

Deliberazione della Giunta Regionale 27 luglio 2016, n. 13-3731

**Definizione dei tetti di spesa 2016 per la specialistica ambulatoriale erogata da privati accreditati esclusivamente per prestazioni ambulatoriali.**

A relazione del Presidente Chiamparino:

L'erogazione di prestazioni sanitarie per conto e a carico del Servizio Sanitario Regionale da parte degli Erogatori privati accreditati (ex articolo 8 quinquies del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.) presuppone, previa verifica dei fabbisogni assistenziali, la fissazione di precisi tetti di spesa compatibili con la programmazione economica e la stipulazione di specifici contratti sulla base di uno schema tipo approvato dalla Regione.

In relazione all'appropriatezza nella fissazione dei fabbisogni di specialistica ambulatoriale si richiamano le seguenti deliberazioni, la cui ratio deriva, fra l'altro, dal riscontro di un consumo pro-capite di prestazioni specialistiche da parte dei cittadini piemontesi più elevato rispetto alla media nazionale, con ampia variabilità all'interno della Regione stessa:

1. DGR 30 dicembre 2013, n. 25-6992, in particolare il Programma Operativo 14, Intervento 14.3.4, titolato "Assistenza specialistica ambulatoriale" che stabilisce, fra gli altri, l'obiettivo della riduzione dell'offerta inappropriata;
2. DGR 23 aprile 2014, n. 15-7486 che, in attuazione al citato Programma 14, prevede di abbassare l'indicatore di prestazioni per abitante per avvicinarlo allo standard nazionale;
3. DGR 16 maggio 2016 n. 30-3307 che assegna ai Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2016, con approvazione di indicatori trasparenti ed efficaci, nonché criteri e modalità di valutazione dei risultati;
4. DGR 30 maggio 2016 n. 44-3399, che approva il documento allegato A) titolato "Metodi e criteri generali per la ridefinizione del fabbisogno regionale di prestazioni ambulatoriali sulla base di criteri di appropriatezza", quale risultato di una recente analisi basata sul consumo pro capite di alcuni gruppi di prestazioni (A142b, Radiologia diagnostica RMN; A147b, RRF Terapia fisica strumentale; A144, Laboratorio analisi) per cui, in base agli studi di riferimento a livello nazionale e regionale, si è evidenziato un alto rischio di inappropriata.

In relazione alla fissazione dei tetti di produzione 2016 si richiamano le seguenti deliberazioni di Giunta: 29 dicembre 2015 n. 77-2775, 7 marzo 2016 n. 30-3016, 30 maggio 2016 n. 44-3399. Con quest'ultimo provvedimento, anche al fine di rimodulare verso una maggior efficacia i volumi e le tipologie di prestazioni da acquistare dagli Erogatori privati, si è:

1. programmata una spesa regionale complessiva massima 2016 per la specialistica ambulatoriale erogata da soggetti privati accreditati esclusivamente per prestazioni ambulatoriali e/o di day surgery di tipo C non superiore a quella del 2015 ridotta dell'1%;
2. demandato a successivo provvedimento, da adottarsi entro il 30 giugno 2016,:
  - a) la definizione dei tetti di produzione 2016 per le strutture private eroganti esclusivamente prestazioni ambulatoriale e/o di day surgery di tipo C (chirurgia ambulatoriale complessa)
  - b) l'individuazione delle prestazioni connotate da tempi di attesa medio/lunghi che potranno essere remunerate dalle ASL in eccedenza ai suddetti tetti di produzione, attingendo alle risorse derivanti dalla ulteriore contrazione del budget, applicata ai singoli erogatori in misura variabile in relazione alle prestazioni risultate inappropriate sulla base dell'analisi regionale (allegato A alla citata deliberazione);

3. dato atto dell'intesa di massima conseguita con le Associazioni degli erogatori in relazione ai criteri di fissazione dei tetti di spesa per l'anno 2016, definiti attraverso un percorso basato sui seguenti criteri:

- a) attribuzione a ciascun erogatore di un tetto di produzione pari al valore del consuntivo teorico massimo 2015 (pari al minor importo tra budget e produzione, distintamente considerando i valori per residenti in regione e fuori regione) ridotto dell'1%;
- b) ulteriore riduzione aggiuntiva a singoli erogatori, in misura massima del 5% su base annua, da applicare con decorrenza 1° luglio 2016; variabile in relazione alle prestazioni risultate inappropriate a seguito dell'analisi regionale di cui si è detto al precedente paragrafo;
- c) possibile riutilizzo dei valori economici derivanti dalla riduzione del budget per revisione di appropriatezza (lett. b), per remunerare a livello di ASL, all'interno delle stesse strutture, produzioni riconvertite in corrispondenza di prestazioni connotate da tempi di attesa medio/lunghi.

Si sottolinea come l'attuale definizione dei tetti di spesa posta in atto a seguito dell'attuale revisione di appropriatezza rappresenta il primo passo di un percorso virtuoso che dovrà condurre ad un'erogazione di prestazioni da parte del privato accreditato maggiormente integrata alla produzione ed alle richieste del committente pubblico. In tal senso devono interpretarsi sia la richiesta d'integrazione delle agende di prenotazione, sia i maggiori vincoli sui volumi di prestazioni contrattati oggetto di analisi di appropriatezza recepiti nello schema contrattuale. Al riguardo si ritiene di stabilire sin d'ora che le modalità di analisi ed i criteri innanz'illustrati su appropriatezza e tempi di attesa saranno applicati anche per la definizione dei tetti di produzione e di spesa di tutte le strutture private accreditate eroganti prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSR, che saranno oggetto di contrattazione anche per le prossime annualità.

Dato atto che i tetti di spesa 2016 della specialistica ambulatoriale erogata dalla Case di cura sono stati da ultimo ridefiniti con DGR 7 marzo 2016, n. 30-3016, dovendo quantificare quelli per le strutture private accreditate esclusivamente per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali e/o di day surgery, si è provveduto in coerenza con i succitati criteri. Quindi, il liquidabile teorico massimo 2015 di ciascuna struttura è stato dapprima comunque ridotto dell'1% e successivamente, nei casi in cui l'analisi regionale ha ravvisato un'eccedenza di prestazioni connotate da alto rischio di inappropriatezza, si è applicata la revisione in conformità percorso ed ai criteri definiti nella DGR 30 maggio 2016 n. 44-3399. Questo ha comportato per erogatori individuati nella "tabella 1 fase 5" intitolata "Riassunto del risparmio complessivo per singolo erogatore" un'ulteriore riduzione del tetto di produzione in relazione alla percentuale di risparmio atteso per ciascuno dei gruppi di prestazioni risultate inappropriate. Si è previsto che tali risparmi, a livello di ASL, siano utilizzati prioritariamente per incrementare l'acquisto di prestazioni (possibilmente dalle strutture che i risparmi hanno generato) per le quali l'analisi dei dati effettuata a livello regionale sui tempi di attesa abbia evidenziato un significativo fabbisogno da parte della popolazione assistita. Alla luce dei risultati dell'analisi dei tempi d'attesa, per superare criticità rilevate, oltre che per far fronte alla necessità di specifici fabbisogni, si è rilevata l'esigenza di valutare la possibilità di utilizzare anche parte del risparmio derivante dalla contrazione del budget 2015 programmata dell'1% in aggiunta alla riduzione per appropriatezza.

Alla luce di quanto sopra illustrato, posto che da diversi anni la Regione monitora i tempi di attesa di alcune prestazioni ambulatoriali specifiche, per le quali vi è un'evidenza di significativo fabbisogno da parte della popolazione assistita, al fine di contenere i tempi d'attesa evitando di incrementare la produzione di prestazioni per le quali si è evidenziata una sovrapproduzione, si è stabilito di effettuare una verifica delle combinazioni tempo d'attesa / consumo pro-capite sui casi di prestazioni riconosciute come oggetto di maggior inappropriatezza.

Al riguardo, si evidenzia che, con DGR 16 maggio 2016, n. 30-3307, sono stati assegnati gli obiettivi economico-gestionali di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali/Commissari delle Aziende Sanitarie Regionali, finalizzati al riconoscimento del trattamento economico integrativo per l'anno 2016. Fra questi, al punto 2.1, rientra la misurazione della capacità di risposta tempestiva del SSR nell'erogazione di prestazioni ambulatoriali al cittadino. Nello specifico, la definizione di tale obiettivo, “[...] richiede di lavorare sul miglioramento della capacità dell'organizzazione di rispondere alla richiesta di prestazioni sanitarie ambulatoriali attraverso l'ottimizzazione della capacità produttiva aziendale e la diminuzione, qualora si superi lo standard regionale, del tempo medio di erogazione delle prestazioni. L'obiettivo si compone di due sub-obiettivi:

- a) Caricamento sul CUP aziendale di tutte le agende di prenotazione (pubblico/privato convenzionato);
- b) Adeguamento del tempo medio di attesa (indice di performance) allo standard regionale stabilito dalla Direzione Sanità per le singole prestazioni oggetto di monitoraggio (solo produzione componente pubblica) nel rispetto del vincolo di una produzione minima [...]”.

Al fine di agevolare il compito delle ASL fornendo un valido supporto, si è ritenuto opportuno dettagliare le prestazioni ambulatoriali per le quali si evidenzia una maggiore criticità nell'ambito del miglioramento dei tempi d'attesa e quindi una priorità di acquisto nella fase di contrattazione con le strutture private accreditate. Tali prestazioni, elencate per ciascuna ASL nell'Allegato C) al presente provvedimento, sono state identificate tra quelle oggetto di monitoraggio (secondo quanto disposto dal piano nazionale per il governo delle liste d'attesa), in base all'analisi svolta dagli uffici competenti della Direzione Sanità, tenendo conto dei seguenti indicatori: tempi di attesa e vincolo di produzione minima da parte delle ASL. In particolare, si sono prese in considerazione le prestazioni per le quali risulta un tempo di attesa superiore in valore assoluto rispetto al tempo di attesa standard regionale per ogni singola prestazione (come da sopra citata DGR 16 maggio 2016, n. 30-3307) e un sovra consumo pro-capite nell'ASL non superiore al 20%, rispetto al consumo pro-capite medio regionale.

In applicazione dei criteri di cui alla più volte citata DGR 30 maggio 2016 n. 44-3399, in sede di definizione dei tetti di spesa, risulta altresì opportuno:

1. valutare le problematiche dei centri mono specialistici, per i quali potrebbe risultare difficoltosa una rapida trasformazione della produzione, e per i quali si prevedono percorsi dedicati che tengano conto sia della loro vocazione d'offerta sia delle necessità delle ASL con cui concordare una riconversione dell'attività in branche utili e integrate con l'erogatore pubblico;
2. verificare le peculiari situazioni che hanno talora determinato una straordinaria contrazione della produzione 2015 rispetto al biennio precedente, per le quali potranno essere attuati i necessari correttivi nell'ambito delle quote ASL;
3. considerare nell'ambito di un medesimo gruppo societario le necessarie riallocazioni di risorse conseguenti ai processi di aggregazione dei laboratori analisi, ai sensi dell'articolo 38 della LR n. 22/2009; al riguardo le AASSLL interessate dovranno effettuare gli opportuni adeguamenti in sede di stipulazione del contratto e/o di liquidazione della produzione erogata;
4. confermare che la produzione relativa al secondo semestre delle Strutture accreditate come Day Surgery di tipo C), non in possesso dei requisiti ex punto 2.5 dell'allegato al Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, D.M. 70/2015, sarà ammessa nei limiti delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ivi comprese quelle di chirurgia ambulatoriale complessa come individuate dalla DGR 16 maggio 2016, n. 35-3310, mentre le rimanenti prestazioni di day surgery di tipo C) potranno esser erogate da dette Strutture unicamente in regime privatistico;
5. definire un fabbisogno per le prestazioni di OTI e il relativo tetto di spesa nei confronti del privato accreditato in tale tipologia assistenziale, con riferimento al secondo semestre 2016,

tenendo conto dei dati relativi alla produzione degli ultimi tre anni per le patologie il cui trattamento è attualmente riconosciuto a carico del SSR, con l'aggiunta dei volumi di produzione stimati delle ulteriori patologie che saranno inserite nell'emanando provvedimento di aggiornamento delle indicazioni clinico diagnostiche di accesso alle prestazioni.

In relazione allo schema tipo di contratto, si richiamano i seguenti atti:

- DGR 4 agosto 2014, n. 46-233, che aveva transitoriamente sospeso, fino all'adozione del relativo provvedimento di revisione, l'applicazione della DGR 21 maggio 2014, n. 83-7673 di approvazione degli schemi di contratto da stipulare ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/1992 per il biennio 2014-2015, con interruzione dell'iter di sottoscrizione dei contratti medesimi;
- DGR 5 agosto 2015, n.13-2022, che - a seguito di un'accurata comparata analisi degli schemi contrattuali adottati da diverse regioni, con l'obiettivo di concentrare le più opportune clausole in relazione alla specificità piemontese, recependo al contempo le osservazioni ministeriali del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e del Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 29 luglio 2014 – approva lo schema tipo di contratto/accordo con le Case di cura private ed i Presidi ex artt. 42 e 43 L. n. 833/78.

Al riguardo, si da atto che lo schema tipo di contratto, allegato C) alla deliberazione da ultimo citata, è stato rivisitato e correlato alle peculiarità della tipologia di Erogatori di cui ora si tratta, e la nuova bozza della proposta contenuta allegato B) alla presente deliberazione, che si intende approvare, è stata trasmessa alle Associazioni rappresentative, per le osservazioni di competenza.

In sede di negoziazione con le Strutture, le AASSLL dovranno considerare le particolari condizioni di fabbisogno, attenendosi ai criteri di seguito indicati:

- a) Il budget effettivo di ciascuna struttura si definirà tenendo conto anche dell'importo derivante dalla riduzione variabile aggiuntiva in relazione alle prestazioni risultate inappropriate a seguito dell'analisi regionale che, a discrezione dell'ASL, potrà essere utilizzata per incrementare l'acquisto di prestazioni inerenti il miglioramento dei tempi d'attesa, preferibilmente dagli erogatori che hanno contribuito a generare la disponibilità; ciò in relazione al fabbisogno ed alla concreta utilità per l'ASL delle prestazioni che l'erogatore è in grado di offrire in base al proprio stato di accreditamento.
- b) Il budget effettivo della struttura sarà ripartito nelle tre categorie, corrispondenti alle sezioni dell'allegato B) al contratto, destinate ciascuna alle prestazioni:
  - “incluse nella revisione di appropriatezza”, sezione I;
  - “miglioramento dei tempi d'attesa”, sezione II;
  - “altre”, sezione III.
- c) Il mix di prestazioni da contrattare dovrà tenere anzitutto conto del volume già realizzato, con particolare attenzione alla velocità della riorganizzazione produttiva richiesta all'Erogatore, in modo che sia garantita la coerenza dell'articolazione delle prestazioni acquistate nel 2016 con le esigenze del processo produttivo tipico delle singole strutture.
- d) Le prestazioni inseribili nei tre gruppi della sezione I sono quelle riferite all'allegato A) alla DGR 30 maggio 2016, n. 44-3399; per questa categoria è esclusa la possibilità di contrattare volumi superiori e l'eventuale eccedenza di produzione resa non sarà remunerabile con economie di spesa di altre sezioni, fatta salva anche la separazione per destinazione di residenza tra regione e fuori regione.
- e) Nella sezione II sono inseribili solo le 43 prestazioni oggetto di monitoraggio incluse nel Piano nazionale per il governo delle liste d'attesa; tra queste, quelle di particolare criticità per l'ASL sono indicate nell'allegato C). E' rimessa all'ASL la quantificazione dei volumi da contrattare.
- f) Nella sezione III sono inseribili tutte le altre prestazioni necessarie in relazione ai fabbisogni.

g) La definizione del budget e l'articolazione delle prestazioni ambulatoriali, nei limiti di cui al punto 4 del precedente paragrafo, da acquistare dalle strutture accreditate di day surgery di tipo C) terrà conto dei reali fabbisogni dell'area, con verifica delle progettualità avviate in ambito aziendale e dello status di accreditamento dell'erogatore.

h) Rilevato che la DGR 5 dicembre 2011, n. 58-3079, modificata dalla DGR 6 luglio 2015, n. 67-1716, demanda alle AASSLL competenti per territorio la sottoscrizione dei contratti con il privato accreditato, si ritiene che l'adempimento debba compiersi entro il 30 settembre 2016.

i) Copia del contratto sottoscritto dovrà essere tempestivamente trasmessa in formato .pdf alla Regione a cura dell'ASL. Analogamente in relazione alle disposizioni degli articoli 8-quater, comma 2, e 8-quinquies, comma 2 quinquies del D. Lgs. n. 502/1992, nel caso di mancata sottoscrizione del contratto da parte degli erogatori privati entro il termine previsto, le AASSLL dovranno dare tempestiva informazione alla Regione per l'avvio del procedimento di sospensione dell'accreditamento, secondo le modalità di cui alla citata DGR 5 dicembre 2011, n. 58-3079.

Quanto sopra illustrato e motivato la Giunta regionale;

condividendo le argomentazioni del relatore; vista la normativa di settore, a voti unanimi resi nelle forme di legge,

*delibera*

1. Di approvare l'allegato A) parte integrante del presente atto, titolato "Programmazione sanitaria regionale. Tetti di spesa massimi per l'acquisto di prestazioni ambulatoriali dal privato accreditato nell'anno 2016".

2. Di approvare l'allegato B) parte integrante del presente atto, titolato "Schema di contratto ex art. 8-quinquies del D. Lgs. n. 502/1992, per l'acquisto di prestazioni ambulatoriali da erogare per conto e a carico del SSR, dal privato accreditato",

3. Di approvare l'allegato C) parte integrante del presente atto, titolato "Elenco prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa, da acquistare in via prioritaria dagli erogatori privati" recante l'elenco delle prestazioni ambulatoriali per le quali si evidenzia maggior criticità e priorità di acquisto, nella fase di contrattazione tra le ASR e le strutture private accreditate.

4. Di demandare alle ASL, nell'ambito della propria competenza, la fase di negoziazione con le singole strutture private accreditate eroganti esclusivamente prestazioni ambulatoriali, secondo i criteri illustrati alle premesse del provvedimento.

5. Di demandare alle ASL, nell'ambito della propria competenza territoriale ai sensi della DGR 6 luglio 2015, n. 67-1716, la successiva fase di sottoscrizione dei contratti, che dovrà concludersi entro il termine del 30.09.2016. Le AASSLL provvederanno, all'esito della sottoscrizione dei contratti, a trasmettere alla Regione copia del contratto in formato pdf, dando tempestiva informazione dei casi di mancata sottoscrizione per l'avvio del procedimento di sospensione dell'accreditamento secondo le modalità di cui alla DGR n. 58-3079 del 5.12.2011.

6. Di dare atto che le modalità di analisi ed i criteri innanz'illustrati su appropriatezza e tempi di attesa saranno applicati anche per la definizione dei tetti di produzione e di spesa di tutte le strutture private accreditate eroganti prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSR, che saranno oggetto di contrattazione anche per l'annualità 2017.

7. Di dare altresì atto che la copertura economica rientra nella quota indistinta di finanziamento alle ASL, senza oneri aggiunti per il bilancio regionale, e che in ragione del provvedimento, rispetto al precedente anno, si conseguirà un'economia di spesa non inferiore all'1% sui pertinenti conti delle AASSLL, di cui verrà valutata a livello regionale l'eventualità di un parziale riutilizzo per superare criticità o per far fronte a nuove necessità della stessa tipologia di prestazioni.

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso entro il termine di 60 giorni innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni. In entrambi i casi il termine decorre dalla data di pubblicazione sul BURP.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

(omissis)

Allegato



Allegato B) - SCHEMA DI CONTRATTO EX ART. 8 *QUINQUIES* DEL D.LGS. n. 502/1992, PER L'ACQUISTO DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI DA EROGARE PER CONTO E A CARICO DEL SSR DAL PRIVATO ACCREDITATO

### Contratto

tra

l'ASL . . . . ., con sede legale in . . . . ., via . . . . ., (C.F. . . . .), rappresentata dal Direttore Generale pro tempore . . . . ., successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società . . . . ., con sede legale in . . . . ., (C.F. . . . .), titolare della/e struttura/e con sede/i operativa/e indicate nell'allegato A), accreditata/e per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto, successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata da . . . . . nella qualità di . . . . ., con titolo di legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

- gli articoli 8-*bis*, *quater* e *quinquies* del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN dei Soggetti Erogatori Privati;
- con DGR n. \_\_ - \_\_ del \_\_/\_\_/\_\_ sono stati definiti i criteri e le modalità di sottoscrizione del presente contratto ex art. 8-*quinquies* D. Lgs n. 502/1992;
- i limiti quantitativi delle prestazioni da acquistare dagli erogatori privati per il 2014 sono stati quantificati, al netto del ticket incassato nel 2012, dalla DGR n. 46-233 del 4 agosto 2014 e quelli per il 2015 sono stati definiti al valore tariffario dalla DGR n. 28-2233 del 12 ottobre 2015, che pure ha precisato al valore tariffario gli importi del 2014;
- con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. \_\_ del \_\_/\_\_/\_\_ è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto in attuazione della citata DGR n. \_\_ - \_\_ del \_\_/\_\_/\_\_;
- 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.
2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e con oneri a carico del SSR, conformi a tipologie e volumi, per destinazione di residenza degli assistiti, riassunti all'articolo 3, comma 1 e precisati nell'allegato B) parte integrante del contratto.
3. Le prestazioni devono comunque avere luogo nell'intera annualità con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda. Per il 2016 si assume un tetto di produzione massima complessiva al 31 agosto non superiore al 75% del budget annuo.
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 all'articolo 7, ferma restando la tutela giurisdizionale.
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 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, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e di 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 delle discipline erogate 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.



1. 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.
2. Ai sensi dell'articolo 1, comma 42, L. 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 abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro.
3. 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.
4. La cessione del contratto a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL, 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 valori di produzione annui massimi:

	Regione	Fuori Regione	TOTALE
2014			
2015			
2016			

2. Le prestazioni erogate dal 1° gennaio 2016 nel periodo antecedente la sottoscrizione del contratto sono comprese nei suddetti limiti annuali.
3. Al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, nell'ambito dei valori massimi non è ammesso superare i limiti di ciascuna tipologia di prestazione concordata per destinazione di residenza (Regione e Fuori regione). Eventuali eccedenze di prestazioni rese rispetto a quelle previste nell'allegato B) 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 tipologie/destinazioni.
4. In caso di incremento dei valori unitari delle tariffe di riferimento, successivamente alla sottoscrizione del contratto, 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 secondo modalità stabilite dall'ASL o dalla Regione.
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 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.

#### Articolo 5 – Verifiche e controlli.

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza in relazione all'allegato B). 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 possono presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

#### Articolo 6 - Corrispettivo e modalità di pagamento.

1. L'Erogatore accetta i valori di attività fissati all'articolo 3, comma 1, precisati nell'allegato B) ed 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.
2. Il corrispettivo preventivato viene liquidato in quote mensili posticipate a titolo di acconto pari, di norma, al 90% del valore mensile previsto, o al 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. I pagamenti a titolo di acconto devono avere luogo entro 30 giorni dalla data di ricevimento della fattura corredata da un elenco delle prestazioni erogate nel mese di riferimento, redatto nella forma precisata 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 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 30 giorni dal ricevimento della fattura. In caso di contestazione, l'ASL sospenderà la liquidazione delle partite contestate fino alla relativa definizione.
5. 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.
6. 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.
7. 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
8. 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 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 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 legittimato 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 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. 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, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi, in quanto atti 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, ovvero ai contenziosi instaurabili contro provvedimenti già adottati e conoscibili.

Articolo 10 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo.

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2014 sino al 31 dicembre 2016. 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'articolo 5, comma 2, del DPR 26 aprile 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, ... / ... / 2016

Per l'ASL

Per la Struttura

.....

.....

*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), 6 (Corrispettivo e modalità di pagamento), 7 (Sospensione e risoluzione), 8 (Clausola di manleva), 9 (Clausola di salvaguardia).*

Per l'ASL

Per la Struttura

.....

.....

Allegato A) STATO DI ACCREDITAMENTO

DENOMINAZIONE AZIENDA .....

SEDE LEGALE .....

COD. AZ. ....

SITO INTERNET .....

EMAIL ..... PEC .....

DENOMINAZIONE STRUTTURA 1 .....

SEDE OPERATIVA 1 .....

COD. STS. ....

ATTO DI ACCREDITAMENTO .....

BRANCHE SPECIALISTICHE .....

DENOMINAZIONE STRUTTURA 2 .....

SEDE OPERATIVA 2 .....

COD. STS. ....

ATTO DI ACCREDITAMENTO .....

BRANCHE SPECIALISTICHE .....

DENOMINAZIONE STRUTTURA 3

ecc.

*Si raccomanda la puntuale compilazione in quanto i dati saranno utilizzati per la revisione dell'anagrafica*

ALLEGATO B) PROGRAMMAZIONE DELLE PRESTAZIONI DA EROGARE

2016 SEZIONE I PRESTAZIONI INCLUSE NELLA REVISIONE DI APPROPRIATEZZA	PRODUZIONE 2015	IMPORTO BUDGET 2016 TOTALE PER GRUPPO	DI CUI		
			REGIONE		FUORI REGIONE
			ASL	ALTRE ASL DELLA REGIONE	
Prestazioni RMN muscolo scheletrico ..... .....					
RRF strumentale ..... .....					
Laboratorio Analisi ..... .....					
<b>TOTALI SEZIONE I</b>					
NOTE : .....					
L'articolazione dei volumi di produzione dei tre gruppi rappresenta un'indicazione programmatica ed eventuali eccedenze del totale di gruppo potranno essere remunerate solo nell'ambito del totale di sezione I, separatamente considerando i limiti per regione e fuori regione.					

2016 SEZIONE II PRESTAZIONI PER MIGLIORAMENTO DEI TEMPI D'ATTESA	PRODUZIONE 2015	IMPORTO BUDGET 2016 TOTALE PER PRESTAZIONE	DI CUI		
			REGIONE		FUORI REGIONE
			ASL	ALTRE ASL DELLA REGIONE	
01 - Visita cardiologia					
02 - Visita chirurgia vascolare					
03 - Visita endocrinologica					
04 - Visita neurologica					
05 - Visita oculistica					
06 - Visita ortopedica					
07 - Visita ginecologica					
08 - Visita otorinolaringoiatrica					
09 - Visita urologica					
10 - Visita dermatologica					
11 - Visita fisiatrica					
12 - Visita gastroenterologica					
13 - Visita oncologica					
14 - Visita pneumologica					
15 - Mammografia					
16 - TC senza e con contrasto Torace					
17 - TC senza e con contrasto Addome superiore					
18 - TC senza e con contrasto Addome inferiore					
19 - TC senza e con contrasto Addome completo					
20 - TC senza e con contrasto Capo					
21 - TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale					
22 - TC senza e con contrasto Bacino					
23 - RMN Cervello e tronco encefalico					
24 - RMN Pelvi, prostata e vescica					
25 - RMN Muscoloscheletrica					
26 - RMN Colonna vertebrale					
27 - Ecografia Capo e collo					

2016 SEZIONE II PRESTAZIONI PER MIGLIORAMENTO DEI TEMPI D'ATTESA	PRODUZIONE 2015	IMPORTO BUDGET 2016 TOTALE PER PRESTAZIONE	DI CUI		
			REGIONE		FUORI REGIONE
			ASL	ALTRE ASL DELLA REGIONE	
28 - Ecocolordoppler cardiaca					
29 - Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici					
30 - Ecocolordoppler dei vasi periferici					
31 - Ecografia Addome					
32 - Ecografia Mammella					
33 - Ecografia Ostetrica-Ginecologica					
34 - Colonscopia					
35 - Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile					
36 - Esofagogastroduodenoscopia					
37 - Elettrocardiogramma					
38 - Elettrocardiogramma dinamico (Holter)					
39 - Elettrocardiogramma da sforzo					
40 - Audiometria					
41 - Spirometria					
42 - Fondo oculare					
43 - Elettromiografia					
<b>TOTALI SEZIONE II</b>					
NOTE : .....					
L'articolazione dei volumi di produzione rappresenta un'indicazione programmatica ed eventuali eccedenze di produzione potranno essere remunerate nell'ambito del totale, considerate le economie di spesa di altre sezioni, separatamente considerando i limiti per regione e fuori regione.					

2016 SEZIONE III ALTRE PRESTAZIONI	PRODUZIONE 2015	IMPORTO BUDGET 2016 TOTALE	DI CUI		
			REGIONE		FUORI REGIONE
			ASL	ALTRE ASL DELLA REGIONE	
BRANCA SPECIALISTICA .....					
- Visite					
- Altre prestazioni cliniche					
- .....					
<b>TOTALI BRANCA SPECIALISTICA</b>					
NOTE BRANCA : .....					
BRANCA SPECIALISTICA .....					
- Visite					
- Altre prestazioni cliniche					
- .....					
<b>TOTALI BRANCA SPECIALISTICA</b>					
NOTE BRANCA : .....					
<b>TOTALI SEZIONE III</b>					
NOTE : .....					
L'articolazione dei volumi di produzione rappresenta un'indicazione programmatica ed eventuali eccedenze di produzione potranno essere remunerate nell'ambito del totale, considerate le economie di spesa di altre sezioni, separatamente considerando i limiti per regione e fuori regione.					

TOTALI CONTRATTO 2016	TOTALE	DI CUI REGIONE	FUORI REGIONE

Data .....

Per l'ASL

.....

Per la Struttura

.....

Allegato C “Elenco prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d’attesa, da acquistare in via prioritaria dagli erogatori privati”.

ASL	PRESTAZIONI CRITICHE
201 TO1	01 - Visita cardiologia
	06 - Visita ortopedica
	12 - Visita gastroenterologica
	13 - Visita oncologica
	14 - Visita pneumologica
	15 - Mammografia
	27 - Ecografia Capo e collo
	32 - Ecografia Mammella
	33 - Ecografia Ostetrica-Ginecologica
	34 - Colonscopia
	36 - Esofagogastroduodenoscopia
	37 - Elettrocardiogramma
	38 - Elettrocardiogramma dinamico (Holter)
	39 - Elettrocardiogramma da sforzo
202 TO2	02 - Visita chirurgia vascolare
	04 - Visita neurologica
	05 - Visita oculistica
	10 - Visita dermatologica
	12 - Visita gastroenterologica
	13 - Visita oncologica
	15 - Mammografia
	32 - Ecografia Mammella
	34 - Colonscopia
	36 - Esofagogastroduodenoscopia
	37 - Elettrocardiogramma
	38 - Elettrocardiogramma dinamico (Holter)
	39 - Elettrocardiogramma da sforzo
	41 - Spirometria
42 - Fondo oculare	
203 TO3	02 - Visita chirurgia vascolare
	03 - Visita endocrinologica
	06 - Visita ortopedica
	09 - Visita urologica
	10 - Visita dermatologica
	13 - Visita oncologica
	14 - Visita pneumologica
	15 - Mammografia
	27 - Ecografia Capo e collo
	28 - Ecocolordoppler cardiaca
	31 - Ecografia Addome
	32 - Ecografia Mammella
	34 - Colonscopia
	35 - Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile
	36 - Esofagogastroduodenoscopia
	37 - Elettrocardiogramma
38 - Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	
39 - Elettrocardiogramma da sforzo	
41 - Spirometria	

204 TO4	03 - Visita endocrinologica
	05 - Visita oculistica
	06 - Visita ortopedica
	09 - Visita urologica
	10 - Visita dermatologica
	13 - Visita oncologica
	37 - Elettrocardiogramma
	38 - Elettrocardiogramma dinamico (Holter)
	39 - Elettrocardiogramma da sforzo
	40 - Audiometria
	41 - Spirometria
42 - Fondo oculare	
205 TO5	01 - Visita cardiologia
	03 - Visita endocrinologica
	04 - Visita neurologica
	05 - Visita oculistica
	06 - Visita ortopedica
	09 - Visita urologica
	10 - Visita dermatologica
	12 - Visita gastroenterologica
	13 - Visita oncologica
	14 - Visita pneumologica
	15 - Mammografia
	28 - Ecocolordoppler cardiaca
	32 - Ecografia Mammella
	33 - Ecografia Ostetrica-Ginecologica
	34 - Colonscopia
	35 - Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile
	36 - Esofagogastroduodenoscopia
	37 - Elettrocardiogramma
	38 - Elettrocardiogramma dinamico (Holter)
	39 - Elettrocardiogramma da sforzo
40 - Audiometria	
41 - Spirometria	
42 - Fondo oculare	
206 VC	01 - Visita cardiologia
	03 - Visita endocrinologica
	05 - Visita oculistica
	15 - Mammografia
	40 - Audiometria
	41 - Spirometria
207 BI	01 - Visita cardiologia
	03 - Visita endocrinologica
	05 - Visita oculistica
	08 - Visita otorinolaringoiatrica
	09 - Visita urologica
	14 - Visita pneumologica
	15 - Mammografia
	28 - Ecocolordoppler cardiaca
	29 - Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici
	30 - Ecocolordoppler dei vasi periferici
	34 - Colonscopia
	35 - Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile
	38 - Elettrocardiogramma dinamico (Holter)
40 - Audiometria	



208 NO	01 - Visita cardiologia
	03 - Visita endocrinologica
	05 - Visita oculistica
	10 - Visita dermatologica
	17 - TC senza e con contrasto Addome superiore
	18 - TC senza e con contrasto Addome inferiore
	27 - Ecografia Capo e collo
	31 - Ecografia Addome
	34 - Colonscopia
	36 - Esofagogastroduodenoscopia
209 VCO	02 - Visita chirurgia vascolare
	05 - Visita oculistica
	09 - Visita urologica
	10 - Visita dermatologica
	11 - Visita fisiatrice
	23 - RMN Cervello e tronco encefalico
	30 - Ecocolordoppler dei vasi periferici
	34 - Colonscopia
	36 - Esofagogastroduodenoscopia
	39 - Elettrocardiogramma da sforzo
40 - Audiometria	
43 - Elettromiografia	
210 CN1	01 - Visita cardiologia
	03 - Visita endocrinologica
	04 - Visita neurologica
	05 - Visita oculistica
	06 - Visita ortopedica
	12 - Visita gastroenterologica
	14 - Visita pneumologica
	15 - Mammografia
	16 - TC senza e con contrasto Torace
	17 - TC senza e con contrasto Addome superiore
	19 - TC senza e con contrasto Addome completo
	23 - RMN Cervello e tronco encefalico
	27 - Ecografia Capo e collo
	28 - Ecocolordoppler cardiaca
	29 - Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici
	30 - Ecocolordoppler dei vasi periferici
	31 - Ecografia Addome
	32 - Ecografia Mammella
	34 - Colonscopia
	36 - Esofagogastroduodenoscopia
38 - Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	
39 - Elettrocardiogramma da sforzo	
41 - Spirometria	
211 CN2	03 - Visita endocrinologica
	05 - Visita oculistica
	06 - Visita ortopedica
	10 - Visita dermatologica
	12 - Visita gastroenterologica
	27 - Ecografia Capo e collo
	29 - Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici
	30 - Ecocolordoppler dei vasi periferici
	31 - Ecografia Addome
	32 - Ecografia Mammella

212 AT	01 - Visita cardiologia
	03 - Visita endocrinologica
	05 - Visita oculistica
	10 - Visita dermatologica
	11 - Visita fisiatrice
	12 - Visita gastroenterologica
	14 - Visita pneumologica
	15 - Mammografia
	24 - RMN Pelvi, prostata e vescica
	28 - Ecocolordoppler cardiaca
	29 - Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici
	31 - Ecografia Addome
	32 - Ecografia Mammella
	34 - Colonscopia
	36 - Esofagogastroduodenoscopia
	37 - Elettrocardiogramma
	38 - Elettrocardiogramma dinamico (Holter)
	40 - Audiometria
	41 - Spirometria
	213 AL
05 - Visita oculistica	
10 - Visita dermatologica	
11 - Visita fisiatrice	
14 - Visita pneumologica	
34 - Colonscopia	
40 - Audiometria	
41 - Spirometria	
42 - Fondo oculare	