intendendosi in tal caso rideterminate le



prestazioni oggetto del contratto nella misura necessaria a mantenere i valori fissati.

Articolo 4 – Remunerazione delle prestazioni erogate

1. I valori indicati all'articolo 3, commi 2, lett. a), b), e 4, non rappresentano un limite di produzione invalicabile per l'erogatore poiché, in coerenza alla programmazione sanitaria dell'ASL, potranno essere remunerate anche prestazioni erogate oltre il suddetti valori, purché nei limiti dei tetti di spesa complessivi e invalicabili assegnati alle AASSLL di residenza e del 110% dei valori di riferimento contrattati.

2. I valori delle produzioni entro il 110% potranno comunque subire delle riduzioni per effetto del superamento dei limiti delle AASSLL di residenza e della conseguente applicazione dei meccanismi di regressione economica, secondo le regole riportate nell'allegato D) al contratto.

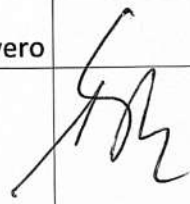
3. La remunerazione a saldo della produzione per i residenti in regione avviene considerando separatamente ricovero per acuti, ricovero per post-acuti e specialistica ambulatoriale comprensiva dell'assistenza domiciliare con le seguenti regole:

a) la valorizzazione delle prestazioni avviene con la tariffa in vigore al momento dell'erogazione, intendendosi per le prestazioni di ricovero la data di dimissione e per quelle ricorrenti la data di completamento del ciclo terapeutico;

b) il valore della produzione a base delle regole di remunerazione contrattuale include gli abbattimenti in conseguenza degli ordinari controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione;



- c) non saranno riconosciuti i valori economici delle prestazioni eccedenti il 110% dei valori annui di riferimento contrattati;
- d) qualora i valori delle prestazioni realizzate da tutti gli erogatori per i residenti di ciascuna ASL, per ciascun setting assistenziale, risultino inferiori ai tetti di spesa assegnati alle AASSLL per i residenti, all'erogatore verrà corrisposta l'intera valorizzazione della produzione entro il limite massimo del 110% dei valori di riferimento contrattati;
- e) qualora i valori delle prestazioni realizzate da tutti gli erogatori per i residenti di ciascuna ASL, per ciascun setting assistenziale, risultino superiori ai tetti di spesa assegnati alle AASSLL per i residenti, si ridurrà il valore riconosciuto a ciascun erogatore secondo il meccanismo di regressione economica, di cui all'allegato D) al contratto, in modo che le valorizzazioni complessive rientrino nei limiti dei suddetti tetti di spesa invalicabile delle AASSLL;
- f) i valori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza domiciliare sono compensabili e l'eventuale eccedenza di produzione oltre il 110% del valore di riferimento di prestazioni ambulatoriali (comprensivo dell'assistenza domiciliare) può essere compensata, e quindi economicamente riconosciuta, a fronte di una corrispondente e correlata economia entro il 110% del valore fissato per il ricovero (compensazione a livello di Erogatore);
- g) non si procede alla regressione nei casi in cui gli esuberi dei tetti di spesa delle AASSLL per la specialistica ambulatoriale siano compensati da un corrispondente e correlato avanzo del ricovero



(compensazione a livello di ASL);

h) saranno esclusi dalla regressione economica i valori delle prestazioni

cosiddette "protette", riportate nell'allegato C) al contratto;

i) in ogni caso, per ciascun setting assistenziale, l'eventuale

applicazione dei meccanismi di regressione non potrà determinare

una remunerazione inferiore al valore della produzione resa entro il

95% dei valori di riferimento contrattati;

j) gli incrementi di produzione, in termini di valore rispetto al

precedente anno, di prestazioni contrattate per il recupero di

mobilità passiva (art. 3, comma 5, e allegato c) al contratto) saranno

separatamente remunerati, entro il limite dello specifico tetto di

spesa assegnato.

4. La produzione realizzata per residenti in altre regioni sarà remunerata

come segue:

a) la produzione di ricovero di alta complessità e di specialistica

ambulatoriale sarà riconosciuta per intero, anche oltre gli specifici

valori di riferimento (art. 3, comma 6, lett. a) e c));

b) la produzione di ricovero di bassa e media complessità verrà

riconosciuta entro tetto di spesa fissato all'art. 3, comma 6, lett. b),

mentre l'eccedenza sarà eventualmente riconosciuta al termine delle

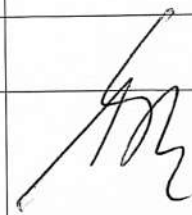
procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con

riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione

Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre

regioni.

5. Le prestazioni inviate al CSI oltre il termine ordinariamente fissato per la



chiusura della gestione in competenza saranno considerate unicamente ai fini dell'obbligo informativo, ma non a fini remunerativi.

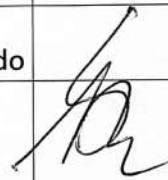
Articolo 5 - Modalità di pagamento.

1. Il corrispettivo preventivato viene liquidato a titolo di acconto in quote mensili posticipate pari al 90% di 1/12 dei valori di riferimento/tetti di spesa o del realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente. Gli acconti per i farmaci sono pari al 90% del somministrato.

2. I pagamenti a titolo di acconto devono avere luogo entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura corredata da un elenco delle prestazioni erogate nel mese di riferimento, redatto nella forma definita dall'ASL.

3. E' fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dell'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.

4. Entro il primo trimestre dell'anno successivo l'ASL verifica le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie concordate per destinazioni di residenza e per recupero di mobilità passiva fuori regione, e comunica alla Regione le informazioni necessarie ai fini della regressione economica che si definirà nei successivi trenta giorni. In caso di mancata contestazione, si procede alla liquidazione del saldo




provvisorio della produzione erogata, ex articolo 4 del D. Lgs. n. 231/2002 e s.m.i., entro 60 giorni dal ricevimento della fattura. In caso di contestazione, l'ASL sospenderà la liquidazione delle partite contestate fino alla relativa definizione.

5. Il pagamento di prestazioni fatturate non esclude future contestazioni da parte dell'ASL per importi non dovuti in relazione a prestazioni che, a seguito di ulteriori controlli, risultassero rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa, nei limiti della prescrizione.

6. Gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ASL, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno, all'occorrenza, essere compensate con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi.

7. Gli importi indicati nella reportistica prodotta dal Sistema Informativo Regionale rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dall'Erogatore e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente secondo i protocolli approvati, hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono titolo per il riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.

Articolo 6 – Erogazione di prestazioni.



1. Per una più razionale ed efficiente gestione degli accessi ai servizi, nei termini e secondo le modalità stabilite dall'ASL e/o dalla Regione, la struttura erogatrice assicura:

a) la condivisione con l'ASL delle agende di prenotazione e il monitoraggio delle prestazioni al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale;

b) l'adesione al progetto Fascicolo Sanitario Elettronico, attraverso la condivisione dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito, e la corretta gestione del consenso informato;

2. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in un'apposita sezione nel proprio sito denominata «Liste di attesa», i tempi medi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.

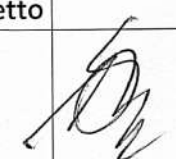
3. Fermo restando il limite giornaliero di capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito entro i limiti quantitativi dei letti accreditati delle aree funzionali omogenee. I posti letto contrattati sono intesi come medi annui e il limite di occupazione giornaliero pari a quello degli accreditati.

4. La capacità produttiva non contrattata o non utilizzata dal SSN è fruibile per l'attività in regime privatistico.

Articolo 7 – Verifiche e controlli.

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza in relazione alle prestazioni contrattate.

L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto



della DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si impegna ad agevolare l'attività di vigilanza dell'apposita Commissione ASL, nonché le ulteriori attività esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 15 giorni, il legale rappresentante della Struttura, o suo delegato, può presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

Articolo 8 - Sospensione e risoluzione del contratto.

1. La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto.
2. Ove una parte accerti l'inadempimento concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto sarà legittimata ad emettere diffida ad adempiere ex articolo 1454 cod. civ. E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex articolo 1218 cod. civ. della parte inadempiente.
3. In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purché formalmente contestati, il contratto è risolto con comunicazione recettizia formulata dalla parte



che ha contestato.

4. In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali del contratto, purché contestati formalmente, il contratto può essere sospeso da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato.

5. In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente contratto, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente contratto per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.

6. In tutte le ipotesi di sospensione di cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti dell'ASL e della Regione.

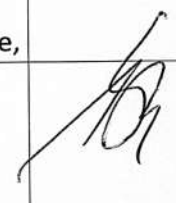
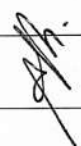
7. Il contratto si intenderà altresì risolto qualora intervenga condanna definitiva per reati contro la pubblica amministrazione a carico del legale rappresentante per fatti ad esso direttamente imputabili.

Articolo 9 – Clausola di manleva.

1. La Struttura assume ogni responsabilità, anche in attuazione della legge n. 24/2017, per qualsiasi danno causato da propria omissione, negligenza o altra inadempienza nell'esecuzione delle prestazioni contrattate e si obbliga ad esonerare il SSN da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questo, avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del contratto.

Articolo 10 – Clausola di salvaguardia.

1. Con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore accetta espressamente,



completamente ed incondizionatamente, il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e delle tariffe di riferimento, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi, in quanto determinanti il contenuto del contratto. In considerazione dell'accettazione, con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore rinuncia ad eventuali azioni o impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti.

Articolo 11 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo.

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2018 sino al 31 dicembre 2019. Non è tacitamente prorogabile. Rientrano nel contratto anche le prestazioni rese nel corso del 2018 antecedentemente alla sottoscrizione.
2. Fatto salvo l'articolo 3, comma 3, per il 2019 si prevede la stipula di una integrazione al contratto che recepisca i valori di riferimento quantificati dalla Regione per il 2019 nonché i tetti di spesa e le prestazioni contrattate per il recupero della mobilità passiva.
3. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative, di carattere nazionale, senza che maggiori oneri derivino per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all'ASL.
4. Per gli aspetti non disciplinati dal contratto si rinvia al codice civile ed alla normativa di settore.

Articolo 12 – Bollo e registrazione.



1. Le spese di bollo sono in parti uguali. Ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del DPR 26 aprile 1986 n. 131 il contratto è soggetto a registrazione in caso di uso.

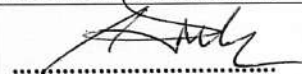
Articolo 13 - Foro competente.

1. Le controversie derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto saranno devolute all'Autorità Giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Li, 08/09/2018

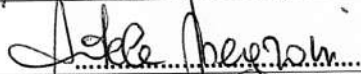
Per l'ASL

Dr. Antonio Brambilla



Per la Struttura

Dr.ssa Adele Negroni



Ai sensi e per gli effetti dell'articoli 1341 e 1342 del cod. civ. si approvano espressamente le clausole convenute negli articoli 2 (Obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi), 3 (Limiti finanziari), 4 (Remunerazione delle prestazioni erogate), 5 (Modalità di pagamento), 9 (Clausola di manleva), 10 (Clausola di salvaguardia).

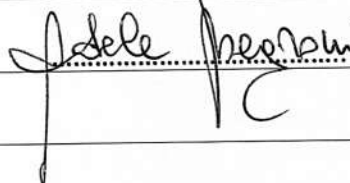
Per l'ASL

Dr. Antonio Brambilla



Per la Struttura

Dr.ssa Adele Negroni



Allegato A) STATO DI ACCREDITAMENTO

AZIENDA ALLIANCE MEDICAL DIAGNOSTIC SRL

COD. AZ. 861

SEDE LISSONE (MB) Via Goffredo Mameli 42/A

AMBULATORIO

STRUTTURA 1 STUDIO RADIOLOGICO CENTO CANNONI

SEDE OPERATIVA 1 ALESSANDRIA – VIA DEL LEGNO 19

COD. STS 500081.

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO DRG 29-3894/25.09.2006 – DD 1021 del

01.12.2014

STRUTTURA 2 STUDIO RADIOLOGICO NEWIMA

SEDE/I OPERATIVA 2 ACQUI TERM E (AL) – CORSO BAGNI 112

COD. STS 500092

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO DRG 32-14611/24.01.2005 – DD 1021 del

01.12.2014



Allegato B) TETTI DI SPESA INVALICABILI PER ASL DI RESIDENZA 2018 e 2019

ASL	ACUZIE	POST ACUZIE	AMBULATORIO
ASL CITTA' DI TORINO	54.043.471	41.902.898	76.491.499
ASL TO3	27.852.743	19.316.259	35.538.514
ASL TO4	33.885.737	23.528.451	25.952.050
ASL TO5	16.124.940	9.522.846	19.018.050
ASL VC	7.120.915	6.146.463	6.275.594
ASL BI	6.068.367	2.128.646	3.998.726
ASL NO	10.337.622	14.074.825	11.496.433
ASL VCO	10.598.260	9.336.274	6.972.598
ASL CN1	8.954.326	10.279.218	3.708.503
ASL CN2	5.688.967	4.704.967	3.903.527
ASL AT	5.755.793	4.317.112	5.634.761
ASL AL	17.753.837	3.363.725	14.383.543
TOTALE ASL	204.184.978	148.621.683	213.373.799
Ausiliatrice art. 26 l. 833/78		2.404.773	2.276.290
Trasferimento Guttuari			718.144
TOTALE REGIONE	204.184.978	151.026.456	216.368.233

Allegato C) PRESTAZIONI CONTRATTATE

Assunto a riferimento il case mix del precedente anno, l'ASL richiede le seguenti prestazioni che, se realizzate, saranno escluse dall'eventuale regressione economica.

PRESTAZIONI PROTETTE *

Cod./DGR	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	ASL RESIDENZA	N. PRESTAZ	VAL TARIFFA	VAL. PROTETTO
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	AL	1260	43.974	30.782
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	AL	152	3.496	2.447
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA CAPO E COLLO	AL	4.073	115.673	57.837
88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA	AL	3.366	241.679	169.175
88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI	AL	3.861	169.498	84.749
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA ARTI SUP. O	AL	4.066	178.497	89.249
88.74.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE	AL	1.028	45.129	22.565
88.75.1	ECO ADDOME INFERIORE	AL	500	16.000	8.000
88.76.1	ECO ADDOME COMPLETO	AL	11.354	685.782	342.891
88.73.1	ECO MAMMELLA (bilaterale)	AL	1.899	68.174	47.722
88.73.2	ECO MAMMELLA (monolaterale)	AL	78	1.654	1.158
88.94.1	RMN MUSCOLO SCHEL GRANDI ARTIC	AT	689	91.844	47.855
88.93/88.93.11	RMN Colonna - cervicale, toracica,	AT	1.348	166.638	123.717
88.91.1/88.91.22	RMN cervello e tronco encefalico	AT	688	144.890	109.473
TOTALE AMBULATORIO					1.137.618,00

- *Importi complessivi massimi entro il 30% dei valori contrattati per ciascun setting assistenziale.*

Per importi eccedenti il limite saranno considerate non protette le prestazioni indicate per ultime)

- NB. I valori relativi al numero prestazioni e tariffa indicati nella tabella si riferiscono alla produzione anno 2017 nei confronti dei residenti delle ASL per cui si richiede la produzione protetta

PRESTAZIONI CONTRATTATE PER RECUPERO DELLA MOBILITÀ PASSIVA *

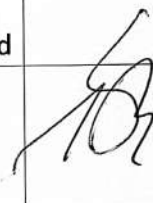
Cod./DGR	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	PROD 2017	PROD 2018 *	VAL. INCREMENTO *
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE	2.683	4.331	1.648
88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE	30.380	43.442	13.062
87.44.1	RX TORACE ROUTINE, NAS	49.771	54.765	4.994
88.95.2	RM ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON	21.936	27.622	5.686
88.27	RX FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA	74.115	78.163	4.048
88.91.4	RM MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON	24.426	28.124	3.698
88.92.9	RM MAMMELLA, SENZA E CON	24.536	28.654	4.119
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	43.974	50.896	6.922
87.03	TC CAPO	70.331	77.975	7.644
87.03.1	TC CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	24.286	30.036	5.750
87.41	TC TORACE	71.406	74.180	2.774
87.41.1	TC TORACE, SENZA E CON	181.756	204.385	22.630
88.01.6	TC ADDOME COMPLETO, SENZA E CON	286.099	315.014	28.915
88.01.5	TC ADDOME COMPLETO	31.525	33.655	2.130
88.01.4	TC ADDOME INFERIORE, SENZA E CON	2.491	3.385	894
88.01.2	TC ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON	11.092	12.479	1.387
88.38.1	TC RACHIDE E SPECO VERTEBRALE	31.857	34.680	2.823
88.91.1	RM CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO	158.103	165.000	6.897
88.91.2	RM CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO,	201.436	224.168	22.732

88.95.4	RM ADDOME INFERIORE E SCAVO	10.569	11.750	1.182
88.95.5	RM ADDOME INFERIORE E SCAVO	44.536	53.904	9.369
88.93	RM COLONNA	487.750	496.385	8.636
88.93.1	RM COLONNA, SENZA E CON	49.555	55.586	6.031
88.94.1	RM MUSCOLOSCHIELETRICA	374.973	386.372	11.399
88.94.2	RM MUSCOLOSCHIELETRICA, SENZA E	12.143	14.571	2.428
88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE	200.550	211.444	10.894
88.94.B	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE	15.408	16.614	1.206
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA CAPO E	115.673	119.789	4.116
88.74.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE	45.129	48.955	3.826
88.75.1	ECO ADDOME INFERIORE	16.000	16.740	740
88.76.1	ECO ADDOME COMPLETO	685.782	704.311	18.529
88.73.1	ECO MAMMELLA (bilaterale)	68.174	78.004	9.830
88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA	241.679	249.383	7.704
88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI	169.498	172.907	3.409
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA ARTI	178.497	182.975	4.478
TOTALE AMBULATORIO *				252.531,00

* con possibilità di compensazione

REGOLE DI VALORIZZAZIONE DELLA PRODUZIONE**RESA A RESIDENTI NELLA REGIONE AI FINI DELLA REMUNERAZIONE**

1. La regressione economica si applica quando la sommatoria dei valori delle prestazioni erogate dall'insieme degli erogatori privati supera i tetti di spesa invalicabili assegnati alle AASSLL per l'acquisto di prestazioni da privati contrattati a favore di propri residenti.
2. Ai fini della eventuale regressione si considerano separatamente le prestazioni rese per ricovero in regime di acuzie, ricovero in post acuzie e specialistica ambulatoriale.
3. I valori di produzione a base dei calcoli della regressione si assumono al netto degli abbattimenti conseguenti agli ordinari controlli effettuati sulla produzione; abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione.
4. Vengono dapprima rimodulati i tetti di spesa di ricovero ed ambulatorio delle AASSLL in conseguenza di eventuali incrementi dei valori di riferimento dell'ambulatorio compensati da riduzioni di ricovero attuati dalle AASSLL in sede di sottoscrizione dei contratti. Gli adeguamenti sono effettuati nel rispetto dei volumi complessivi di ciascuna ASL di residenza (aggregato dei setting assistenziali) utilizzando i valori e le informazioni trasmesse dalle AASSLL di competenza territoriale.
5. Vengono individuate le prestazioni contrattate per il recupero della mobilità passiva e quindi valorizzati - entro il valore complessivo specificamente contrattato (compensando di ricovero e ambulatorio) - gli incrementi di valore sul precedente anno, compensando ricovero ed



ambulatorio. Le prestazioni valorizzate vengono escluse dai successivi calcoli e il corrispondente valore sarà infine aggiunto a quello risultante post regressione.

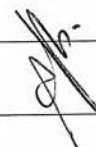
6. Le restanti prestazioni sono categorizzate singolarmente, ai fini dell'eventuale regressione, con le necessarie specifiche, secondo le macrocategorie previste dall'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017, dall'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057 e dall'allegato C) al contratto.

7. Si effettuano le compensazioni a livello di singolo erogatore tra le eccedenze dei valori di produzione dell'ambulatorio (compresa l'assistenza domiciliare) e l'eventuale residuo del tetto di ricovero (acuzie e postacuzie), riconoscendo eventuali eccedenze oltre il 110% del valore di ambulatorio se compensate da corrispondente economia entro il 110% del ricovero.

8. Vengono scartate le prestazioni, da ultimo erogate in ordine temporale, per importi pari alle eventuali eccedenze non compensate, escludendo (dallo scarto) quelle di alta specialità e quelle protette di cui all'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017, all'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, e all'allegato C) al contratto.

9. Vengono di conseguenza rimodulati i tetti di spesa delle AASSLL di residenza interessate dalle compensazioni, tenendo altresì conto dell'assistenza domiciliare.

10. I valori della produzione degli erogatori non interessati alla compensazione vengono eventualmente ricondotti al 110% dei valori di riferimento.



11. Sono scartate le prestazioni da ultimo erogate in ordine temporale per importi pari alle eccedenze, escludendo (dallo scarto) quelle di alta specialità e quelle protette di cui all'allegato C).

12. Le sommatorie delle produzioni di tutti gli erogatori per ciascuna ASL di residenza e setting assistenziale sono confrontate con i tetti di spesa invalicabili per ASL di residenza e setting assistenziale (rimodulati a seguito delle compensazioni) al fine di individuare l'entità degli eventuali importi di regressione.

13. Si effettuano le possibili compensazioni a livello di ASL di residenza, nei casi in cui l'esubero del tetto di spesa di ASL per la specialistica ambulatoriale (compresa l'assistenza domiciliare) sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo del ricovero in acuzie e/o post acuzie.

14. Vengono di conseguenza rimodulati i tetti di spesa delle AASSLL di residenza interessate e quindi, per differenza, definiti gli importi di regressione complessiva di ciascuna ASL per setting assistenziale.

15. Secondo necessità, alle produzioni interessate sono consequenzialmente applicati i seguenti criteri di regressione, sino al raggiungimento degli importi (calcolati al precedente punto) necessari a ricondurre i valori delle produzioni remunerabili entro i limiti dei tetti dell'ASL di residenza, escludendo, di volta in volta, dalle produzioni interessate i valori delle prestazioni protette individuate dall'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017, all'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, o dall'ASL nell'allegato C) al contratto.

RICOVERO IN ACUZIE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA

I	LEA	20%
II	BASSA SPECIALITA'	10%
III	MEDIA SPECIALITA'	10%
IV	TUTTE LE PRESTAZIONE NON PROTETTE	proporzionale
RICOVERO IN POST ACUZIE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	BASSA SPECIALITA'	10%
II	MEDIA SPECIALITA'	10%
III	TUTTE LE PRESTAZIONI NON PROTETTE	proporzionale
SPECIALISTICA AMBULATORIALE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	DGR N. 44-3399/2016 E DM APPROPRIATEZZA	15%
II	TUTTE LE PRESTAZIONI NON PROTETTE	proporzionale
<p>16. L'applicazione dei meccanismi di regressione economica di cui ai punti precedenti non potrà in ogni caso determinare remunerazioni inferiori al 95% dei valori di riferimento assegnati all'erogatore. Tale livello di garanzia, in assenza di disponibilità residue del tetto complessivo per residenti del SSR (aggregato dei tetti di ASL per residenti ridotto dalla produzione complessiva post regressione economica), sarà assicurato riducendo proporzionalmente, per ciascuna ASL di residenza, le eccedenze di produzione - post regressione economica - quantificate rispetto alla valore di riferimento negoziato.</p>		
<p>17. Secondo il seguente ordine consequenziale si provvede al riutilizzo delle eventuali disponibilità residue del tetto complessivo per residenti del SSR</p>		

RIUTILIZZO DEI RESIDUI

ORDINE	FINALITA'
I	Assicurare il livello di garanzia di regressione massima del 95%
II	Remunerare le prestazioni di alta complessità abbattute
III	Ridurre proporzionalmente il livello di regressione ambulatoriale

18. Gli importi valorizzati al 3. per recupero della mobilità passiva sono aggiunti a quelli risultanti dalla regressione per definire l'importo della remunerazione complessiva.




CONTRATTO / ACCORDO CONTRATTUALE

EX ART. 8 QUINQUIES D. LGS. N. 502/1992 PER IL BIENNIO 2018-2019

Tra

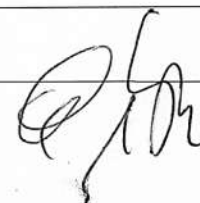
l'ASL AL, con sede legale in Alessandria, Via Venezia 6, (C.F. 02190140067),
rappresentata dal Direttore Generale pro tempore Antonio BRAMBILLA,
successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società LABORATORIO ANALISI S. MARIA del DR. W. QUAGLIA, con sede
legale in Novi Ligure – Via Felice Cavallotti 136, (C.F. QGLWTR46D01E341C –
P.IVA 00458130069), titolare della/e struttura/e con sede/i operativa/e
indicate nell'allegato A), accreditata/e per l'erogazione delle prestazioni
oggetto del contratto/accordo, successivamente nominata "Struttura" o
"Erogatore", rappresentata dal Dott. Walter Quaglia nella qualità di
Direttore, con titolo di legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

1. gli articoli 8-bis, quater e quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.
disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504, sono state definite le regole di
finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori
privati accreditati e contrattati per il triennio 2017-2019, i tetti di spesa
regionali e di ASL per il 2017 ed è stato approvato lo schema di contratto
a valere per le strutture private e di accordo contrattuale a valere per i
presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78 ed i progetti di sperimentazione
gestionale ex art. 9 bis D. Lgs. 502/92 e s.m.i.;
3. con DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, sono stati aggiornati per il 2018-



2019 i suddetti tetti di spesa e lo schema di contratto/accordo contrattuale;

4. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. 534 del 02/08/2018

è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto/accordo in attuazione della citata DGR;

5. il legale rappresentante della Struttura dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto/accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto.

2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e a carico del SSR, conformi a volumi riassunti all'articolo 3, e tipologie precisate nell'allegato C) parte integrante del contratto.

3. Le prestazioni devono realizzarsi nell'intera annualità, con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda.

4. Nulla spetterà all'Erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di accreditamento e nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 8.

5. Qualora per giustificato motivo l'Erogatore non possa espletare le prestazioni oggetto del contratto dovrà dare tempestiva comunicazione all'ASL, la quale informerà le Aziende dell'area omogenea di

programmazione e la Regione. Similmente si dovrà comunicare la ripresa dell'esecuzione.

Articolo 2 - Obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi.

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e di provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere ed adeguare i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali di accreditamento, in ragione delle discipline contrattate e del tasso effettivo di occupazione, e ad erogare le prestazioni secondo standard e protocolli di accessibilità, appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.

2. La Struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991. Al personale dipendente saranno applicati i contratti di lavoro nazionali in conformità alla normativa vigente.

3. Ai sensi dell'articolo 1, comma 42, della legge n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti di ASL e Regione che nei tre anni antecedenti abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali.

4. In ottemperanza al regolamento approvato con decreto 2 aprile 2015, n. 70, l'Erogatore trasmette annualmente alla Regione il proprio bilancio (o



conto economico nel caso di Enti o di strutture facenti parte di gruppi societari) redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici.

5. La cessione del contratto a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL e della Regione, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o cambiamento di ragione sociale, subordinatamente all'adozione degli atti di competenza regionale ed aziendale.

Articolo 3 – Limiti finanziari.

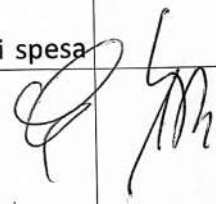
1. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR per le prestazioni da rendere ai residenti nelle varie AASSLL dall'insieme degli erogatori privati contrattati sono assunti i tetti di spesa, complessivi e invalicabili, previsti dalla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057 e riportati nell'allegato B).

2. Per il 2018 sono assegnati all'Erogatore i seguenti valori di riferimento per la produzione di prestazioni da rendere a residenti in regione e, ai sensi della circolare del Ministero della Salute n. 5 del 24 marzo 2000, agli STR (stranieri paesi Ue/SEE/in Convenzione), ENI (europeo non iscrivibile) ed STP (stranieri temporaneamente presenti a carico del SSN):

a) ricovero in acuzie €. ~~...~~,00;

b) specialistica ambulatoriale €. 295.744,00;

3. Per il 2019 si assumono i valori di acuzie e di specialistica ambulatoriale che saranno definiti dalla Regione con riferimento a quelli negoziati per l'annualità 2018, eventualmente ridotti o incrementati del 70% della minore o maggiore produzione realizzata entro il 110% dei valori di riferimento, eventualmente riproporzionando ai limiti dei tetti di spesa



regionali per setting assistenziale laddove la sommatoria delle eccedenze superi quella delle economie.

4. a) Per le prestazioni di assistenza domiciliare a favore di residenti in regione è assegnato un valore di riferimento annuo pari ad €,00.

b) Per le prestazioni di post acuzie a favore di residenti in regione è assegnato un valore di riferimento annuo pari ad €,00.

5. Ai fini del recupero della mobilità passiva, per l'incremento, rispetto al precedente anno, della produzione di prestazioni definite sulla base degli indirizzi regionali nell'apposita sezione dell'allegato C), si assegna per il 2018 un tetto di spesa di € 26.626,00.

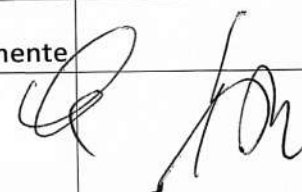
6. Per prestazioni rese a residenti in altre regioni nel 2018:

a) per la produzione/spesa di prestazioni di alta complessità è assegnato un valore di riferimento di €,00 ;

b) per il ricovero di media e bassa complessità è assegnato un tetto di spesa/produzione di €,00 ;

c) per la produzione/spesa di prestazioni di specialistica ambulatoriale è assegnato un valore di riferimento di € 8.443,00.

7. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a, nelle more del provvedimento regionale di riordino dei finanziamenti per le funzioni assistenziali, è previsto l'importo di €,00 - assegnato, nel caso di IRCCS, per il secondo semestre 2018 a completamento del programma sperimentale triennale 2015-2017 di ricerca applicata ex DGR 5 agosto 2015, n. 13-2022 - che rappresenta un limite massimo da verificare dall'ASL a consuntivo sulla base dei costi sostenuti, in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente



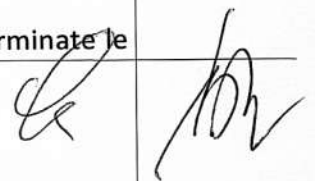
svolte.

8. Per la somministrazione dei farmaci (file F) è previsto il rimborso ai costi sostenuti dall'erogatore o, se inferiori, ai prezzi di riferimento delle gare regionali ridotti dalle eventuali quote dovute dalle aziende farmaceutiche in applicazione della così detta "rimborsabilità condizionata" di taluni farmaci.

9. L'Erogatore accetta i tetti di spesa per ASL di residenza, i valori di riferimento assegnati, i tetti di spesa per il recupero della mobilità passiva fuori regione, e quelli per le prestazioni diverse dall'alta complessità rese a residenti in altre regioni, il sistema tariffario vigente nella Regione Piemonte e quello di remunerazione delle prestazioni rese, comprese le regole di regressione economica nel caso in cui l'insieme delle prestazioni erogate dai privati contrattati superi i limiti per ASL di residenza dei pazienti.

10. L'erogatore prende atto ed accetta l'applicazione del sistema di valutazione della qualità che potrà comportare incrementi o riduzioni del 2,5% per premialità o penalizzazione secondo i criteri definiti dalla Regione. Il calcolo degli indicatori sarà effettuato utilizzando il Protocollo PNE contestualizzato a livello regionale.

11. I tetti di spesa complessivi e invalicabili delle AASSLL, i valori di riferimento assegnati all'erogatore e i tetti di spesa per i residenti fuori regione e per il recupero della mobilità passiva si mantengono anche in caso di variazione comunque intervenuta dei valori delle tariffe di riferimento, sia per modifica della fascia di accreditamento, sia per revisione dei tariffari regionali, intendendosi in tal caso rideterminate le



prestazioni oggetto del contratto nella misura necessaria a mantenere i valori fissati.

Articolo 4 – Remunerazione delle prestazioni erogate

1. I valori indicati all'articolo 3, commi 2, lett. a), b), e 4, non rappresentano un limite di produzione invalicabile per l'erogatore poiché, in coerenza alla programmazione sanitaria dell'ASL, potranno essere remunerate anche prestazioni erogate oltre i suddetti valori, purché nei limiti dei tetti di spesa complessivi e invalicabili assegnati alle AASSLL di residenza e del 110% dei valori di riferimento contrattati.

2. I valori delle produzioni entro il 110% potranno comunque subire delle riduzioni per effetto del superamento dei limiti delle AASSLL di residenza e della conseguente applicazione dei meccanismi di regressione economica, secondo le regole riportate nell'allegato D) al contratto.

3. La remunerazione a saldo della produzione per i residenti in regione avviene considerando separatamente ricovero per acuti, ricovero per post-acuti e specialistica ambulatoriale comprensiva dell'assistenza domiciliare con le seguenti regole:

a) la valorizzazione delle prestazioni avviene con la tariffa in vigore al momento dell'erogazione, intendendosi per le prestazioni di ricovero la data di dimissione e per quelle ricorrenti la data di completamento del ciclo terapeutico;

b) il valore della produzione a base delle regole di remunerazione contrattuale include gli abbattimenti in conseguenza degli ordinari controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione;



- c) non saranno riconosciuti i valori economici delle prestazioni eccedenti il 110% dei valori annui di riferimento contrattati;
- d) qualora i valori delle prestazioni realizzate da tutti gli erogatori per i residenti di ciascuna ASL, per ciascun setting assistenziale, risultino inferiori ai tetti di spesa assegnati alle AASSLL per i residenti, all'erogatore verrà corrisposta l'intera valorizzazione della produzione entro il limite massimo del 110% dei valori di riferimento contrattati;
- e) qualora i valori delle prestazioni realizzate da tutti gli erogatori per i residenti di ciascuna ASL, per ciascun setting assistenziale, risultino superiori ai tetti di spesa assegnati alle AASSLL per i residenti, si ridurrà il valore riconosciuto a ciascun erogatore secondo il meccanismo di regressione economica, di cui all'allegato D) al contratto, in modo che le valorizzazioni complessive rientrino nei limiti dei suddetti tetti di spesa invalicabile delle AASSLL;
- f) i valori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza domiciliare sono compensabili e l'eventuale eccedenza di produzione oltre il 110% del valore di riferimento di prestazioni ambulatoriali (comprensivo dell'assistenza domiciliare) può essere compensata, e quindi economicamente riconosciuta, a fronte di una corrispondente e correlata economia entro il 110% del valore fissato per il ricovero (compensazione a livello di Erogatore);
- g) non si procede alla regressione nei casi in cui gli esuberi dei tetti di spesa delle AASSLL per la specialistica ambulatoriale siano compensati da un corrispondente e correlato avanzo del ricovero.

(compensazione a livello di ASL);

h) saranno esclusi dalla regressione economica i valori delle prestazioni cosiddette "protette", riportate nell'allegato C) al contratto;

i) in ogni caso, per ciascun setting assistenziale, l'eventuale applicazione dei meccanismi di regressione non potrà determinare una remunerazione inferiore al valore della produzione resa entro il 95% dei valori di riferimento contrattati;

j) gli incrementi di produzione, in termini di valore rispetto al precedente anno, di prestazioni contrattate per il recupero di mobilità passiva (art. 3, comma 5, e allegato c) al contratto) saranno separatamente remunerati, entro il limite dello specifico tetto di spesa assegnato.

4. La produzione realizzata per residenti in altre regioni sarà remunerata come segue:

a) la produzione di ricovero di alta complessità e di specialistica ambulatoriale sarà riconosciuta per intero, anche oltre gli specifici valori di riferimento (art. 3, comma 6, lett. a) e c));

b) la produzione di ricovero di bassa e media complessità verrà riconosciuta entro tetto di spesa fissato all'art. 3, comma 6, lett. b), mentre l'eccedenza sarà eventualmente riconosciuta al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre regioni.

5. Le prestazioni inviate al CSI oltre il termine ordinariamente fissato per la



chiusura della gestione in competenza saranno considerate unicamente ai fini dell'obbligo informativo, ma non a fini remunerativi.

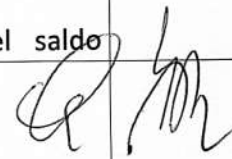
Articolo 5 - Modalità di pagamento.

1. Il corrispettivo preventivato viene liquidato a titolo di acconto in quote mensili posticipate pari al 90% di 1/12 dei valori di riferimento/tetti di spesa o del realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente. Gli acconti per i farmaci sono pari al 90% del somministrato.

2. I pagamenti a titolo di acconto devono avere luogo entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura corredata da un elenco delle prestazioni erogate nel mese di riferimento, redatto nella forma definita dall'ASL.

3. E' fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dell'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.

4. Entro il primo trimestre dell'anno successivo l'ASL verifica le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie concordate per destinazioni di residenza e per recupero di mobilità passiva fuori regione, e comunica alla Regione le informazioni necessarie ai fini della regressione economica che si definirà nei successivi trenta giorni. In caso di mancata contestazione, si procede alla liquidazione del saldo



provvisorio della produzione erogata, ex articolo 4 del D. Lgs. n. 231/2002 e s.m.i., entro 60 giorni dal ricevimento della fattura. In caso di contestazione, l'ASL sospenderà la liquidazione delle partite contestate fino alla relativa definizione.

5. Il pagamento di prestazioni fatturate non esclude future contestazioni da parte dell'ASL per importi non dovuti in relazione a prestazioni che, a seguito di ulteriori controlli, risultassero rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa, nei limiti della prescrizione.

6. Gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ASL, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno, all'occorrenza, essere compensate con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi.

7. Gli importi indicati nella reportistica prodotta dal Sistema Informativo Regionale rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dall'Erogatore e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente secondo i protocolli approvati, hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono titolo per il riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.

Articolo 6 – Erogazione di prestazioni.



1. Per una più razionale ed efficiente gestione degli accessi ai servizi, nei termini e secondo le modalità stabilite dall'ASL e/o dalla Regione, la struttura erogatrice assicura:

a) la condivisione con l'ASL delle agende di prenotazione e il monitoraggio delle prestazioni al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale;

b) l'adesione al progetto Fascicolo Sanitario Elettronico, attraverso la condivisione dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito, e la corretta gestione del consenso informato;

2. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in un'apposita sezione nel proprio sito denominata «Liste di attesa», i tempi medi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.

3. Fermo restando il limite giornaliero di capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito entro i limiti quantitativi dei letti accreditati delle aree funzionali omogenee. I posti letto contrattati sono intesi come medi annui e il limite di occupazione giornaliero pari a quello degli accreditati.

4. La capacità produttiva non contrattata o non utilizzata dal SSN è fruibile per l'attività in regime privatistico.

Articolo 7 – Verifiche e controlli.

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza in relazione alle prestazioni contrattate.

L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto



della DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si impegna ad agevolare l'attività di vigilanza dell'apposita Commissione ASL, nonché le ulteriori attività esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

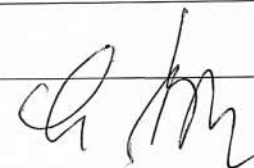
2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 15 giorni, il legale rappresentante della Struttura, o suo delegato, può presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

Articolo 8 - Sospensione e risoluzione del contratto.

1. La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto.

2. Ove una parte accerti l'inadempimento concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto sarà legittimata ad emettere diffida ad adempiere ex articolo 1454 cod. civ. E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex articolo 1218 cod. civ. della parte inadempiente.

3. In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purché formalmente contestati, il contratto è risolto con comunicazione recettizia formulata dalla parte



che ha contestato.

4. In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali del contratto, purché contestati formalmente, il contratto può essere sospeso da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato.

5. In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente contratto, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente contratto per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.

6. In tutte le ipotesi di sospensione di cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti dell'ASL e della Regione.

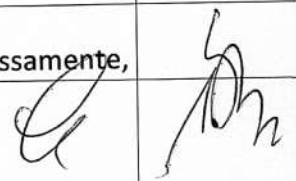
7. Il contratto si intenderà altresì risolto qualora intervenga condanna definitiva per reati contro la pubblica amministrazione a carico del legale rappresentante per fatti ad esso direttamente imputabili.

Articolo 9 – Clausola di manleva.

1. La Struttura assume ogni responsabilità, anche in attuazione della legge n. 24/2017, per qualsiasi danno causato da propria omissione, negligenza o altra inadempienza nell'esecuzione delle prestazioni contrattate e si obbliga ad esonerare il SSN da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questo, avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del contratto.

Articolo 10 – Clausola di salvaguardia.

1. Con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore accetta espressamente,



completamente ed incondizionatamente, il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e delle tariffe di riferimento, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi, in quanto determinanti il contenuto del contratto. In considerazione dell'accettazione, con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore rinuncia ad eventuali azioni o impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti.

Articolo 11 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo.

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2018 sino al 31 dicembre 2019. Non è tacitamente prorogabile. Rientrano nel contratto anche le prestazioni rese nel corso del 2018 antecedentemente alla sottoscrizione.
2. Fatto salvo l'articolo 3, comma 3, per il 2019 si prevede la stipula di una integrazione al contratto che recepisca i valori di riferimento quantificati dalla Regione per il 2019 nonché i tetti di spesa e le prestazioni contrattate per il recupero della mobilità passiva.
3. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative, di carattere nazionale, senza che maggiori oneri derivino per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all'ASL.
4. Per gli aspetti non disciplinati dal contratto si rinvia al codice civile ed alla normativa di settore.

Articolo 12 – Bollo e registrazione.



1. Le spese di bollo sono in parti uguali. Ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del DPR 26 aprile 1986 n. 131 il contratto è soggetto a registrazione in caso di uso.

Articolo 13 - Foro competente.

1. Le controversie derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto saranno devolute all'Autorità Giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Li, 08/08/2018

Per l'ASL

Dr. Antonio Brambilla

.....



Per la Struttura

Dr. Walter Quaglia

.....

Ai sensi e per gli effetti dell'articoli 1341 e 1342 del cod. civ. si approvano espressamente le clausole convenute negli articoli 2 (Obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi), 3 (Limiti finanziari), 4 (Remunerazione delle prestazioni erogate), 5 (Modalità di pagamento), 9 (Clausola di manleva), 10 (Clausola di salvaguardia).

Per l'ASL

Dr. Antonio Brambilla

.....



Per la Struttura

Dr. Walter Quaglia

.....

Allegato A) STATO DI ACCREDITAMENTO

AZIENDA LABORATORIO ANALISI S. MARIA DEL DR. W. QUAGLIA

COD. AZ. 736

SEDE NOVI LIGURE (AL) - VIA FELICE CAVALLOTTI 136

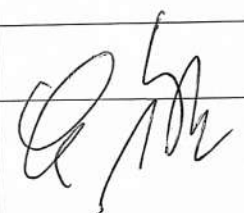
AMBULATORIO

STRUTTURA 1 LABORATORIO ANALISI S. MARIA DEL DR. W. QUAGLIA

SEDE OPERATIVA 1 NOVI LIGURE (AL) - VIA FELICE CAVALLOTTI 136

COD. STS 500121

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO D.G.R. 78-10136 del 28.7.2003



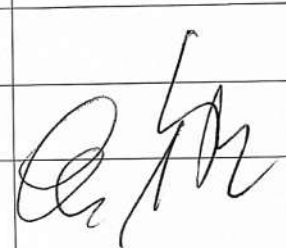
Allegato C) PRESTAZIONI CONTRATTATE

Assunto a riferimento il case mix del precedente anno, l'ASL richiede le seguenti prestazioni che, se realizzate, saranno escluse dall'eventuale regressione economica.

PRESTAZIONI PROTETTE *

Cod./DGR	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	ASL RESIDENZA	N. PRSTAZIONI	VAL. TARIFFA	VAL. PROTETTO
TOTALE AMBULATORIO					0,00

** Importi complessivi massimi entro il 30% dei valori contrattati per ciascun setting assistenziale. Per importi eccedenti il limite saranno considerate non protette le prestazioni indicate per ultime)*



PRESTAZIONI CONTRATTATE PER RECUPERO DELLA MOBILITÀ PASSIVA *

Cod./DGR	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	PROD 2017	PROD 2018 *	VAL. INCREMENTO *
91.36.5	ESTRAZIONE DNA O RNA (nucleare)	5.383	13.101	7.718
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	26.675	30.380	3.705
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT,	23.832	27.171	3.339
91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI	5.134	8.232	3.099
91.11.5	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN	117	2.523	2.406
90.44.5	VITAMINA D	12.772	14.221	1.449
90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	12.864	13.656	792
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	2.037	2.947	909
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	7.108	8.180	1.072
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	8.314	9.328	1.014
90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO	6.749	7.872	1.123
TOTALE AMBULATORIO *				
				26.626,00

* con possibilità di compensazione

REGOLE DI VALORIZZAZIONE DELLA PRODUZIONE**RESA A RESIDENTI NELLA REGIONE AI FINI DELLA REMUNERAZIONE**

1. La regressione economica si applica quando la sommatoria dei valori delle prestazioni erogate dall'insieme degli erogatori privati supera i tetti di spesa invalicabili assegnati alle AASSLL per l'acquisto di prestazioni da privati contrattati a favore di propri residenti.
2. Ai fini della eventuale regressione si considerano separatamente le prestazioni rese per ricovero in regime di acuzie, ricovero in post acuzie e specialistica ambulatoriale.
3. I valori di produzione a base dei calcoli della regressione si assumono al netto degli abbattimenti conseguenti agli ordinari controlli effettuati sulla produzione; abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione.
4. Vengono dapprima rimodulati i tetti di spesa di ricovero ed ambulatorio delle AASSLL in conseguenza di eventuali incrementi dei valori di riferimento dell'ambulatorio compensati da riduzioni di ricovero attuati dalle AASSLL in sede di sottoscrizione dei contratti. Gli adeguamenti sono effettuati nel rispetto dei volumi complessivi di ciascuna ASL di residenza (aggregato dei setting assistenziali) utilizzando i valori e le informazioni trasmesse dalle AASSLL di competenza territoriale.
5. Vengono individuate le prestazioni contrattate per il recupero della mobilità passiva e quindi valorizzati - entro il valore complessivo specificamente contrattato (compensando di ricovero e ambulatorio) - gli incrementi di valore sul precedente anno, compensando ricovero ed



ambulatorio. Le prestazioni valorizzate vengono escluse dai successivi calcoli e il corrispondente valore sarà infine aggiunto a quello risultante post regressione.

6. Le restanti prestazioni sono categorizzate singolarmente, ai fini dell'eventuale regressione, con le necessarie specifiche, secondo le macrocategorie previste dall'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017, dall'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057 e dall'allegato C) al contratto.

7. Si effettuano le compensazioni a livello di singolo erogatore tra le eccedenze dei valori di produzione dell'ambulatorio (compresa l'assistenza domiciliare) e l'eventuale residuo del tetto di ricovero (acuzie e postacuzie), riconoscendo eventuali eccedenze oltre il 110% del valore di ambulatorio se compensate da corrispondente economia entro il 110% del ricovero.

8. Vengono scartate le prestazioni, da ultimo erogate in ordine temporale, per importi pari alle eventuali eccedenze non compensate, escludendo (dallo scarto) quelle di alta specialità e quelle protette di cui all'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017, all'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, e all'allegato C) al contratto.

9. Vengono di conseguenza rimodulati i tetti di spesa delle AASSLL di residenza interessate dalle compensazioni, tenendo altresì conto dell'assistenza domiciliare.

10. I valori della produzione degli erogatori non interessati alla compensazione vengono eventualmente ricondotti al 110% dei valori di riferimento.

11. Sono scartate le prestazioni da ultimo erogate in ordine temporale per importi pari alle eccedenze, escludendo (dallo scarto) quelle di alta specialità e quelle protette di cui all'allegato C).

12. Le sommatorie delle produzioni di tutti gli erogatori per ciascuna ASL di residenza e setting assistenziale sono confrontate con i tetti di spesa invalicabili per ASL di residenza e setting assistenziale (rimodulati a seguito delle compensazioni) al fine di individuare l'entità degli eventuali importi di regressione.

13. Si effettuano le possibili compensazioni a livello di ASL di residenza, nei casi in cui l'esubero del tetto di spesa di ASL per la specialistica ambulatoriale (compresa l'assistenza domiciliare) sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo del ricovero in acuzie e/o post acuzie.

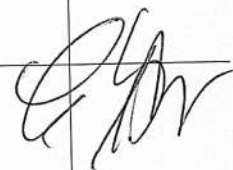
14. Vengono di conseguenza rimodulati i tetti di spesa delle AASSLL di residenza interessate e quindi, per differenza, definiti gli importi di regressione complessiva di ciascuna ASL per setting assistenziale.

15. Secondo necessità, alle produzioni interessate sono consequenzialmente applicati i seguenti criteri di regressione, sino al raggiungimento degli importi (calcolati al precedente punto) necessari a ricondurre i valori delle produzioni remunerabili entro i limiti dei tetti dell'ASL di residenza, escludendo, di volta in volta, dalle produzioni interessate i valori delle prestazioni protette individuate dall'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017, all'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, o dall'ASL nell'allegato C) al contratto.

RICOVERO IN ACUZIE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA



I	LEA	20%
II	BASSA SPECIALITA'	10%
III	MEDIA SPECIALITA'	10%
IV	TUTTE LE PRESTAZIONE NON PROTETTE	proporzionale
RICOVERO IN POST ACUZIE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	BASSA SPECIALITA'	10%
II	MEDIA SPECIALITA'	10%
III	TUTTE LE PRESTAZIONI NON PROTETTE	proporzionale
SPECIALISTICA AMBULATORIALE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	DGR N. 44-3399/2016 E DM APPROPRIATEZZA	15%
II	TUTTE LE PRESTAZIONI NON PROTETTE	proporzionale
<p>16. L'applicazione dei meccanismi di regressione economica di cui ai punti precedenti non potrà in ogni caso determinare remunerazioni inferiori al 95% dei valori di riferimento assegnati all'erogatore. Tale livello di garanzia, in assenza di disponibilità residue del tetto complessivo per residenti del SSR (aggregato dei tetti di ASL per residenti ridotto dalla produzione complessiva post regressione economica), sarà assicurato riducendo proporzionalmente, per ciascuna ASL di residenza, le eccedenze di produzione - post regressione economica - quantificate rispetto alla valore di riferimento negoziato.</p>		
<p>17. Secondo il seguente ordine consequenziale si provvede al riutilizzo delle eventuali disponibilità residue del tetto complessivo per residenti del</p>		
SSR		



RIUTILIZZO DEI RESIDUI

ORDINE

FINALITA'

I

Assicurare il livello di garanzia di regressione massima del 95%

II

Remunerare le prestazioni di alta complessità abbattute

III

Ridurre proporzionalmente il livello di regressione ambulatoriale

18. Gli importi valorizzati al 3. per recupero della mobilità passiva sono aggiunti a quelli risultanti dalla regressione per definire l'importo della remunerazione complessiva.



CONTRATTO / ACCORDO CONTRATTUALE

EX ART. 8 QUINQUIES D. LGS. N. 502/1992 PER IL BIENNIO 2018-2019

Tra

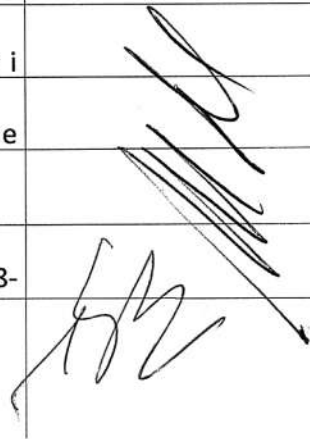
l'ASL AL, con sede legale in Alessandria, Via Venezia 6, (C.F. 02190140067),
rappresentata dal Direttore Generale pro tempore Antonio BRAMBILLA,
successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società POLICLINICO di MONZA S.p.A, con sede legale in Novara – Via
Passalacqua, 10, (C.F. 11514130159), titolare della/e struttura/e con sede/i
operativa/e indicate nell'allegato A), accreditata/e per l'erogazione delle
prestazioni oggetto del contratto/accordo, successivamente nominata
"Struttura" o "Erogatore", rappresentata dal Dott. Massimo Antonino De
Salvo nella qualità di Legale Rappresentante, con titolo di legale
rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

1. gli articoli 8-bis, quater e quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.
disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504, sono state definite le regole di
finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori
privati accreditati e contrattati per il triennio 2017-2019, i tetti di spesa
regionali e di ASL per il 2017 ed è stato approvato lo schema di contratto
a valere per le strutture private e di accordo contrattuale a valere per i
presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78 ed i progetti di sperimentazione
gestionale ex art. 9 bis D. Lgs. 502/92 e s.m.i.;
3. con DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, sono stati aggiornati per il 2018-



2019 i suddetti tetti di spesa e lo schema di contratto/accordo contrattuale;

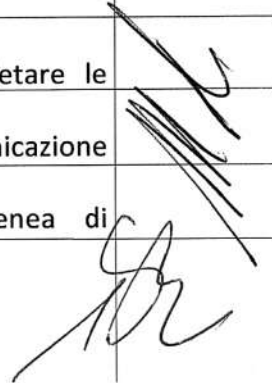
4. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. 534 del 02/08/2018 è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto/accordo in attuazione della citata DGR;

5. il legale rappresentante della Struttura dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto/accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto.
2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e a carico del SSR, conformi a volumi riassunti all'articolo 3, e tipologie precisate nell'allegato C) parte integrante del contratto.
3. Le prestazioni devono realizzarsi nell'intera annualità, con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda.
4. Nulla spetterà all'Erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di accreditamento e nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 8.
5. Qualora per giustificato motivo l'Erogatore non possa espletare le prestazioni oggetto del contratto dovrà dare tempestiva comunicazione all'ASL, la quale informerà le Aziende dell'area omogenea di



programmazione e la Regione. Similmente si dovrà comunicare la ripresa dell'esecuzione.

Articolo 2 - Obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi.

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e di provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere ed adeguare i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali di accreditamento, in ragione delle discipline contrattate e del tasso effettivo di occupazione, e ad erogare le prestazioni secondo standard e protocolli di accessibilità, appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.

2. La Struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non verserà in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991. Al personale dipendente saranno applicati i contratti di lavoro nazionali in conformità alla normativa vigente.

3. Ai sensi dell'articolo 1, comma 42, della legge n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti di ASL e Regione che nei tre anni antecedenti abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali.

4. In ottemperanza al regolamento approvato con decreto 2 aprile 2015, n. 70, l'Erogatore trasmette annualmente alla Regione il proprio bilancio (o



conto economico nel caso di Enti o di strutture facenti parte di gruppi societari) redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici.

5. La cessione del contratto a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL e della Regione, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o cambiamento di ragione sociale, subordinatamente all'adozione degli atti di competenza regionale ed aziendale.

Articolo 3 – Limiti finanziari.

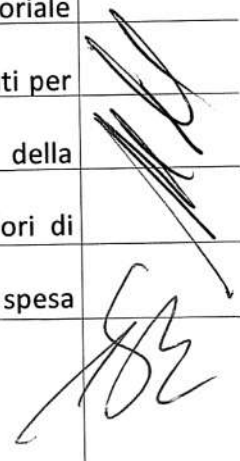
1. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR per le prestazioni da rendere ai residenti nelle varie AASSLL dall'insieme degli erogatori privati contrattati sono assunti i tetti di spesa, complessivi e invalicabili, previsti dalla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057 e riportati nell'allegato B).

2. Per il 2018 sono assegnati all'Erogatore i seguenti valori di riferimento per la produzione di prestazioni da rendere a residenti in regione e, ai sensi della circolare del Ministero della Salute n. 5 del 24 marzo 2000, agli STR (stranieri paesi Ue/SEE/in Convenzione), ENI (europeo non iscrivibile) ed STP (stranieri temporaneamente presenti a carico del SSN):

a) ricovero in acuzie €. 14.375.467,00;

b) specialistica ambulatoriale €. 5.062.344,00;

3. Per il 2019 si assumono i valori di acuzie e di specialistica ambulatoriale che saranno definiti dalla Regione con riferimento a quelli negoziati per l'annualità 2018, eventualmente ridotti o incrementati del 70% della minore o maggiore produzione realizzata entro il 110% dei valori di riferimento, eventualmente riproporzionando ai limiti dei tetti di spesa



regionali per setting assistenziale laddove la sommatoria delle eccedenze superi quella delle economie.

4. a) Per le prestazioni di assistenza domiciliare a favore di residenti in regione è assegnato un valore di riferimento annuo pari ad €. ---- ,00.

b) Per le prestazioni di post acuzie a favore di residenti in regione è assegnato un valore di riferimento annuo pari ad €. 2.340.071,00.

5. Ai fini del recupero della mobilità passiva, per l'incremento, rispetto al precedente anno, della produzione di prestazioni definite sulla base degli indirizzi regionali nell'apposita sezione dell'allegato C), si assegna per il 2018 un tetto di spesa di € 2.645.697,00.

6. Per prestazioni rese a residenti in altre regioni nel 2018:

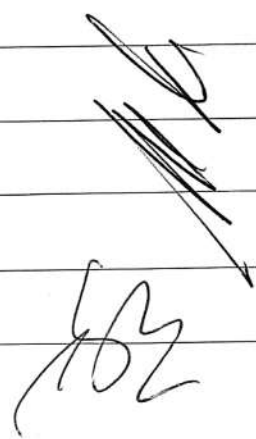
a) per la produzione/spesa di prestazioni di alta complessità – acuzie - è assegnato un valore di riferimento di €. 9.912.059,00;

b) per il ricovero di media e bassa complessità – acuzie - è assegnato un tetto di spesa/produzione di €. 1.433.553,00;

c) per il ricovero di media e bassa complessità – post acuzie - è assegnato un tetto di spesa/produzione di €. 1.514.952;

d) per la produzione/spesa di prestazioni di specialistica ambulatoriale è assegnato un valore di riferimento di €. 1.386.000,00.

7. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a . . . ----- . . . , nelle more del provvedimento regionale di riordino dei finanziamenti per le funzioni assistenziali, è previsto l'importo di € -----,00 - assegnato, nel caso di IRCCS, per il secondo semestre 2018 a completamento del programma sperimentale triennale 2015-2017 di ricerca applicata ex DGR 5 agosto 2015, n. 13-2022 - che rappresenta un limite massimo da verificare



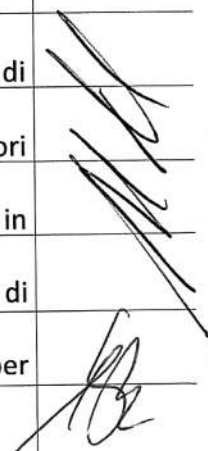
dall'ASL a consuntivo sulla base dei costi sostenuti, in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte.

8. Per la somministrazione dei farmaci (file F) è previsto il rimborso ai costi sostenuti dall'erogatore o, se inferiori, ai prezzi di riferimento delle gare regionali ridotti dalle eventuali quote dovute dalle aziende farmaceutiche in applicazione della così detta "rimborsabilità condizionata" di taluni farmaci.

9. L'Erogatore accetta i tetti di spesa per ASL di residenza, i valori di riferimento assegnati, i tetti di spesa per il recupero della mobilità passiva fuori regione, e quelli per le prestazioni diverse dall'alta complessità rese a residenti in altre regioni, il sistema tariffario vigente nella Regione Piemonte e quello di remunerazione delle prestazioni rese, comprese le regole di regressione economica nel caso in cui l'insieme delle prestazioni erogate dai privati contrattati superi i limiti per ASL di residenza dei pazienti.

10. L'erogatore prende atto ed accetta l'applicazione del sistema di valutazione della qualità che potrà comportare incrementi o riduzioni del 2,5% per premialità o penalizzazione secondo i criteri definiti dalla Regione. Il calcolo degli indicatori sarà effettuato utilizzando il Protocollo PNE contestualizzato a livello regionale.

11. I tetti di spesa complessivi e invalicabili delle AASSLL, i valori di riferimento assegnati all'erogatore e i tetti di spesa per i residenti fuori regione e per il recupero della mobilità passiva si mantengono anche in caso di variazione comunque intervenuta dei valori delle tariffe di riferimento, sia per modifica della fascia di accreditamento, sia per



revisione dei tariffari regionali, intendendosi in tal caso rideterminate le prestazioni oggetto del contratto nella misura necessaria a mantenere i valori fissati.

Articolo 4 – Remunerazione delle prestazioni erogate

1. I valori indicati all'articolo 3, commi 2, lett. a), b), e 4, non rappresentano un limite di produzione invalicabile per l'erogatore poiché, in coerenza alla programmazione sanitaria dell'ASL, potranno essere remunerate anche prestazioni erogate oltre il suddetti valori, purché nei limiti dei tetti di spesa complessivi e invalicabili assegnati alle AASSLL di residenza e del 110% dei valori di riferimento contrattati.

2. I valori delle produzioni entro il 110% potranno comunque subire delle riduzioni per effetto del superamento dei limiti delle AASSLL di residenza e della conseguente applicazione dei meccanismi di regressione economica, secondo le regole riportate nell'allegato D) al contratto.

3. La remunerazione a saldo della produzione per i residenti in regione avviene considerando separatamente ricovero per acuti, ricovero per post-acuti e specialistica ambulatoriale comprensiva dell'assistenza domiciliare con le seguenti regole:

a) la valorizzazione delle prestazioni avviene con la tariffa in vigore al momento dell'erogazione, intendendosi per le prestazioni di ricovero la data di dimissione e per quelle ricorrenti la data di completamento del ciclo terapeutico;

b) il valore della produzione a base delle regole di remunerazione contrattuale include gli abbattimenti in conseguenza degli ordinari controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-



valorizzazione;

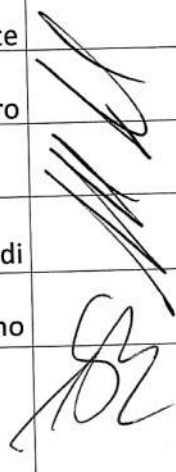
c) non saranno riconosciuti i valori economici delle prestazioni eccedenti il 110% dei valori annui di riferimento contrattati;

d) qualora i valori delle prestazioni realizzate da tutti gli erogatori per i residenti di ciascuna ASL, per ciascun setting assistenziale, risultino inferiori ai tetti di spesa assegnati alle AASSLL per i residenti, all'erogatore verrà corrisposta l'intera valorizzazione della produzione entro il limite massimo del 110% dei valori di riferimento contrattati;

e) qualora i valori delle prestazioni realizzate da tutti gli erogatori per i residenti di ciascuna ASL, per ciascun setting assistenziale, risultino superiori ai tetti di spesa assegnati alle AASSLL per i residenti, si ridurrà il valore riconosciuto a ciascun erogatore secondo il meccanismo di regressione economica, di cui all'allegato D) al contratto, in modo che le valorizzazioni complessive rientrino nei limiti dei suddetti tetti di spesa invalicabile delle AASSLL;

f) i valori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza domiciliare sono compensabili e l'eventuale eccedenza di produzione oltre il 110% del valore di riferimento di prestazioni ambulatoriali (comprensivo dell'assistenza domiciliare) può essere compensata, e quindi economicamente riconosciuta, a fronte di una corrispondente e correlata economia entro il 110% del valore fissato per il ricovero (compensazione a livello di Erogatore);

g) non si procede alla regressione nei casi in cui gli esuberi dei tetti di spesa delle AASSLL per la specialistica ambulatoriale siano



compensati da un corrispondente e correlato avanzo del ricovero

(compensazione a livello di ASL);

h) saranno esclusi dalla regressione economica i valori delle prestazioni

cosiddette "protette", riportate nell'allegato C) al contratto;

i) in ogni caso, per ciascun setting assistenziale, l'eventuale

applicazione dei meccanismi di regressione non potrà determinare

una remunerazione inferiore al valore della produzione resa entro il

95% dei valori di riferimento contrattati;

j) gli incrementi di produzione, in termini di valore rispetto al

precedente anno, di prestazioni contrattate per il recupero di

mobilità passiva (art. 3, comma 5, e allegato c) al contratto) saranno

separatamente remunerati, entro il limite dello specifico tetto di

spesa assegnato.

4. La produzione realizzata per residenti in altre regioni sarà remunerata

come segue:

a) la produzione di ricovero di alta complessità e di specialistica

ambulatoriale sarà riconosciuta per intero, anche oltre gli specifici

valori di riferimento (art. 3, comma 6, lett. a) e c));

b) la produzione di ricovero di bassa e media complessità verrà

riconosciuta entro tetto di spesa fissato all'art. 3, comma 6, lett. b),

mentre l'eccedenza sarà eventualmente riconosciuta al termine delle

procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con

riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione

Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre

regioni.



5. Le prestazioni inviate al CSI oltre il termine ordinariamente fissato per la chiusura della gestione in competenza saranno considerate unicamente ai fini dell'obbligo informativo, ma non a fini remunerativi.

Articolo 5 - Modalità di pagamento.

1. Il corrispettivo preventivato viene liquidato a titolo di acconto in quote mensili posticipate pari al 90% di 1/12 dei valori di riferimento/tetti di spesa o del realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente. Gli acconti per i farmaci sono pari al 90% del somministrato.

2. I pagamenti a titolo di acconto devono avere luogo entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura corredata da un elenco delle prestazioni erogate nel mese di riferimento, redatto nella forma definita dall'ASL.

3. E' fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dell'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.

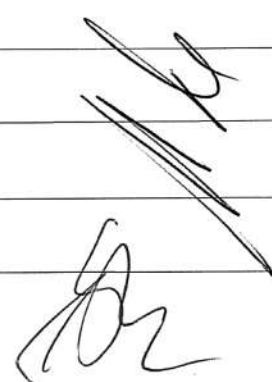
4. Entro il primo trimestre dell'anno successivo l'ASL verifica le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie concordate per destinazioni di residenza e per recupero di mobilità passiva fuori regione, e comunica alla Regione le informazioni necessarie ai fini della regressione economica che si definirà nei successivi trenta giorni. In caso

di mancata contestazione, si procede alla liquidazione del saldo provvisorio della produzione erogata, ex articolo 4 del D. Lgs. n. 231/2002 e s.m.i., entro 60 giorni dal ricevimento della fattura. In caso di contestazione, l'ASL sospenderà la liquidazione delle partite contestate fino alla relativa definizione.

5. Il pagamento di prestazioni fatturate non esclude future contestazioni da parte dell'ASL per importi non dovuti in relazione a prestazioni che, a seguito di ulteriori controlli, risultassero rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa, nei limiti della prescrizione.

6. Gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ASL, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno, all'occorrenza, essere compensate con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi.

7. Gli importi indicati nella reportistica prodotta dal Sistema Informativo Regionale rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dall'Erogatore e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente secondo i protocolli approvati, hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono titolo per il riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.



Articolo 6 – Erogazione di prestazioni.

1. Per una più razionale ed efficiente gestione degli accessi ai servizi, nei termini e secondo le modalità stabilite dall'ASL e/o dalla Regione, la struttura erogatrice assicura:

a) la condivisione con l'ASL delle agende di prenotazione e il monitoraggio delle prestazioni al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale;

b) l'adesione al progetto Fascicolo Sanitario Elettronico, attraverso la condivisione dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito, e la corretta gestione del consenso informato;

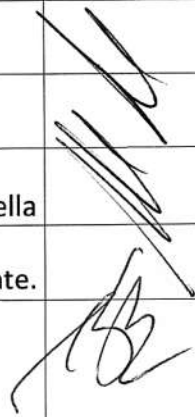
2. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in un'apposita sezione nel proprio sito denominata «Liste di attesa», i tempi medi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.

3. Fermo restando il limite giornaliero di capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito entro i limiti quantitativi dei letti accreditati delle aree funzionali omogenee. I posti letto contrattati sono intesi come medi annui e il limite di occupazione giornaliero pari a quello degli accreditati.

4. La capacità produttiva non contrattata o non utilizzata dal SSN è fruibile per l'attività in regime privatistico.

Articolo 7 – Verifiche e controlli.

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza in relazione alle prestazioni contrattate.




L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si impegna ad agevolare l'attività di vigilanza dell'apposita Commissione ASL, nonché le ulteriori attività esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 15 giorni, il legale rappresentante della Struttura, o suo delegato, può presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

Articolo 8 - Sospensione e risoluzione del contratto.

1. La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto.
2. Ove una parte accerti l'inadempimento concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto sarà legittimata ad emettere diffida ad adempiere ex articolo 1454 cod. civ. E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex articolo 1218 cod. civ. della parte inadempiente.
3. In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purché formalmente contestati, il



contratto è risolto con comunicazione recettizia formulata dalla parte che ha contestato.

4. In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali del contratto, purché contestati formalmente, il contratto può essere sospeso da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato.

5. In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente contratto, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente contratto per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.

6. In tutte le ipotesi di sospensione di cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti dell'ASL e della Regione.

7. Il contratto si intenderà altresì risolto qualora intervenga condanna definitiva per reati contro la pubblica amministrazione a carico del legale rappresentante per fatti ad esso direttamente imputabili.

Articolo 9 – Clausola di manleva.

1. La Struttura assume ogni responsabilità, anche in attuazione della legge n. 24/2017, per qualsiasi danno causato da propria omissione, negligenza o altra inadempienza nell'esecuzione delle prestazioni contrattate e si obbliga ad esonerare il SSN da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questo, avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del contratto.

Articolo 10 – Clausola di salvaguardia.

1. Con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente, il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e delle tariffe di riferimento, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi, in quanto determinanti il contenuto del contratto. In considerazione dell'accettazione, con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore rinuncia ad eventuali azioni o impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti.

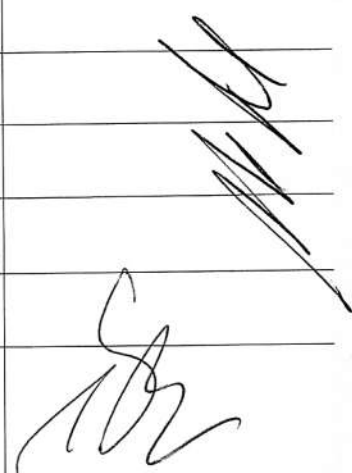
Articolo 11 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo.

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2018 sino al 31 dicembre 2019. Non è tacitamente prorogabile. Rientrano nel contratto anche le prestazioni rese nel corso del 2018 antecedentemente alla sottoscrizione.

2. Fatto salvo l'articolo 3, comma 3, per il 2019 si prevede la stipula di una integrazione al contratto che recepisca i valori di riferimento quantificati dalla Regione per il 2019 nonché i tetti di spesa e le prestazioni contrattate per il recupero della mobilità passiva.

3. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative, di carattere nazionale, senza che maggiori oneri derivino per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all'ASL.

4. Per gli aspetti non disciplinati dal contratto si rinvia al codice civile ed alla normativa di settore.



Articolo 12 – Bollo e registrazione.

1. Le spese di bollo sono in parti uguali. Ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del DPR 26 aprile 1986 n. 131 il contratto è soggetto a registrazione in caso di uso.

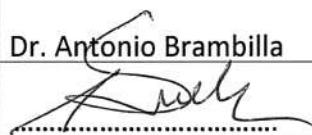
Articolo 13 - Foro competente.

1. Le controversie derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto saranno devolute all'Autorità Giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Li, 09/08/2018

Per l'ASL

Dr. Antonio Brambilla



Per la Struttura

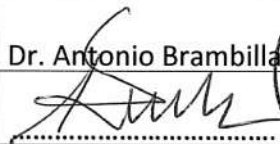
Dr. Massimo Antonino De Salvo



Ai sensi e per gli effetti dell'articoli 1341 e 1342 del cod. civ. si approvano espressamente le clausole convenute negli articoli 2 (Obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi), 3 (Limiti finanziari), 4 (Remunerazione delle prestazioni erogate), 5 (Modalità di pagamento), 9 (Clausola di manleva), 10 (Clausola di salvaguardia).

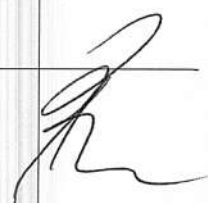
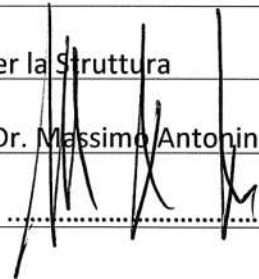
Per l'ASL

Dr. Antonio Brambilla



Per la Struttura

Dr. Massimo Antonino De Salvo



Allegato A) STATO DI ACCREDITAMENTO

AZIENDA POLICLINICO DI MONZA S.P.A

COD. AZ. 626

SEDE ALESSANDRIA - VIA VITTORIO MOCCAGATTA 30

RICOVERO

STRUTTURA POLICLINICO DI MONZA

SEDE OPERATIVA:

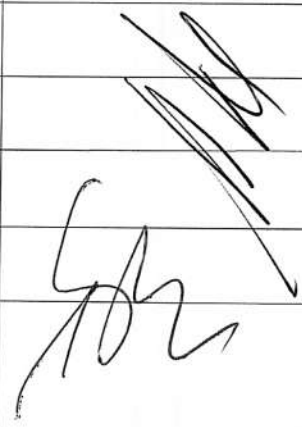
CLINICA CITTA DI ALESSANDRIA: ALESSANDRIA – VIA VITTORIO
MOCCAGATTA 30

CLINICA SALUS: ALESSANDRIA – VIA TROTTI 21

COD. HSP11 010666

ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE: D.G.R. N. 77-14704 DEL 31.01.2005 E N. 67-
2974 DEL 28.11.2011(ISTITUTO SALUS) / D.G.R. N. 43-9754 DEL 26.06.2003 -
N. 16-7075 DEL 15.10.2007 E N. 14-7030 DEL 20.01.2014 (CLINICA CITTA' DI
ALESSANDRIA) / D.G.R. N. 33-3656 DEL 18.07.2016 – DD 95 DEL 20.02.2017

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO D.G.R. N. 77-14704 DEL 31.01.2005 E N. 67-
2974 DEL 28.11.2011(ISTITUTO SALUS) / D.G.R. N. 43-9754 DEL 26.06.2003 -
N. 16-7075 DEL 15.10.2007 E N. 14-7030 DEL 20.01.2014 (CLINICA CITTA' DI
ALESSANDRIA) / D.G.R. N. 33-3656 DEL 18.07.2016 – DD 95 DEL 20.02.2017



			P.L.
DISCIPLINE	P.L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	CONTRATTATI
			2018-2019
CARDIOLOGIA CITTA' AL**	10	10	10**
MEDICINA GENERALE CITTA' AL**	30	30	11**
NEUROLOGIA SALUS	15	15	15
CARDIOCHIRURGIA CITTA' AL	15	15	10
CHIRURGIA GENERALE CITTA' AL	10	10	7**
**			
CHIRURGIA GENERALE SALUS **	15	15	6**
OCULISTICA CITTA' AL	10	10	0
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CITTA' AL	9	9	9
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA SALUS	10	10	10
UROLOGIA CITTA' AL	10	10	8
DAY SURGERY TIPO A CITTA' AL **	4	4	2**
DAY SURGERY TIPO A SALUS **	6	6	2*
RRF 1 LIVELLO SALUS (NON ACCREDITATA)	10	0	0
RRF 1 LIVELLO SALUS	20	20	18
RRF 2 LIVELLO CITTA' AL	20	20	20
RRF 2 LIVELLO SALUS	20	20	20

VARIAZIONI RICHIESTE / PROPOSTE DI VARIAZIONE

** Le modifiche dei posti letto contrattati proposte non generano aumento

della quota dei posti letto contrattati ma sono ipotizzate per meglio

rispondere ai bisogni di appropriatezza dei percorsi assistenziali e di un più

equilibrato rapporto tra i due presidi operanti all'interno del Policlinico di

Monza - Alessandria

AMBULATORIO

STRUTTURA 1 POLIAMBULATORIO POLICLINICO DI MONZA

SEDE OPERATIVA 1 CLINICA CITTA DI ALESSANDRIA: ALESSANDRIA - VIA

VITTORIO MOCCAGATTA 30

CLINICA SALUS: ALESSANDRIA - VIA TROTTI 21

COD. STP 600123

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO: D.G.R. N. 33-3656 DEL 18.07.2016 - DD 95

DEL 20.02.2017 - D.G.R. 71-14787 del 14.2.2005 - DD 749 del 24.11.2016 -

DD 523 DEL 19.12.2017

CAVS

SEDE/I OPERATIVA/E CLINICA SALUS: ALESSANDRIA - VIA TROTTI 21

COD STS 600123

DATA DI ACCREDITAMENTO / AUTORIZZAZIONE : dd 95 del 20.02.2017

P.L. CONTRATTATI 2018-2019: 20 CAVS ORDINARIO

Allegato C) PRESTAZIONI CONTRATTATE

Assunto a riferimento il case mix del precedente anno, l'ASL richiede le seguenti prestazioni che, se realizzate, saranno escluse dall'eventuale regressione economica.

PRESTAZIONI PROTETTE *

Cod./DGR	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	ASL	N.	VAL TARIFFA	VAL PROTETTO
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o	AL	260	2.299.260	275.587
545	Revisione di sostituzione dell'anca o del	AL	8	78.064	11.152
TOTALE ACUZIE					286.739,00
89.7	VISITA ORTOPIEDIA	AL	2.896	53.908	26.954
89.7	VISITA UROLOGIA	AL	345	7.141	3.571
89.7	VISITA RRF	AL	1.810	31.856	22.299
89.7	VISITA CARDIOLOGIA	AL	2.560	52.992	37.094
89.13	VISITA NEUROLOGIA	AL	166	3.436	2.405
95.02	ESAME COMPLESSIVO OCCHIO	AL	587	12.151	12.151
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	AL	97	3.385	2.370
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	AL	6	138	97
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA CAPO E COLLO	AL	793	22.521	11.261
88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA	AL	3.373	242.181	169.527
88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI	AL	1.242	54.524	27.262
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA ARTI	AL	1.388	60.933	30.467
88.74.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE	AL	287	12.599	6.300
88.75.1	ECO ADDOME INFERIORE	AL	176	5.632	2.816
88.76.1	ECO ADDOME COMPLETO	AL	2.045	123.518	61.579
88.73.1	ECO MAMMELLA (bilaterale)	AL	235	8.437	5.906

88.73.2	ECO MAMMELLA (monolaterale)	AL	8	170	119
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	AL	4.347	50.425	25.213
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	AL	1.827	113.274	56.637
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON	AL	2	112	56
89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON	AL	768	42.854	21.427
95.09.1	ESAME FUNDUS OCULI	AL	76	593	415
93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE EMG	AL	17	170	170
93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA UNITA' MOTORIA	AL	94	968	968
93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE	AL	42	433	433
93.08.A	STUDIO ELETTROMIOGRAFICO ARTO SUPERIORE	AL	265	29.150	29.150
93.08.B	STUDIO ELETTROMIOGRAFICO ARTO INFERIORE	AL	129	10.965	10.965
93.09.1	VELOCITA' CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA	AL	529	5.432	5.432
93.09.2	VELOCITA' CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA	AL	517	5.310	5.310
TOTALE AMBULATORIO					578.531,00

** Importi complessivi massimi entro il 30% dei valori contrattati per ciascun setting assistenziale. Per importi eccedenti il limite saranno considerate non protette le prestazioni indicate per ultime)*

- NB. I valori relativi al numero prestazioni e tariffa indicati nella tabella si riferiscono alla produzione anno 2017 nei confronti dei residenti delle ASL per cui si richiede la produzione protetta

PRESTAZIONI CONTRATTATE PER RECUPERO DELLA MOBILITÀ PASSIVA *

Cod./DGR	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	PROD 2017	PROD 2018 *	VAL. INCREMENTO *
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri	5.170	6.259	1.089
012	Malattie degenerative del sistema nervoso	92.007	405.363	313.356
014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	3.891	26.432	22.541
016	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con	4.553	6.650	2.097
035	Altre malattie del sistema nervoso senza	22.640	87.486	64.846
039	Interventi sul cristallino con o senza	994	26.526	25.532
078	Embolia polmonare	12.027	15.708	3.681
089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17	3.558	8.889	5.331
090	Polmonite semplice e pleurite, età > 17	9.164	11.461	2.297
096	Bronchite e asma, età > 17 anni con CC	5.074	6.216	1.142
104	Interventi sulle valvole cardiache e altri	1.332.450	1.509.590	177.140
105	Interventi sulle valvole cardiache e altri	273.081	319.072	45.991
108	Altri interventi cardiotoracici	16.419	30.533	14.114
110	Interventi maggiori sul sistema	42.624	46.176	3.552
111	Interventi maggiori sul sistema	73.500	86.814	13.314
113	Amputazione per disturbi circolatori eccetto	22.062	40.263	18.201
117	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto	68.679	72.427	3.748
118	Sostituzione di pacemaker cardiaco	67.560	70.758	3.198
119	Legatura e stripping di vene	13.866	16.334	2.468
122	Malattie cardiovascolari con infarto	3.377	8.614	5.237
124	Malattie cardiovascolari eccetto infarto	44.398	55.340	10.942
125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto	263.438	275.203	11.765
127	Insufficienza cardiaca e shock	261.140	315.291	54.150

130	Malattie vascolari periferiche con CC	22.494	23.487	992
132	Aterosclerosi con CC	65.641	72.188	6.546
136	Malattie cardiache congenite e valvolari,	114.707	115.535	828
138	Aritmia e alterazioni della conduzione	4.750	6.175	1.425
143	Dolore toracico	3.083	3.970	887
144	Altre diagnosi relative all'apparato	7.820	12.529	4.709
145	Altre diagnosi relative all'apparato	4.435	5.422	988
149	Interventi maggiori su intestino crasso e	42.535	85.354	42.818
151	Lisi di aderenze peritoneali senza CC	48.158	54.768	6.610
155	Interventi su esofago, stomaco e duodeno,	6.566	13.529	6.963
158	Interventi su ano e stoma senza CC	24.331	26.779	2.448
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e	30.463	33.729	3.266
162	Interventi per ernia inguinale e femorale,	17.024	20.449	3.425
172	Neoplasie maligne dell'apparato digerente	9.100	14.799	5.699
180	Occlusione gastrointestinale con CC	2.841	3.723	882
182	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di	4.930	6.831	1.901
197	Colecistectomia eccetto laparoscopica	8.596	9.976	1.380
202	Cirrosi e epatite alcolica	4.013	7.875	3.862
203	Neoplasie maligne dell'apparato	8.170	17.430	9.260
205	Malattie del fegato eccetto neoplasie	3.760	5.491	1.731
207	Malattie delle vie biliari con CC	3.733	5.545	1.812
218	Interventi su arto inferiore e omero eccetto	6.686	13.559	6.873
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto	16.989	34.675	17.686
220	Interventi su arto inferiore e omero eccetto	1.298	4.890	3.592
223	Interventi maggiori su spalla e gomito o	136.008	140.631	4.623

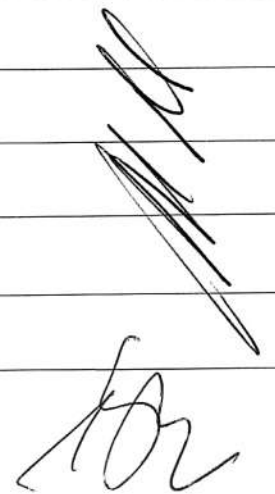
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio	6.360	25.712	19.352
225	Interventi sul piede	3.368	5.305	1.937
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	110.982	122.044	11.062
232	Artroscopia	61.841	63.649	1.808
236	Fratture dell'anca e della pelvi	62.577	67.351	4.774
247	Segni e sintomi relativi al sistema	1.745	2.530	785
249	Assistenza riabilitativa per malattie del	11.111	16.699	5.588
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-	437.677	528.892	91.215
260	Mastectomia subtotale per neoplasie	2.354	5.078	2.724
261	Interventi sulla mammella non per	1.960	6.595	4.635
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto	10.176	17.230	7.054
267	Interventi perianali e pilonidali	5.075	5.695	620
270	Altri interventi su pelle, tessuto	6.636	7.274	638
303	Interventi su rene e uretere per neoplasia	22.158	64.234	42.076
304	Interventi su rene e uretere, non per	7.137	13.710	6.573
305	Interventi su rene e uretere, non per	14.859	30.678	15.819
309	Interventi minori sulla vescica senza CC	10.191	12.265	2.074
310	Interventi per via transuretrale con CC	6.580	14.443	7.863
311	Interventi per via transuretrale senza CC	75.649	109.990	34.342
313	Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza	22.947	23.865	918
319	Neoplasie del rene e delle vie urinarie	2.158	2.997	839
321	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età >	7.532	10.938	3.406
331	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie,	6.758	8.427	1.669
335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile	142.729	184.543	41.815
337	Prostatectomia transuretrale senza CC	25.990	42.527	16.538

338	Interventi sul testicolo per neoplasia	2.669	3.529	860
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie	8.089	12.381	4.292
341	Interventi sul pene	3.744	5.880	2.136
397	Disturbi della coagulazione	2.748	4.042	1.294
398	Disturbi sistema reticoloendoteliale e	3.589	5.546	1.957
403	Linfoma e leucemia non acuta con CC	7.185	16.911	9.726
425	Reazione acuta di adattamento e	6.838	7.589	751
430	Psicosi	255.282	257.322	2.039
432	Altre diagnosi relative a disturbi mentali	1.409	2.466	1.057
443	Altri interventi chirurgici per traumatismo	6.984	8.478	1.494
462	Riabilitazione	182.999	197.537	14.537
479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare	501.478	505.785	4.307
491	Interventi su articolazioni maggiori e	137.040	150.580	13.540
493	Colecistectomia laparoscopica senza	16.191	22.085	5.894
494	Colecistectomia laparoscopica senza	201.296	216.115	14.819
498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale	61.880	82.699	20.819
500	Interventi su dorso e collo eccetto per	25.704	34.009	8.305
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi	134.402	157.371	22.969
515	Impianto di defibrillatore cardiaco senza	589.999	626.020	36.021
518	Interventi sul sistema cardiovascolare per	444.916	468.857	23.941
520	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	7.916	11.193	3.277
524	Ischemia cerebrale transitoria	17.801	23.982	6.181
535	Impianto di defibrillatore cardiaco con	48.196	55.678	7.482
536	Impianto di defibrillatore cardiaco con	281.242	287.732	6.490
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di	8.683	12.155	3.472

544	Sostituzione di articolazioni maggiori o	2.299.260	2.658.751	359.491
545	Revisione di sostituzione dell'anca o del	78.064	111.020	32.956
548	Bypass coronarico con cateterismo	592.838	617.062	24.224
550	Bypass coronarico senza cateterismo	123.262	135.037	11.776
551	Impianto di pacemaker cardiaco	260.171	270.418	10.247
552	Altro impianto di pacemaker cardiaco	471.508	481.384	9.876
554	Altri interventi vascolari con CC senza	12.859	15.842	2.983
555	Interventi sul sistema cardiovascolare per	49.857	64.690	14.833
557	Interventi sul sistema cardiovascolare per	304.834	339.178	34.344
558	Interventi sul sistema cardiovascolare per	1.070.654	1.106.540	35.886
568	Interventi su esofago, stomaco e duodeno,	12.418	27.711	15.293
573	Interventi maggiori sulla vescica	41.689	55.246	13.556
576	Setticemia senza ventilazione meccanica	10.986	26.373	15.387
577	Inserzione di stent carotideo	214.415	215.284	869
TOTALE RICOVERO *				2.072.446,00
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE	56.880	91.819	34.940
89.7	VISITA CARDIOLOGIA	52.992	86.380	33.388
89.7	VISITA CHIRURGIA GENERALE	18.547	30.233	11.686
89.7	VISITA ORTOPEDIA	53.908	70.654	16.745
89.7	VISITA UROLOGIA	7.141	11.641	4.500
89.7	VISITA MED FISICA E RIABILIT	31.856	56.442	24.586
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	23.888	27.206	3.318
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT,	20.743	23.649	2.906
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	50.425	62.540	12.115
57.32	CISTOSCOPIA (TRANSURETRALE)	3.631	12.302	8.671

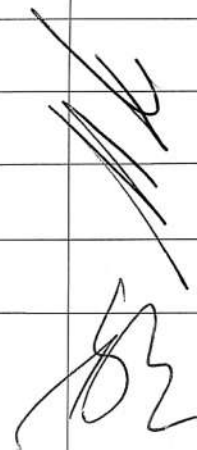
87.44.1	RX TORACE ROUTINE, NAS	13.733	15.111	1.378
88.95.2	RM ADDOME SUPERIORE, SENZA E	4.678	5.890	1.213
90.44.5	VITAMINA D	15.795	17.587	1.792
88.27	RX FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA	23.108	24.370	1.262
90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	12.202	12.953	751
88.91.4	RM MASSICCIO FACCIALE, SENZA E	3.368	3.878	510
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	6.286	7.234	948
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	6.940	7.786	846
89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO	42.854	47.999	5.145
90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO	5.351	6.241	890
38.59.A	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	187.000	247.358	60.358
64.02	Circoncisione terapeutica	15.950	26.411	10.461
80.00.1	ALTRI INTERVENTI SUL GINOCCHIO	437.100	456.326	19.226
82.00.1	ALTRI INTERVENTI SU MANO POLSO	124.000	162.442	38.442
83.01.1	Altri interventi sui tessuti molli	32.200	41.272	9.072
04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE	85.560	145.310	59.750
13.19.1	INTERVENTO DI CATARATTA CON O	648.000	712.738	64.738
95.02	ESAME COMPLESSIVO OCCHIO	12.151	42.469	30.318
89.13	VISITA NEUROLOGICA	3.436	17.283	13.847
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	3.385	3.918	533
87.03	TC CAPO	13.332	14.781	1.449
87.03.1	TC CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	3.853	4.765	912
87.41.1	TC TORACE, SENZA E CON	21.593	24.282	2.689
88.01.6	TC ADDOME COMPLETO, SENZA E	34.128	37.577	3.449
88.38.1	TC RACHIDE E SPECO VERTEBRALE	6.294	6.851	558

88.91.1	RM CERVELLO E TRONCO	22.158	23.124	967
88.91.2	RM CERVELLO E TRONCO	25.493	28.369	2.877
88.95.5	RM ADDOME INFERIORE E SCAVO	3.181	3.850	669
88.93	RM COLONNA	90.092	91.687	1.595
88.93.1	RM COLONNA, SENZA E CON	5.258	5.898	640
88.94.1	RM MUSCOLOSCELETRICA	89.044	91.751	2.707
88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE	42.450	44.756	2.306
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA CAPO E	22.521	23.323	801
88.74.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE	12.599	13.667	1.068
88.76.1	ECO ADDOME COMPLETO	123.518	126.855	3.337
88.73.1	ECO MAMMELLA (bilaterale)	8.437	9.653	1.216
88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA	242.181	249.902	7.720
88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI	54.524	55.620	1.097
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA ARTI	60.933	62.462	1.529
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	113.274	124.697	11.423
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO	112	922	811
95.09.1	ESAME FUNDUS OCULI	593	1.461	868
93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE (EMG)	170	8.725	8.555
93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA UNITA' MOTORIA	968	4.260	3.291
93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE	433	3.252	2.819
93.08.A	STUDIO ELETTROMIOGRAFICO ARTO	29.150	38.250	9.100
93.08.B	STUDIO ELETTROMIOGRAFICO ARTO	10.965	15.865	4.900
93.09.1	VELOCITA' CONDUZIONE NERVOSA	5.432	15.370	9.938
93.09.2	VELOCITA' CONDUZIONE NERVOSA	5.310	14.935	9.626
TOTALE AMBULATORIO *				573.251,00



--	--	--	--	--	--

* con possibilità di compensazione



REGOLE DI VALORIZZAZIONE DELLA PRODUZIONE**RESA A RESIDENTI NELLA REGIONE AI FINI DELLA REMUNERAZIONE**

1. La regressione economica si applica quando la sommatoria dei valori delle prestazioni erogate dall'insieme degli erogatori privati supera i tetti di spesa invalicabili assegnati alle AASSLL per l'acquisto di prestazioni da privati contrattati a favore di propri residenti.
2. Ai fini della eventuale regressione si considerano separatamente le prestazioni rese per ricovero in regime di acuzie, ricovero in post acuzie e specialistica ambulatoriale.
3. I valori di produzione a base dei calcoli della regressione si assumono al netto degli abbattimenti conseguenti agli ordinari controlli effettuati sulla produzione; abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione.
4. Vengono dapprima rimodulati i tetti di spesa di ricovero ed ambulatorio delle AASSLL in conseguenza di eventuali incrementi dei valori di riferimento dell'ambulatorio compensati da riduzioni di ricovero attuati dalle AASSLL in sede di sottoscrizione dei contratti. Gli adeguamenti sono effettuati nel rispetto dei volumi complessivi di ciascuna ASL di residenza (aggregato dei setting assistenziali) utilizzando i valori e le informazioni trasmesse dalle AASSLL di competenza territoriale.
5. Vengono individuate le prestazioni contrattate per il recupero della mobilità passiva e quindi valorizzati - entro il valore complessivo specificamente contrattato (compensando di ricovero e ambulatorio) - gli incrementi di valore sul precedente anno, compensando ricovero ed



ambulatorio. Le prestazioni valorizzate vengono escluse dai successivi calcoli e il corrispondente valore sarà infine aggiunto a quello risultante post regressione.

6. Le restanti prestazioni sono categorizzate singolarmente, ai fini dell'eventuale regressione, con le necessarie specifiche, secondo le macrocategorie previste dall'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017, dall'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057 e dall'allegato C) al contratto.

7. Si effettuano le compensazioni a livello di singolo erogatore tra le eccedenze dei valori di produzione dell'ambulatorio (compresa l'assistenza domiciliare) e l'eventuale residuo del tetto di ricovero (acuzie e postacuzie), riconoscendo eventuali eccedenze oltre il 110% del valore di ambulatorio se compensate da corrispondente economia entro il 110% del ricovero.

8. Vengono scartate le prestazioni, da ultimo erogate in ordine temporale, per importi pari alle eventuali eccedenze non compensate, escludendo (dallo scarto) quelle di alta specialità e quelle protette di cui all'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017, all'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, e all'allegato C) al contratto.

9. Vengono di conseguenza rimodulati i tetti di spesa delle AASSLL di residenza interessate dalle compensazioni, tenendo altresì conto dell'assistenza domiciliare.

10. I valori della produzione degli erogatori non interessati alla compensazione vengono eventualmente ricondotti al 110% dei valori di riferimento.

11. Sono scartate le prestazioni da ultimo erogate in ordine temporale per importi pari alle eccedenze, escludendo (dallo scarto) quelle di alta specialità e quelle protette di cui all'allegato C).

12. Le sommatorie delle produzioni di tutti gli erogatori per ciascuna ASL di residenza e setting assistenziale sono confrontate con i tetti di spesa invalicabili per ASL di residenza e setting assistenziale (rimodulati a seguito delle compensazioni) al fine di individuare l'entità degli eventuali importi di regressione.

13. Si effettuano le possibili compensazioni a livello di ASL di residenza, nei casi in cui l'esubero del tetto di spesa di ASL per la specialistica ambulatoriale (compresa l'assistenza domiciliare) sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo del ricovero in acuzie e/o post acuzie.

14. Vengono di conseguenza rimodulati i tetti di spesa delle AASSLL di residenza interessate e quindi, per differenza, definiti gli importi di regressione complessiva di ciascuna ASL per setting assistenziale.

15. Secondo necessità, alle produzioni interessate sono consequenzialmente applicati i seguenti criteri di regressione, sino al raggiungimento degli importi (calcolati al precedente punto) necessari a ricondurre i valori delle produzioni remunerabili entro i limiti dei tetti dell'ASL di residenza, escludendo, di volta in volta, dalle produzioni interessate i valori delle prestazioni protette individuate dall'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017, all'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, o dall'ASL nell'allegato C) al contratto.

RICOVERO IN ACUZIE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA



I	LEA	20%
II	BASSA SPECIALITA'	10%
III	MEDIA SPECIALITA'	10%
IV	TUTTE LE PRESTAZIONE NON PROTETTE	proporzionale
RICOVERO IN POST ACUZIE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	BASSA SPECIALITA'	10%
II	MEDIA SPECIALITA'	10%
III	TUTTE LE PRESTAZIONI NON PROTETTE	proporzionale
SPECIALISTICA AMBULATORIALE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	DGR N. 44-3399/2016 E DM APPROPRIATEZZA	15%
II	TUTTE LE PRESTAZIONI NON PROTETTE	proporzionale

16. L'applicazione dei meccanismi di regressione economica di cui ai punti precedenti non potrà in ogni caso determinare remunerazioni inferiori al 95% dei valori di riferimento assegnati all'erogatore. Tale livello di garanzia, in assenza di disponibilità residue del tetto complessivo per residenti del SSR (aggregato dei tetti di ASL per residenti ridotto dalla produzione complessiva post regressione economica), sarà assicurato riducendo proporzionalmente, per ciascuna ASL di residenza, le eccedenze di produzione - post regressione economica - quantificate rispetto alla valore di riferimento negoziato.

17. Secondo il seguente ordine consequenziale si provvede al riutilizzo delle eventuali disponibilità residue del tetto complessivo per residenti del SSR

RIUTILIZZO DEI RESIDUI

ORDINE	FINALITA'
I	Assicurare il livello di garanzia di regressione massima del 95%
II	Remunerare le prestazioni di alta complessità abbattute
III	Ridurre proporzionalmente il livello di regressione ambulatoriale

18. Gli importi valorizzati al 3. per recupero della mobilità passiva sono aggiunti a quelli risultanti dalla regressione per definire l'importo della remunerazione complessiva.



CONTRATTO EX ART. 8 QUINQUIES D. LGS. N. 502/1992

PER CAVS E POST ACUZIE NEUROPSICHIATRICA BIENNIO 2018-2019

Tra

l'ASL AL, con sede legale in Alessandria, Via Venezia 6, (C.F. 02190140067),
rappresentata dal Direttore Generale pro tempore Antonio BRAMBILLA,
successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società/Ente POLICLINICO di MONZA S.p.A, con sede legale in Novara – Via
Passalacqua, 10, (C.F. 11514130159), titolare della Casa di cura POLICLINICO
DI MONZA – CLINICA SALUS. con sede/i operativa/e in Alessandria via Trotti
21, accreditata/e per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto,
successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata dal
Dott. Massimo Antonino De Salvo nella qualità di Legale Rappresentante,
con titolo di legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

1. gli articoli 8-bis, quater e quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 disciplinano la partecipazione al SSN dei Soggetti Erogatori Privati;
2. con DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504 sono state definite le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati e contrattati per il triennio 2017-2019, i tetti di spesa regionali e di ASL per il 2017 ed è stato approvato lo schema di contratto a valere per le strutture private e di accordo contrattuale a valere per i presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78 ed i progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis D. Lgs. 502/92 e s.m.i.;
3. con DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, sono stati aggiornati per il 2018-

The image shows two handwritten signatures in black ink. The top signature is a stylized, cursive signature that appears to be 'M. De Salvo'. The bottom signature is another stylized signature, possibly 'A. Brambilla'. Both signatures are written over the text of the document.

2019 i suddetti tetti di spesa le regole e lo schema di contratto/accordo

contrattuale;

4. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. 534 del 02/08/2018

è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto;

5. il legale rappresentante della Struttura dichiara di non essere stato

condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano

l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non

sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa

vigente;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto/accordo.

2. La Struttura accreditata si impegna a somministrare, per conto e con

oneri a carico del SSN, prestazioni sanitarie conformi a volumi e

tipologie, per destinazione di residenza degli assistiti (Regione, Fuori

regione), precisati nel successivo art 3, comma 1 e nell'allegato B) parte

integrante del contratto; l'allegato B assume carattere programmatico

senza vincoli economici all'interno del medesimo setting assistenziale.

3. Le prestazioni devono avere luogo nell'intera annualità con distribuzione

coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda.

4. Nulla spetterà all'erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento,

per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di

accreditamento nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui al

successivo art. 7, ferma restando la tutela giurisdizionale.

5. Qualora per giustificato motivo la Struttura non possa espletare le

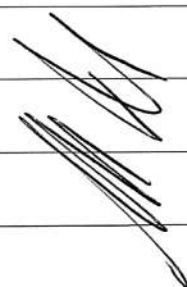
prestazioni oggetto del contratto dovrà dare tempestiva comunicazione all'ASL, la quale informerà le Aziende dell'Area Interaziendale di Coordinamento e la Regione. Similmente si dovrà comunicare la ripresa dell'esecuzione.

Articolo 2 - Obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi.

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, la struttura accreditata garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. La struttura è tenuta, tra l'altro, a mantenere ed adeguare i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali di accreditamento, in ragione del tasso effettivo di occupazione, ed erogare le prestazioni secondo standard e protocolli di accessibilità, appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.

2. La struttura erogherà le prestazioni contratte attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991. Al personale dipendente saranno applicati i contratti di lavoro nazionali in conformità alla normativa vigente.

3. Ai sensi dell'articolo 1, comma 42, della legge n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti di ASL e Regione che nei tre anni antecedenti abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali.



4. In ottemperanza al regolamento approvato con decreto 2 aprile 2015, n. 70, l'Erogatore trasmette annualmente alla Regione il proprio bilancio (o conto economico nel caso di Enti o di strutture facenti parte di gruppi societari) redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici.

5. La cessione del contratto a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL e della Regione, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o cambiamento di ragione sociale, subordinatamente all'adozione degli atti di competenza regionale ed aziendale.

Articolo 3 - Limiti finanziari.

1. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR per le prestazioni oggetto del contratto, sono riassunti i seguenti tetti di spesa annui massimi:

	REGIONE	FUORI REGIONE
RICOVERO	0	0
CAVS	770.000	0
AMBULATORIO	0	0
TOTALE	770.000	0

2. Le prestazioni erogate dal 1.1.2018 nel periodo antecedente la sottoscrizione del contratto sono comprese nei suddetti limiti annuali.

Fino all'emanazione delle disposizioni attuative regionali, gli importi fissati per l'attività domiciliare e di CAVS sono compensabili con il budget complessivo assegnato per i ricoveri psichiatrici e/o per le attività ambulatoriali.

3. Al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario

programmato, nell'ambito dei tetti massimi non è ammesso superare i limiti assegnati per ciascun setting assistenziale e per destinazione di residenza (Regione e Fuori regione). Eventuali eccedenze di valorizzazione per prestazioni rese rispetto a quelle previste al comma 1 non saranno remunerate, non essendo consentito l'utilizzo di eventuali economie di risorse destinate ad una tipologia di prestazioni e/o destinazione di residenza per remunerare eccedenze in altre.

4. Successivamente alla sottoscrizione del contratto, in caso di incremento dei valori unitari delle tariffe di riferimento, sia per variazione della fascia di accreditamento sia a seguito di modificazioni comunque intervenute dei tariffari, i volumi massimi di prestazioni remunerate si intendono rideterminati nella misura necessaria a mantenere i tetti di spesa massimi fissati. In caso di variazioni tariffarie in riduzione la rideterminazione dei volumi avrà luogo in base ad apposito provvedimento della Regione previa confronto con le Associazione di categoria.

Articolo 4 - Erogazione di prestazioni.

1. Per una più razionale ed efficiente gestione degli accessi ai servizi, la struttura assicura la condivisione con l'ASL delle agende di prenotazione, nei termini e modalità stabilite dall'ASL o dalla Regione.
2. Ai sensi dell'art. 41, comma 6 del D. Lgs. n. 33 del 14.3.2013 smi, la struttura è tenuta ad indicare in una apposita sezione nel proprio sito, denominata «Liste di attesa», i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.
3. Fermo restando il limite giornaliero di capacità produttiva complessiva,

l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito entro i limiti quantitativi dei letti accreditati delle aree funzionali omogenee. I posti letto contrattati sono intesi come medi annui e il limite di occupazione giornaliero pari a quello degli accreditati.

4. La capacità produttiva non contrattata o non utilizzata dal SSN è fruibile per l'attività in regime privatistico.

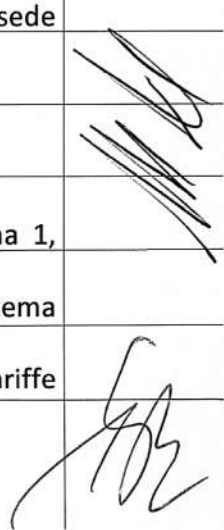
Articolo 5 - Verifiche e controlli.

1. L'ASL e l'erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la coerenza di questo in relazione all'allegato B). L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della DGR n. 24-6579 del 28/10/2013 ed ulteriori disposizioni in materia. La Struttura si impegna ad agevolare l'attività di vigilanza dell'apposita Commissione ASL, nonché le ulteriori attività esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 15 giorni il legale rappresentante della struttura o suo delegato possono presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

Articolo 6 - Corrispettivo e modalità di pagamento.

1. La Struttura accetta i valori di attività di cui all'articolo 3, comma 1, articolati per setting assistenziale e destinazione di residenza, e il sistema di remunerazione in vigore nella Regione Piemonte con le relative tariffe



onnicomprensive. La valorizzazione delle prestazioni avviene con la tariffa in vigore al momento dell'esecuzione della prestazione e, intendendosi per le prestazioni di ricovero la data di dimissione e per le prestazioni ricorrenti la data di completamento del ciclo terapeutico;

2. Il corrispettivo preventivato viene liquidato a titolo di acconto in quote mensili posticipate pari al 90% di 1/12 dei tetti di spesa o del realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente.

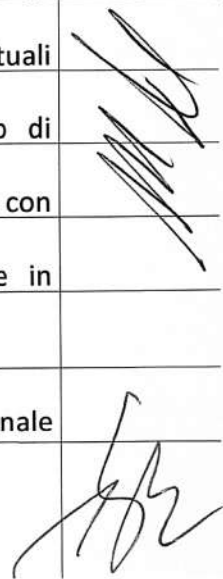
3. I pagamenti a titolo di acconto devono avere luogo, ex articolo 4 del D. Lgs. n. 231/2002 e s.m.i., entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura corredata da un elenco delle prestazioni erogate nel mese di riferimento, redatto nella forma definita dall'ASL.

4. Al termine del primo semestre di attività l'ASL verificherà, entro il mese di settembre, le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie e destinazioni di residenza concordate, e liquiderà il saldo della produzione erogata nel semestre nei limiti pattuiti, entro sessanta giorni dal ricevimento della fattura.

5. E' fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dell'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.



6. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo l'ASL verifica le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie e destinazioni di residenza concordate. In caso di mancata contestazione entro tale termine, si procede alla liquidazione del saldo provvisorio della produzione erogata nei limiti pattuiti, entro sessanta giorni dal ricevimento della fattura. In caso di contestazione, l'ASL sospenderà la liquidazione delle partite contestate fino alla relativa definizione.
7. In caso di erogazione di prestazioni in eccedenza rispetto ai volumi previsti, permane la validità dei tetti di spesa fissati per tipologie e destinazione di residenza ed è priva di titolo l'eventuale fatturazione o richiesta di pagamento delle suddette eccedenze.
8. Il pagamento di prestazioni fatturate non esclude future contestazioni da parte dell'ASL per importi non dovuti in relazione a prestazioni che, a seguito di ulteriori controlli, risultassero rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa, nei limiti della prescrizione.
9. Gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ASL, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno, all'occorrenza, essere oggetto di compensazione con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi.
10. Gli importi indicati nei report prodotti dal Sistema Informativo Regionale



rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dalla struttura e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente; hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.

Articolo 7 - Sospensione e risoluzione del contratto.

1. La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del presente contratto.

Parimenti la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del presente contratto.

2. Ove una parte accerti l'inadempimento, concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto sarà legittimato ad emettere diffida ad adempiere ex art.1454 cod. civ. E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex art. 1218 c.c. della parte inadempiente.

3. In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purché formalmente contestati, il contratto è risolto con comunicazione ricettizia formulata dalla parte che ha contestato.

4. In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali del contratto, purché contestati formalmente, il contratto può essere sospeso da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato.

5. In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa



importanza dedotte nel presente contratto, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente contratto per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.

6. In tutte le ipotesi di sospensione di cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese dalla struttura non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti della Regione.

7. Il contratto si intenderà altresì risolto qualora intervenga condanna definitiva per reati contro la pubblica amministrazione a carico del legale rappresentante per fatti ad esso direttamente imputabili.

Articolo 8 - Clausola di manleva.

1. La struttura assume ogni responsabilità per qualsiasi danno causato da propria omissione, negligenza o altra inadempienza nell'esecuzione delle prestazioni contrattate e si obbliga ad esonerare il SSN da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questo, avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del contratto.

Articolo 9 - Clausola di salvaguardia.

1. Fatte salve le intese di cui alle premesse già sottoscritte fra la regione e la Struttura, con la sottoscrizione del contratto la struttura accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente, il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e delle tariffe, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi in quanto atti determinanti il contenuto del contratto.

Articolo 10 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo.

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2018 sino al 31 dicembre 2019. Non è



tacitamente prorogabile.

2. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative, di carattere nazionale, senza che maggiori oneri derivino per l'ASL dalla necessità dell'erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze l'erogatore potrà recedere dal contratto, entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all'ASL.

3. Per gli aspetti non disciplinati dal contratto si rinvia al codice civile ed alla normativa di settore.

Articolo 11 – Bollo e registrazione.

1. Le spese di bollo sono in parti uguali. Ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.P.R. 26.4.1986 n. 131 il contratto è soggetto a registrazione in caso di uso.

Articolo 12 - Foro competente, elezione di domicilio.

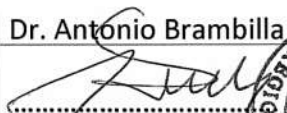
1. Le controversie derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto saranno devolute all'autorità giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Letto, approvato, e sottoscritto in due originali.

LI 08/08/ 2018


Per l'ASL

Dr. Antonio Brambilla



Per la Struttura

Dr. Massimo Antonino De Salvo



Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 e 1342 del c.c. si approvano espressamente le clausole convenute negli articoli Art. 2 (Obblighi dell'erogatore), Art. 3 (Limiti finanziari), Art. 6 (Corrispettivo e modalità di pagamento), Art. 7 (Sospensione e risoluzione), Art. 8 (Clausola di manleva), Art. 9 (Clausola di salvaguardia).

Per l'ASL

Per la Struttura

Dr. Antonio Brambilla

Dr. Massimo Antonino De Salvo



Allegato A) **STATO DI ACCREDITAMENTO**

Allegato A) STATO DI ACCREDITAMENTO

AZIENDA POLICLINICO DI MONZA S.P.A

COD. AZ. 626

SEDE ALESSANDRIA - VIA VITTORIO MOCCAGATTA 30

RICOVERO

STRUTTURA POLICLINICO DI MONZA

SEDE OPERATIVA:

CLINICA CITTA DI ALESSANDRIA: ALESSANDRIA – VIA VITTORIO
MOCCAGATTA 30

CLINICA SALUS: ALESSANDRIA – VIA TROTTI 21

COD. HSP11 010666

ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE: D.G.R. N. 77-14704 DEL 31.01.2005 E N. 67-

2974 DEL 28.11.2011(ISTITUTO SALUS) / D.G.R. N. 43-9754 DEL 26.06.2003 -

N. 16-7075 DEL 15.10.2007 E N. 14-7030 DEL 20.01.2014 (CLINICA CITTA' DI

ALESSANDRIA) / D.G.R. N. 33-3656 DEL 18.07.2016 – DD 95 DEL 20.02.2017

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO D.G.R. N. 77-14704 DEL 31.01.2005 E N. 67-

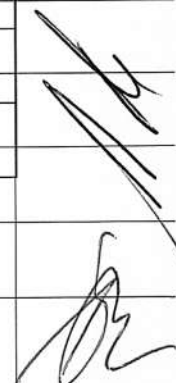
2974 DEL 28.11.2011(ISTITUTO SALUS) / D.G.R. N. 43-9754 DEL 26.06.2003 -

N. 16-7075 DEL 15.10.2007 E N. 14-7030 DEL 20.01.2014 (CLINICA CITTA' DI

ALESSANDRIA) / D.G.R. N. 33-3656 DEL 18.07.2016 – DD 95 DEL 20.02.2017



			P.L.
DISCIPLINE	P.L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	CONTRATTATI
			2018-2019
CARDIOLOGIA CITTA' AL**	10	10	10**
MEDICINA GENERALE CITTA' AL**	30	30	11**
NEUROLOGIA SALUS	15	15	15
CARDIOCHIRURGIA CITTA' AL	15	15	10
CHIRURGIA GENERALE CITTA' AL	10	10	7**
**			
CHIRURGIA GENERALE SALUS **	15	15	6**
OCULISTICA CITTA' AL	10	10	0
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CITTA' AL	9	9	9
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA SALUS	10	10	10
UROLOGIA CITTA' AL	10	10	8
DAY SURGERY TIPO A CITTA' AL **	4	4	2**
DAY SURGERY TIPO A SALUS **	6	6	2**
RRF 1 LIVELLO SALUS (NON ACCREDITATA)	10	0	0
RRF 1 LIVELLO SALUS	20	20	18
RRF 2 LIVELLO CITTA' AL	20	20	20
RRF 2 LIVELLO SALUS	20	20	20
<u>VARIAZIONI RICHIESTE / PROPOSTE DI VARIAZIONE</u>			
**Le modifiche dei posti letto contrattati proposte non generano aumento			



della quota dei posti letto contrattati ma sono ipotizzate per meglio rispondere ai bisogni di appropriatezza dei percorsi assistenziali e di un più equilibrato rapporto tra i due presidi operanti all'interno del Policlinico di Monza - Alessandria

AMBULATORIO

STRUTTURA 1 POLIAMBULATORIO POLICLINICO DI MONZA

SEDE OPERATIVA 1 CLINICA CITTA DI ALESSANDRIA: ALESSANDRIA – VIA VITTORIO MOCCAGATTA 30

CLINICA SALUS: ALESSANDRIA – VIA TROTTI 21

COD. STP 600123

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO: D.G.R. N. 33-3656 DEL 18.07.2016 – DD 95 DEL 20.02.2017 – D.G.R. 71-14787 del 14.2.2005 – DD 749 del 24.11.2016 – DD 523 DEL 19.12.2017

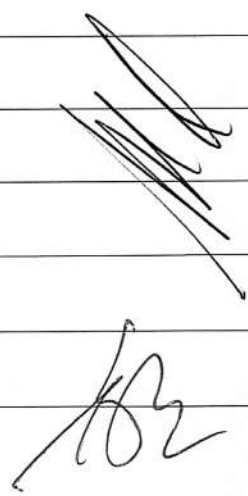
CAVS

SEDE/I OPERATIVA/E CLINICA SALUS: ALESSANDRIA – VIA TROTTI 21

COD STS 600123

DATA DI ACCREDITAMENTO / AUTORIZZAZIONE : dd 95 del 20.02.2017

P.L. CONTRATTATI 2018-2019: 20 CAVS ORDINARIO



ALLEGATO B) DETTAGLIO PROGRAMMAZIONE DELLE PRESTAZIONI

2018-2019 RICOVERO	CASI	IMPORTI
MDC	---	---
MDC	---	---
TOTALE RIABILITAZIONE	---	---
TOTALE LUNGODEGENZA	---	---
TOTALE RICOVERO	---	---

2018-2019 CAVS	ASL	N. CASI	IMPORTO
<i>Numero e importo, per ASL di residenza</i>	AL	250	770.000
TOTALE CAVS	AL	250	770.000

2018-2019 AMBULATORIO	CASI	IMPORTI
TOTALE AMBULATORIO	---	---

CONTRATTO EX ART. 8 *QUINQUIES* D. LGS. N. 502/1992

PER CAVS E POST ACUZIE NEUROPSICHIATRICA BIENNIO 2018-2019

Tra

l'ASL AL, con sede legale in Alessandria, Via Venezia 6, (C.F. 02190140067),
rappresentata dal Direttore Generale pro tempore Antonio BRAMBILLA,
successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società/Ente NUOVA CASA di CURA SANT'ANNA S.r.L., con sede legale in
Casale Monferrato (AL) – Viale Cavalli d'Olivola 22, (C.F. 03112660042),
titolare della Casa di cura: Nuova Casa di Cura Sant'Anna con sede/i
operativa/e in Casale Monferrato Viale Cavalli d'Olivola 22, accreditata/e
per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto, successivamente
nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata dal Dott. Giacomo Brizio
nella qualità di Rappresentante Legale, con titolo di legale rappresentanza,
ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

1. gli articoli 8-bis, *quater* e *quinquies* del D. Lgs. n. 502/1992 disciplinano la partecipazione al SSN dei Soggetti Erogatori Privati;
2. con DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504 sono state definite le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati e contrattati per il triennio 2017-2019, i tetti di spesa regionali e di ASL per il 2017 ed è stato approvato lo schema di contratto a valere per le strutture private e di accordo contrattuale a valere per i presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78 ed i progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis D. Lgs. 502/92 e s.m.i.;

3. con DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, sono stati aggiornati per il 2018-2019 i suddetti tetti di spesa le regole e lo schema di contratto/accordo contrattuale;
4. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. 534 del 02.08.2018 è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto;
5. il legale rappresentante della Struttura dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto/accordo.
2. La Struttura accreditata si impegna a somministrare, per conto e con oneri a carico del SSN, prestazioni sanitarie conformi a volumi e tipologie, per destinazione di residenza degli assistiti (Regione, Fuori regione), precisati nel successivo art 3, comma 1 e nell'allegato B) parte integrante del contratto; l'allegato B assume carattere programmatico senza vincoli economici all'interno del medesimo setting assistenziale.
3. Le prestazioni devono avere luogo nell'intera annualità con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda.
4. Nulla spetterà all'erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di accreditamento nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui al successivo art. 7, ferma restando la tutela giurisdizionale.

5. Qualora per giustificato motivo la Struttura non possa espletare le prestazioni oggetto del contratto dovrà dare tempestiva comunicazione all'ASL, la quale informerà le Aziende dell'Area Interaziendale di Coordinamento e la Regione. Similmente si dovrà comunicare la ripresa dell'esecuzione.

Articolo 2 - Obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi.

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, la struttura accreditata garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. La struttura è tenuta, tra l'altro, a mantenere ed adeguare i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali di accreditamento, in ragione del tasso effettivo di occupazione, ed erogare le prestazioni secondo standard e protocolli di accessibilità, appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.

2. La struttura erogherà le prestazioni contratte attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991. Al personale dipendente saranno applicati i contratti di lavoro nazionali in conformità alla normativa vigente.

3. Ai sensi dell'articolo 1, comma 42, della legge n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti di ASL e Regione che nei tre anni antecedenti abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o

propedeutici alle attività negoziali.

4. In ottemperanza al regolamento approvato con decreto 2 aprile 2015, n. 70, l'Erogatore trasmette annualmente alla Regione il proprio bilancio (o conto economico nel caso di Enti o di strutture facenti parte di gruppi societari) redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici.

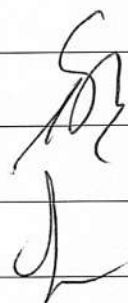
5. La cessione del contratto a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL e della Regione, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o cambiamento di ragione sociale, subordinatamente all'adozione degli atti di competenza regionale ed aziendale.

Articolo 3 - Limiti finanziari.

1. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR per le prestazioni oggetto del contratto, sono riassunti i seguenti tetti di spesa annui massimi:

	REGIONE	FUORI REGIONE
RICOVERO	4.663.049	149.450
CAVS		
AMBULATORIO	456.045	252
TOTALE	5.119.094	149.702

2. Le prestazioni erogate dal 1.1.2018 nel periodo antecedente la sottoscrizione del contratto sono comprese nei suddetti limiti annuali. Fino all'emanazione delle disposizioni attuative regionali, gli importi fissati per l'attività domiciliare e di CAVS sono compensabili con il budget complessivo assegnato per i ricoveri psichiatrici e/o per le attività ambulatoriali.



3. Al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, nell'ambito dei tetti massimi non è ammesso superare i limiti assegnati per ciascun setting assistenziale e per destinazione di residenza (Regione e Fuori regione). Eventuali eccedenze di valorizzazione per prestazioni rese rispetto a quelle previste al comma 1 non saranno remunerate, non essendo consentito l'utilizzo di eventuali economie di risorse destinate ad una tipologia di prestazioni e/o destinazione di residenza per remunerare eccedenze in altre.

4. Successivamente alla sottoscrizione del contratto, in caso di incremento dei valori unitari delle tariffe di riferimento, sia per variazione della fascia di accreditamento sia a seguito di modificazioni comunque intervenute dei tariffari, i volumi massimi di prestazioni remunerate si intendono rideterminati nella misura necessaria a mantenere i tetti di spesa massimi fissati. In caso di variazioni tariffarie in riduzione la rideterminazione dei volumi avrà luogo in base ad apposito provvedimento della Regione previa confronto con le Associazione di categoria.

Articolo 4 - Erogazione di prestazioni.

1. Per una più razionale ed efficiente gestione degli accessi ai servizi, la struttura assicura la condivisione con l'ASL delle agende di prenotazione, nei termini e modalità stabilite dall'ASL o dalla Regione.

2. Ai sensi dell'art. 41, comma 6 del D. Lgs. n. 33 del 14.3.2013 s.m.i, la struttura è tenuta ad indicare in una apposita sezione nel proprio sito, denominata «Liste di attesa», i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.



3. Fermo restando il limite giornaliero di capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito entro i limiti quantitativi dei letti accreditati delle aree funzionali omogenee. I posti letto contrattati sono intesi come medi annui e il limite di occupazione giornaliero pari a quello degli accreditati.

4. La capacità produttiva non contrattata o non utilizzata dal SSN è fruibile per l'attività in regime privatistico.

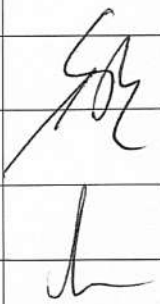
Articolo 5 - Verifiche e controlli.

1. L'ASL e l'erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la coerenza di questo in relazione all'allegato B). L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della DGR n. 24-6579 del 28/10/2013 ed ulteriori disposizioni in materia. La Struttura si impegna ad agevolare l'attività di vigilanza dell'apposita Commissione ASL, nonché le ulteriori attività esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 15 giorni il legale rappresentante della struttura o suo delegato possono presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

Articolo 6 - Corrispettivo e modalità di pagamento.

1. La Struttura accetta i valori di attività di cui all'articolo 3, comma 1, articolati per setting assistenziale e destinazione di residenza, e il sistema



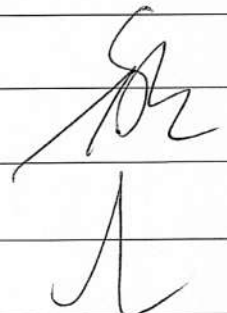
di remunerazione in vigore nella Regione Piemonte con le relative tariffe onnicomprensive. La valorizzazione delle prestazioni avviene con la tariffa in vigore al momento dell'esecuzione della prestazione e, intendendosi per le prestazioni di ricovero la data di dimissione e per le prestazioni ricorrenti la data di completamento del ciclo terapeutico;

2. Il corrispettivo preventivato viene liquidato a titolo di acconto in quote mensili posticipate pari al 90% di 1/12 dei tetti di spesa o del realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente.

3. I pagamenti a titolo di acconto devono avere luogo, ex articolo 4 del D. Lgs. n. 231/2002 e s.m.i., entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura corredata da un elenco delle prestazioni erogate nel mese di riferimento, redatto nella forma definita dall'ASL.

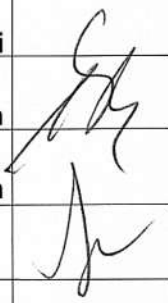
4. Al termine del primo semestre di attività l'ASL verificherà, entro il mese di settembre, le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie e destinazioni di residenza concordate, e liquiderà il saldo della produzione erogata nel semestre nei limiti pattuiti, entro sessanta giorni dal ricevimento della fattura.

5. E' fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dell'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio



finanziario successivo alla verifica dei risultati.

6. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo l'ASL verifica le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie e destinazioni di residenza concordate. In caso di mancata contestazione entro tale termine, si procede alla liquidazione del saldo provvisorio della produzione erogata nei limiti pattuiti, entro sessanta giorni dal ricevimento della fattura. In caso di contestazione, l'ASL sospenderà la liquidazione delle partite contestate fino alla relativa definizione.
7. In caso di erogazione di prestazioni in eccedenza rispetto ai volumi previsti, permane la validità dei tetti di spesa fissati per tipologie e destinazione di residenza ed è priva di titolo l'eventuale fatturazione o richiesta di pagamento delle suddette eccedenze.
8. Il pagamento di prestazioni fatturate non esclude future contestazioni da parte dell'ASL per importi non dovuti in relazione a prestazioni che, a seguito di ulteriori controlli, risultassero rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa, nei limiti della prescrizione.
9. Gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ASL, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno, all'occorrenza, essere oggetto di compensazione con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi.



10. Gli importi indicati nei report prodotti dal Sistema Informativo Regionale rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dalla struttura e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente; hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.

Articolo 7 - Sospensione e risoluzione del contratto.

1. La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del presente contratto.

Parimenti la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del presente contratto.

2. Ove una parte accerti l'inadempimento, concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto sarà legittimato ad emettere diffida ad adempiere ex art.1454 cod. civ. E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex art. 1218 c.c. della parte inadempiente.

3. In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purché formalmente contestati, il contratto è risolto con comunicazione ricettizia formulata dalla parte che ha contestato.

4. In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali del contratto, purché contestati formalmente, il contratto può essere sospeso da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato.



5. In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente contratto, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente contratto per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.

6. In tutte le ipotesi di sospensione di cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese dalla struttura non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti della Regione.

7. Il contratto si intenderà altresì risolto qualora intervenga condanna definitiva per reati contro la pubblica amministrazione a carico del legale rappresentante per fatti ad esso direttamente imputabili.

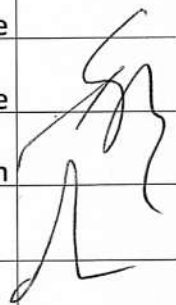
Articolo 8 - Clausola di manleva.

1. La struttura assume ogni responsabilità per qualsiasi danno causato da propria omissione, negligenza o altra inadempienza nell'esecuzione delle prestazioni contrattate e si obbliga ad esonerare il SSN da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questo, avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del contratto.

Articolo 9 - Clausola di salvaguardia.

1. Fatte salve le intese di cui alle premesse già sottoscritte fra la regione e la Struttura, con la sottoscrizione del contratto la struttura accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente, il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e delle tariffe, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi in quanto atti determinanti il contenuto del contratto.

Articolo 10 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo.



1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2018 sino al 31 dicembre 2019. Non è tacitamente prorogabile.

2. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative, di carattere nazionale, senza che maggiori oneri derivino per l'ASL dalla necessità dell'erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze l'erogatore potrà recedere dal contratto, entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all'ASL.

3. Per gli aspetti non disciplinati dal contratto si rinvia al codice civile ed alla normativa di settore.

Articolo 11 – Bollo e registrazione.

1. Le spese di bollo sono in parti uguali. Ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.P.R. 26.4.1986 n. 131 il contratto è soggetto a registrazione in caso di uso.

Articolo 12 - Foro competente, elezione di domicilio.

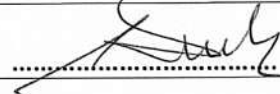
1. Le controversie derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto saranno devolute all'autorità giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Letto, approvato, e sottoscritto in due originali.

Li, 08/08/2018

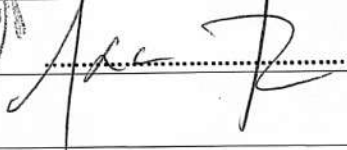
Per l'ASL

Dr. Antonio Brambilla



Per la Struttura

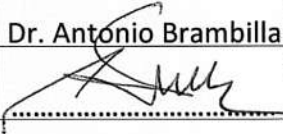
Dr. Giacomo Brizio



Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 e 1342 del c.c. si approvano espressamente le clausole convenute negli articoli Art. 2 (Obblighi dell'erogatore), Art. 3 (Limiti finanziari), Art. 6 (Corrispettivo e modalità di pagamento), Art. 7 (Sospensione e risoluzione), Art. 8 (Clausola di manleva), Art. 9 (Clausola di salvaguardia).

Per l'ASL

Dr. Antonio Brambilla



Per la Struttura

Dr. Giacomo Brizio



Allegato A) **STATO DI ACCREDITAMENTO**

ASL AL

AZIENDA CASA DI CURA SANT'ANNA. COD. AZ. 642

SEDE CASALE MONFERRATO (AL) – VIALE CAVALLI D'OLIVOLA 22

RICOVERO (Lungodegenza e/o Riabilitazione)

SEDE OPERATIVA CASALE MONFERRATO (AL) – VIALE CAVALLI D'OLIVOLA 22 - COD.

HSP11 010642

ATTO DI ACCREDITAMENTO D.G.R. n. 13-8362 del 10.3.2008 – DD 889 del

28/12/2016

DISCIPLINE	P.L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	P.L. CONTRATTATI
RRF NEUROPSICHIATRICA	80	72	72

CAVS

DATA DI ACCREDITAMENTO /AUTOCERTIFICAZIONE

P.L. CONTRATTATI 2018 – 2019

AMBULATORIO

SEDE OPERATIVA CASALE MONFERRATO (AL) – VIALE CAVALLI D'OLIVOLA 22 / VIA

FILIPPO MELLANA 17 - COD. STS 500108

ATTO DI ACCREDITAMENTO DD 889 del 28/12/2016 – DD 406 del 21/06/2017

BRANCHE SPECIALISTICHE: CHIRURGIA GENERALE – CHIRURGIA VASCOLARE /

ANGIOLOGIA – ORTOPEDIA – OCULISTICA – GINECOLOGIA – CARDIOLOGIA -

PSICHIATRIA

ALLEGATO B) DETTAGLIO PROGRAMMAZIONE DELLE PRESTAZIONI

2018-2019 RICOVERO	CASI	IMPORTI
MDC "MALATTIE E DISTURBI MENTALI"	709	4.223.156
MDC "ABUSO DI ALCOOL/FARMACI E DISTURBI MENTALI"	116	589.343
TOTALE RIABILITAZIONE	825	4.812.499
TOTALE LUNGODEGENZA	-----	-----
TOTALE RICOVERO	825	4.812.499

2018-2019 CAVS	ASL	N. CASI	IMPORTO
<i>Numero e importo, per ASL di residenza</i>			
TOTALE CAVS	-----	-----	-----

2018-2019 AMBULATORIO	CASI	IMPORTI
Vedi nota		
TOTALE AMBULATORIO **	-----	456.297

** Nell'ambito del valore di riferimento anno 2018 per residenti Regione Piemonte si individuano quali prioritarie le prestazioni specialistiche della branca "08 - Cardiologia", in particolare visita cardiologica ed ecocardiografia, e della branca "14 - Chirurgia Vascolare", in particolare ecocolordoppler TSA e AAIL, in relazione al contenimento dei tempi di attesa

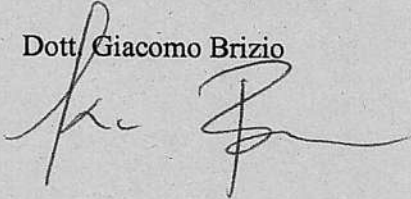
La Nuova Casa di Cura Sant'Anna S.r.l. dichiara che sono fatte salve le azioni giudiziarie eventualmente già instaurate o l'esercizio di diritti garantiti da norme imperative di legge, ovvero comunque derivanti dall'esecuzione del presente contratto e di quelli precedentemente sottoscritti. L'Azienda Sanitaria Locale AL prende visione di quanto dichiarato dalla Nuova Casa di Cura Sant'Anna S.r.l.

Alessandria, li - 3 OTT. 2018

Nuova Casa di Cura Sant'Anna S.r.l.

Il Legale Rappresentante

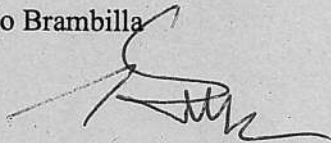
Dott. Giacomo Brizio



Per presa visione

Il Direttore Generale A.S.L. AL

Dr. Antonio Brambilla



CONTRATTO / ACCORDO CONTRATTUALE

EX ART. 8 QUINQUIES D. LGS. N. 502/1992 PER IL BIENNIO 2018-2019

Tra

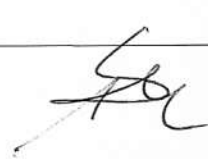
l'ASL AL, con sede legale in Alessandria, Via Venezia 6, (C.F. 02190140067),
rappresentata dal Direttore Generale pro tempore Antonio BRAMBILLA,
successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società AMBULATORIO RADIOLOGICO DR. FOCO S.a.S., con sede legale in
Novi Ligure – Corso Italia 21, (C.F. 00557120060), titolare della/e struttura/e
con sede/i operativa/e indicate nell'allegato A), accreditata/e per
l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto/accordo,
successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata dalla
Dott.ssa Maria Teresa Foco nella qualità di Socio, con titolo di legale
rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

1. gli articoli 8-bis, quater e quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.
disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504, sono state definite le regole di
finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori
privati accreditati e contrattati per il triennio 2017-2019, i tetti di spesa
regionali e di ASL per il 2017 ed è stato approvato lo schema di contratto
a valere per le strutture private e di accordo contrattuale a valere per i
presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78 ed i progetti di sperimentazione
gestionale ex art. 9 bis D. Lgs. 502/92 e s.m.i.;
3. con DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, sono stati aggiornati per il 2018-



2019 i suddetti tetti di spesa e lo schema di contratto/accordo contrattuale;

4. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. 534 del 02/08/2018 è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto/accordo in attuazione della citata DGR;

5. il legale rappresentante della Struttura dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto/accordo.

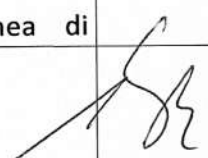
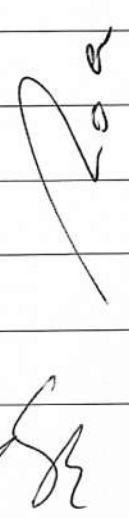
1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto.

2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e a carico del SSR, conformi a volumi riassunti all'articolo 3, e tipologie precisate nell'allegato C) parte integrante del contratto.

3. Le prestazioni devono realizzarsi nell'intera annualità, con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda.

4. Nulla spetterà all'Erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di accreditamento e nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 8.

5. Qualora per giustificato motivo l'Erogatore non possa espletare le prestazioni oggetto del contratto dovrà dare tempestiva comunicazione all'ASL, la quale informerà le Aziende dell'area omogenea di



programmazione e la Regione. Similmente si dovrà comunicare la ripresa dell'esecuzione.

Articolo 2 - Obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi.

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e di provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere ed adeguare i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali di accreditamento, in ragione delle discipline contrattate e del tasso effettivo di occupazione, e ad erogare le prestazioni secondo standard e protocolli di accessibilità, appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.

2. La Struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991. Al personale dipendente saranno applicati i contratti di lavoro nazionali in conformità alla normativa vigente.

3. Ai sensi dell'articolo 1, comma 42, della legge n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti di ASL e Regione che nei tre anni antecedenti abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali.

4. In ottemperanza al regolamento approvato con decreto 2 aprile 2015, n. 70, l'Erogatore trasmette annualmente alla Regione il proprio bilancio (o

conto economico nel caso di Enti o di strutture facenti parte di gruppi societari) redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici.

5. La cessione del contratto a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL e della Regione, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o cambiamento di ragione sociale, subordinatamente all'adozione degli atti di competenza regionale ed aziendale.

Articolo 3 – Limiti finanziari.

1. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR per le prestazioni da rendere ai residenti nelle varie AASSLL dall'insieme degli erogatori privati contrattati sono assunti i tetti di spesa, complessivi e invalicabili, previsti dalla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057 e riportati nell'allegato B).

2. Per il 2018 sono assegnati all'Erogatore i seguenti valori di riferimento per la produzione di prestazioni da rendere a residenti in regione e, ai sensi della circolare del Ministero della Salute n. 5 del 24 marzo 2000, agli STR (stranieri paesi Ue/SEE/in Convenzione), ENI (europeo non iscrivibile) ed STP (stranieri temporaneamente presenti a carico del SSN):

a) ricovero in acuzie €. ~~...~~,00;

b) specialistica ambulatoriale €. 1.101.970,00;

3. Per il 2019 si assumono i valori di acuzie e di specialistica ambulatoriale che saranno definiti dalla Regione con riferimento a quelli negoziati per l'annualità 2018, eventualmente ridotti o incrementati del 70% della minore o maggiore produzione realizzata entro il 110% dei valori di riferimento, eventualmente riproporzionando ai limiti dei tetti di spesa

svolte.

8. Per la somministrazione dei farmaci (file F) è previsto il rimborso ai costi sostenuti dall'erogatore o, se inferiori, ai prezzi di riferimento delle gare regionali ridotti dalle eventuali quote dovute dalle aziende farmaceutiche in applicazione della così detta "rimborsabilità condizionata" di taluni farmaci.

9. L'Erogatore accetta i tetti di spesa per ASL di residenza, i valori di riferimento assegnati, i tetti di spesa per il recupero della mobilità passiva fuori regione, e quelli per le prestazioni diverse dall'alta complessità rese a residenti in altre regioni, il sistema tariffario vigente nella Regione Piemonte e quello di remunerazione delle prestazioni rese, comprese le regole di regressione economica nel caso in cui l'insieme delle prestazioni erogate dai privati contrattati superi i limiti per ASL di residenza dei pazienti.

10. L'erogatore prende atto ed accetta l'applicazione del sistema di valutazione della qualità che potrà comportare incrementi o riduzioni del 2,5% per premialità o penalizzazione secondo i criteri definiti dalla Regione. Il calcolo degli indicatori sarà effettuato utilizzando il Protocollo PNE contestualizzato a livello regionale.

11. I tetti di spesa complessivi e invalicabili delle AASSLL, i valori di riferimento assegnati all'erogatore e i tetti di spesa per i residenti fuori regione e per il recupero della mobilità passiva si mantengono anche in caso di variazione comunque intervenuta dei valori delle tariffe di riferimento, sia per modifica della fascia di accreditamento, sia per revisione dei tariffari regionali, intendendosi in tal caso rideterminate le

prestazioni oggetto del contratto nella misura necessaria a mantenere i valori fissati.

Articolo 4 – Remunerazione delle prestazioni erogate

1. I valori indicati all'articolo 3, commi 2, lett. a), b), e 4, non rappresentano un limite di produzione invalicabile per l'erogatore poiché, in coerenza alla programmazione sanitaria dell'ASL, potranno essere remunerate anche prestazioni erogate oltre il suddetti valori, purché nei limiti dei tetti di spesa complessivi e invalicabili assegnati alle AASSLL di residenza e del 110% dei valori di riferimento contrattati.

2. I valori delle produzioni entro il 110% potranno comunque subire delle riduzioni per effetto del superamento dei limiti delle AASSLL di residenza e della conseguente applicazione dei meccanismi di regressione economica, secondo le regole riportate nell'allegato D) al contratto.

3. La remunerazione a saldo della produzione per i residenti in regione avviene considerando separatamente ricovero per acuti, ricovero per post-acuti e specialistica ambulatoriale comprensiva dell'assistenza domiciliare con le seguenti regole:

a) la valorizzazione delle prestazioni avviene con la tariffa in vigore al momento dell'erogazione, intendendosi per le prestazioni di ricovero la data di dimissione e per quelle ricorrenti la data di completamento del ciclo terapeutico;

b) il valore della produzione a base delle regole di remunerazione contrattuale include gli abbattimenti in conseguenza degli ordinari controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione;

- c) non saranno riconosciuti i valori economici delle prestazioni eccedenti il 110% dei valori annui di riferimento contrattati;
- d) qualora i valori delle prestazioni realizzate da tutti gli erogatori per i residenti di ciascuna ASL, per ciascun setting assistenziale, risultino inferiori ai tetti di spesa assegnati alle AASSLL per i residenti, all'erogatore verrà corrisposta l'intera valorizzazione della produzione entro il limite massimo del 110% dei valori di riferimento contrattati;
- e) qualora i valori delle prestazioni realizzate da tutti gli erogatori per i residenti di ciascuna ASL, per ciascun setting assistenziale, risultino superiori ai tetti di spesa assegnati alle AASSLL per i residenti, si ridurrà il valore riconosciuto a ciascun erogatore secondo il meccanismo di regressione economica, di cui all'allegato D) al contratto, in modo che le valorizzazioni complessive rientrino nei limiti dei suddetti tetti di spesa invalicabile delle AASSLL;
- f) i valori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza domiciliare sono compensabili e l'eventuale eccedenza di produzione oltre il 110% del valore di riferimento di prestazioni ambulatoriali (comprensivo dell'assistenza domiciliare) può essere compensata, e quindi economicamente riconosciuta, a fronte di una corrispondente e correlata economia entro il 110% del valore fissato per il ricovero (compensazione a livello di Erogatore);
- g) non si procede alla regressione nei casi in cui gli esuberi dei tetti di spesa delle AASSLL per la specialistica ambulatoriale siano compensati da un corrispondente e correlato avanzo del ricovero

(compensazione a livello di ASL);

h) saranno esclusi dalla regressione economica i valori delle prestazioni cosiddette "protette", riportate nell'allegato C) al contratto;

i) in ogni caso, per ciascun setting assistenziale, l'eventuale applicazione dei meccanismi di regressione non potrà determinare una remunerazione inferiore al valore della produzione resa entro il 95% dei valori di riferimento contrattati;

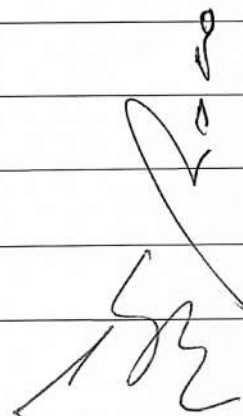
j) gli incrementi di produzione, in termini di valore rispetto al precedente anno, di prestazioni contrattate per il recupero di mobilità passiva (art. 3, comma 5, e allegato c) al contratto) saranno separatamente remunerati, entro il limite dello specifico tetto di spesa assegnato.

4. La produzione realizzata per residenti in altre regioni sarà remunerata come segue:

a) la produzione di ricovero di alta complessità e di specialistica ambulatoriale sarà riconosciuta per intero, anche oltre gli specifici valori di riferimento (art. 3, comma 6, lett. a) e c));

b) la produzione di ricovero di bassa e media complessità verrà riconosciuta entro tetto di spesa fissato all'art. 3, comma 6, lett. b), mentre l'eccedenza sarà eventualmente riconosciuta al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre regioni.

5. Le prestazioni inviate al CSI oltre il termine ordinariamente fissato per la



chiusura della gestione in competenza saranno considerate unicamente ai fini dell'obbligo informativo, ma non a fini remunerativi.

Articolo 5 - Modalità di pagamento.

1. Il corrispettivo preventivato viene liquidato a titolo di acconto in quote mensili posticipate pari al 90% di 1/12 dei valori di riferimento/tetti di spesa o del realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente. Gli acconti per i farmaci sono pari al 90% del somministrato.

2. I pagamenti a titolo di acconto devono avere luogo entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura corredata da un elenco delle prestazioni erogate nel mese di riferimento, redatto nella forma definita dall'ASL.

3. E' fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dell'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.

4. Entro il primo trimestre dell'anno successivo l'ASL verifica le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie concordate per destinazioni di residenza e per recupero di mobilità passiva fuori regione, e comunica alla Regione le informazioni necessarie ai fini della regressione economica che si definirà nei successivi trenta giorni. In caso di mancata contestazione, si procede alla liquidazione del saldo

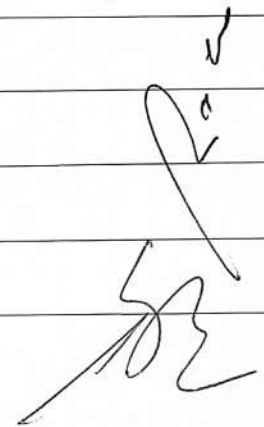
provvisorio della produzione erogata, ex articolo 4 del D. Lgs. n. 231/2002 e s.m.i., entro 60 giorni dal ricevimento della fattura. In caso di contestazione, l'ASL sospenderà la liquidazione delle partite contestate fino alla relativa definizione.

5. Il pagamento di prestazioni fatturate non esclude future contestazioni da parte dell'ASL per importi non dovuti in relazione a prestazioni che, a seguito di ulteriori controlli, risultassero rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa, nei limiti della prescrizione.

6. Gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ASL, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno, all'occorrenza, essere compensate con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi.

7. Gli importi indicati nella reportistica prodotta dal Sistema Informativo Regionale rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dall'Erogatore e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente secondo i protocolli approvati, hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono titolo per il riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.

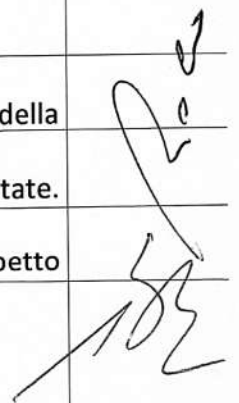
Articolo 6 – Erogazione di prestazioni.

Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page.

1. Per una più razionale ed efficiente gestione degli accessi ai servizi, nei termini e secondo le modalità stabilite dall'ASL e/o dalla Regione, la struttura erogatrice assicura:
 - a) la condivisione con l'ASL delle agende di prenotazione e il monitoraggio delle prestazioni al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale;
 - b) l'adesione al progetto Fascicolo Sanitario Elettronico, attraverso la condivisione dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito, e la corretta gestione del consenso informato;
2. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in un'apposita sezione nel proprio sito denominata «Liste di attesa», i tempi medi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.
3. Fermo restando il limite giornaliero di capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito entro i limiti quantitativi dei letti accreditati delle aree funzionali omogenee. I posti letto contrattati sono intesi come medi annui e il limite di occupazione giornaliero pari a quello degli accreditati.
4. La capacità produttiva non contrattata o non utilizzata dal SSN è fruibile per l'attività in regime privatistico.

Articolo 7 – Verifiche e controlli.

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza in relazione alle prestazioni contrattate. L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto



della DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si impegna ad agevolare l'attività di vigilanza dell'apposita Commissione ASL, nonché le ulteriori attività esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 15 giorni, il legale rappresentante della Struttura, o suo delegato, può presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

Articolo 8 - Sospensione e risoluzione del contratto.

1. La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto.
2. Ove una parte accerti l'inadempimento concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto sarà legittimata ad emettere diffida ad adempiere ex articolo 1454 cod. civ. E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex articolo 1218 cod. civ. della parte inadempiente.
3. In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purché formalmente contestati, il contratto è risolto con comunicazione recettizia formulata dalla parte



che ha contestato.

4. In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali del contratto, purché contestati formalmente, il contratto può essere sospeso da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato.

5. In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente contratto, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente contratto per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.

6. In tutte le ipotesi di sospensione di cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti dell'ASL e della Regione.

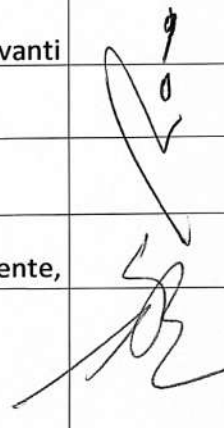
7. Il contratto si intenderà altresì risolto qualora intervenga condanna definitiva per reati contro la pubblica amministrazione a carico del legale rappresentante per fatti ad esso direttamente imputabili.

Articolo 9 – Clausola di manleva.

1. La Struttura assume ogni responsabilità, anche in attuazione della legge n. 24/2017, per qualsiasi danno causato da propria omissione, negligenza o altra inadempienza nell'esecuzione delle prestazioni contrattate e si obbliga ad esonerare il SSN da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questo, avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del contratto.

Articolo 10 – Clausola di salvaguardia.

1. Con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore accetta espressamente,



completamente ed incondizionatamente, il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e delle tariffe di riferimento, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi, in quanto determinanti il contenuto del contratto. In considerazione dell'accettazione, con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore rinuncia ad eventuali azioni o impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti.

Articolo 11 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo.

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2018 sino al 31 dicembre 2019. Non è tacitamente prorogabile. Rientrano nel contratto anche le prestazioni rese nel corso del 2018 antecedentemente alla sottoscrizione.
2. Fatto salvo l'articolo 3, comma 3, per il 2019 si prevede la stipula di una integrazione al contratto che recepisca i valori di riferimento quantificati dalla Regione per il 2019 nonché i tetti di spesa e le prestazioni contrattate per il recupero della mobilità passiva.
3. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative, di carattere nazionale, senza che maggiori oneri derivino per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all'ASL.
4. Per gli aspetti non disciplinati dal contratto si rinvia al codice civile ed alla normativa di settore.

Articolo 12 – Bollo e registrazione.

Handwritten signature and initials in black ink, located in the bottom right corner of the page. The signature appears to be a stylized name, possibly 'M. G.', with a checkmark above it.

1. Le spese di bollo sono in parti uguali. Ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del DPR 26 aprile 1986 n. 131 il contratto è soggetto a registrazione in caso di uso.

Articolo 13 - Foro competente.

1. Le controversie derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto saranno devolute all'Autorità Giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Li, 08/08/2018

Per l'ASL

Dr. Antonio Brambilla



Per la Struttura

Dr.ssa Maria Teresa Foco



Ai sensi e per gli effetti dell'articoli 1341 e 1342 del cod. civ. si approvano espressamente le clausole convenute negli articoli 2 (Obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi), 3 (Limiti finanziari), 4 (Remunerazione delle prestazioni erogate), 5 (Modalità di pagamento), 9 (Clausola di manleva), 10 (Clausola di salvaguardia).

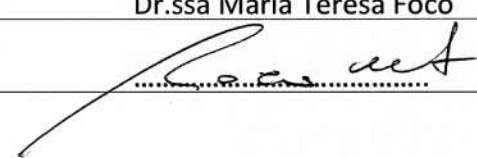
Per l'ASL

Dr. Antonio Brambilla



Per la Struttura

Dr.ssa Maria Teresa Foco



Allegato A) STATO DI ACCREDITAMENTO

AZIENDA AMBULATORIO RADIOLOGICO DR. FOCO s.a.s.

COD. AZ. 728

SEDE NOVI LIGURE – CORSO ITALIA 21

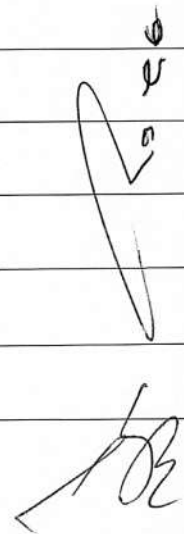
AMBULATORIO

STRUTTURA 1 AMBULATORIO RADIOLOGICO DR. FOCO

SEDE OPERATIVA 1 NOVI LIGURE (AL) – VIA EDILIO RAGGIO 87 COD. STS

500089

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO D.G.R. 45-14857 del 21.02.2005

Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page.

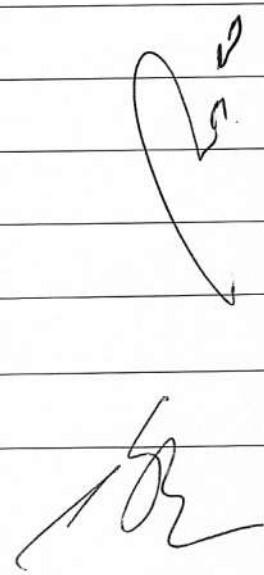
Allegato C) PRESTAZIONI CONTRATTATE

Assunto a riferimento il case mix del precedente anno, l'ASL richiede le seguenti prestazioni che, se realizzate, saranno escluse dall'eventuale regressione economica.

PRESTAZIONI PROTETTE *

Cod./DGR	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	ASL	N.	VAL	VAL. PROTETTO
TOTALE AMBULATORIO					0,00

** Importi complessivi massimi entro il 30% dei valori contrattati per ciascun setting assistenziale. Per importi eccedenti il limite saranno considerate non protette le prestazioni indicate per ultime)*



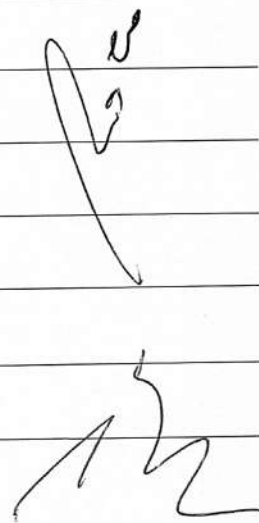
PRESTAZIONI CONTRATTATE PER RECUPERO DELLA MOBILITÀ PASSIVA *

Cod./DGR	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	PROD 2017	PROD 2018 *	VAL. INCREMENTO *
88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE	7.855	11.233	3.378
87.44.1	RX TORACE ROUTINE, NAS	25.854	28.448	2.594
88.27	RX FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA	37.821	39.887	2.066
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	18.497	21.409	2.912
87.03	TC CAPO	15.504	17.189	1.685
87.41.1	TC TORACE, SENZA E CON	18.084	20.336	2.252
88.01.6	TC ADDOME COMPLETO, SENZA E	21.533	23.710	2.176
88.38.1	TC RACHIDE E SPECO VERTEBRALE	7.692	8.374	682
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA CAPO E	46.036	47.675	1.638
88.74.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE	26.999	29.287	2.289
88.76.1	ECO ADDOME COMPLETO	215.809	221.640	5.831
88.73.1	ECO MAMMELLA (bilaterale)	25.776	29.493	3.717
88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA	64.476	66.532	2.055
88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI	97.238	99.194	1.956
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA ARTI	100.312	102.828	2.517
TOTALE AMBULATORIO *				37.746,00

* con possibilità di compensazione

REGOLE DI VALORIZZAZIONE DELLA PRODUZIONE**RESA A RESIDENTI NELLA REGIONE AI FINI DELLA REMUNERAZIONE**

1. La regressione economica si applica quando la sommatoria dei valori delle prestazioni erogate dall'insieme degli erogatori privati supera i tetti di spesa invalicabili assegnati alle AASSLL per l'acquisto di prestazioni da privati contrattati a favore di propri residenti.
2. Ai fini della eventuale regressione si considerano separatamente le prestazioni rese per ricovero in regime di acuzie, ricovero in post acuzie e specialistica ambulatoriale.
3. I valori di produzione a base dei calcoli della regressione si assumono al netto degli abbattimenti conseguenti agli ordinari controlli effettuati sulla produzione; abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione.
4. Vengono dapprima rimodulati i tetti di spesa di ricovero ed ambulatorio delle AASSLL in conseguenza di eventuali incrementi dei valori di riferimento dell'ambulatorio compensati da riduzioni di ricovero attuati dalle AASSLL in sede di sottoscrizione dei contratti. Gli adeguamenti sono effettuati nel rispetto dei volumi complessivi di ciascuna ASL di residenza (aggregato dei setting assistenziali) utilizzando i valori e le informazioni trasmesse dalle AASSLL di competenza territoriale.
5. Vengono individuate le prestazioni contrattate per il recupero della mobilità passiva e quindi valorizzati - entro il valore complessivo specificamente contrattato (compensando di ricovero e ambulatorio) - gli incrementi di valore sul precedente anno, compensando ricovero ed



ambulatorio. Le prestazioni valorizzate vengono escluse dai successivi calcoli e il corrispondente valore sarà infine aggiunto a quello risultante post regressione.

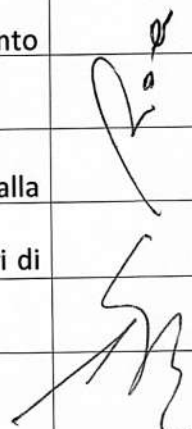
6. Le restanti prestazioni sono categorizzate singolarmente, ai fini dell'eventuale regressione, con le necessarie specifiche, secondo le macrocategorie previste dall'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017, dall'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057 e dall'allegato C) al contratto.

7. Si effettuano le compensazioni a livello di singolo erogatore tra le eccedenze dei valori di produzione dell'ambulatorio (compresa l'assistenza domiciliare) e l'eventuale residuo del tetto di ricovero (acuzie e postacuzie), riconoscendo eventuali eccedenze oltre il 110% del valore di ambulatorio se compensate da corrispondente economia entro il 110% del ricovero.

8. Vengono scartate le prestazioni, da ultimo erogate in ordine temporale, per importi pari alle eventuali eccedenze non compensate, escludendo (dallo scarto) quelle di alta specialità e quelle protette di cui all'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017, all'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, e all'allegato C) al contratto.

9. Vengono di conseguenza rimodulati i tetti di spesa delle AASSLL di residenza interessate dalle compensazioni, tenendo altresì conto dell'assistenza domiciliare.

10. I valori della produzione degli erogatori non interessati alla compensazione vengono eventualmente ricondotti al 110% dei valori di riferimento.



11. Sono scartate le prestazioni da ultimo erogate in ordine temporale per importi pari alle eccedenze, escludendo (dallo scarto) quelle di alta specialità e quelle protette di cui all'allegato C).

12. Le sommatorie delle produzioni di tutti gli erogatori per ciascuna ASL di residenza e setting assistenziale sono confrontate con i tetti di spesa invalicabili per ASL di residenza e setting assistenziale (rimodulati a seguito delle compensazioni) al fine di individuare l'entità degli eventuali importi di regressione.

13. Si effettuano le possibili compensazioni a livello di ASL di residenza, nei casi in cui l'esubero del tetto di spesa di ASL per la specialistica ambulatoriale (compresa l'assistenza domiciliare) sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo del ricovero in acuzie e/o post acuzie.

14. Vengono di conseguenza rimodulati i tetti di spesa delle AASSLL di residenza interessate e quindi, per differenza, definiti gli importi di regressione complessiva di ciascuna ASL per setting assistenziale.

15. Secondo necessità, alle produzioni interessate sono consequenzialmente applicati i seguenti criteri di regressione, sino al raggiungimento degli importi (calcolati al precedente punto) necessari a ricondurre i valori delle produzioni remunerabili entro i limiti dei tetti dell'ASL di residenza, escludendo, di volta in volta, dalle produzioni interessate i valori delle prestazioni protette individuate dall'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017, all'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, o dall'ASL nell'allegato C) al contratto.

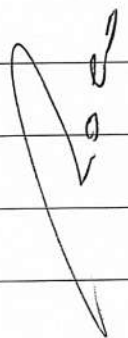
RICOVERO IN ACUZIE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA

I	LEA	20%
II	BASSA SPECIALITA'	10%
III	MEDIA SPECIALITA'	10%
IV	TUTTE LE PRESTAZIONE NON PROTETTE	proporzionale
RICOVERO IN POST ACUZIE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	BASSA SPECIALITA'	10%
II	MEDIA SPECIALITA'	10%
III	TUTTE LE PRESTAZIONI NON PROTETTE	proporzionale
SPECIALISTICA AMBULATORIALE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	DGR N. 44-3399/2016 E DM APPROPRIATEZZA	15%
II	TUTTE LE PRESTAZIONI NON PROTETTE	proporzionale
<p>16. L'applicazione dei meccanismi di regressione economica di cui ai punti precedenti non potrà in ogni caso determinare remunerazioni inferiori al 95% dei valori di riferimento assegnati all'erogatore. Tale livello di garanzia, in assenza di disponibilità residue del tetto complessivo per residenti del SSR (aggregato dei tetti di ASL per residenti ridotto dalla produzione complessiva post regressione economica), sarà assicurato riducendo proporzionalmente, per ciascuna ASL di residenza, le eccedenze di produzione - post regressione economica - quantificate rispetto alla valore di riferimento negoziato.</p>		
<p>17. Secondo il seguente ordine consequenziale si provvede al riutilizzo delle eventuali disponibilità residue del tetto complessivo per residenti del SSR</p>		

RIUTILIZZO DEI RESIDUI

ORDINE	FINALITA'
I	Assicurare il livello di garanzia di regressione massima del 95%
II	Remunerare le prestazioni di alta complessità abbattute
III	Ridurre proporzionalmente il livello di regressione ambulatoriale

18. Gli importi valorizzati al 3. per recupero della mobilità passiva sono aggiunti a quelli risultanti dalla regressione per definire l'importo della remunerazione complessiva.



CONTRATTO / ACCORDO CONTRATTUALE

EX ART. 8 QUINQUIES D. LGS. N. 502/1992 PER IL BIENNIO 2018-2019

Tra

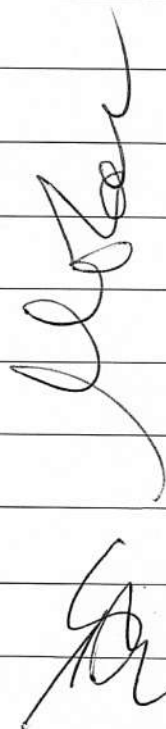
l'ASL AL, con sede legale in Alessandria, Via Venezia 6, (C.F. 02190140067),
rappresentata dal Direttore Generale pro tempore Antonio BRAMBILLA,
successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società STUDIO Dott. C. PONZANO S.r.L., con sede legale in Alessandria –
Piazza Valfrè 54, (C.F. 00389250069), titolare della/e struttura/e con sede/i
operativa/e indicate nell'allegato A), accreditata/e per l'erogazione delle
prestazioni oggetto del contratto/accordo, successivamente nominata
"Struttura" o "Erogatore", rappresentata dalla Dott.ssa Monica Ponzano
nella qualità di Legale Rappresentante, con titolo di legale rappresentanza,
ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

1. gli articoli 8-bis, quater e quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.
disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504, sono state definite le regole di
finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori
privati accreditati e contrattati per il triennio 2017-2019, i tetti di spesa
regionali e di ASL per il 2017 ed è stato approvato lo schema di contratto
a valere per le strutture private e di accordo contrattuale a valere per i
presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78 ed i progetti di sperimentazione
gestionale ex art. 9 bis D. Lgs. 502/92 e s.m.i.;
3. con DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, sono stati aggiornati per il 2018-



2019 i suddetti tetti di spesa e lo schema di contratto/accordo

contrattuale;

4. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. 534 del 02/08/2018

è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto/accordo in

attuazione della citata DGR;

5. il legale rappresentante della Struttura dichiara di non essere stato

condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano

l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non

sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa

vigente;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto/accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto.

2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e

a carico del SSR, conformi a volumi riassunti all'articolo 3, e tipologie

precisate nell'allegato C) parte integrante del contratto.

3. Le prestazioni devono realizzarsi nell'intera annualità, con distribuzione

coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda.

4. Nulla spetterà all'Erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento,

per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di

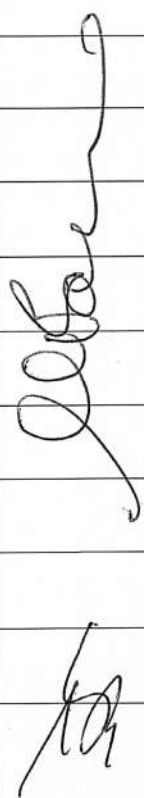
accreditamento e nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui

all'articolo 8.

5. Qualora per giustificato motivo l'Erogatore non possa espletare le

prestazioni oggetto del contratto dovrà dare tempestiva comunicazione

all'ASL, la quale informerà le Aziende dell'area omogenea di



programmazione e la Regione. Similmente si dovrà comunicare la ripresa dell'esecuzione.

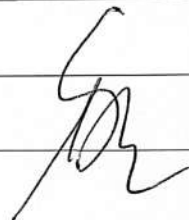
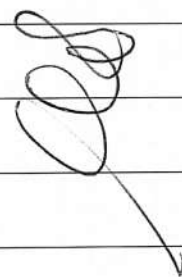
Articolo 2 - Obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi.

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e di provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere ed adeguare i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali di accreditamento, in ragione delle discipline contrattate e del tasso effettivo di occupazione, e ad erogare le prestazioni secondo standard e protocolli di accessibilità, appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.

2. La Struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991. Al personale dipendente saranno applicati i contratti di lavoro nazionali in conformità alla normativa vigente.

3. Ai sensi dell'articolo 1, comma 42, della legge n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti di ASL e Regione che nei tre anni antecedenti abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali.

4. In ottemperanza al regolamento approvato con decreto 2 aprile 2015, n. 70, l'Erogatore trasmette annualmente alla Regione il proprio bilancio (o



conto economico nel caso di Enti o di strutture facenti parte di gruppi societari) redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici.

5. La cessione del contratto a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL e della Regione, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o cambiamento di ragione sociale, subordinatamente all'adozione degli atti di competenza regionale ed aziendale.

Articolo 3 – Limiti finanziari.

1. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR per le prestazioni da rendere ai residenti nelle varie AASSLL dall'insieme degli erogatori privati contrattati sono assunti i tetti di spesa, complessivi e invalicabili, previsti dalla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057 e riportati nell'allegato B).

2. Per il 2018 sono assegnati all'Erogatore i seguenti valori di riferimento per la produzione di prestazioni da rendere a residenti in regione e, ai sensi della circolare del Ministero della Salute n. 5 del 24 marzo 2000, agli STR (stranieri paesi Ue/SEE/in Convenzione), ENI (europeo non iscrivibile) ed STP (stranieri temporaneamente presenti a carico del SSN):

a) ricovero in acuzie €.,00;

b) specialistica ambulatoriale €. 96.756,00;

3. Per il 2019 si assumono i valori di acuzie e di specialistica ambulatoriale che saranno definiti dalla Regione con riferimento a quelli negoziati per l'annualità 2018, eventualmente ridotti o incrementati del 70% della minore o maggiore produzione realizzata entro il 110% dei valori di riferimento, eventualmente riproporzionando ai limiti dei tetti di spesa

regionali per setting assistenziale laddove la sommatoria delle eccedenze superi quella delle economie.

4. a) Per le prestazioni di assistenza domiciliare a favore di residenti in regione è assegnato un valore di riferimento annuo pari ad € ,00.

b) Per le prestazioni di post acuzie a favore di residenti in regione è assegnato un valore di riferimento annuo pari ad € ,00.

5. Ai fini del recupero della mobilità passiva, per l'incremento, rispetto al precedente anno, della produzione di prestazioni definite sulla base degli indirizzi regionali nell'apposita sezione dell'allegato C), si assegna per il 2018 un tetto di spesa di € . 23.964,00.

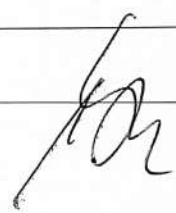
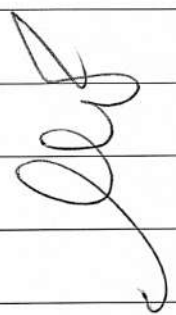
6. Per prestazioni rese a residenti in altre regioni nel 2018:

a) per la produzione/spesa di prestazioni di alta complessità è assegnato un valore di riferimento di € ,00 ;

b) per il ricovero di media e bassa complessità è assegnato un tetto di spesa/produzione di € ,00 ;

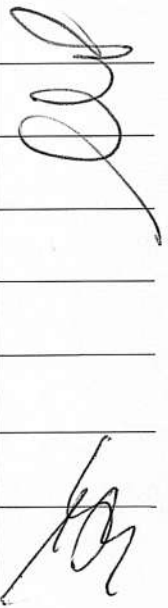
c) per la produzione/spesa di prestazioni di specialistica ambulatoriale è assegnato un valore di riferimento di € . 204,00.

7. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a , nelle more del provvedimento regionale di riordino dei finanziamenti per le funzioni assistenziali, è previsto l'importo di € ,00 - assegnato, nel caso di IRCCS, per il secondo semestre 2018 a completamento del programma sperimentale triennale 2015-2017 di ricerca applicata ex DGR 5 agosto 2015, n. 13-2022 - che rappresenta un limite massimo da verificare dall'ASL a consuntivo sulla base dei costi sostenuti, in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente



svolte.

8. Per la somministrazione dei farmaci (file F) è previsto il rimborso ai costi sostenuti dall'erogatore o, se inferiori, ai prezzi di riferimento delle gare regionali ridotti dalle eventuali quote dovute dalle aziende farmaceutiche in applicazione della così detta "rimborsabilità condizionata" di taluni farmaci.
9. L'Erogatore accetta i tetti di spesa per ASL di residenza, i valori di riferimento assegnati, i tetti di spesa per il recupero della mobilità passiva fuori regione, e quelli per le prestazioni diverse dall'alta complessità rese a residenti in altre regioni, il sistema tariffario vigente nella Regione Piemonte e quello di remunerazione delle prestazioni rese, comprese le regole di regressione economica nel caso in cui l'insieme delle prestazioni erogate dai privati contrattati superi i limiti per ASL di residenza dei pazienti.
10. L'erogatore prende atto ed accetta l'applicazione del sistema di valutazione della qualità che potrà comportare incrementi o riduzioni del 2,5% per premialità o penalizzazione secondo i criteri definiti dalla Regione. Il calcolo degli indicatori sarà effettuato utilizzando il Protocollo PNE contestualizzato a livello regionale.
11. I tetti di spesa complessivi e invalicabili delle AASSLL, i valori di riferimento assegnati all'erogatore e i tetti di spesa per i residenti fuori regione e per il recupero della mobilità passiva si mantengono anche in caso di variazione comunque intervenuta dei valori delle tariffe di riferimento, sia per modifica della fascia di accreditamento, sia per revisione dei tariffari regionali, intendendosi in tal caso rideterminate le



prestazioni oggetto del contratto nella misura necessaria a mantenere i valori fissati.

Articolo 4 – Remunerazione delle prestazioni erogate

1. I valori indicati all'articolo 3, commi 2, lett. a), b), e 4, non rappresentano un limite di produzione invalicabile per l'erogatore poiché, in coerenza alla programmazione sanitaria dell'ASL, potranno essere remunerate anche prestazioni erogate oltre il suddetti valori, purché nei limiti dei tetti di spesa complessivi e invalicabili assegnati alle AASSLL di residenza e del 110% dei valori di riferimento contrattati.

2. I valori delle produzioni entro il 110% potranno comunque subire delle riduzioni per effetto del superamento dei limiti delle AASSLL di residenza e della conseguente applicazione dei meccanismi di regressione economica, secondo le regole riportate nell'allegato D) al contratto.

3. La remunerazione a saldo della produzione per i residenti in regione avviene considerando separatamente ricovero per acuti, ricovero per post-acuti e specialistica ambulatoriale comprensiva dell'assistenza domiciliare con le seguenti regole:

a) la valorizzazione delle prestazioni avviene con la tariffa in vigore al momento dell'erogazione, intendendosi per le prestazioni di ricovero la data di dimissione e per quelle ricorrenti la data di completamento del ciclo terapeutico;

b) il valore della produzione a base delle regole di remunerazione contrattuale include gli abbattimenti in conseguenza degli ordinari controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione;

- c) non saranno riconosciuti i valori economici delle prestazioni eccedenti il 110% dei valori annui di riferimento contrattati;
- d) qualora i valori delle prestazioni realizzate da tutti gli erogatori per i residenti di ciascuna ASL, per ciascun setting assistenziale, risultino inferiori ai tetti di spesa assegnati alle AASSLL per i residenti, all'erogatore verrà corrisposta l'intera valorizzazione della produzione entro il limite massimo del 110% dei valori di riferimento contrattati;
- e) qualora i valori delle prestazioni realizzate da tutti gli erogatori per i residenti di ciascuna ASL, per ciascun setting assistenziale, risultino superiori ai tetti di spesa assegnati alle AASSLL per i residenti, si ridurrà il valore riconosciuto a ciascun erogatore secondo il meccanismo di regressione economica, di cui all'allegato D) al contratto, in modo che le valorizzazioni complessive rientrino nei limiti dei suddetti tetti di spesa invalicabile delle AASSLL;
- f) i valori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza domiciliare sono compensabili e l'eventuale eccedenza di produzione oltre il 110% del valore di riferimento di prestazioni ambulatoriali (comprensivo dell'assistenza domiciliare) può essere compensata, e quindi economicamente riconosciuta, a fronte di una corrispondente e correlata economia entro il 110% del valore fissato per il ricovero (compensazione a livello di Erogatore);
- g) non si procede alla regressione nei casi in cui gli esuberi dei tetti di spesa delle AASSLL per la specialistica ambulatoriale siano compensati da un corrispondente e correlato avanzo del ricovero

(compensazione a livello di ASL);

h) saranno esclusi dalla regressione economica i valori delle prestazioni

cosiddette "protette", riportate nell'allegato C) al contratto;

i) in ogni caso, per ciascun setting assistenziale, l'eventuale

applicazione dei meccanismi di regressione non potrà determinare

una remunerazione inferiore al valore della produzione resa entro il

95% dei valori di riferimento contrattati;

j) gli incrementi di produzione, in termini di valore rispetto al

precedente anno, di prestazioni contrattate per il recupero di

mobilità passiva (art. 3, comma 5, e allegato c) al contratto) saranno

separatamente remunerati, entro il limite dello specifico tetto di

spesa assegnato.

4. La produzione realizzata per residenti in altre regioni sarà remunerata

come segue:

a) la produzione di ricovero di alta complessità e di specialistica

ambulatoriale sarà riconosciuta per intero, anche oltre gli specifici

valori di riferimento (art. 3, comma 6, lett. a) e c));

b) la produzione di ricovero di bassa e media complessità verrà

riconosciuta entro tetto di spesa fissato all'art. 3, comma 6, lett. b),

mentre l'eccedenza sarà eventualmente riconosciuta al termine delle

procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con

riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione

Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre

regioni.

5. Le prestazioni inviate al CSI oltre il termine ordinariamente fissato per la



chiusura della gestione in competenza saranno considerate unicamente ai fini dell'obbligo informativo, ma non a fini remunerativi.

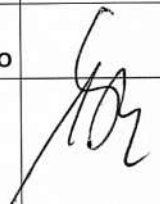
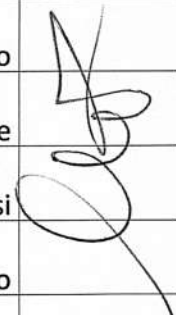
Articolo 5 - Modalità di pagamento.

1. Il corrispettivo preventivato viene liquidato a titolo di acconto in quote mensili posticipate pari al 90% di 1/12 dei valori di riferimento/tetti di spesa o del realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente. Gli acconti per i farmaci sono pari al 90% del somministrato.

2. I pagamenti a titolo di acconto devono avere luogo entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura corredata da un elenco delle prestazioni erogate nel mese di riferimento, redatto nella forma definita dall'ASL.

3. E' fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dell'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.

4. Entro il primo trimestre dell'anno successivo l'ASL verifica le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie concordate per destinazioni di residenza e per recupero di mobilità passiva fuori regione, e comunica alla Regione le informazioni necessarie ai fini della regressione economica che si definirà nei successivi trenta giorni. In caso di mancata contestazione, si procede alla liquidazione del saldo



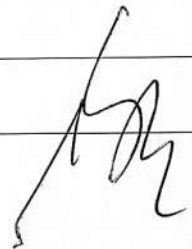
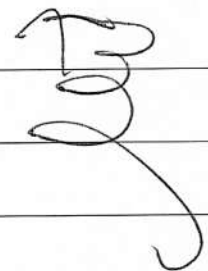
provvisorio della produzione erogata, ex articolo 4 del D. Lgs. n. 231/2002 e s.m.i., entro 60 giorni dal ricevimento della fattura. In caso di contestazione, l'ASL sospenderà la liquidazione delle partite contestate fino alla relativa definizione.

5. Il pagamento di prestazioni fatturate non esclude future contestazioni da parte dell'ASL per importi non dovuti in relazione a prestazioni che, a seguito di ulteriori controlli, risultassero rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa, nei limiti della prescrizione.

6. Gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ASL, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno, all'occorrenza, essere compensate con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi.

7. Gli importi indicati nella reportistica prodotta dal Sistema Informativo Regionale rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dall'Erogatore e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente secondo i protocolli approvati, hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono titolo per il riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.

Articolo 6 – Erogazione di prestazioni.



1. Per una più razionale ed efficiente gestione degli accessi ai servizi, nei termini e secondo le modalità stabilite dall'ASL e/o dalla Regione, la struttura erogatrice assicura:
- a) la condivisione con l'ASL delle agende di prenotazione e il monitoraggio delle prestazioni al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale;
 - b) l'adesione al progetto Fascicolo Sanitario Elettronico, attraverso la condivisione dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito, e la corretta gestione del consenso informato;

2. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in un'apposita sezione nel proprio sito denominata «Liste di attesa», i tempi medi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.

3. Fermo restando il limite giornaliero di capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito entro i limiti quantitativi dei letti accreditati delle aree funzionali omogenee. I posti letto contrattati sono intesi come medi annui e il limite di occupazione giornaliero pari a quello degli accreditati.

4. La capacità produttiva non contrattata o non utilizzata dal SSN è fruibile per l'attività in regime privatistico.

Articolo 7 – Verifiche e controlli.

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza in relazione alle prestazioni contrattate. L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto

della DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si impegna ad agevolare l'attività di vigilanza dell'apposita Commissione ASL, nonché le ulteriori attività esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

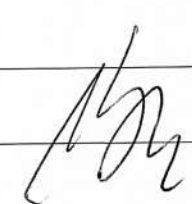
2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 15 giorni, il legale rappresentante della Struttura, o suo delegato, può presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

Articolo 8 - Sospensione e risoluzione del contratto.

1. La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto.

2. Ove una parte accerti l'inadempimento concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto sarà legittimata ad emettere diffida ad adempiere ex articolo 1454 cod. civ. E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex articolo 1218 cod. civ. della parte inadempiente.

3. In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purché formalmente contestati, il contratto è risolto con comunicazione recettizia formulata dalla parte



che ha contestato.

4. In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali del contratto, purché contestati formalmente, il contratto può essere sospeso da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato.

5. In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente contratto, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente contratto per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.

6. In tutte le ipotesi di sospensione di cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti dell'ASL e della Regione.

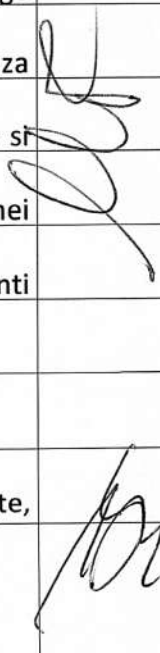
7. Il contratto si intenderà altresì risolto qualora intervenga condanna definitiva per reati contro la pubblica amministrazione a carico del legale rappresentante per fatti ad esso direttamente imputabili.

Articolo 9 – Clausola di manleva.

1. La Struttura assume ogni responsabilità, anche in attuazione della legge n. 24/2017, per qualsiasi danno causato da propria omissione, negligenza o altra inadempienza nell'esecuzione delle prestazioni contrattate e si obbliga ad esonerare il SSN da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questo, avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del contratto.

Articolo 10 – Clausola di salvaguardia.

1. Con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore accetta espressamente,

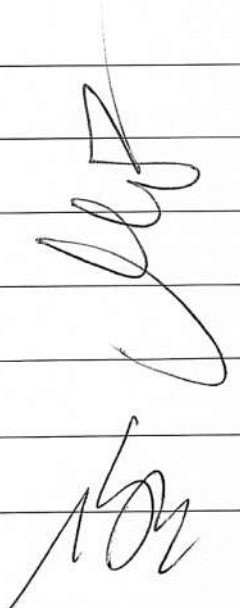


completamente ed incondizionatamente, il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e delle tariffe di riferimento, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi, in quanto determinanti il contenuto del contratto. In considerazione dell'accettazione, con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore rinuncia ad eventuali azioni o impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti.

Articolo 11 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo.

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2018 sino al 31 dicembre 2019. Non è tacitamente prorogabile. Rientrano nel contratto anche le prestazioni rese nel corso del 2018 antecedentemente alla sottoscrizione.
2. Fatto salvo l'articolo 3, comma 3, per il 2019 si prevede la stipula di una integrazione al contratto che recepisca i valori di riferimento quantificati dalla Regione per il 2019 nonché i tetti di spesa e le prestazioni contrattate per il recupero della mobilità passiva.
3. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative, di carattere nazionale, senza che maggiori oneri derivino per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all'ASL.
4. Per gli aspetti non disciplinati dal contratto si rinvia al codice civile ed alla normativa di settore.

Articolo 12 – Bollo e registrazione.



1. Le spese di bollo sono in parti uguali. Ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del DPR 26 aprile 1986 n. 131 il contratto è soggetto a registrazione in caso di uso.

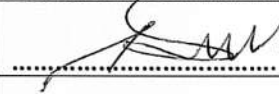
Articolo 13 - Foro competente.

1. Le controversie derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto saranno devolute all'Autorità Giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Li, ~~08/08~~ 2018

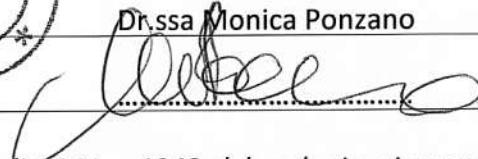
Per l'ASL

Dr. Antonio Brambilla



Per la Struttura

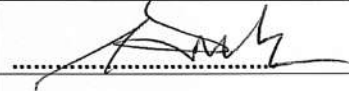
Dr.ssa Monica Ponzano



Ai sensi e per gli effetti dell'articoli 1341 e 1342 del cod. civ. si approvano espressamente le clausole convenute negli articoli 2 (Obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi), 3 (Limiti finanziari), 4 (Remunerazione delle prestazioni erogate), 5 (Modalità di pagamento), 9 (Clausola di manleva), 10 (Clausola di salvaguardia).

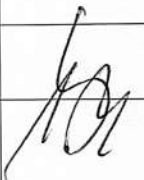
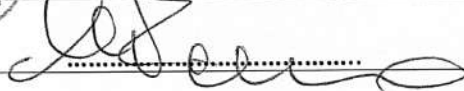
Per l'ASL

Dr. Antonio Brambilla



Per la Struttura

Dr.ssa Monica Ponzano



Allegato A) STATO DI ACCREDITAMENTO

AZIENDA STUDIO DOTT. C. PONZANO S.R.L

COD. AZ. 726

SEDE ALESSANDRIA PIAZZA VALFRE' 54

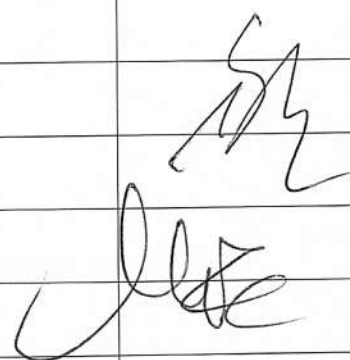
AMBULATORIO

STRUTTURA 1 STUDIO DOTT. C. PONZANO S.R.L.

SEDE OPERATIVA 1 ALESSANDRIA PIAZZA VALFRE' 54 COD. STS

500084

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO D.G.R. 11-1331 del 7.11.2005

A handwritten signature in black ink, consisting of several stylized, overlapping loops and lines, located in the lower right quadrant of the page.

Allegato C) PRESTAZIONI CONTRATTATE

Assunto a riferimento il case mix del precedente anno, l'ASL richiede le seguenti prestazioni che, se realizzate, saranno escluse dall'eventuale regressione economica.

PRESTAZIONI PROTETTE *

Cod./DGR	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	ASL RESIDENZA	N. PRSTAZIONI	VAL TARIFFA	VAL. PROTETTO
TOTALE AMBULATORIO					0,00

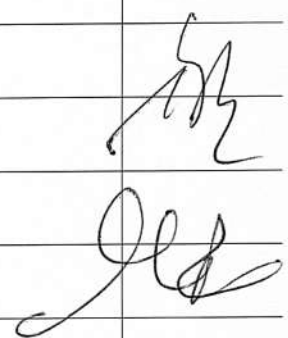
** Importi complessivi massimi entro il 30% dei valori contrattati per ciascun setting assistenziale. Per importi eccedenti il limite saranno considerate non protette le prestazioni indicate per ultime)*



PRESTAZIONI CONTRATTATE PER RECUPERO DELLA MOBILITÀ PASSIVA *

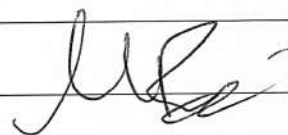
Cod./DGR	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	PROD 2017	PROD 2018 *	VAL. INCREMENTO *
55.93.A	ONDE D'URTO focalizzate (per altre	1.224	25.188	23.964
TOTALE AMBULATORIO *				23.964,00

* con possibilità di compensazione



REGOLE DI VALORIZZAZIONE DELLA PRODUZIONE**RESA A RESIDENTI NELLA REGIONE AI FINI DELLA REMUNERAZIONE**

1. La regressione economica si applica quando la sommatoria dei valori delle prestazioni erogate dall'insieme degli erogatori privati supera i tetti di spesa invalicabili assegnati alle AASSLL per l'acquisto di prestazioni da privati contrattati a favore di propri residenti.
2. Ai fini della eventuale regressione si considerano separatamente le prestazioni rese per ricovero in regime di acuzie, ricovero in post acuzie e specialistica ambulatoriale.
3. I valori di produzione a base dei calcoli della regressione si assumono al netto degli abbattimenti conseguenti agli ordinari controlli effettuati sulla produzione; abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione.
4. Vengono dapprima rimodulati i tetti di spesa di ricovero ed ambulatorio delle AASSLL in conseguenza di eventuali incrementi dei valori di riferimento dell'ambulatorio compensati da riduzioni di ricovero attuati dalle AASSLL in sede di sottoscrizione dei contratti. Gli adeguamenti sono effettuati nel rispetto dei volumi complessivi di ciascuna ASL di residenza (aggregato dei setting assistenziali) utilizzando i valori e le informazioni trasmesse dalle AASSLL di competenza territoriale.
5. Vengono individuate le prestazioni contrattate per il recupero della mobilità passiva e quindi valorizzate - entro il valore complessivo specificamente contrattato (compensando di ricovero e ambulatorio) - gli incrementi di valore sul precedente anno, compensando ricovero ed



ambulatorio. Le prestazioni valorizzate vengono escluse dai successivi calcoli e il corrispondente valore sarà infine aggiunto a quello risultante post regressione.

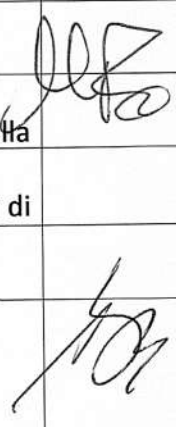
6. Le restanti prestazioni sono categorizzate singolarmente, ai fini dell'eventuale regressione, con le necessarie specifiche, secondo le macrocategorie previste dall'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017, dall'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057 e dall'allegato C) al contratto.

7. Si effettuano le compensazioni a livello di singolo erogatore tra le eccedenze dei valori di produzione dell'ambulatorio (compresa l'assistenza domiciliare) e l'eventuale residuo del tetto di ricovero (acuzie e postacuzie), riconoscendo eventuali eccedenze oltre il 110% del valore di ambulatorio se compensate da corrispondente economia entro il 110% del ricovero.

8. Vengono scartate le prestazioni, da ultimo erogate in ordine temporale, per importi pari alle eventuali eccedenze non compensate, escludendo (dallo scarto) quelle di alta specialità e quelle protette di cui all'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017, all'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, e all'allegato C) al contratto.

9. Vengono di conseguenza rimodulati i tetti di spesa delle AASSLL di residenza interessate dalle compensazioni, tenendo altresì conto dell'assistenza domiciliare.

10. I valori della produzione degli erogatori non interessati alla compensazione vengono eventualmente ricondotti al 110% dei valori di riferimento.



11. Sono scartate le prestazioni da ultimo erogate in ordine temporale per importi pari alle eccedenze, escludendo (dallo scarto) quelle di alta specialità e quelle protette di cui all'allegato C).

12. Le sommatorie delle produzioni di tutti gli erogatori per ciascuna ASL di residenza e setting assistenziale sono confrontate con i tetti di spesa invalicabili per ASL di residenza e setting assistenziale (rimodulati a seguito delle compensazioni) al fine di individuare l'entità degli eventuali importi di regressione.

13. Si effettuano le possibili compensazioni a livello di ASL di residenza, nei casi in cui l'esubero del tetto di spesa di ASL per la specialistica ambulatoriale (compresa l'assistenza domiciliare) sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo del ricovero in acuzie e/o post acuzie.

14. Vengono di conseguenza rimodulati i tetti di spesa delle AASSLL di residenza interessate e quindi, per differenza, definiti gli importi di regressione complessiva di ciascuna ASL per setting assistenziale.

15. Secondo necessità, alle produzioni interessate sono consequenzialmente applicati i seguenti criteri di regressione, sino al raggiungimento degli importi (calcolati al precedente punto) necessari a ricondurre i valori delle produzioni remunerabili entro i limiti dei tetti dell'ASL di residenza, escludendo, di volta in volta, dalle produzioni interessate i valori delle prestazioni protette individuate dall'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017, all'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, o dall'ASL nell'allegato C) al contratto.

RICOVERO IN ACUZIE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA

	I	LEA	20%
	II	BASSA SPECIALITA'	10%
	III	MEDIA SPECIALITA'	10%
	IV	TUTTE LE PRESTAZIONE NON PROTETTE	proporzionale
RICOVERO IN POST ACUZIE			
	ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
	I	BASSA SPECIALITA'	10%
	II	MEDIA SPECIALITA'	10%
	III	TUTTE LE PRESTAZIONI NON PROTETTE	proporzionale
SPECIALISTICA AMBULATORIALE			
	ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
	I	DGR N. 44-3399/2016 E DM APPROPRIATEZZA	15%
	II	TUTTE LE PRESTAZIONI NON PROTETTE	proporzionale
<p>16. L'applicazione dei meccanismi di regressione economica di cui ai punti precedenti non potrà in ogni caso determinare remunerazioni inferiori al 95% dei valori di riferimento assegnati all'erogatore. Tale livello di garanzia, in assenza di disponibilità residue del tetto complessivo per residenti del SSR (aggregato dei tetti di ASL per residenti ridotto dalla produzione complessiva post regressione economica), sarà assicurato riducendo proporzionalmente, per ciascuna ASL di residenza, le eccedenze di produzione - post regressione economica - quantificate rispetto alla valore di riferimento negoziato.</p>			
<p>17. Secondo il seguente ordine consequenziale si provvede al riutilizzo delle eventuali disponibilità residue del tetto complessivo per residenti del SSR</p>			

RIUTILIZZO DEI RESIDUI

ORDINE

FINALITA'

I

Assicurare il livello di garanzia di regressione massima del 95%

II

Remunerare le prestazioni di alta complessità abbattute

III

Ridurre proporzionalmente il livello di regressione ambulatoriale

18. Gli importi valorizzati al 3. per recupero della mobilità passiva sono aggiunti a quelli risultanti dalla regressione per definire l'importo della remunerazione complessiva.



CONTRATTO / ACCORDO CONTRATTUALE

EX ART. 8 QUINQUIES D. LGS. N. 502/1992 PER IL BIENNIO 2018-2019

Tra

l'ASL AL, con sede legale in Alessandria, Via Venezia 6, (C.F. 02190140067),
rappresentata dal Direttore Generale pro tempore Antonio BRAMBILLA,
successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società STUDIO di RADIOLOGIA OMODEO ZORINI S.n.C., con sede legale in
Tortona - Piazza Delle Erbe 3, (C.F. 00521730069), titolare della/e
struttura/e con sede/i operativa/e indicate nell'allegato A), accreditata/e per
l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto/accordo,
successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata dal
Dott. Paolo Omodeo Zorini nella qualità di Amministratore con titolo di
legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

1. gli articoli 8-bis, quater e quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.
disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504, sono state definite le regole di
finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori
privati accreditati e contrattati per il triennio 2017-2019, i tetti di spesa
regionali e di ASL per il 2017 ed è stato approvato lo schema di contratto
a valere per le strutture private e di accordo contrattuale a valere per i
presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78 ed i progetti di sperimentazione
gestionale ex art. 9 bis D. Lgs. 502/92 e s.m.i.;
3. con DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, sono stati aggiornati per il 2018-

2019 i suddetti tetti di spesa e lo schema di contratto/accordo

contrattuale;

4. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. 534 del 02/08/2018

è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto/accordo in

attuazione della citata DGR;

5. il legale rappresentante della Struttura dichiara di non essere stato

condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano

l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non

sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa

vigente;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto/accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto.

2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e

a carico del SSR, conformi a volumi riassunti all'articolo 3, e tipologie

precisate nell'allegato C) parte integrante del contratto.

3. Le prestazioni devono realizzarsi nell'intera annualità, con distribuzione

coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda.

4. Nulla spetterà all'Erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento,

per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di

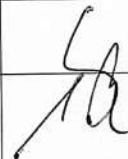
accreditamento e nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui

all'articolo 8.

5. Qualora per giustificato motivo l'Erogatore non possa espletare le

prestazioni oggetto del contratto dovrà dare tempestiva comunicazione

all'ASL, la quale informerà le Aziende dell'area omogenea di



programmazione e la Regione. Similmente si dovrà comunicare la ripresa dell'esecuzione.

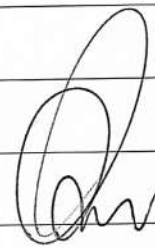
Articolo 2 - Obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi.

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e di provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere ed adeguare i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali di accreditamento, in ragione delle discipline contrattate e del tasso effettivo di occupazione, e ad erogare le prestazioni secondo standard e protocolli di accessibilità, appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.

2. La Struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991. Al personale dipendente saranno applicati i contratti di lavoro nazionali in conformità alla normativa vigente.

3. Ai sensi dell'articolo 1, comma 42, della legge n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti di ASL e Regione che nei tre anni antecedenti abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali.

4. In ottemperanza al regolamento approvato con decreto 2 aprile 2015, n. 70, l'Erogatore trasmette annualmente alla Regione il proprio bilancio (o



conto economico nel caso di Enti o di strutture facenti parte di gruppi societari) redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici.

5. La cessione del contratto a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL e della Regione, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o cambiamento di ragione sociale, subordinatamente all'adozione degli atti di competenza regionale ed aziendale.

Articolo 3 – Limiti finanziari.

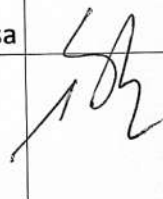
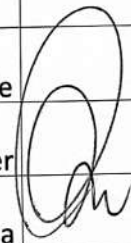
1. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR per le prestazioni da rendere ai residenti nelle varie AASSLL dall'insieme degli erogatori privati contrattati sono assunti i tetti di spesa, complessivi e invalicabili, previsti dalla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057 e riportati nell'allegato B).

2. Per il 2018 sono assegnati all'Erogatore i seguenti valori di riferimento per la produzione di prestazioni da rendere a residenti in regione e, ai sensi della circolare del Ministero della Salute n. 5 del 24 marzo 2000, agli STR (stranieri paesi Ue/SEE/in Convenzione), ENI (europeo non iscrivibile) ed STP (stranieri temporaneamente presenti a carico del SSN):

a) ricovero in acuzie €.....,00;

b) specialistica ambulatoriale € 584.371,00;

3. Per il 2019 si assumono i valori di acuzie e di specialistica ambulatoriale che saranno definiti dalla Regione con riferimento a quelli negoziati per l'annualità 2018, eventualmente ridotti o incrementati del 70% della minore o maggiore produzione realizzata entro il 110% dei valori di riferimento, eventualmente riproporzionando ai limiti dei tetti di spesa



svolte.

8. Per la somministrazione dei farmaci (file F) è previsto il rimborso ai costi sostenuti dall'erogatore o, se inferiori, ai prezzi di riferimento delle gare regionali ridotti dalle eventuali quote dovute dalle aziende farmaceutiche in applicazione della così detta "rimborsabilità condizionata" di taluni farmaci.

9. L'Erogatore accetta i tetti di spesa per ASL di residenza, i valori di riferimento assegnati, i tetti di spesa per il recupero della mobilità passiva fuori regione, e quelli per le prestazioni diverse dall'alta complessità rese a residenti in altre regioni, il sistema tariffario vigente nella Regione Piemonte e quello di remunerazione delle prestazioni rese, comprese le regole di regressione economica nel caso in cui l'insieme delle prestazioni erogate dai privati contrattati superi i limiti per ASL di residenza dei pazienti.

10. L'erogatore prende atto ed accetta l'applicazione del sistema di valutazione della qualità che potrà comportare incrementi o riduzioni del 2,5% per premialità o penalizzazione secondo i criteri definiti dalla Regione. Il calcolo degli indicatori sarà effettuato utilizzando il Protocollo PNE contestualizzato a livello regionale.

11. I tetti di spesa complessivi e invalicabili delle AASSLL, i valori di riferimento assegnati all'erogatore e i tetti di spesa per i residenti fuori regione e per il recupero della mobilità passiva si mantengono anche in caso di variazione comunque intervenuta dei valori delle tariffe di riferimento, sia per modifica della fascia di accreditamento, sia per revisione dei tariffari regionali, intendendosi in tal caso rideterminate le

prestazioni oggetto del contratto nella misura necessaria a mantenere i valori fissati.

Articolo 4 – Remunerazione delle prestazioni erogate

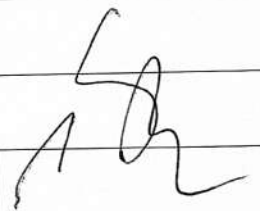
1. I valori indicati all'articolo 3, commi 2, lett. a), b), e 4, non rappresentano un limite di produzione invalicabile per l'erogatore poiché, in coerenza alla programmazione sanitaria dell'ASL, potranno essere remunerate anche prestazioni erogate oltre il suddetti valori, purché nei limiti dei tetti di spesa complessivi e invalicabili assegnati alle AASSLL di residenza e del 110% dei valori di riferimento contrattati.

2. I valori delle produzioni entro il 110% potranno comunque subire delle riduzioni per effetto del superamento dei limiti delle AASSLL di residenza e della conseguente applicazione dei meccanismi di regressione economica, secondo le regole riportate nell'allegato D) al contratto.

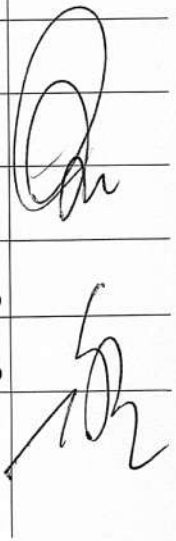
3. La remunerazione a saldo della produzione per i residenti in regione avviene considerando separatamente ricovero per acuti, ricovero per post-acuti e specialistica ambulatoriale comprensiva dell'assistenza domiciliare con le seguenti regole:

a) la valorizzazione delle prestazioni avviene con la tariffa in vigore al momento dell'erogazione, intendendosi per le prestazioni di ricovero la data di dimissione e per quelle ricorrenti la data di completamento del ciclo terapeutico;

b) il valore della produzione a base delle regole di remunerazione contrattuale include gli abbattimenti in conseguenza degli ordinari controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione;



- c) non saranno riconosciuti i valori economici delle prestazioni eccedenti il 110% dei valori annui di riferimento contrattati;
- d) qualora i valori delle prestazioni realizzate da tutti gli erogatori per i residenti di ciascuna ASL, per ciascun setting assistenziale, risultino inferiori ai tetti di spesa assegnati alle AASSLL per i residenti, all'erogatore verrà corrisposta l'intera valorizzazione della produzione entro il limite massimo del 110% dei valori di riferimento contrattati;
- e) qualora i valori delle prestazioni realizzate da tutti gli erogatori per i residenti di ciascuna ASL, per ciascun setting assistenziale, risultino superiori ai tetti di spesa assegnati alle AASSLL per i residenti, si ridurrà il valore riconosciuto a ciascun erogatore secondo il meccanismo di regressione economica, di cui all'allegato D) al contratto, in modo che le valorizzazioni complessive rientrino nei limiti dei suddetti tetti di spesa invalicabile delle AASSLL;
- f) i valori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza domiciliare sono compensabili e l'eventuale eccedenza di produzione oltre il 110% del valore di riferimento di prestazioni ambulatoriali (comprensivo dell'assistenza domiciliare) può essere compensata, e quindi economicamente riconosciuta, a fronte di una corrispondente e correlata economia entro il 110% del valore fissato per il ricovero (compensazione a livello di Erogatore);
- g) non si procede alla regressione nei casi in cui gli esuberi dei tetti di spesa delle AASSLL per la specialistica ambulatoriale siano compensati da un corrispondente e correlato avanzo del ricovero



(compensazione a livello di ASL);

h) saranno esclusi dalla regressione economica i valori delle prestazioni cosiddette "protette", riportate nell'allegato C) al contratto;

i) in ogni caso, per ciascun setting assistenziale, l'eventuale applicazione dei meccanismi di regressione non potrà determinare una remunerazione inferiore al valore della produzione resa entro il 95% dei valori di riferimento contrattati;

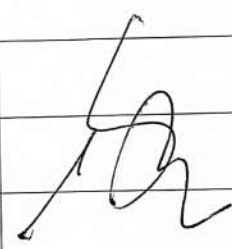
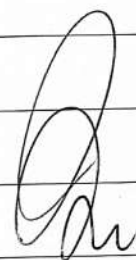
j) gli incrementi di produzione, in termini di valore rispetto al precedente anno, di prestazioni contrattate per il recupero di mobilità passiva (art. 3, comma 5, e allegato c) al contratto) saranno separatamente remunerati, entro il limite dello specifico tetto di spesa assegnato.

4. La produzione realizzata per residenti in altre regioni sarà remunerata come segue:

a) la produzione di ricovero di alta complessità e di specialistica ambulatoriale sarà riconosciuta per intero, anche oltre gli specifici valori di riferimento (art. 3, comma 6, lett. a) e c));

b) la produzione di ricovero di bassa e media complessità verrà riconosciuta entro tetto di spesa fissato all'art. 3, comma 6, lett. b), mentre l'eccedenza sarà eventualmente riconosciuta al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre regioni.

5. Le prestazioni inviate al CSI oltre il termine ordinariamente fissato per la



chiusura della gestione in competenza saranno considerate unicamente ai fini dell'obbligo informativo, ma non a fini remunerativi.

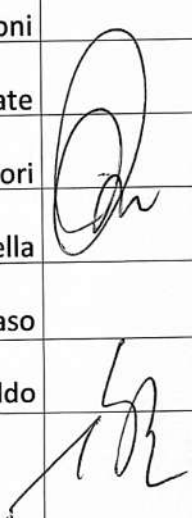
Articolo 5 - Modalità di pagamento.

1. Il corrispettivo preventivato viene liquidato a titolo di acconto in quote mensili posticipate pari al 90% di 1/12 dei valori di riferimento/tetti di spesa o del realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente. Gli acconti per i farmaci sono pari al 90% del somministrato.

2. I pagamenti a titolo di acconto devono avere luogo entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura corredata da un elenco delle prestazioni erogate nel mese di riferimento, redatto nella forma definita dall'ASL.

3. E' fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dell'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.

4. Entro il primo trimestre dell'anno successivo l'ASL verifica le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie concordate per destinazioni di residenza e per recupero di mobilità passiva fuori regione, e comunica alla Regione le informazioni necessarie ai fini della regressione economica che si definirà nei successivi trenta giorni. In caso di mancata contestazione, si procede alla liquidazione del saldo



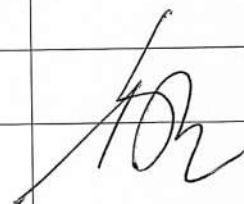
provvisorio della produzione erogata, ex articolo 4 del D. Lgs. n. 231/2002 e s.m.i., entro 60 giorni dal ricevimento della fattura. In caso di contestazione, l'ASL sospenderà la liquidazione delle partite contestate fino alla relativa definizione.

5. Il pagamento di prestazioni fatturate non esclude future contestazioni da parte dell'ASL per importi non dovuti in relazione a prestazioni che, a seguito di ulteriori controlli, risultassero rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa, nei limiti della prescrizione.

6. Gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ASL, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno, all'occorrenza, essere compensate con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi.

7. Gli importi indicati nella reportistica prodotta dal Sistema Informativo Regionale rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dall'Erogatore e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente secondo i protocolli approvati, hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono titolo per il riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.

Articolo 6 – Erogazione di prestazioni.



1. Per una più razionale ed efficiente gestione degli accessi ai servizi, nei termini e secondo le modalità stabilite dall'ASL e/o dalla Regione, la struttura erogatrice assicura:
- a) la condivisione con l'ASL delle agende di prenotazione e il monitoraggio delle prestazioni al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale;
 - b) l'adesione al progetto Fascicolo Sanitario Elettronico, attraverso la condivisione dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito, e la corretta gestione del consenso informato;

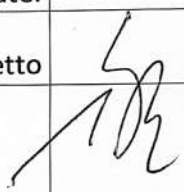
2. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in un'apposita sezione nel proprio sito denominata «Liste di attesa», i tempi medi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.

3. Fermo restando il limite giornaliero di capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito entro i limiti quantitativi dei letti accreditati delle aree funzionali omogenee. I posti letto contrattati sono intesi come medi annui e il limite di occupazione giornaliero pari a quello degli accreditati.

4. La capacità produttiva non contrattata o non utilizzata dal SSN è fruibile per l'attività in regime privatistico.

Articolo 7 – Verifiche e controlli.

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza in relazione alle prestazioni contrattate. L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto



della DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si impegna ad agevolare l'attività di vigilanza dell'apposita Commissione ASL, nonché le ulteriori attività esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 15 giorni, il legale rappresentante della Struttura, o suo delegato, può presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

Articolo 8 - Sospensione e risoluzione del contratto.

1. La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto.

2. Ove una parte accerti l'inadempimento concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto sarà legittimata ad emettere diffida ad adempiere ex articolo 1454 cod. civ. E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex articolo 1218 cod. civ. della parte inadempiente.

3. In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purché formalmente contestati, il contratto è risolto con comunicazione recettizia formulata dalla parte



che ha contestato.

4. In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali del contratto, purché contestati formalmente, il contratto può essere sospeso da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato.

5. In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente contratto, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente contratto per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.

6. In tutte le ipotesi di sospensione di cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti dell'ASL e della Regione.

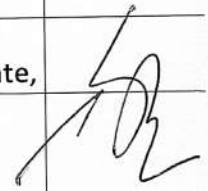
7. Il contratto si intenderà altresì risolto qualora intervenga condanna definitiva per reati contro la pubblica amministrazione a carico del legale rappresentante per fatti ad esso direttamente imputabili.

Articolo 9 – Clausola di manleva.

1. La Struttura assume ogni responsabilità, anche in attuazione della legge n. 24/2017, per qualsiasi danno causato da propria omissione, negligenza o altra inadempienza nell'esecuzione delle prestazioni contrattate e si obbliga ad esonerare il SSN da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questo, avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del contratto.

Articolo 10 – Clausola di salvaguardia.

1. Con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore accetta espressamente,



completamente ed incondizionatamente, il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e delle tariffe di riferimento, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi, in quanto determinanti il contenuto del contratto. In considerazione dell'accettazione, con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore rinuncia ad eventuali azioni o impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti.

Articolo 11 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo.

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2018 sino al 31 dicembre 2019. Non è tacitamente prorogabile. Rientrano nel contratto anche le prestazioni rese nel corso del 2018 antecedentemente alla sottoscrizione.
2. Fatto salvo l'articolo 3, comma 3, per il 2019 si prevede la stipula di una integrazione al contratto che recepisca i valori di riferimento quantificati dalla Regione per il 2019 nonché i tetti di spesa e le prestazioni contrattate per il recupero della mobilità passiva.
3. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative, di carattere nazionale, senza che maggiori oneri derivino per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all'ASL.
4. Per gli aspetti non disciplinati dal contratto si rinvia al codice civile ed alla normativa di settore.

Articolo 12 – Bollo e registrazione.



1. Le spese di bollo sono in parti uguali. Ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del DPR 26 aprile 1986 n. 131 il contratto è soggetto a registrazione in caso di uso.

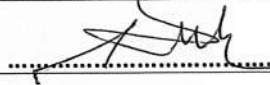
Articolo 13 - Foro competente.

1. Le controversie derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto saranno devolute all'Autorità Giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Li, 08/09/2018

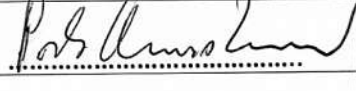
Per l'ASL

Dr. Antonio Brambilla



Per la Struttura

Dr. Paolo Omodeo Zorini



Ai sensi e per gli effetti dell'articoli 1341 e 1342 del cod. civ. si approvano espressamente le clausole convenute negli articoli 2 (Obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi), 3 (Limiti finanziari), 4 (Remunerazione delle prestazioni erogate), 5 (Modalità di pagamento), 9 (Clausola di manleva), 10 (Clausola di salvaguardia).

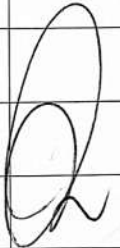
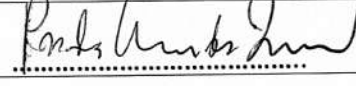
Per l'ASL

Dr. Antonio Brambilla



Per la Struttura

Dr. Paolo Omodeo Zorini



Allegato A) STATO DI ACCREDITAMENTO

AZIENDA STUDIO DI RADIOLOGIA OMODEO ZORINI s.n.c.

COD. AZ. 727

SEDE TORTONA (AL) – PIAZZA DELLE ERBE 3

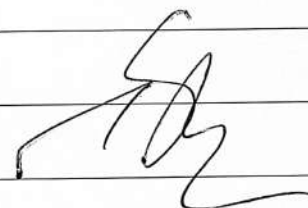
AMBULATORIO

STRUTTURA 1 STUDIO DI RADIOLOGIA OMODEO ZORINI

SEDE OPERATIVA 1 TORTONA (AL) – PIAZZA DELLE ERBE 3

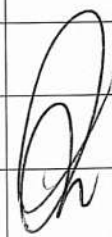
COD. STS 500086

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO D.G.R. 37-1314 del 26.7.2004



Allegato B) TETTI DI SPESA INVALICABILI PER ASL DI RESIDENZA 2018 e 2019

ASL	ACUZIE	POST ACUZIE	AMBULATORIO
ASL CITTA' DI TORINO	54.043.471	41.902.898	76.491.499
ASL TO3	27.852.743	19.316.259	35.538.514
ASL TO4	33.885.737	23.528.451	25.952.050
ASL TO5	16.124.940	9.522.846	19.018.050
ASL VC	7.120.915	6.146.463	6.275.594
ASL BI	6.068.367	2.128.646	3.998.726
ASL NO	10.337.622	14.074.825	11.496.433
ASL VCO	10.598.260	9.336.274	6.972.598
ASL CN1	8.954.326	10.279.218	3.708.503
ASL CN2	5.688.967	4.704.967	3.903.527
ASL AT	5.755.793	4.317.112	5.634.761
ASL AL	17.753.837	3.363.725	14.383.543
TOTALE ASL	204.184.978	148.621.683	213.373.799
Ausiliatrice art. 26 l. 833/78		2.404.773	2.276.290
Trasferimento Guttuari			718.144
TOTALE REGIONE	204.184.978	151.026.456	216.368.233



Allegato C) PRESTAZIONI CONTRATTATE

Assunto a riferimento il case mix del precedente anno, l'ASL richiede le seguenti prestazioni che, se realizzate, saranno escluse dall'eventuale regressione economica.

PRESTAZIONI PROTETTE *

Cod./DGR	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	ASL	N.	VAL	VAL. PROTETTO
TOTALE AMBULATORIO					0,00

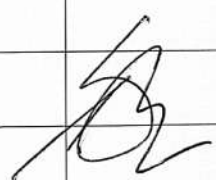
** Importi complessivi massimi entro il 30% dei valori contrattati per ciascun setting assistenziale. Per importi eccedenti il limite saranno considerate non protette le prestazioni indicate per ultime)*



PRESTAZIONI CONTRATTATE PER RECUPERO DELLA MOBILITÀ PASSIVA *


Cod./DGR	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	PROD 2017	PROD 2018 *	VAL. INCREMENTO *
87.44.1	RX TORACE ROUTINE, NAS	12.896	14.190	1.294
88.27	RX FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA	17.617	18.579	962
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	6.038	6.988	950
87.03	TC CAPO	18.500	20.511	2.011
87.03.1	TC CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	2.288	2.829	542
87.41.1	TC TORACE, SENZA E CON	11.443	12.868	1.425
88.01.6	TC ADDOME COMPLETO, SENZA E CON	21.672	23.862	2.190
88.38.1	TC RACHIDE E SPECO VERTEBRALE	5.983	6.513	530
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA CAPO E	21.243	21.999	756
88.74.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE	14.663	15.906	1.243
88.76.1	ECO ADDOME COMPLETO	154.262	158.430	4.168
88.73.1	ECO MAMMELLA (bilaterale)	6.785	7.763	978
88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA	54.065	55.789	1.724
88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI	46.095	47.022	927
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA ARTI	51.231	52.517	1.285
TOTALE AMBULATORIO *				20.985,00

* con possibilità di compensazione

REGOLE DI VALORIZZAZIONE DELLA PRODUZIONE**RESA A RESIDENTI NELLA REGIONE AI FINI DELLA REMUNERAZIONE**

1. La regressione economica si applica quando la sommatoria dei valori delle prestazioni erogate dall'insieme degli erogatori privati supera i tetti di spesa invalicabili assegnati alle AASSLL per l'acquisto di prestazioni da privati contrattati a favore di propri residenti.
2. Ai fini della eventuale regressione si considerano separatamente le prestazioni rese per ricovero in regime di acuzie, ricovero in post acuzie e specialistica ambulatoriale.
3. I valori di produzione a base dei calcoli della regressione si assumono al netto degli abbattimenti conseguenti agli ordinari controlli effettuati sulla produzione; abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione.
4. Vengono dapprima rimodulati i tetti di spesa di ricovero ed ambulatorio delle AASSLL in conseguenza di eventuali incrementi dei valori di riferimento dell'ambulatorio compensati da riduzioni di ricovero attuati dalle AASSLL in sede di sottoscrizione dei contratti. Gli adeguamenti sono effettuati nel rispetto dei volumi complessivi di ciascuna ASL di residenza (aggregato dei setting assistenziali) utilizzando i valori e le informazioni trasmesse dalle AASSLL di competenza territoriale.
5. Vengono individuate le prestazioni contrattate per il recupero della mobilità passiva e quindi valorizzati - entro il valore complessivo specificamente contrattato (compensando di ricovero e ambulatorio) - gli incrementi di valore sul precedente anno, compensando ricovero ed



ambulatorio. Le prestazioni valorizzate vengono escluse dai successivi calcoli e il corrispondente valore sarà infine aggiunto a quello risultante post regressione.



6. Le restanti prestazioni sono categorizzate singolarmente, ai fini dell'eventuale regressione, con le necessarie specifiche, secondo le macrocategorie previste dall'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017, dall'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057 e dall'allegato C) al contratto.

7. Si effettuano le compensazioni a livello di singolo erogatore tra le eccedenze dei valori di produzione dell'ambulatorio (compresa l'assistenza domiciliare) e l'eventuale residuo del tetto di ricovero (acuzie e postacuzie), riconoscendo eventuali eccedenze oltre il 110% del valore di ambulatorio se compensate da corrispondente economia entro il 110% del ricovero.

8. Vengono scartate le prestazioni, da ultimo erogate in ordine temporale, per importi pari alle eventuali eccedenze non compensate, escludendo (dallo scarto) quelle di alta specialità e quelle protette di cui all'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017, all'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, e all'allegato C) al contratto.

9. Vengono di conseguenza rimodulati i tetti di spesa delle AASSLL di residenza interessate dalle compensazioni, tenendo altresì conto dell'assistenza domiciliare.

10. I valori della produzione degli erogatori non interessati alla compensazione vengono eventualmente ricondotti al 110% dei valori di riferimento.

11. Sono scartate le prestazioni da ultimo erogate in ordine temporale per importi pari alle eccedenze, escludendo (dallo scarto) quelle di alta specialità e quelle protette di cui all'allegato C).

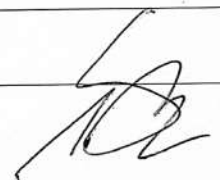
12. Le sommatorie delle produzioni di tutti gli erogatori per ciascuna ASL di residenza e setting assistenziale sono confrontate con i tetti di spesa invalicabili per ASL di residenza e setting assistenziale (rimodulati a seguito delle compensazioni) al fine di individuare l'entità degli eventuali importi di regressione.

13. Si effettuano le possibili compensazioni a livello di ASL di residenza, nei casi in cui l'esubero del tetto di spesa di ASL per la specialistica ambulatoriale (compresa l'assistenza domiciliare) sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo del ricovero in acuzie e/o post acuzie.


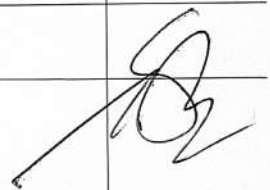
14. Vengono di conseguenza rimodulati i tetti di spesa delle AASSLL di residenza interessate e quindi, per differenza, definiti gli importi di regressione complessiva di ciascuna ASL per setting assistenziale.

15. Secondo necessità, alle produzioni interessate sono consequenzialmente applicati i seguenti criteri di regressione, sino al raggiungimento degli importi (calcolati al precedente punto) necessari a ricondurre i valori delle produzioni remunerabili entro i limiti dei tetti dell'ASL di residenza, escludendo, di volta in volta, dalle produzioni interessate i valori delle prestazioni protette individuate dall'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017, all'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, o dall'ASL nell'allegato C) al contratto.

RICOVERO IN ACUZIE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA



I	LEA	20%
II	BASSA SPECIALITA'	10%
III	MEDIA SPECIALITA'	10%
IV	TUTTE LE PRESTAZIONE NON PROTETTE	proporzionale
RICOVERO IN POST ACUZIE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	BASSA SPECIALITA'	10%
II	MEDIA SPECIALITA'	10%
III	TUTTE LE PRESTAZIONI NON PROTETTE	proporzionale
SPECIALISTICA AMBULATORIALE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	DGR N. 44-3399/2016 E DM APPROPRIATEZZA	15%
II	TUTTE LE PRESTAZIONI NON PROTETTE	proporzionale
<p>16. L'applicazione dei meccanismi di regressione economica di cui ai punti precedenti non potrà in ogni caso determinare remunerazioni inferiori al 95% dei valori di riferimento assegnati all'erogatore. Tale livello di garanzia, in assenza di disponibilità residue del tetto complessivo per residenti del SSR (aggregato dei tetti di ASL per residenti ridotto dalla produzione complessiva post regressione economica), sarà assicurato riducendo proporzionalmente, per ciascuna ASL di residenza, le eccedenze di produzione - post regressione economica - quantificate rispetto alla valore di riferimento negoziato.</p>		
<p>17. Secondo il seguente ordine consequenziale si provvede al riutilizzo delle eventuali disponibilità residue del tetto complessivo per residenti del SSR</p>		

RIUTILIZZO DEI RESIDUI

ORDINE	FINALITA'
I	Assicurare il livello di garanzia di regressione massima del 95%
II	Remunerare le prestazioni di alta complessità abbattute
III	Ridurre proporzionalmente il livello di regressione ambulatoriale

18. Gli importi valorizzati al 3. per recupero della mobilità passiva sono aggiunti a quelli risultanti dalla regressione per definire l'importo della remunerazione complessiva.




CONTRATTO / ACCORDO CONTRATTUALE

EX ART. 8 *QUINQUIES* D. LGS. N. 502/1992 PER IL BIENNIO 2018-2019

Tra



l'ASL AL, con sede legale in Alessandria, Via Venezia 6, (C.F. 02190140067),
rappresentata dal Direttore Generale pro tempore Antonio BRAMBILLA,
successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società Casa di Cura Villa Igea S.p.A., con sede legale in Acqui Terme –
Strada Moirano 2 (C.F. 02035510060), titolare della struttura Casa di Cura
Villa Igea S.p.A. con sede operativa in Acqui Terme strada Moirano 2,
indicata nell'allegato A), accreditata/e per l'erogazione delle prestazioni
oggetto del contratto/accordo, successivamente nominata "Struttura" o
"Erogatore", rappresentata dall'Ing. Luigino Branda nella qualità di
rappresentante legale con titolo di legale rappresentanza, ovvero con
mandato speciale.

Premesso che:



1. gli articoli 8-bis, quater e quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.
disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504, sono state definite le regole di
finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori
privati accreditati e contrattati per il triennio 2017-2019, i tetti di spesa
regionali e di ASL per il 2017 ed è stato approvato lo schema di contratto
a valere per le strutture private e di accordo contrattuale a valere per i
presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78 ed i progetti di sperimentazione
gestionale ex art. 9 bis D. Lgs. 502/92 e s.m.i.;

3. con DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, sono stati aggiornati per il 2018-2019 i suddetti tetti di spesa e lo schema di contratto/accordo contrattuale;
 4. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. 534 del 02/08/2018 è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto/accordo in attuazione della citata DGR;
 5. il legale rappresentante della Struttura dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente;
- si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto/accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto.
2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e a carico del SSR, conformi a volumi riassunti all'articolo 3, e tipologie precisate nell'allegato C) parte integrante del contratto.
3. Le prestazioni devono realizzarsi nell'intera annualità, con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda.
4. Nulla spetterà all'Erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di accreditamento e nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 8.
5. Qualora per giustificato motivo l'Erogatore non possa espletare le prestazioni oggetto del contratto dovrà dare tempestiva comunicazione

all'ASL, la quale informerà le Aziende dell'area omogenea di programmazione e la Regione. Similmente si dovrà comunicare la ripresa dell'esecuzione.

Articolo 2 - Obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi.

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e di provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere ed adeguare i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali di accreditamento, in ragione delle discipline contrattate e del tasso effettivo di occupazione, e ad erogare le prestazioni secondo standard e protocolli di accessibilità, appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.

2. La Struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991. Al personale dipendente saranno applicati i contratti di lavoro nazionali in conformità alla normativa vigente.

3. Ai sensi dell'articolo 1, comma 42, della legge n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti di ASL e Regione che nei tre anni antecedenti abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali.

4. In ottemperanza al regolamento approvato con decreto 2 aprile 2015, n.



70, l'Erogatore trasmette annualmente alla Regione il proprio bilancio (o conto economico nel caso di Enti o di strutture facenti parte di gruppi societari) redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici.

5. La cessione del contratto a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL e della Regione, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o cambiamento di ragione sociale, subordinatamente all'adozione degli atti di competenza regionale ed aziendale.

Articolo 3 – Limiti finanziari.

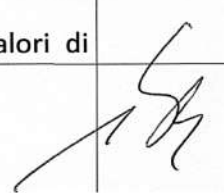
1. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR per le prestazioni da rendere ai residenti nelle varie AASSLL dall'insieme degli erogatori privati contrattati sono assunti i tetti di spesa, complessivi e invalicabili, previsti dalla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057 e riportati nell'allegato B).

2. Per il 2018 sono assegnati all'Erogatore i seguenti valori di riferimento per la produzione di prestazioni da rendere a residenti in regione e, ai sensi della circolare del Ministero della Salute n. 5 del 24 marzo 2000, agli STR (stranieri paesi Ue/SEE/in Convenzione), ENI (europeo non iscrivibile) ed STP (stranieri temporaneamente presenti a carico del SSN):

a) ricovero in acuzie €. ~~.....~~,00;

b) specialistica ambulatoriale €. 628.503,00;

3. Per il 2019 si assumono i valori di acuzie e di specialistica ambulatoriale che saranno definiti dalla Regione con riferimento a quelli negoziati per l'annualità 2018, eventualmente ridotti o incrementati del 70% della minore o maggiore produzione realizzata entro il 110% dei valori di



riferimento, eventualmente riproporzionando ai limiti dei tetti di spesa regionali per setting assistenziale laddove la sommatoria delle eccedenze superi quella delle economie.

4. a) Per le prestazioni di assistenza domiciliare a favore di residenti in regione è assegnato un valore di riferimento annuo pari ad €,00.

b) Per le prestazioni di post acuzie a favore di residenti in regione è assegnato un valore di riferimento annuo pari ad €

5. Ai fini del recupero della mobilità passiva, per l'incremento, rispetto al precedente anno, della produzione di prestazioni definite sulla base degli indirizzi regionali nell'apposita sezione dell'allegato C), si assegna per il 2018 un tetto di spesa di € 68.754,00.

6. Per prestazioni rese a residenti in altre regioni nel 2018:

a) per la produzione/spesa di prestazioni di alta complessità è assegnato un valore di riferimento di € ;

b) per il ricovero di media e bassa complessità è assegnato un tetto di spesa/produzione di € ;

c) per la produzione/spesa di prestazioni di specialistica ambulatoriale è assegnato un valore di riferimento di € . 47.256,00.

7. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a , nelle more del provvedimento regionale di riordino dei finanziamenti per le funzioni assistenziali, è previsto l'importo di € ,00 - assegnato, nel caso di IRCCS, per il secondo semestre 2018 a completamento del programma sperimentale triennale 2015-2017 di ricerca applicata ex DGR 5 agosto 2015, n. 13-2022 - che rappresenta un limite massimo da verificare dall'ASL a consuntivo sulla base dei costi sostenuti, in coerenza



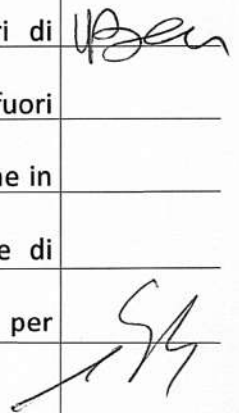
al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte.

8. Per la somministrazione dei farmaci (file F) è previsto il rimborso ai costi sostenuti dall'erogatore o, se inferiori, ai prezzi di riferimento delle gare regionali ridotti dalle eventuali quote dovute dalle aziende farmaceutiche in applicazione della così detta "rimborsabilità condizionata" di taluni farmaci.

9. L'Erogatore accetta i tetti di spesa per ASL di residenza, i valori di riferimento assegnati, i tetti di spesa per il recupero della mobilità passiva fuori regione, e quelli per le prestazioni diverse dall'alta complessità rese a residenti in altre regioni, il sistema tariffario vigente nella Regione Piemonte e quello di remunerazione delle prestazioni rese, comprese le regole di regressione economica nel caso in cui l'insieme delle prestazioni erogate dai privati contrattati superi i limiti per ASL di residenza dei pazienti.

10. L'erogatore prende atto ed accetta l'applicazione del sistema di valutazione della qualità che potrà comportare incrementi o riduzioni del 2,5% per premialità o penalizzazione secondo i criteri definiti dalla Regione. Il calcolo degli indicatori sarà effettuato utilizzando il Protocollo PNE contestualizzato a livello regionale.

11. I tetti di spesa complessivi e invalicabili delle AASSLL, i valori di riferimento assegnati all'erogatore e i tetti di spesa per i residenti fuori regione e per il recupero della mobilità passiva si mantengono anche in caso di variazione comunque intervenuta dei valori delle tariffe di riferimento, sia per modifica della fascia di accreditamento, sia per



revisione dei tariffari regionali, intendendosi in tal caso rideterminate le prestazioni oggetto del contratto nella misura necessaria a mantenere i valori fissati.

Articolo 4 – Remunerazione delle prestazioni erogate

1. I valori indicati all'articolo 3, commi 2, lett. a), b), e 4, non rappresentano un limite di produzione invalicabile per l'erogatore poiché, in coerenza alla programmazione sanitaria dell'ASL, potranno essere remunerate anche prestazioni erogate oltre il suddetti valori, purché nei limiti dei tetti di spesa complessivi e invalicabili assegnati alle AASSLL di residenza e del 110% dei valori di riferimento contrattati.



2. I valori delle produzioni entro il 110% potranno comunque subire delle riduzioni per effetto del superamento dei limiti delle AASSLL di residenza e della conseguente applicazione dei meccanismi di regressione economica, secondo le regole riportate nell'allegato D) al contratto.

3. La remunerazione a saldo della produzione per i residenti in regione avviene considerando separatamente ricovero per acuti, ricovero per post-acuti e specialistica ambulatoriale comprensiva dell'assistenza domiciliare con le seguenti regole:

a) la valorizzazione delle prestazioni avviene con la tariffa in vigore al momento dell'erogazione, intendendosi per le prestazioni di ricovero la data di dimissione e per quelle ricorrenti la data di completamento del ciclo terapeutico;

b) il valore della produzione a base delle regole di remunerazione contrattuale include gli abbattimenti in conseguenza degli ordinari controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-



	valorizzazione;	
	c) non saranno riconosciuti i valori economici delle prestazioni eccedenti il 110% dei valori annui di riferimento contrattati;	
	d) qualora i valori delle prestazioni realizzate da tutti gli erogatori per i residenti di ciascuna ASL, per ciascun setting assistenziale, risultino inferiori ai tetti di spesa assegnati alle AASSLL per i residenti, all'erogatore verrà corrisposta l'intera valorizzazione della produzione entro il limite massimo del 110% dei valori di riferimento contrattati;	
	e) qualora i valori delle prestazioni realizzate da tutti gli erogatori per i residenti di ciascuna ASL, per ciascun setting assistenziale, risultino superiori ai tetti di spesa assegnati alle AASSLL per i residenti, si ridurrà il valore riconosciuto a ciascun erogatore secondo il meccanismo di regressione economica, di cui all'allegato D) al contratto, in modo che le valorizzazioni complessive rientrino nei limiti dei suddetti tetti di spesa invalicabile delle AASSLL;	
	f) i valori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza domiciliare sono compensabili e l'eventuale eccedenza di produzione oltre il 110% del valore di riferimento di prestazioni ambulatoriali (comprensivo dell'assistenza domiciliare) può essere compensata, e quindi economicamente riconosciuta, a fronte di una corrispondente e correlata economia entro il 110% del valore fissato per il ricovero (compensazione a livello di Erogatore);	
	g) non si procede alla regressione nei casi in cui gli esuberi dei tetti di spesa delle AASSLL per la specialistica ambulatoriale siano	
	8	

compensati da un corrispondente e correlato avanzo del ricovero

(compensazione a livello di ASL);

h) saranno esclusi dalla regressione economica i valori delle prestazioni

cosiddette "protette", riportate nell'allegato C) al contratto;

i) in ogni caso, per ciascun setting assistenziale, l'eventuale

applicazione dei meccanismi di regressione non potrà determinare

una remunerazione inferiore al valore della produzione resa entro il

95% dei valori di riferimento contrattati;

j) gli incrementi di produzione, in termini di valore rispetto al

precedente anno, di prestazioni contrattate per il recupero di

mobilità passiva (art. 3, comma 5, e allegato c) al contratto) saranno

separatamente remunerati, entro il limite dello specifico tetto di

spesa assegnato.

4. La produzione realizzata per residenti in altre regioni sarà remunerata

come segue:

a) la produzione di ricovero di alta complessità e di specialistica

ambulatoriale sarà riconosciuta per intero, anche oltre gli specifici

valori di riferimento (art. 3, comma 6, lett. a) e c));

b) la produzione di ricovero di bassa e media complessità verrà

riconosciuta entro tetto di spesa fissato all'art. 3, comma 6, lett. b),

mentre l'eccedenza sarà eventualmente riconosciuta al termine delle

procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con

riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione

Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre

regioni.



5. Le prestazioni inviate al CSI oltre il termine ordinariamente fissato per la chiusura della gestione in competenza saranno considerate unicamente ai fini dell'obbligo informativo, ma non a fini remunerativi.

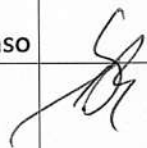
Articolo 5 - Modalità di pagamento.

1. Il corrispettivo preventivato viene liquidato a titolo di acconto in quote mensili posticipate pari al 90% di 1/12 dei valori di riferimento/tetti di spesa o del realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente. Gli acconti per i farmaci sono pari al 90% del somministrato.

2. I pagamenti a titolo di acconto devono avere luogo entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura corredata da un elenco delle prestazioni erogate nel mese di riferimento, redatto nella forma definita dall'ASL.

3. E' fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dell'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.

4. Entro il primo trimestre dell'anno successivo l'ASL verifica le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie concordate per destinazioni di residenza e per recupero di mobilità passiva fuori regione, e comunica alla Regione le informazioni necessarie ai fini della regressione economica che si definirà nei successivi trenta giorni. In caso

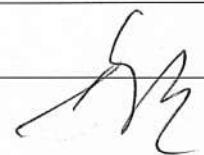


di mancata contestazione, si procede alla liquidazione del saldo provvisorio della produzione erogata, ex articolo 4 del D. Lgs. n. 231/2002 e s.m.i., entro 60 giorni dal ricevimento della fattura. In caso di contestazione, l'ASL sospenderà la liquidazione delle partite contestate fino alla relativa definizione.

5. Il pagamento di prestazioni fatturate non esclude future contestazioni da parte dell'ASL per importi non dovuti in relazione a prestazioni che, a seguito di ulteriori controlli, risultassero rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa, nei limiti della prescrizione.

6. Gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ASL, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno, all'occorrenza, essere compensate con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi.

7. Gli importi indicati nella reportistica prodotta dal Sistema Informativo Regionale rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dall'Erogatore e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente secondo i protocolli approvati, hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono titolo per il riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.



Articolo 6 – Erogazione di prestazioni.

1. Per una più razionale ed efficiente gestione degli accessi ai servizi, nei termini e secondo le modalità stabilite dall'ASL e/o dalla Regione, la struttura erogatrice assicura:

a) la condivisione con l'ASL delle agende di prenotazione e il monitoraggio delle prestazioni al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale;

b) l'adesione al progetto Fascicolo Sanitario Elettronico, attraverso la condivisione dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito, e la corretta gestione del consenso informato;

2. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in un'apposita sezione nel proprio sito denominata «Liste di attesa», i tempi medi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.

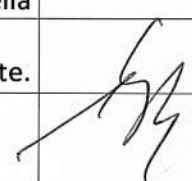
3. Fermo restando il limite giornaliero di capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito entro i limiti quantitativi dei letti accreditati delle aree funzionali omogenee. I posti letto contrattati sono intesi come medi annui e il limite di occupazione giornaliero pari a quello degli accreditati.

4. La capacità produttiva non contrattata o non utilizzata dal SSN è fruibile per l'attività in regime privatistico.



Articolo 7 – Verifiche e controlli.

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza in relazione alle prestazioni contrattate.



L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si impegna ad agevolare l'attività di vigilanza dell'apposita Commissione ASL, nonché le ulteriori attività esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 15 giorni, il legale rappresentante della Struttura, o suo delegato, può presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

Articolo 8 - Sospensione e risoluzione del contratto.

1. La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto.

2. Ove una parte accerti l'inadempimento concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto sarà legittimata ad emettere diffida ad adempiere ex articolo 1454 cod. civ. E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex articolo 1218 cod. civ. della parte inadempiente.

3. In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purché formalmente contestati, il



contratto è risolto con comunicazione recettizia formulata dalla parte che ha contestato.

4. In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali del contratto, purché contestati formalmente, il contratto può essere sospeso da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato.

5. In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente contratto, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente contratto per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.

6. In tutte le ipotesi di sospensione di cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti dell'ASL e della Regione.

7. Il contratto si intenderà altresì risolto qualora intervenga condanna definitiva per reati contro la pubblica amministrazione a carico del legale rappresentante per fatti ad esso direttamente imputabili.

Articolo 9 – Clausola di manleva.

1. La Struttura assume ogni responsabilità, anche in attuazione della legge n. 24/2017, per qualsiasi danno causato da propria omissione, negligenza o altra inadempienza nell'esecuzione delle prestazioni contrattate e si obbliga ad esonerare il SSN da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questo, avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del contratto.

Articolo 10 – Clausola di salvaguardia.



1. Con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente, il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e delle tariffe di riferimento, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi, in quanto determinanti il contenuto del contratto. In considerazione dell'accettazione, con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore rinuncia ad eventuali azioni o impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti.

Articolo 11 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo.

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2018 sino al 31 dicembre 2019. Non è tacitamente prorogabile. Rientrano nel contratto anche le prestazioni rese nel corso del 2018 antecedentemente alla sottoscrizione.

2. Fatto salvo l'articolo 3, comma 3, per il 2019 si prevede la stipula di una integrazione al contratto che recepisca i valori di riferimento quantificati dalla Regione per il 2019 nonché i tetti di spesa e le prestazioni contrattate per il recupero della mobilità passiva.

3. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative, di carattere nazionale, senza che maggiori oneri derivino per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all'ASL.

4. Per gli aspetti non disciplinati dal contratto si rinvia al codice civile ed alla normativa di settore.



Articolo 12 – Bollo e registrazione.

1. Le spese di bollo sono in parti uguali. Ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del DPR 26 aprile 1986 n. 131 il contratto è soggetto a registrazione in caso di uso.

Articolo 13 - Foro competente.

1. Le controversie derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto saranno devolute all'Autorità Giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Li, ~~09/08~~ 2018

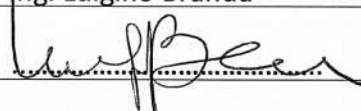
Per l'ASL

Dr. Antonio Brambilla



Per la Struttura


Ing. Luigino Branda



Ai sensi e per gli effetti dell'articoli 1341 e 1342 del cod. civ. si approvano espressamente le clausole convenute negli articoli 2 (Obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi), 3 (Limiti finanziari), 4 (Remunerazione delle prestazioni erogate), 5 (Modalità di pagamento), 9 (Clausola di manleva), 10 (Clausola di salvaguardia).

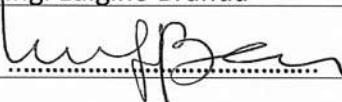
Per l'ASL

Dr. Antonio Brambilla



Per la Struttura

Ing. Luigino Branda



Allegato A) STATO DI ACCREDITAMENTO

AZIENDA CASA DI CURA VILLA IGEA S.P.A.

COD. AZ. 641

SEDE ACQUI TERME (AL) – STRADA MOIRANO 2


AMBULATORIO

STRUTTURA 1 POLIAMBULATORIO VILLA IGEA

SEDE OPERATIVA 1 ACQUI TERME – STRADA MOIRANO 2 COD. STS

600124

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO DGR 127-6959 DEL 05.08.2002



Allegato C) PRESTAZIONI CONTRATTATE

Assunto a riferimento il case mix del precedente anno, l'ASL richiede le seguenti prestazioni che, se realizzate, saranno escluse dall'eventuale regressione economica.

PRESTAZIONI PROTETTE *

Cod./DGR	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	ASL RESIDENZA	N. PRSTAZIONI	VAL TARIFFA	VAL. PROTETTO
TOTALE AMBULATORIO					0,00

** Importi complessivi massimi entro il 30% dei valori contrattati per ciascun setting assistenziale. Per importi eccedenti il limite saranno considerate non protette le prestazioni indicate per ultime)*

PRESTAZIONI CONTRATTATE PER RECUPERO DELLA MOBILITÀ PASSIVA *

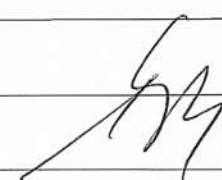
Cod./DGR	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	PROD 2017	PROD 2018 *	VAL. INCREMENTO *
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE	13.558	21.886	8.328
89.7	VISITA CARDIOLOGIA	8.292	11.935	3.643
89.7	VISITA CHIRURGIA GENERALE	6.376	9.177	2.801
89.7	VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	1.635	2.354	718
89.7	VISITA ENDOCRINOLOGIA	1.470	4.231	2.761
89.7	VISITA ORTOPEDIA	9.791	10.737	946
89.7	VISITA OTORINOLARINGOIATRIA	2.960	4.261	1.301
89.7	VISITA UROLOGIA	1.718	2.473	755
89.7	VISITA DERMOSIFILOPATIA	4.388	12.633	8.244
89.7	VISITA MEDICINA FISICA E RIABILITAZ	6.065	8.730	2.665
89.7	VISITA GASTROENTEROLOGIA	1.925	2.771	846
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	5.904	7.323	1.419
45.25	BIOPSIA (ENDOSCOPICA) INTESTINO	2.322	10.174	7.852

89.26	VISITA GINECOLOGICA / Andrologica	476	2.075	1.599
88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA	21.468	22.153	684
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO	10.748	20.353	9.605
45.23.1	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA	1.100	5.482	4.382
45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA	349	3.940	3.592
45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO	208	861	652
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	8.372	13.079	4.707
95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	59	1.313	1.254
TOTALE AMBULATORIO *				68.754,00

* con possibilità di compensazione

REGOLE DI VALORIZZAZIONE DELLA PRODUZIONE**RESA A RESIDENTI NELLA REGIONE AI FINI DELLA REMUNERAZIONE**

1. La regressione economica si applica quando la sommatoria dei valori delle prestazioni erogate dall'insieme degli erogatori privati supera i tetti di spesa invalicabili assegnati alle AASSLL per l'acquisto di prestazioni da privati contrattati a favore di propri residenti.
2. Ai fini della eventuale regressione si considerano separatamente le prestazioni rese per ricovero in regime di acuzie, ricovero in post acuzie e specialistica ambulatoriale.
3. I valori di produzione a base dei calcoli della regressione si assumono al netto degli abbattimenti conseguenti agli ordinari controlli effettuati sulla produzione; abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione.
4. Vengono dapprima rimodulati i tetti di spesa di ricovero ed ambulatorio delle AASSLL in conseguenza di eventuali incrementi dei valori di riferimento dell'ambulatorio compensati da riduzioni di ricovero attuati dalle AASSLL in sede di sottoscrizione dei contratti. Gli adeguamenti sono effettuati nel rispetto dei volumi complessivi di ciascuna ASL di residenza (aggregato dei setting assistenziali) utilizzando i valori e le informazioni trasmesse dalle AASSLL di competenza territoriale.
5. Vengono individuate le prestazioni contrattate per il recupero della mobilità passiva e quindi valorizzati - entro il valore complessivo specificamente contrattato (compensando di ricovero e ambulatorio) - gli incrementi di valore sul precedente anno, compensando ricovero ed



ambulatorio. Le prestazioni valorizzate vengono escluse dai successivi calcoli e il corrispondente valore sarà infine aggiunto a quello risultante post regressione.

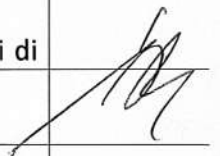
6. Le restanti prestazioni sono categorizzate singolarmente, ai fini dell'eventuale regressione, con le necessarie specifiche, secondo le macrocategorie previste dall'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017, dall'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057 e dall'allegato C) al contratto.

7. Si effettuano le compensazioni a livello di singolo erogatore tra le eccedenze dei valori di produzione dell'ambulatorio (compresa l'assistenza domiciliare) e l'eventuale residuo del tetto di ricovero (acuzie e postacuzie), riconoscendo eventuali eccedenze oltre il 110% del valore di ambulatorio se compensate da corrispondente economia entro il 110% del ricovero.

8. Vengono scartate le prestazioni, da ultimo erogate in ordine temporale, per importi pari alle eventuali eccedenze non compensate, escludendo (dallo scarto) quelle di alta specialità e quelle protette di cui all'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017, all'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, e all'allegato C) al contratto.

9. Vengono di conseguenza rimodulati i tetti di spesa delle AASSLL di residenza interessate dalle compensazioni, tenendo altresì conto dell'assistenza domiciliare.

10. I valori della produzione degli erogatori non interessati alla compensazione vengono eventualmente ricondotti al 110% dei valori di riferimento.




11. Sono scartate le prestazioni da ultimo erogate in ordine temporale per importi pari alle eccedenze, escludendo (dallo scarto) quelle di alta specialità e quelle protette di cui all'allegato C).

12. Le sommatorie delle produzioni di tutti gli erogatori per ciascuna ASL di residenza e setting assistenziale sono confrontate con i tetti di spesa invalicabili per ASL di residenza e setting assistenziale (rimodulati a seguito delle compensazioni) al fine di individuare l'entità degli eventuali importi di regressione.

13. Si effettuano le possibili compensazioni a livello di ASL di residenza, nei casi in cui l'esubero del tetto di spesa di ASL per la specialistica ambulatoriale (compresa l'assistenza domiciliare) sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo del ricovero in acuzie e/o post acuzie.

14. Vengono di conseguenza rimodulati i tetti di spesa delle AASSLL di residenza interessate e quindi, per differenza, definiti gli importi di regressione complessiva di ciascuna ASL per setting assistenziale.

15. Secondo necessità, alle produzioni interessate sono consequenzialmente applicati i seguenti criteri di regressione, sino al raggiungimento degli importi (calcolati al precedente punto) necessari a ricondurre i valori delle produzioni remunerabili entro i limiti dei tetti dell'ASL di residenza, escludendo, di volta in volta, dalle produzioni interessate i valori delle prestazioni protette individuate dall'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017, all'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, o dall'ASL nell'allegato C) al contratto.

RICOVERO IN ACUZIE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA

I	LEA	20%
II	BASSA SPECIALITA'	10%
III	MEDIA SPECIALITA'	10%
IV	TUTTE LE PRESTAZIONE NON PROTETTE	proporzionale
RICOVERO IN POST ACUZIE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	BASSA SPECIALITA'	10%
II	MEDIA SPECIALITA'	10%
III	TUTTE LE PRESTAZIONI NON PROTETTE	proporzionale
SPECIALISTICA AMBULATORIALE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	DGR N. 44-3399/2016 E DM APPROPRIATEZZA	15%
II	TUTTE LE PRESTAZIONI NON PROTETTE	proporzionale
<p>16. L'applicazione dei meccanismi di regressione economica di cui ai punti precedenti non potrà in ogni caso determinare remunerazioni inferiori al 95% dei valori di riferimento assegnati all'erogatore. Tale livello di garanzia, in assenza di disponibilità residue del tetto complessivo per residenti del SSR (aggregato dei tetti di ASL per residenti ridotto dalla produzione complessiva post regressione economica), sarà assicurato riducendo proporzionalmente, per ciascuna ASL di residenza, le eccedenze di produzione - post regressione economica - quantificate rispetto alla valore di riferimento negoziato.</p>		
<p>17. Secondo il seguente ordine consequenziale si provvede al riutilizzo delle eventuali disponibilità residue del tetto complessivo per residenti del SSR</p>		

RIUTILIZZO DEI RESIDUI

ORDINE

FINALITA'

I

Assicurare il livello di garanzia di regressione massima del 95%

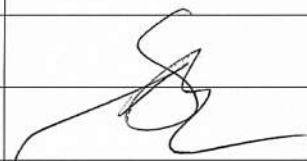
II

Remunerare le prestazioni di alta complessità abbattute

III

Ridurre proporzionalmente il livello di regressione ambulatoriale

18. Gli importi valorizzati al 3. per recupero della mobilità passiva sono aggiunti a quelli risultanti dalla regressione per definire l'importo della remunerazione complessiva.

CONTRATTO / ACCORDO CONTRATTUALE

EX ART. 8 QUINQUIES D. LGS. N. 502/1992 PER IL BIENNIO 2018-2019

Tra

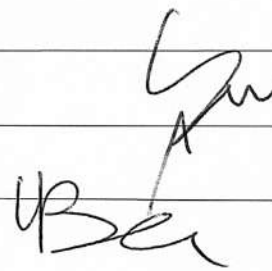
l'ASL AL, con sede legale in Alessandria, Via Venezia 6, (C.F. 02190140067),
rappresentata dal Direttore Generale pro tempore Antonio BRAMBILLA,
successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

il soggetto giuridico RETE VILLA IGEA e i CEDRI HOSPITAL, con sede legale in
Fara Novarese – L.go Don Guanella 1, (C.F. 02491830036), titolare della/e
struttura/e con sede/i operativa/e indicate nell'allegato A), accreditata/e per
l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto/accordo,
successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata dall'Ing.
Luigino Branda nella qualità di Vice Presidente della Rete Villa Igea e i Cedri
Hospital, con titolo di legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

1. gli articoli 8-bis, quater e quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.
disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504, sono state definite le regole di
finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati
accreditati e contrattati per il triennio 2017-2019, i tetti di spesa regionali
e di ASL per il 2017 ed è stato approvato lo schema di contratto a valere
per le strutture private e di accordo contrattuale a valere per i presidi ex
artt. 42 e 43 L. 833/78 ed i progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9
bis D. Lgs. 502/92 e s.m.i.;
3. con DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, sono stati aggiornati per il 2018-

Handwritten signature and initials in black ink, located in the bottom right corner of the page. The signature appears to be 'L. Branda' and the initials below it are 'UBer'.

2019 i suddetti tetti di spesa e lo schema di contratto/accordo contrattuale;

4. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. 534 del 02/08/2018 è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto/accordo in attuazione della citata DGR;

5. il legale rappresentante della Struttura dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente; si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto/accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto.
2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e a carico del SSR, conformi a volumi riassunti all'articolo 3, e tipologie precisate nell'allegato C) parte integrante del contratto.
3. Le prestazioni devono realizzarsi nell'intera annualità, con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda.
4. Nulla spetterà all'Erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di accreditamento e nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 8.
5. Qualora per giustificato motivo l'Erogatore non possa espletare le prestazioni oggetto del contratto dovrà dare tempestiva comunicazione all'ASL, la quale informerà le Aziende dell'area omogenea di programmazione e la Regione. Similmente si dovrà comunicare la ripresa

dell'esecuzione.

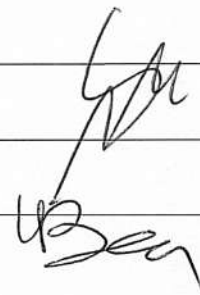
Articolo 2 - Obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi.

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e di provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere ed adeguare i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali di accreditamento, in ragione delle discipline contrattate e del tasso effettivo di occupazione, e ad erogare le prestazioni secondo standard e protocolli di accessibilità, appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.

2. La Struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991. Al personale dipendente saranno applicati i contratti di lavoro nazionali in conformità alla normativa vigente.

3. Ai sensi dell'articolo 1, comma 42, della legge n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti di ASL e Regione che nei tre anni antecedenti abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali.

4. In ottemperanza al regolamento approvato con decreto 2 aprile 2015, n. 70, l'Erogatore trasmette annualmente alla Regione il proprio bilancio (o conto economico nel caso di Enti o di strutture facenti parte di gruppi



societari) redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici.

5. La cessione del contratto a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL e della Regione, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o cambiamento di ragione sociale, subordinatamente all'adozione degli atti di competenza regionale ed aziendale.

Articolo 3 – Limiti finanziari.

1. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR per le prestazioni da rendere ai residenti nelle varie AASSLL dall'insieme degli erogatori privati contrattati sono assunti i tetti di spesa, complessivi e invalicabili, previsti dalla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057 e riportati nell'allegato B).

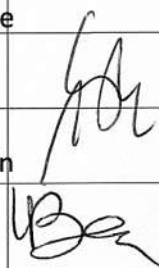
2. Per il 2018 sono assegnati all'Erogatore i seguenti valori di riferimento per la produzione di prestazioni da rendere a residenti in regione e, ai sensi della circolare del Ministero della Salute n. 5 del 24 marzo 2000, agli STR (stranieri paesi Ue/SEE/in Convenzione), ENI (europeo non iscrivibile) ed STP (stranieri temporaneamente presenti a carico del SSN):

a) ricovero in acuzie €. 3.753.086,00;

b) specialistica ambulatoriale €. 462.475,00;

3. Per il 2019 si assumono i valori di acuzie e di specialistica ambulatoriale che saranno definiti dalla Regione con riferimento a quelli negoziati per l'annualità 2018, eventualmente ridotti o incrementati del 70% della minore o maggiore produzione realizzata entro il 110% dei valori di riferimento, eventualmente riproporzionando ai limiti dei tetti di spesa regionali per setting assistenziale laddove la sommatoria delle eccedenze superi quella delle economie.

4. a) Per le prestazioni di assistenza domiciliare a favore di residenti in



regione è assegnato un valore di riferimento annuo pari ad €.,00.

b) Per le prestazioni di post acuzie a favore di residenti in regione è assegnato un valore di riferimento annuo pari ad €. 528.295,00.

5. Ai fini del recupero della mobilità passiva, per l'incremento, rispetto al precedente anno, della produzione di prestazioni definite sulla base degli indirizzi regionali nell'apposita sezione dell'allegato C), si assegna per il 2018 un tetto di spesa di € 898.998,00.

6. Per prestazioni rese a residenti in altre regioni nel 2018:

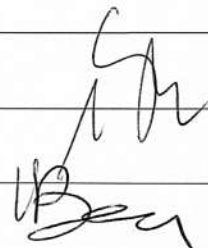
a) per la produzione/spesa di prestazioni di alta complessità – acuzie - è assegnato un valore di riferimento di €. 6.139.211,00;

b) per il ricovero di media e bassa complessità – acuzie - è assegnato un tetto di spesa/produzione di € 2.656.750,00;

c) per il ricovero di media e bassa complessità – post acuzie - è assegnato un tetto di spesa/produzione di € 1.091.809,00;

d) per la produzione/spesa di prestazioni di specialistica ambulatoriale è assegnato un valore di riferimento di €. 602.249,00.

7. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a, nelle more del provvedimento regionale di riordino dei finanziamenti per le funzioni assistenziali, è previsto l'importo di €.,00 - assegnato, nel caso di IRCCS, per il secondo semestre 2018 a completamento del programma sperimentale triennale 2015-2017 di ricerca applicata ex DGR 5 agosto 2015, n. 13-2022 - che rappresenta un limite massimo da verificare dall'ASL a consuntivo sulla base dei costi sostenuti, in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte.

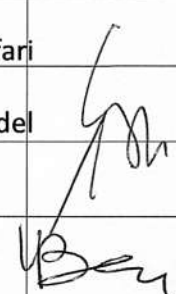


8. Per la somministrazione dei farmaci (file F) è previsto il rimborso ai costi sostenuti dall'erogatore o, se inferiori, ai prezzi di riferimento delle gare regionali ridotti dalle eventuali quote dovute dalle aziende farmaceutiche in applicazione della così detta "rimborsabilità condizionata" di taluni farmaci.

9. L'Erogatore accetta i tetti di spesa per ASL di residenza, i valori di riferimento assegnati, i tetti di spesa per il recupero della mobilità passiva fuori regione, e quelli per le prestazioni diverse dall'alta complessità rese a residenti in altre regioni, il sistema tariffario vigente nella Regione Piemonte e quello di remunerazione delle prestazioni rese, comprese le regole di regressione economica nel caso in cui l'insieme delle prestazioni erogate dai privati contrattati superi i limiti per ASL di residenza dei pazienti.

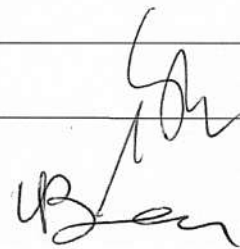
10. L'erogatore prende atto ed accetta l'applicazione del sistema di valutazione della qualità che potrà comportare incrementi o riduzioni del 2,5% per premialità o penalizzazione secondo i criteri definiti dalla Regione. Il calcolo degli indicatori sarà effettuato utilizzando il Protocollo PNE contestualizzato a livello regionale.

11. I tetti di spesa complessivi e invalicabili delle AASSLL, i valori di riferimento assegnati all'erogatore e i tetti di spesa per i residenti fuori regione e per il recupero della mobilità passiva si mantengono anche in caso di variazione comunque intervenuta dei valori delle tariffe di riferimento, sia per modifica della fascia di accreditamento, sia per revisione dei tariffari regionali, intendendosi in tal caso rideterminate le prestazioni oggetto del contratto nella misura necessaria a mantenere i valori fissati.



Articolo 4 – Remunerazione delle prestazioni erogate

1. I valori indicati all'articolo 3, commi 2, lett. a), b), e 4, non rappresentano un limite di produzione invalicabile per l'erogatore poiché, in coerenza alla programmazione sanitaria dell'ASL, potranno essere remunerate anche prestazioni erogate oltre i suddetti valori, purché nei limiti dei tetti di spesa complessivi e invalicabili assegnati alle AASSLL di residenza e del 110% dei valori di riferimento contrattati.
2. I valori delle produzioni entro il 110% potranno comunque subire delle riduzioni per effetto del superamento dei limiti delle AASSLL di residenza e della conseguente applicazione dei meccanismi di regressione economica, secondo le regole riportate nell'allegato D) al contratto.
3. La remunerazione a saldo della produzione per i residenti in regione avviene considerando separatamente ricovero per acuti, ricovero per post-acuti e specialistica ambulatoriale comprensiva dell'assistenza domiciliare con le seguenti regole:
 - a) la valorizzazione delle prestazioni avviene con la tariffa in vigore al momento dell'erogazione, intendendosi per le prestazioni di ricovero la data di dimissione e per quelle ricorrenti la data di completamento del ciclo terapeutico;
 - b) il valore della produzione a base delle regole di remunerazione contrattuale include gli abbattimenti in conseguenza degli ordinari controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione;
 - c) non saranno riconosciuti i valori economici delle prestazioni eccedenti il 110% dei valori annui di riferimento contrattati;
 - d) qualora i valori delle prestazioni realizzate da tutti gli erogatori per i



- residenti di ciascuna ASL, per ciascun setting assistenziale, risultino inferiori ai tetti di spesa assegnati alle AASSLL per i residenti, all'erogatore verrà corrisposta l'intera valorizzazione della produzione entro il limite massimo del 110% dei valori di riferimento contrattati;
- e) qualora i valori delle prestazioni realizzate da tutti gli erogatori per i residenti di ciascuna ASL, per ciascun setting assistenziale, risultino superiori ai tetti di spesa assegnati alle AASSLL per i residenti, si ridurrà il valore riconosciuto a ciascun erogatore secondo il meccanismo di regressione economica, di cui all'allegato D) al contratto, in modo che le valorizzazioni complessive rientrino nei limiti dei suddetti tetti di spesa invalicabile delle AASSLL;
- f) i valori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza domiciliare sono compensabili e l'eventuale eccedenza di produzione oltre il 110% del valore di riferimento di prestazioni ambulatoriali (comprensivo dell'assistenza domiciliare) può essere compensata, e quindi economicamente riconosciuta, a fronte di una corrispondente e correlata economia entro il 110% del valore fissato per il ricovero (compensazione a livello di Erogatore);
- g) non si procede alla regressione nei casi in cui gli esuberi dei tetti di spesa delle AASSLL per la specialistica ambulatoriale siano compensati da un corrispondente e correlato avanzo del ricovero (compensazione a livello di ASL);
- h) saranno esclusi dalla regressione economica i valori delle prestazioni cosiddette "protette", riportate nell'allegato C) al contratto;
- i) in ogni caso, per ciascun setting assistenziale, l'eventuale applicazione

Handwritten signature and initials, possibly 'UB' and 'Pn', in the bottom right corner of the page.

dei meccanismi di regressione non potrà determinare una remunerazione inferiore al valore della produzione resa entro il 95% dei valori di riferimento contrattati;

j) gli incrementi di produzione, in termini di valore rispetto al precedente anno, di prestazioni contrattate per il recupero di mobilità passiva (art. 3, comma 5, e allegato c) al contratto) saranno separatamente remunerati, entro il limite dello specifico tetto di spesa assegnato.

4. La produzione realizzata per residenti in altre regioni sarà remunerata come segue:

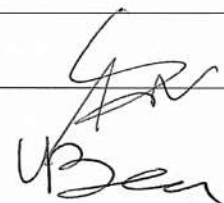
a) la produzione di ricovero di alta complessità e di specialistica ambulatoriale sarà riconosciuta per intero, anche oltre gli specifici valori di riferimento (art. 3, comma 6, lett. a) e c));

b) la produzione di ricovero di bassa e media complessità verrà riconosciuta entro tetto di spesa fissato all'art. 3, comma 6, lett. b), mentre l'eccedenza sarà eventualmente riconosciuta al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre regioni.

5. Le prestazioni inviate al CSI oltre il termine ordinariamente fissato per la chiusura della gestione in competenza saranno considerate unicamente ai fini dell'obbligo informativo, ma non a fini remunerativi.

Articolo 5 - Modalità di pagamento.

1. Il corrispettivo preventivato viene liquidato a titolo di acconto in quote



mensili posticipate pari al 90% di 1/12 dei valori di riferimento/tetti di spesa o del realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente. Gli acconti per i farmaci sono pari al 90% del somministrato.

2. I pagamenti a titolo di acconto devono avere luogo entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura corredata da un elenco delle prestazioni erogate nel mese di riferimento, redatto nella forma definita dall'ASL.

3. E' fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dell'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.

4. Entro il primo trimestre dell'anno successivo l'ASL verifica le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie concordate per destinazioni di residenza e per recupero di mobilità passiva fuori regione, e comunica alla Regione le informazioni necessarie ai fini della regressione economica che si definirà nei successivi trenta giorni. In caso di mancata contestazione, si procede alla liquidazione del saldo provvisorio della produzione erogata, ex articolo 4 del D. Lgs. n. 231/2002 e s.m.i., entro 60 giorni dal ricevimento della fattura. In caso di contestazione, l'ASL sospenderà la liquidazione delle partite contestate fino alla relativa definizione.



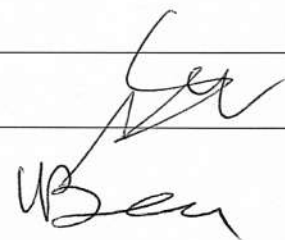
5. Il pagamento di prestazioni fatturate non esclude future contestazioni da parte dell'ASL per importi non dovuti in relazione a prestazioni che, a seguito di ulteriori controlli, risultassero rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa, nei limiti della prescrizione.

6. Gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ASL, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno, all'occorrenza, essere compensate con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi.

7. Gli importi indicati nella reportistica prodotta dal Sistema Informativo Regionale rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dall'Erogatore e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente secondo i protocolli approvati, hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono titolo per il riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.

Articolo 6 – Erogazione di prestazioni.

1. Per una più razionale ed efficiente gestione degli accessi ai servizi, nei termini e secondo le modalità stabilite dall'ASL e/o dalla Regione, la struttura erogatrice assicura:



a) la condivisione con l'ASL delle agende di prenotazione e il monitoraggio delle prestazioni al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale;

b) l'adesione al progetto Fascicolo Sanitario Elettronico, attraverso la condivisione dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito, e la corretta gestione del consenso informato;

2. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in un'apposita sezione nel proprio sito denominata «Liste di attesa», i tempi medi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.

3. Fermo restando il limite giornaliero di capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito entro i limiti quantitativi dei letti accreditati delle aree funzionali omogenee. I posti letto contrattati sono intesi come medi annui e il limite di occupazione giornaliero pari a quello degli accreditati.

4. La capacità produttiva non contrattata o non utilizzata dal SSN è fruibile per l'attività in regime privatistico.

Articolo 7 – Verifiche e controlli.

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza in relazione alle prestazioni contrattate.

L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia.

L'Erogatore si impegna ad agevolare l'attività di vigilanza dell'apposita Commissione ASL, nonché le ulteriori attività esercitate nell'ambito delle



funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 15 giorni, il legale rappresentante della Struttura, o suo delegato, può presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

Articolo 8 - Sospensione e risoluzione del contratto.

1. La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto.
2. Ove una parte accerti l'inadempimento concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto sarà legittimata ad emettere diffida ad adempiere ex articolo 1454 cod. civ. E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex articolo 1218 cod. civ. della parte inadempiente.
3. In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purché formalmente contestati, il contratto è risolto con comunicazione recettizia formulata dalla parte che ha contestato.
4. In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali del contratto, purché contestati formalmente, il contratto può essere sospeso



da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato.

5. In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente contratto, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente contratto per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.

6. In tutte le ipotesi di sospensione di cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti dell'ASL e della Regione.

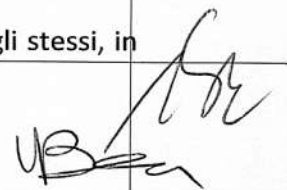
7. Il contratto si intenderà altresì risolto qualora intervenga condanna definitiva per reati contro la pubblica amministrazione a carico del legale rappresentante per fatti ad esso direttamente imputabili.

Articolo 9 – Clausola di manleva.

1. La Struttura assume ogni responsabilità, anche in attuazione della legge n. 24/2017, per qualsiasi danno causato da propria omissione, negligenza o altra inadempienza nell'esecuzione delle prestazioni contrattate e si obbliga ad esonerare il SSN da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questo, avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del contratto.

Articolo 10 – Clausola di salvaguardia.

1. Con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente, il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e delle tariffe di riferimento, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi, in



quanto determinanti il contenuto del contratto. In considerazione dell'accettazione, con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore rinuncia ad eventuali azioni o impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti.

Articolo 11 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo.

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2018 sino al 31 dicembre 2019. Non è tacitamente prorogabile. Rientrano nel contratto anche le prestazioni rese nel corso del 2018 antecedentemente alla sottoscrizione.

2. Fatto salvo l'articolo 3, comma 3, per il 2019 si prevede la stipula di una integrazione al contratto che recepisca i valori di riferimento quantificati dalla Regione per il 2019 nonché i tetti di spesa e le prestazioni contrattate per il recupero della mobilità passiva.

3. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative, di carattere nazionale, senza che maggiori oneri derivino per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all'ASL.

4. Per gli aspetti non disciplinati dal contratto si rinvia al codice civile ed alla normativa di settore.

Articolo 12 – Bollo e registrazione.

1. Le spese di bollo sono in parti uguali. Ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del DPR 26 aprile 1986 n. 131 il contratto è soggetto a registrazione in caso di uso.

Articolo 13 - Foro competente.



1. Le controversie derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto saranno devolute all'Autorità Giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Li. 00/00/2018

Per l'ASL

Dr. Antonio Brambilla



Per la Struttura

Ing. Luigino Branda



Ai sensi e per gli effetti dell'articoli 1341 e 1342 del cod. civ. si approvano espressamente le clausole convenute negli articoli 2 (Obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi), 3 (Limiti finanziari), 4 (Remunerazione delle prestazioni erogate), 5 (Modalità di pagamento), 9 (Clausola di manleva), 10 (Clausola di salvaguardia).

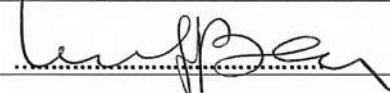
Per l'ASL

Dr. Antonio Brambilla



Per la Struttura

Ing. Luigino Branda



Allegato A) STATO DI ACCREDITAMENTO

AZIENDA RETE VILLA IGEA E I CEDRI HOSPITAL

COD. AZ. 863

SEDE FARA NOVARESE (NO) – LARGO DON GUANELLA 1

RICOVERO

STRUTTURA CASA DI CURA VILLA IGEA

SEDE OPERATIVA ACQUI TERME (AL) STRADA MOIRANO 2

COD. HSP11 010641

ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE DGR N. 127-6959 DEL 05.08.2002 E DGR N.7-11159 DEL 06.04.2009 .

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO DGR N. 127-6959 DEL 05.08.2002 E DGR N.7-11159 DEL 06.04.2009 -DD 819 DEL 19.12.2016

DISCIPLINE	P.L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	P.L.
			CONTRATTATI
			2018-2019
MEDICINA GENERALE	15	15	5
CHIRURGIA GENERALE	6	6	10
DS.CHIRURGIA GENERALE	4	4	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	12	12	20
DS-ORTOPEDIA	8	8	
RRF I°LIV	15	15	14
RRF II° LIV	20	20	12

VARIAZIONI RICHIESTE / PROPOSTE DI VARIAZIONEAMBULATORIO


STRUTTURA 1 CASA DI CURA VILLA IGEA

SEDE OPERATIVA 1 ACQUI TERME – STRADA MOIRANO 2 COD. STP

500102

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO . DGR 127-6959 DEL 05.08.2002



Allegato B) TETTI DI SPESA INVALIDABILI PER ASL DI RESIDENZA 2018 e 2019

ASL	ACUZIE	POST ACUZIE	AMBULATORIO
ASL CITTA' DI TORINO	54.043.471	41.902.898	76.491.499
ASL TO3	27.852.743	19.316.259	35.538.514
ASL TO4	33.885.737	23.528.451	25.952.050
ASL TO5	16.124.940	9.522.846	19.018.050
ASL VC	7.120.915	6.146.463	6.275.594
ASL BI	6.068.367	2.128.646	3.998.726
ASL NO	10.337.622	14.074.825	11.496.433
ASL VCO	10.598.260	9.336.274	6.972.598
ASL CN1	8.954.326	10.279.218	3.708.503
ASL CN2	5.688.967	4.704.967	3.903.527
ASL AT	5.755.793	4.317.112	5.634.761
ASL AL	17.753.837	3.363.725	14.383.543
TOTALE ASL	204.184.978	148.621.683	213.373.799
Ausiliatrice art. 26 l. 833/78		2.404.773	2.276.290
Trasferimento Guttuari			718.144
TOTALE REGIONE	204.184.978	151.026.456	216.368.233

Handwritten signature
UPSeu

Allegato C) PRESTAZIONI CONTRATTATE

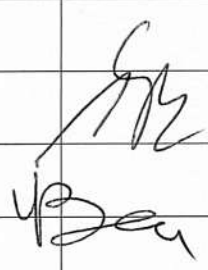
Assunto a riferimento il case mix del precedente anno, l'ASL richiede le seguenti prestazioni che, se realizzate, saranno escluse dall'eventuale regressione economica.

PRESTAZIONI PROTETTE *

Cod./DGR	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	ASL RESIDENZA	N. PRSTAZIONI	VAL TARIFFA	VAL. PROTETTO
257	Mastectomia totale per	AL	1	3.948	3.948
258	Mastectomia totale per	AL	6	18.476	16.705
259	Mastectomia subtotale per	AL	3	8.151	8.151
260	Mastectomia subtotale per	AL	6	13.132	11.770
544	Sostituzione di articolazioni	AL	137	1.210.669	379.991
545	Revisione di sostituzione	AL	9	98.138	8.922
TOTALE ACUZIE					429.487,00
TOTALE POST ACUZIE					0,00
TOTALE AMBULATORIO					0,00

** Importi complessivi massimi entro il 30% dei valori contrattati per ciascun setting assistenziale. Per importi eccedenti il limite saranno considerate non protette le prestazioni indicate per ultime)*

- NB. I valori relativi al numero prestazioni e tariffa indicati nella tabella si riferiscono alla produzione anno 2017 nei confronti dei residenti delle ASL per cui si richiede la produzione protetta*



PRESTAZIONI CONTRATTATE PER RECUPERO DELLA MOBILITÀ PASSIVA *

Cod./DGR	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	PROD 2017	PROD 2018 *	VAL. INCREMENTO *
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri	56.611	68.531	11.920
012	Malattie degenerative del sistema nervoso	16.089	70.907	54.818
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	4.199	15.713	11.514
089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni	3.558	8.889	5.331
119	Legatura e stripping di vene	10.906	12.847	1.941
149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue	7.113	14.273	7.160
155	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età	6.566	13.529	6.963
157	Interventi su ano e stoma con CC	1.007	2.653	1.646
158	Interventi su ano e stoma senza CC	54.573	60.063	5.490
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e	18.887	20.912	2.025
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età >	37.120	44.587	7.467
211	Interventi su anca e femore, eccetto	20.347	50.240	29.893
213	Amputazioni per malattie del sistema	2.013	3.737	1.724
217	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo	7.678	23.477	15.799
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto	16.358	33.387	17.029
223	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri	94.450	97.661	3.211
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio	7.950	32.140	24.190
225	Interventi sul piede	98.747	155.541	56.794
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	88.553	97.379	8.826
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle	26.976	30.436	3.460
229	Interventi su mano o polso eccetto	139.938	154.267	14.329
232	Artroscopia	12.096	12.450	354
234	Altri interventi su sistema muscolo-	13.776	29.202	15.426



236	Fratture dell'anca e della pelvi	26.255	28.258	2.003
249	Assistenza riabilitativa per malattie del	30.025	45.126	15.101
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-	187.016	225.991	38.975
257	Mastectomia totale per neoplasie maligne	3.948	10.557	6.609
258	Mastectomia totale per neoplasie maligne	18.476	33.339	14.863
259	Mastectomia subtotale per neoplasie	8.151	12.808	4.657
260	Mastectomia subtotale per neoplasie	13.132	28.330	15.198
262	Biopsia della mammella e escissione	11.620	15.226	3.606
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto	1.733	2.934	1.201
267	Interventi perianali e pilonidali	8.720	9.786	1.066
270	Altri interventi su pelle, tessuto	15.386	16.920	1.534
288	Interventi per obesità	5.681	80.260	74.579
296	Disturbi della nutrizione e miscellanea di	2.800	9.575	6.775
297	Disturbi della nutrizione e miscellanea di	3.516	26.458	22.942
402	Linfoma e leucemia non acuta con altri	9.204	12.606	3.402
407	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie	5.668	12.476	6.808
461	Intervento con diagnosi di altro contatto	12.385	28.796	16.411
462	Riabilitazione	62.380	67.335	4.955
468	Intervento chirurgico esteso non correlato	3.468	4.992	1.524
477	Intervento chirurgico non esteso non	1.931	2.707	776
491	Interventi su articolazioni maggiori e	77.085	84.701	7.616
494	Colecistectomia laparoscopica senza	55.304	59.375	4.071
498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale	12.376	16.540	4.164
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi	78.351	91.741	13.390
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di	52.740	73.827	21.087

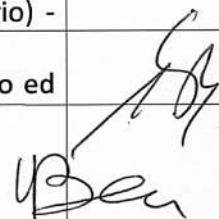
540	Linfoma e leucemia con interventi	4.867	8.921	4.054
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o	1.210.669	1.399.958	189.289
545	Revisione di sostituzione dell'anca o del	98.138	139.568	41.430
TOTALE RICOVERO *				835.399,00
38.59.A	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	9.900	13.095	3.195
64.02	Circoncisione terapeutica (escluso quella	1.100	1.821	721
80.00.1	ALTRI INTERVENTI SUL GINOCCHIO	106.950	111.654	4.704
82.00.1	ALTRI INTERVENTI SU MANO POLSO	15.000	19.650	4.650
83.01.1	Altri interventi sui tessuti molli	8.050	10.318	2.268
04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE	68.820	116.880	48.060
TOTALE AMBULATORIO *				63.599,00

* con possibilità di compensazione



REGOLE DI VALORIZZAZIONE DELLA PRODUZIONE**RESA A RESIDENTI NELLA REGIONE AI FINI DELLA REMUNERAZIONE**

1. La regressione economica si applica quando la sommatoria dei valori delle prestazioni erogate dall'insieme degli erogatori privati supera i tetti di spesa invalicabili assegnati alle AASSLL per l'acquisto di prestazioni da privati contrattati a favore di propri residenti.
2. Ai fini della eventuale regressione si considerano separatamente le prestazioni rese per ricovero in regime di acuzie, ricovero in post acuzie e specialistica ambulatoriale.
3. I valori di produzione a base dei calcoli della regressione si assumono al netto degli abbattimenti conseguenti agli ordinari controlli effettuati sulla produzione; abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione.
4. Vengono dapprima rimodulati i tetti di spesa di ricovero ed ambulatorio delle AASSLL in conseguenza di eventuali incrementi dei valori di riferimento dell'ambulatorio compensati da riduzioni di ricovero attuati dalle AASSLL in sede di sottoscrizione dei contratti. Gli adeguamenti sono effettuati nel rispetto dei volumi complessivi di ciascuna ASL di residenza (aggregato dei setting assistenziali) utilizzando i valori e le informazioni trasmesse dalle AASSLL di competenza territoriale.
5. Vengono individuate le prestazioni contrattate per il recupero della mobilità passiva e quindi valorizzate - entro il valore complessivo specificamente contrattato (compensando di ricovero e ambulatorio) - gli incrementi di valore sul precedente anno, compensando ricovero ed



ambulatorio. Le prestazioni valorizzate vengono escluse dai successivi calcoli e il corrispondente valore sarà infine aggiunto a quello risultante post regressione.

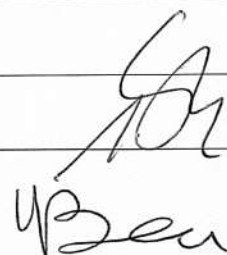
6. Le restanti prestazioni sono categorizzate singolarmente, ai fini dell'eventuale regressione, con le necessarie specifiche, secondo le macrocategorie previste dall'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017, dall'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057 e dall'allegato C) al contratto.

7. Si effettuano le compensazioni a livello di singolo erogatore tra le eccedenze dei valori di produzione dell'ambulatorio (compresa l'assistenza domiciliare) e l'eventuale residuo del tetto di ricovero (acuzie e postacuzie), riconoscendo eventuali eccedenze oltre il 110% del valore di ambulatorio se compensate da corrispondente economia entro il 110% del ricovero.

8. Vengono scartate le prestazioni, da ultimo erogate in ordine temporale, per importi pari alle eventuali eccedenze non compensate, escludendo (dallo scarto) quelle di alta specialità e quelle protette di cui all'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017, all'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, e all'allegato C) al contratto.

9. Vengono di conseguenza rimodulati i tetti di spesa delle AASSLL di residenza interessate dalle compensazioni, tenendo altresì conto dell'assistenza domiciliare.

10. I valori della produzione degli erogatori non interessati alla compensazione vengono eventualmente ricondotti al 110% dei valori di riferimento.

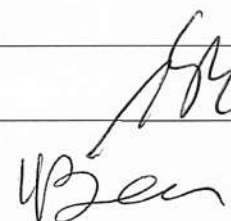


- 11.** Sono scartate le prestazioni da ultimo erogate in ordine temporale per importi pari alle eccedenze, escludendo (dallo scarto) quelle di alta specialità e quelle protette di cui all'allegato C).
- 12.** Le sommatorie delle produzioni di tutti gli erogatori per ciascuna ASL di residenza e setting assistenziale sono confrontate con i tetti di spesa invalicabili per ASL di residenza e setting assistenziale (rimodulati a seguito delle compensazioni) al fine di individuare l'entità degli eventuali importi di regressione.
- 13.** Si effettuano le possibili compensazioni a livello di ASL di residenza, nei casi in cui l'esubero del tetto di spesa di ASL per la specialistica ambulatoriale (compresa l'assistenza domiciliare) sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo del ricovero in acuzie e/o post acuzie.
- 14.** Vengono di conseguenza rimodulati i tetti di spesa delle AASSLL di residenza interessate e quindi, per differenza, definiti gli importi di regressione complessiva di ciascuna ASL per setting assistenziale.
- 15.** Secondo necessità, alle produzioni interessate sono consequenzialmente applicati i seguenti criteri di regressione, sino al raggiungimento degli importi (calcolati al precedente punto) necessari a ricondurre i valori delle produzioni remunerabili entro i limiti dei tetti dell'ASL di residenza, escludendo, di volta in volta, dalle produzioni interessate i valori delle prestazioni protette individuate dall'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017, all'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, o dall'ASL nell'allegato C) al contratto.

RICOVERO IN ACUZIE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA

Handwritten signatures and initials, including a large signature that appears to be 'G. M.' and another signature below it.

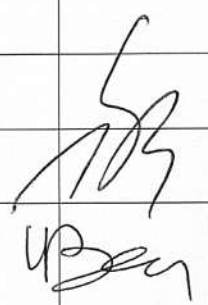
I	LEA	20%
II	BASSA SPECIALITA'	10%
III	MEDIA SPECIALITA'	10%
IV	TUTTE LE PRESTAZIONE NON PROTETTE	proporzionale
RICOVERO IN POST ACUZIE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	BASSA SPECIALITA'	10%
II	MEDIA SPECIALITA'	10%
III	TUTTE LE PRESTAZIONI NON PROTETTE	proporzionale
SPECIALISTICA AMBULATORIALE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	DGR N. 44-3399/2016 E DM APPROPRIATEZZA	15%
II	TUTTE LE PRESTAZIONI NON PROTETTE	proporzionale
<p>16. L'applicazione dei meccanismi di regressione economica di cui ai punti precedenti non potrà in ogni caso determinare remunerazioni inferiori al 95% dei valori di riferimento assegnati all'erogatore. Tale livello di garanzia, in assenza di disponibilità residue del tetto complessivo per residenti del SSR (aggregato dei tetti di ASL per residenti ridotto dalla produzione complessiva post regressione economica), sarà assicurato riducendo proporzionalmente, per ciascuna ASL di residenza, le eccedenze di produzione - post regressione economica - quantificate rispetto alla valore di riferimento negoziato.</p>		
<p>17. Secondo il seguente ordine consequenziale si provvede al riutilizzo delle eventuali disponibilità residue del tetto complessivo per residenti del SSR</p>		



RIUTILIZZO DEI RESIDUI

ORDINE	FINALITA'
I	Assicurare il livello di garanzia di regressione massima del 95%
II	Remunerare le prestazioni di alta complessità abbattute
III	Ridurre proporzionalmente il livello di regressione ambulatoriale

18. Gli importi valorizzati al 3. per recupero della mobilità passiva sono aggiunti a quelli risultanti dalla regressione per definire l'importo della remunerazione complessiva.



Deliberazione del Direttore Generale

n. _____

Letto, approvato e sottoscritto.

Parere favorevole del DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Parere favorevole del DIRETTORE SANITARIO

IL DIRETTORE GENERALE

