

Deliberazione della Giunta Regionale 22 gennaio 2024, n. 17-8103

Regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per gli anni 2024-2025-2026 ed assegnazione dei tetti di spesa. Recepimento dell'Accordo sottoscritto tra la Direzione regionale Sanità e le Associazioni degli Erogatori sanitari privati. Approvazione dello schema di contratto per prestazioni di ricovero, specialistica ambulatoriale, attività domiciliare.



Seduta N° 425

Adunanza 22 GENNAIO 2024

Il giorno 22 del mese di gennaio duemilaventiquattro alle ore 16:45 in via straordinaria, in modalità telematica, ai sensi della D.G.R. n. 1-4817 del 31 marzo 2022 si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di Fabio Carosso Presidente e degli Assessori Chiara Caucino, Elena Chiorino, Luigi Genesio Icardi, Matteo Marnati, Maurizio Raffaello Marrone, Vittoria Poggio, Fabrizio Ricca, Andrea Tronzano con l'assistenza di Roberta Bufano nelle funzioni di Segretario Verbalizzante. Assenti, per giustificati motivi: il Presidente Alberto CIRIO, gli Assessori Marco GABUSI - Marco PROTOPAPA

DGR 17-8103/2024/XI

OGGETTO:

Regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per gli anni 2024-2025-2026 ed assegnazione dei tetti di spesa. Recepimento dell'Accordo sottoscritto tra la Direzione regionale Sanità e le Associazioni degli Erogatori sanitari privati. Approvazione dello schema di contratto per prestazioni di ricovero, specialistica ambulatoriale, attività domiciliare.

A relazione di: Icardi

Premesso che:

- l'art. 8-*quinquies* del D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.i., prevede che la Regione e le AA.SS.LL., definiscano accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulino contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indichino, tra l'altro:

- a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;
- b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima ASL, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;
- c) i requisiti del servizio da rendere;
- d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo;
- e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno dell'appropriatezza e della qualità della assistenza prestata e delle prestazioni rese;

- l'art. 8-*sexies* del D. Lgs. 502/92 e s.m.i. prevede che "Le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono finanziate secondo un

ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell'ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento. Ai fini della determinazione del finanziamento globale delle singole strutture, le funzioni assistenziali di cui al comma 2 sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, mentre le attività di cui al comma 4 sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione”;

- l'art. 15, comma 1 lettera b), n. 1) della legge 5 agosto 2022, n. 118 ha introdotto il comma 1-bis all'art. 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, ai sensi del quale i soggetti privati interessati alla sottoscrizione degli accordi contrattuali, per l'erogazione di prestazioni assistenziali per conto e a carico del Servizio sanitario nazionale, sono individuati mediante procedure trasparenti, eque e non discriminatorie, previa pubblicazione da parte delle regioni di un avviso contenente criteri oggettivi di selezione, che valorizzino prioritariamente la qualità delle specifiche prestazioni sanitarie da erogare. La selezione di tali soggetti deve essere effettuata periodicamente, tenuto conto della programmazione sanitaria regionale e sulla base di verifiche delle eventuali esigenze di razionalizzazione della rete in convenzionamento e, per i soggetti già titolari di accordi contrattuali, dell'attività svolta;

- il D.M. Salute 19 dicembre 2022 ha introdotto gli elementi e le modalità della valutazione delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie, in attuazione di quanto previsto dagli artt. 8-quater, comma 7, e 8-quinquies, comma 1-bis, del D. Lgs. 502/1992, finalizzate al rilascio di nuovi accreditamenti istituzionali ed a definire i rapporti con i soggetti privati accreditati interessati alla stipula di accordi contrattuali, assegnando alle regioni un tempo di nove mesi, scadenti al 30 settembre 2023, per adeguare alle disposizioni del decreto medesimo il proprio sistema di controllo, vigilanza e monitoraggio delle attività erogate e definire, in relazione agli elementi di valutazione di cui agli Allegati A e B del DM, indicatori che tengano conto del contesto del proprio territorio e delle tipologie di strutture presenti, dotandosi di specifico regolamento;

- con successivo decreto ministeriale del 26 settembre 2023, il termine di 30 settembre 2023 è stato prorogato al 31 marzo 2024, in considerazione della complessità della definizione di un quadro metodologico omogeneo e di indicatori di analisi e di monitoraggio delle prestazioni uniformi a livello nazionale, nel rispetto delle prerogative programmatiche regionali;

Rilevato che::

- il D.M. Salute 19 dicembre 2022 ha altresì previsto, all'art. 5 comma 3, che “nelle more dell'attuazione delle disposizioni relative all'adeguamento degli ordinamenti regionali continuano ad applicarsi i precedenti criteri ai fini dell'accREDITAMENTO e per la stipula degli accordi contrattuali con le strutture private accreditate. Gli accordi contrattuali stipulati prima dell'adeguamento degli ordinamenti regionali ai sensi del comma 1 restano efficaci fino alla scadenza contrattualmente stabilita”.

- sono propedeutiche all'adeguamento degli ordinamenti regionali complesse attività di monitoraggio a carico del Tavolo di lavoro ministeriale per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accREDITAMENTO nazionale e dell'Agenas, che risultano, allo stato attuale, in forte ritardo rispetto ai termini previsti nel citato DM di riferimento;

- la Direzione regionale Sanità, preso atto della necessità di bilanciare, secondo i consolidati principi della giurisprudenza comunitaria e della normativa nazionale, l'esigenza di contenimento della spesa sanitaria e di sostenibilità del sistema con la promozione della concorrenza per garantire

l'accesso ai mercati di nuove imprese, nonché per migliorare la qualità e l'efficienza dell'offerta dei servizi pubblici, in attuazione della D.G.R. 29 dicembre 2021, n. 20-4473, e degli avvisi pubblici di cui alle determine dirigenziali 11 febbraio 2022, n. 211, 18 febbraio 2022 n. 276 e 18 maggio 2023, n. 1092, ha già dato attuazione in modo parziale ai principi esposti, autorizzando l'accreditamento di alcune nuove strutture, due delle quali già oggetto nell'anno 2023 di apposito contratto per la riduzione delle liste di attesa, in risposta a specifiche esigenze programmatiche;

Rilevata l'opportunità :

di definire le regole dei rapporti con gli erogatori privati, prendendo atto dell'accordo intervenuto con le principali associazioni di categoria relativamente al periodo 1° gennaio 2024 - 31 dicembre 2026, (allegato A al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale), nelle more dell'applicazione del D.M. Salute 19 dicembre 2022, stante l'esigenza, sia degli erogatori, sia delle Aziende Sanitarie, di agire all'interno di un quadro contrattuale stabile e duraturo

Dato atto che lo stesso risponde alle esigenze di assicurare la continuità delle prestazioni sino ad ora garantite dalle strutture private accreditate al SSR e che i nuovi accreditamenti ed i nuovi contratti che, sulla base delle esigenze della programmazione regionale, potranno intervenire nel corso del triennio, saranno assoggettati alle disposizioni attuative degli allegati A e B del citato DM, da adottarsi nei tempi stabiliti dalla normativa nazionale

Dato atto che il quadro normativo in cui sono determinate le attuali condizioni contrattuali per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati è il seguente:

- la previsione di spesa per le annualità oggetto del contratto, allo stato attuale, deve tener conto dei vincoli dettati dal legislatore ai fini della sostenibilità e compatibilità economica della programmazione sanitaria, con riferimento ai tetti complessivi di spesa, che determinano il limite massimo di risorse assegnabili alle strutture erogatrici, individuate, da ultimo, dall'art. 1, c. 233, della legge 30 dicembre 2023 n. 213, il quale stabilisce che il limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto legge n. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, è rideterminato nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011 incrementata di 1 punto percentuale per l'anno 2024, di 3 punti percentuali per l'anno 2025 e di 4 punti percentuali a decorrere dall'anno 2026, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale ;
- nel corso degli anni 2022-2023 alcuni erogatori sono stati interessati da trasformazioni societarie, accorpamento di strutture e/o, sulla base della positiva verifica del fabbisogno regionale, da riorganizzazioni dell'attività accreditata e contrattualizzata, riconversione di posti letto ospedalieri e implementazioni di attività territoriali, modifiche debitamente autorizzate dalla competente struttura regionale, o da aggiornamenti del fabbisogno di posti letto contrattualizzabili nella struttura, che trovano definitiva formalizzazione con il presente provvedimento;
- la Deliberazione della Giunta Regionale 20 novembre 2023, n. 16-7729 ha definito le ulteriori azioni programmatiche di rilevanza regionale e aziendale finalizzate alla realizzazione dell'obiettivo di riduzione delle liste di attesa relative alle visite e prestazioni ambulatoriali, prevedendo una revisione delle modalità di attuazione del controllo di valorizzazione economico-finanziaria delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private accreditate e contrattualizzate con il SSR, con decorrenza a far data dal 1° gennaio 2024, azioni che si potranno valere delle risorse stanziare sul capitolo 134996/2024 del Bilancio di previsione Finanziario 2023-2025 del Programma 1 della Missione 13 - Tutela della Salute;
- con D.M. 23 giugno 2023 è stato approvato il nuovo tariffario dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, in applicazione dell'art. 8-sexies, commi 5 e 7, del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i.
- con D.G.R.n. 14-8045 del 29 dicembre 2023 è stato approvato il progetto di riconversione di posti letto di post-acuzie neuropsichiatrica in posti letto di attività extraospedaliera psichiatrica a carattere

terapeutico-riabilitativo intensivo ed estensivo; pertanto le strutture relative non sono più assoggettate alle disposizioni del presente provvedimento relativamente ai posti letto di natura territoriale

Dato atto che:

- le condizioni normative derivanti dal nuovo accordo sono state formalizzate nello schema di contratto di cui all'allegato B) al presente provvedimento, mentre gli importi dei budget assegnati sono indicati nell'allegato C), allegati che fanno parte integrante e sostanziale del presente atto.

- l'accordo di cui sopra contiene i seguenti principi/criteri/determinazione dei tetti di spesa recepiti nello schema di contratto summenzionato:

- alla luce dei nuovi accreditamenti di cui sopra e dell'opportunità di contrattualizzare le strutture destinatarie di tali titoli che nell'anno 2023 sono già state contrattualizzate per la riduzione delle liste di attesa, e considerato il limite massimo di risorse assegnabili alle strutture erogatrici (individuato, da ultimo, dall'art. 45, comma 1-ter, del D.L. 26 ottobre 2019, n. 124 nel limite di spesa di cui all'art. 15, comma 14, primo periodo, del D.L. n. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 ed aggiornato dal comma 574 della legge 28 dicembre 2015, n. 208), viene preliminarmente destinato un importo totale di Euro 700.000,00, calcolato riducendo proporzionalmente il budget storico complessivo degli erogatori (con esclusione delle Case di Cura neuropsichiatriche oggetto di specifica riconversione e dei Cavs) per la contrattualizzazione di soggetti accreditati per attività ambulatoriale, in risposta alle esigenze di maggiore capillarità della distribuzione dell'offerta sanitaria sul territorio. Tale importo è stato calcolato in linea generale valorizzando ogni branca oggetto di nuovo accreditamento in analogia con il valore assegnato agli erogatori ambulatoriali con il budget minore;
- ad ogni struttura è attribuito un budget distinto per setting (ricovero, comprensivo dei posti letto residui di postacuzie neuropsichiatrica, ambulatorio ed attività domiciliare) e fra attività sanitaria rivolta ai residenti ed attività sanitaria rivolta a non residenti per l'anno 2024, riportato nell'allegato C) al presente provvedimento. Il budget da attribuirsi per l'anno 2025 e per l'anno 2026 sarà oggetto di specifico provvedimento; il tetto di spesa regionale per il 2024 è fissato in euro 698.652.800,00; sono riconoscibili al di fuori del citato tetto di spesa unicamente le prestazioni per il recupero delle liste di attesa;
- Sono ammesse le seguenti compensazioni:

1. all'interno del budget regionale, da ricovero verso attività ambulatoriale in presenza di economie del setting di ricovero (non viceversa);

2.all'interno del budget regionale, fra le prestazioni domiciliari e ambulatoriali ex art. 26 L. 833/1978 con quelle ambulatoriali e viceversa, in presenza di economie per tali setting;

3.all'interno del budget extraregionale, da ricovero verso attività ambulatoriale e viceversa in presenza di economie dell'uno o dell'altro setting;

4.nell'ambito dei budget regionale ed extraregionale, esclusivamente tra medesimi setting assistenziali (ricovero su ricovero, ambulatorio su ambulatorio) o tra ricovero verso ambulatorio (non viceversa), in presenza di economie; in ogni caso l'eccedenza di ricovero regionale è compensabile unicamente in presenza di economie di ricovero extraregionale.

In caso di superamento del budget di ciascun setting, che permanga anche dopo aver operato le possibili compensazioni di cui sopra, le eccedenze saranno abbattute proporzionalmente alla percentuale di superamento;

- eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno riconosciute al termine della procedura di compensazione della mobilità interregionale, nella misura in cui siano valorizzate all'interno della stessa e, comunque, entro e non oltre il tetto massimo complessivo di spesa regionale per prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, fissato annualmente dalla D.G.R. di riferimento al fine del rispetto del limite di spesa di cui all'art. 15, c. 14 del D.L. n. 95/2012 ed s.m.i.. Il tetto di spesa regionale per il 2024, come sopra indicato, è stabilito in euro 698.652.800,00;
- eventuali ulteriori eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno oggetto di regressione tariffaria fino al raggiungimento del predetto importo mediante riduzione in misura proporzionale alle eccedenze di produzione della singola struttura, partendo dalle prestazioni di bassa e media complessità in ricovero ordinario, seguite da quelle potenzialmente inappropriate erogate in regime ambulatoriale (escludendo quelle di medicina nucleare, dialisi ed oncologiche).
- sono infine ammesse le compensazioni all'interno del medesimo gruppo societario, mantenendo la distinzione per setting secondo le modalità sopra indicate ed il richiamo alle regole generali di abbattimento del valore della produzione in caso di superamento di ciascuno;
- all'interno del medesimo gruppo societario è ammessa la possibilità di trasferimento parziale del budget previa richiesta formulata entro il 31 maggio di ogni anno, fatte salve le esigenze della programmazione e con il parere favorevole delle aziende sanitarie interessate.

Rilevato, quanto all'esercizio di specifiche funzioni riconducibili al comma 2 dell'art. 8 sexies del D. Lgs. 502/1992, che, per l'anno 2024, sono ancora in corso i progetti di cui all'allegato D) alla D.G.R. 19 settembre 2022, n. 26-5656, con la conferma degli importi previsti nel medesimo provvedimento e l'aggiornamento delle tematiche di afferenza, come risulta dall'allegato D) al presente provvedimento; gli importi indicati nel menzionato allegato rappresentano un limite annuo massimo attribuito da verificare dalle AASSLL a consuntivo, sulla base dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte.

Dato atto che la regolamentazione dell'attività di CAVS e l'attribuzione dei relativi budget saranno oggetto di successivo provvedimento.

Alla luce delle regole predette, la spesa complessiva derivante dal presente provvedimento per l'anno 2024 è pari ad euro 714.314.719,00 e sarà oggetto di aggiornamento annuale in sede programmatoria per le annualità successive. Essa è a carico dei bilanci delle Aziende Sanitarie, mentre le attività richieste dalle Aziende Sanitarie per la riduzione delle liste di attesa faranno carico agli eventuali finanziamenti dedicati per l'anno 2024.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. 17 ottobre 2016, n. 1-4046, come modificata dalla D.G.R. 14 giugno 2021, n. 1-3361;

la Giunta regionale,

DELIBERA

1. di recepire l'Accordo sottoscritto in data 22 dicembre 2023 tra la Direzione regionale Sanità e le Associazioni rappresentative degli Erogatori sanitari privati, di cui all'allegato A), allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto e definisce per gli anni 2024-2025-2026,

con efficacia dal 1° gennaio 2024, le regole per l'acquisto delle prestazioni sanitarie dalle strutture private accreditate;

2. di approvare, secondo quanto in premessa esposto, i principi/criteri e la determinazione dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera, domiciliare e specialistica ambulatoriale erogata nei confronti dei cittadini residenti nel Piemonte e residenti fuori regione, per gli anni 2024, 2025 e 2026;

3. di approvare lo schema di contratto ex art. 8-*quinquies* del d. lgs. 502/1992 e s.m.i. per le annualità indicate al punto precedente, di cui all'allegato B) alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale del presente atto, da adottarsi dalle AASSLL per la contrattualizzazione delle strutture private accreditate con riguardo alle prestazioni sanitarie di ricovero in regime di acuzie e di post-acuzie (incluse la lungodegenza e la riabilitazione psichiatrica), domiciliare e di specialistica ambulatoriale;

4. di demandare alle AASSLL competenti per territorio la sottoscrizione dei contratti con le singole strutture private. Le AASSLL provvederanno a dare tempestiva informazione alla Regione dei casi di mancata sottoscrizione per l'avvio del procedimento di sospensione dell'accreditamento, secondo le modalità previste dalla D.G.R. 5 dicembre 2011, n. 58-3079;

5. di approvare la ripartizione del budget per le annualità 2024-2025-2026 fra gli erogatori privati accreditati, secondo quanto indicato nell'allegato C), per farne parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, e relativo alle prestazioni sanitarie di ricovero, incluse in regime di lungodegenza e riabilitazione psichiatrica, domiciliare e di specialistica ambulatoriale, per residenti in Regione e fuori Regione;

6. di approvare il riparto degli importi del finanziamento relativo a funzioni riconducibili al comma 2 dell'art. 8 sexies del D. Lgs. 502/1992 indicati nell'allegato D), che fa parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

7. di dare atto che la spesa complessiva derivante dal presente provvedimento, pari ad euro 714.314.719,00 per l'anno 2024, - importo da aggiornarsi con successivo provvedimento per gli anni 2025 e 2026 - comprendente l'attività di ricovero, inclusa la postacuzie (lungodegenza e riabilitazione) psichiatrica, specialistica ambulatoriale, domiciliare, per residenti e non residenti nei limiti del tetto indicato in premessa e la spesa di cui al punto 6, trova copertura a valere sugli stanziamenti 2024 del Fondo sanitario indistinto, (Missione 13, Programma 1), da assegnarsi alle ASL con successivo provvedimento.

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

Sono parte integrante del presente provvedimento gli allegati riportati a seguire ¹, archiviati come file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

1. DGR-8103-2024-All_1-ALLEGATO_A)_ACCORDO_(2).pdf



1 L'impronta degli allegati rappresentata nel timbro digitale QRCode in elenco è quella dei file pre-esistenti alla firma digitale con cui è stato adottato il provvedimento

2. DGR-8103-2024-All_2-ALLEGATO_B)_CONTRATTO.pdf



3. DGR-8103-2024-All_3-ALLEGATO_C)_BUDGET.pdf



4. DGR-8103-2024-All_4-ALLEGATO_D)_-_FINANZIAMENTI_A_FUNZIONE.pdf



Allegato

ACCORDO CON GLI EROGATORI PRIVATI SULLE REGOLE DI FINANZIAMENTO PER GLI ANNI 2024 - 2026

Principi ispiratori:

per quanto riguarda la **Regione Piemonte**:

- esigenza di ripristinare l'aderenza della contrattualizzazione con le strutture private accreditate ai principi della D.G.R. n. 1-600 del 14 novembre 2014 e smi, atto di programmazione sanitaria tutt'ora vigente, attualizzandola in considerazione delle necessità del territorio espresse tramite le aziende sanitarie;
- vincolo del tetto di spesa per le attività ambulatoriali e di ricovero ai sensi dell'art. 15, c. 14 del D.L. n. 95/2012, e, più in generale, della compatibilità economica e della sostenibilità del sistema;
- obbligo di applicazione dei principi di concorrenza ed apertura al mercato affermati dalla recente normativa comunitaria e nazionale;
- necessità di riduzione delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie

per quanto riguarda le **Associazioni di categoria**:

- riconoscere il ruolo rilevante degli erogatori sanitari privati all'interno del SSN
- esigenza di avere un orizzonte di programmazione delle proprie attività di durata adeguata
- sostanziale tutela dei volumi di attività finora garantiti
- integrazione nel sistema sanitario pubblico per il recupero delle liste di attesa di prestazioni sanitarie e nel percorso di digitalizzazione della sanità

Ciò premesso, si concordano le seguenti regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie di seguito indicate per gli anni 2024-2026.

BUDGET 2024-2026

Viene preliminarmente destinato un importo per un totale di Euro 700.000 calcolato riducendo proporzionalmente il budget storico complessivo degli erogatori (con esclusione dei budget delle Case di Cura neuropsichiatriche oggetto di specifica riconversione in attività territoriale e dei Cavs) per la contrattualizzazione di soggetti accreditati per attività ambulatoriale, in risposta alle esigenze di maggiore capillarità della distribuzione dell'offerta sanitaria sul territorio. Tale importo è stato calcolato in linea generale valorizzando ogni branca oggetto di nuovo accreditamento in analogia con il valore assegnato agli erogatori ambulatoriali con il budget minore.

Si assegna per ognuno degli anni di durata del contratto, a ciascun erogatore, un budget - regionale ed extraregionale - distinto per setting (ricovero, ambulatorio, attività domiciliare).

COMPENSAZIONI

Sono ammesse le seguenti compensazioni:

- all'interno del budget regionale, da ricovero verso attività ambulatoriale in presenza di economie del setting di ricovero (non viceversa);
- all'interno del budget regionale, fra le prestazioni domiciliari e ambulatoriali ex art. 26 L. 833/1978 con quelle ambulatoriali e viceversa, in presenza di economie per tali setting;
- all'interno del budget extraregionale, da ricovero verso attività ambulatoriale e viceversa in presenza di economie di uno o dell'altro setting;
- nell'ambito dei budget regionale ed extraregionale, esclusivamente tra medesimi setting assistenziali (ricovero su ricovero, ambulatorio su ambulatorio) o tra ricovero e ambulatorio (non viceversa), in presenza di economie; in ogni caso l'eccedenza di ricovero regionale è compensabile unicamente in presenza di economie di ricovero extraregionale.

In caso di modifica della normativa, inclusa la revisione dei limiti del citato D.L. 95/2012 e smi prevista dall'emananda legge di bilancio 2024, relativamente alle attività per i residenti potrà essere rivisto il budget e/o il meccanismo di compensazione.

Ai fini del recupero delle liste di attesa la Regione e le AA.SS.LL. potranno concordare, di comune accordo, con gli erogatori privati accreditati, in presenza di specifiche indicazioni regionali, volumi di prestazioni aggiuntive oltre il budget assegnato.

Eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno riconosciute al termine della procedura di compensazione della mobilità interregionale, nella misura in cui siano valorizzate all'interno della stessa e, comunque, **entro e non oltre il tetto massimo complessivo di spesa regionale per prestazioni di ricovero ed ambulatoriali**, fissato annualmente dalla D.G.R. di riferimento al fine del rispetto del limite di spesa di cui all'art. 15, c. 14 del D.L. n. 95/2012 e smi.

In caso di modifica della normativa per le attività per i pazienti fuori Regione potrà essere rivisto il budget e/o il meccanismo di compensazione.

Il limite di spesa di cui all'art. 15, c. 14 del D.L. n. 95/2012 è fissato in 713.000.000 euro (fatte salve le modifiche della normativa nazionale).

Con il presente accordo si assegna il tetto di spesa complessivo regionale per il 2024 in euro 698.652.800, da utilizzare ai fini delle compensazioni di cui all'art. 3 del contratto.

Le eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno oggetto di regressione tariffaria fino al raggiungimento del predetto importo mediante riduzione in misura proporzionale alle eccedenze di produzione della singola struttura, partendo dalle prestazioni di bassa e media complessità in ricovero ordinario, seguite da quelle potenzialmente inappropriate erogate in regime ambulatoriale (escludendo quelle di medicina nucleare, dialisi ed oncologiche).

Sono infine ammesse le compensazioni all'interno del medesimo gruppo societario, mantenendo la distinzione per setting secondo le modalità sopra indicate ed il richiamo alle regole generali di abbattimento del valore della produzione in caso di superamento di ciascuno.

E' ammessa la possibilità di trasferimento parziale del budget previa richiesta formulata entro il 31 maggio di ogni anno, fatte salve le esigenze della programmazione e con il parere favorevole delle aziende sanitarie interessate.

Gli erogatori si impegnano a collaborare alla prosecuzione del percorso di digitalizzazione della sanità, dando applicazione alle indicazioni regionali in materia di utilizzo del sistema del Cup regionale per la prenotazione delle prestazioni e di alimentazione del fascicolo sanitario elettronico.

Per quanto attiene al percorso di digitalizzazione relativo al fascicolo sanitario elettronico che gli erogatori porteranno a termine, la Regione si impegna a riconoscere gli eventuali costi a fronte di un finanziamento nazionale dedicato che lo consenta.

Con riguardo all'impegno assunto dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 17 ottobre 2019 e ribadito nella seduta del 27 luglio 2020, relativo alla copertura del 50% dei costi del rinnovo contrattuale del personale non medico dipendente delle strutture private che applicano il contratto ARIS-AIOP, già oggetto di specifico riconoscimento per il 2° semestre 2020 ai sensi della D.G.R. n. 14-2889 del 19 febbraio 2021 e della D.D. n. 588 del 27 aprile 2021, la Regione si impegna ad erogare quanto dovuto, anche per gli anni pregressi, non appena verranno assegnati i fondi statali dedicati.

MODALITA' DI PAGAMENTO DEI CORRISPETTIVI

Per quanto riguarda le modalità di pagamento dei corrispettivi, si confermano quelle attuali, che prevedono l'emissione da parte degli erogatori delle fatture mensili di acconto, a seguito dell'ordine, di norma annuale, trasmesso dall'Azienda tramite il sistema NSO, pari al 95% di 1/12 del budget.

E' consentita l'emissione di una fattura a saldo delle prestazioni erogate alla scadenza del primo semestre dell'anno in misura complessivamente non superiore al 57% del budget, con la dicitura "salvo conguaglio" (o la richiesta di nota di credito da parte dell'azienda, qualora la produzione della struttura nel periodo sia stata inferiore al 95% del budget). Il documento contabile a conguaglio dell'annualità, emesso previo ricevimento dell'ordine elettronico dell'ASL, viene liquidato a seguito dei controlli effettuati circa l'osservanza del contratto.

Torino, 22 dicembre 2023

In originale firmato da :

Direzione Sanità Regione Piemonte

Rappresentanti delle Associazioni:

AIOP

ARIS

ANISAP

META

GRISP-FEDERLAB

ALLEGATO B)

SCHEMA DI CONTRATTO PER GLI ANNI 2024 – 2026 EX ART. 8 QUINQUIES D.LGS. N. 502/1992 e s.m.i.

Tra

L'ASL _____, con sede legale in _____, via/strada/corso/piazza _____ n° _____ (C.F. _____), rappresentata dal Direttore Generale *pro tempore* _____, successivamente denominata "Azienda Sanitaria" o "ASL"

e

la Società _____, con sede legale in _____, via/strada/corso/piazza _____ n° _____ (C.F. e P. I.V.A. _____), titolare della/e struttura/e _____ con sede/i operativa/e indicata/e nell'allegato A), accreditata/e per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto, successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata da _____ in qualità di _____, con titolo di legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

1. gli articoli 8-bis, ter, quater e quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con D.G.R. n. _____ del ___ / ___ / _____ sono stati approvati, per gli anni 2024-2026, le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati, il budget nonché lo schema di contratto a valere per le strutture private e per i presidi/IRCCS ex artt. 42 e 43 L. 833/1978;
3. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. _____ del ___ / ___ / _____ è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto in attuazione della citata D.G.R.;

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 a carico del SSR, conformi a volumi riassunti all'articolo 3, comma 1 e di cui ai seguenti setting:

RESIDENTI IN REGIONE

- I. ricovero in regime di acuzie e post-acuzie
- II. specialistica ambulatoriale
- III. cure domiciliari riabilitative (su specifici progetti concordati con l'Asl)
- IV. ambulatoriale ex art. 26 L. 833/1978

RESIDENTI FUORI REGIONE

I. ricovero in regime di acuzie e post-acuzie

II. specialistica ambulatoriale

3. Le prestazioni devono realizzarsi all'interno di ogni annualità, con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda e nel rispetto del budget totale assegnato.

Art. 2 – Obblighi dell'erogatore e 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 dei provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere e ad 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.

2. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.

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

- l'erogazione delle prestazioni sanitarie secondo le modalità organizzative stabilite, con riguardo alle strutture private accreditate e contrattualizzate con il SSR, dalla DGR n. del avente ad oggetto: “.....”;
- la condivisione con le ASL di tutte le agende di prenotazione relative alle prime visite e altre prestazioni di primo accesso, al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale nei termini e nelle modalità di cui alla DGR n. 4-4878 del 14 aprile 2022 e s.m.i.; le eventuali prime visite e prestazioni di primo accesso erogate in assenza di un appuntamento programmato sul sistema CUP regionale non saranno valorizzate ai fini della remunerazione economico-finanziaria, fatta salva l'impossibilità ad avviare il sistema non addebitabile all'erogatore e fatto salvo quanto previsto dagli atti regionali in materia in ordine alle modalità di attuazione del controllo di valorizzazione economico-finanziaria delle prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture private accreditate e contrattualizzate;
- l'adesione al progetto Fascicolo Sanitario Elettronico, attraverso la condivisione dei dati e documenti digitali di tipo sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito, e la corretta gestione del consenso informato.

4. 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 apposita sezione nel proprio sito denominata “Liste di attesa”, i criteri di formazione delle liste di attesa, i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata, nonché, in altra sezione, i bilanci certificati (o conto economico nel caso di Enti, anche religiosi, o di strutture facenti parte di gruppi societari) - redatti secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici ai sensi del D.M. 2 aprile 2015 n. 70 - e i dati sugli aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attività medica svolta.

5. 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.
6. La capacità produttiva non contrattata o non utilizzata dal SSN è fruibile per l'attività in regime privatistico.
7. 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 di categoria del settore privato in conformità alla normativa vigente.
8. Ai sensi dell'art. 1, comma 42, lett. l) della legge n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi ad ex dipendenti di ASL e Regione che nei tre anni antecedenti abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali.
9. Qualora l'ente intenda cessare l'attività sanitaria deve comunicare la suddetta volontà con un preavviso di almeno 90 giorni, salvo diversa comunicazione dell'ASL e fermo restando l'obbligo di garantire la continuità delle prestazioni fino al provvedimento regionale di decadenza dall'accreditamento.
10. La Struttura può sospendere l'erogazione delle prestazioni soltanto per giusta causa con comunicazione tempestiva all'ASL, la quale informerà la Regione; allo stesso modo dovrà essere comunicata la ripresa dell'attività. Non costituiscono giusta causa gli eventuali ritardi nei pagamenti dei corrispettivi dovuti all'Erogatore, ferme restando per tale ultima evenienza le tutele accordate dagli artt. 3 e 6 del D.Lgs. 9 ottobre 2002, n. 231. Qualora l'Erogatore sospenda l'erogazione senza giusta causa, resta facoltà dell'ASL risolvere il contratto mediante dichiarazione unilaterale comunicata a mezzo PEC, con conseguente addebito di tutti i danni subiti e subendi.
11. La cessione del contratto a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL e della Regione; in caso di mutamento di carattere soggettivo (fusione, incorporazione, scissione, cessione ramo d'azienda, subentro di altro titolare, etc.) l'efficacia della cessione del contratto, insieme all'accreditamento e all'autorizzazione, è sospensivamente condizionata all'adozione degli atti di competenza regionale circa la verifica dei requisiti soggettivi ed oggettivi.

Art. 3 – Budget

1. Per gli anni 2024-2025-2026, in relazione alle risorse finanziarie programmate per le prestazioni da rendere dall'Erogatore per conto e a carico del SSR, nei limiti dei posti letto/branche specialistiche ambulatoriali accreditati indicati nell'allegato A), sono assegnati all'Erogatore i seguenti budget suddivisi per tipologia di setting assistenziali, per ciascuna annualità:

SETTING	RESIDENTI IN REGIONE (inclusi, secondo la circolare del Ministero della Salute n. 5 del 24.3.2000, STR, ENI, STP)	RESIDENTI FUORI REGIONE
----------------	--	------------------------------------

Ricovero acuzie e post-acuzie	€	€
Specialistica ambulatoriale	€	€
Cure domiciliari riabilitative		
Ambulatoriale ex art. 26 L. 833/1978		

L'Asl si riserva di richiedere, all'interno del budget, l'esecuzione di prestazioni specifiche di cui rilevi il fabbisogno nella sua funzione di tutela (v. tabella allegato B1).

2. Il budget ambulatoriale è al lordo del ticket.

3. Nell'ambito della stessa struttura, sono ammesse le seguenti compensazioni:

- all'interno del budget regionale, da ricovero verso attività ambulatoriale in presenza di economie del setting di ricovero (non viceversa);
- all'interno del budget regionale, fra le prestazioni domiciliari e ambulatoriali ex art. 26 L. 833/1978 con quelle ambulatoriali e viceversa, in presenza di economie per tali setting;
- all'interno del budget extraregionale da ricovero verso attività ambulatoriale e viceversa in presenza di economie di uno o dell'altro setting;
- nell'ambito dei budget regionale ed extraregionale, esclusivamente tra medesimi setting assistenziali (ricovero su ricovero, ambulatorio su ambulatorio) o tra ricovero verso ambulatorio (non viceversa), in presenza di economie. In ogni caso l'eccedenza di ricovero regionale è compensabile unicamente in presenza di economie di ricovero extraregionale.

4. Eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno riconosciute al termine della procedura di compensazione della mobilità interregionale, nella misura in cui siano valorizzate all'interno della stessa e, comunque, entro e non oltre il tetto massimo complessivo di spesa regionale per prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, fissato annualmente dalla DGR di riferimento, al fine del rispetto del limite di spesa di cui all'art. 15, c. 14 del D.L. n. 95/2012 e s.m.i..

5. Le eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno oggetto di regressione tariffaria fino al raggiungimento del predetto importo mediante riduzione in misura proporzionale alle eccedenze di produzione della singola struttura, partendo dalle prestazioni di bassa e media complessità in ricovero ordinario, seguite da quelle potenzialmente inappropriate erogate in regime ambulatoriale (escludendo quelle di medicina nucleare, dialisi ed oncologiche).

6. Sono ammesse le compensazioni fra strutture del medesimo gruppo societario, mantenendo la distinzione per setting secondo le modalità di cui ai commi precedenti ed il richiamo alle regole generali di abbattimento del valore della produzione in caso di superamento di ciascuno.

7. Trasferimenti parziali di attività e correlato budget tra strutture appartenenti al medesimo gruppo societario sono ammessi previa richiesta formulata entro il 31 maggio di ogni anno, fatte salve le esigenze della programmazione e con il parere favorevole delle aziende sanitarie interessate.

8. Sono riconoscibili al di fuori del budget assegnato unicamente le eventuali prestazioni contrattualizzate, sulla base delle indicazioni regionali, per il recupero delle liste di attesa.

9. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a progetti di ricerca applicata, funzioni di emergenza urgenza o di ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza è previsto l'importo annuale di € per ciascuna delle annualità interessate dal presente contratto.

10. L'erogatore dichiara di conoscere ed accetta:

- l'applicazione del sistema dei controlli di cui alla D.G.R. 30 dicembre 2013, n. 13-6981 e s.m.i.;
- l'applicazione del sistema dei controlli di qualità ed appropriatezza dei ricoveri previsti dall'art. 79 comma 1 septies D.L. 112/2008, convertito con la Legge n. 133/2008, e dal DM 10 dicembre 2009, così come declinati nei provvedimenti attuativi regionali di riferimento.

Art. 4 - Regole di remunerazione

1. 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.
2. 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, non a fini remunerativi.
3. L'Erogatore avrà diritto al riconoscimento della produzione annualmente erogata entro il limite massimo delle risorse allo stesso assegnate, salvo quanto previsto all'art. 3. Nulla spetterà all'Erogatore, quale compenso, indennizzo o risarcimento comunque denominato, per le prestazioni rese dalla Struttura in carenza di autorizzazione/accreditamento o dei relativi requisiti, nonché a seguito di sospensione/revoca dei titoli menzionati e di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 7.
4. Per la somministrazione dei farmaci (File F) da parte degli aventi diritto è previsto il rimborso sulla base dei costi sostenuti o, se inferiori, ai prezzi di riferimento delle gare regionali ridotti dalle eventuali quote dovute dalle aziende farmaceutiche in applicazione della cd. "rimborsabilità condizionata" di taluni farmaci. Nei farmaci rilevati in File F rientrano, in considerazione delle semplificate modalità di somministrazione delle nuove terapie oncologiche orali, anche quelli dispensati a seguito di visita ambulatoriale e/o *day hospital*, così come previsto dalla DGR 19 febbraio 2021 n. 14-2889.

Art. 5 - Modalità di pagamento e cessione del credito

1. I soggetti erogatori emettono fatture mensili di acconto, a seguito dell'ordine trasmesso dall'Azienda tramite il sistema NSO pari al 95% di 1/12 del budget.
È consentita l'emissione di una fattura a saldo delle prestazioni erogate alla scadenza del primo semestre dell'anno in misura complessivamente non superiore al 57% del budget, con la dicitura "salvo conguaglio" (o la richiesta di nota di credito da parte dell'azienda, qualora la produzione della struttura nel periodo sia stata inferiore al 95% del budget). Il documento contabile a conguaglio dell'annualità, emesso previo ricevimento dell'ordine elettronico dell'ASL, viene liquidato a seguito dei controlli effettuati circa l'osservanza del contratto.
2. Per il finanziamento dedicato all'esercizio di specifiche funzioni sono corrisposti, sulla base di apposita fattura emessa dall'Erogatore, acconti mensili pari a 1/12 del valore assegnato come limite annuo massimo attribuito. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo, l'ASL effettua una verifica a consuntivo dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte ed eroga il conguaglio.

3. La produzione ambulatoriale viene liquidata dall'ASL previa detrazione degli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti.
 4. L'ASL emette l'ordine, di norma annuale, tramite il sistema NSO in modo da garantire la regolarità dei pagamenti.
 5. I pagamenti devono aver luogo nel termine di 60 giorni dal ricevimento della fattura, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 231/2002 e s.m.i.
 6. I ritardi di pagamento dovuti ad errori o incompletezza dei dati nelle fatture, tempestivamente segnalati dall'ASL, non sono imputabili a quest'ultima, per cui il termine di pagamento decorre interamente dalla trasmissione della fattura con le dovute rettifiche/integrazioni.
 7. Gli importi versati dall'ASL e non dovuti sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile.
 8. 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 o di appropriatezza clinica od organizzativa.
 9. È fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere totalmente o parzialmente i pagamenti, comunicandolo previamente e formalmente alla Struttura, 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. Le partite contestate devono essere comunque definite entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.
 10. La cessione del credito vantato nei confronti dell'ASL, ferma la forma richiesta dall'art. 69 R.D. 18 novembre 1923, n. 2440, produce effetti nei confronti di quest'ultima solo a seguito di notificazione della cessione alla medesima e di espressa accettazione da parte di essa, applicandosi l'art. 117, comma 4-bis, del D.L. 19 maggio 2020 n. 34 (conv. con L. 17 luglio 2020, n. 77).
 11. La misura degli interessi moratori di cui al D.Lgs. 9 ottobre 2002, n. 231 non può essere superiore al tasso legale stabilito con decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze non aumentato dei punti percentuali. In caso di cessione del credito da parte della Struttura, quest'ultima si impegna ad accollarsi il debito dell'ASL avente ad oggetto il pagamento degli interessi moratori in esame che possano sorgere successivamente alla cessione.
- In ogni caso la Struttura si impegna ad emettere nota di credito sulle fatture oggetto di cessione qualora l'ASL lo richieda per la parte di produzione non effettuata.

Art. 6 - Verifiche e controlli

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza rispetto alle prestazioni contrattate. L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della D.G.R. 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si obbliga a consentire lo svolgimento dell'attività di vigilanza dell'apposita Commissione ASL, a pena di risoluzione del contratto secondo la previsione di cui all'art. 7, comma 5, lett. e).

L'Erogatore si impegna altresì ad agevolare l'attività di vigilanza stessa, nonché quelle ulteriori 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 10 giorni, il legale rappresentante della Struttura, o suo delegato, può presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

3. L'ASL verifica il puntuale e corretto adempimento, da parte dell'Erogatore, dell'obbligo di cui all'art. 2, comma 4, di pubblicare il bilancio ed i dati relativi alle liste di attesa sul suo sito web, così come previsto dall'art. 41, comma 6, del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33.

Art. 7 – Sospensione e risoluzione del contratto

1. In caso di grave inadempimento, anche parziale, di obbligazioni nascenti dal contratto, e previa contestazione formale, la parte può sospendere l'efficacia del contratto o di parte di esso da un minimo di 3 mesi ad un massimo di 12 mesi, inviando comunicazione formale che indichi altresì la durata della sospensione.

2. La revoca dell'autorizzazione o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto. Sono fatte salve ulteriori cause di sospensione e di risoluzione del contratto previste dalla legge. La revoca o la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento relativa a determinati p.l. contrattualizzati o a determinate branche specialistiche contrattualizzate determinano la contestuale riduzione del budget relativo ai p.l. o alle branche specialistiche oggetto di sospensione/revoca da parte della Direzione Sanità, fatto salvo per queste ultime diverse valutazioni da parte dell'Asl sulla base del suo fabbisogno.

3. Dalla data della comunicazione della sospensione dell'efficacia contrattuale anche solo parziale le prestazioni eventualmente rese non produrranno effetti obbligatori nei confronti dell'ASL e della Regione.

4. La Struttura si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo (tracciati C, SDO ed ulteriori flussi previsti dalla normativa vigente), nei confronti dell'ASL e del SSR secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'Erogatore è motivo di risoluzione del contratto. Le prestazioni domiciliari riabilitative erogate devono essere inserite nel Portale regionale FARSIAD-RP per soddisfare il debito informativo ministeriale e regionale del flusso SIAD "Sistema Informativo Assistenza Domiciliare" istituito con il D.M. 17 dicembre 2008 e con la D.G.R. 2 agosto 2010, n. 69-481.

5. Il presente contratto si intenderà risolto *ope iuris* qualora intervenga una o più delle ipotesi di seguito indicate:

a) l'emersione di precedenti condanne penali, o sopravvenienza di nuove condanne penali, di carattere definitivo per uno o più reati di cui all'art. 94 del D.Lgs. 31 marzo 2023, n. 36 nei confronti dei soggetti indicati da tale articolo;

b) l'accertamento o la sopravvenienza, con riferimento ai soggetti indicati dall'art. 85 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159, di cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159 e s.m.i., o in caso di ricevimento della comunicazione antimafia

o di sussistenza di un tentativo di infiltrazione mafiosa accertato dall'informativa antimafia interdittiva ex art. 84 del medesimo decreto;

c) violazione accertata definitivamente delle norme in materia di protezione infortunistica, sicurezza sui luoghi di lavoro idonea ad incidere gravemente sull'esecuzione delle prestazioni sanitarie;

d) ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni;

e) impedimento al controllo esercitato dalle Aziende Sanitarie competenti per territorio o dalle Commissioni di Vigilanza situate nel territorio aziendale.

La risoluzione di cui alle lettere a) e b) non si produce quando il reato è stato depenalizzato ovvero quando è intervenuta la riabilitazione, ovvero, nei casi di condanna ad una pena accessoria perpetua, quando questa è stata dichiarata estinta ai sensi dell'art. 179, comma 7, del codice penale, ovvero quando il reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna ovvero in caso di revoca della condanna medesima.

Articolo 8 - Clausola di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del contratto, il soggetto erogatore accetta il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione del sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.

2. Le parti sono consapevoli che il presente contratto non può essere oggetto di condizioni o di riserve relative al sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.

3. Costituiscono integrazione del contenuto contrattuale i provvedimenti di determinazione dei budget, dei tetti di spesa e del sistema tariffario, per cui la conclusione del contratto comporta accettazione di questi ultimi.

Articolo 9 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2026.

2. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative di carattere nazionale o regionale, senza che derivino maggiori oneri per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze, e purché le stesse siano legate all'erogazione di prestazioni sanitarie per conto del SSR, l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante comunicazione formale all'ASL e alla Regione.

Articolo 10 – Bollo, registrazione e pubblicazione

1. Il presente contratto è soggetto ad imposta di bollo ai sensi dell'art. 2, comma 1, del D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642 e successive modificazioni e la relativa spesa è divisa in parti uguali.

2. È inoltre soggetto a registrazione solo in caso d'uso ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.P.R. 26 aprile 1986, n. 131.

3. Il presente contratto è soggetto a pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda Sanitaria, nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente.

Art. 11 - Foro competente

Le controversie tra le parti 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, confermato e sottoscritto

Per l'ASL

Per l'Erogatore

.....

.....

Il presente documento è sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82

Il file contenente il testo del contratto, successivamente alla sottoscrizione con firma digitale in corso di validità, dovrà essere trasmesso via PEC a regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it

ASL Terr	Cod. Strutt.	DENOMINAZIONE STRUTTURA	Tipo mob	RICOVERO	AMBULATORIO (comprensivo di ex art. 26 e domiciliare)	AMBULATORIO	di cui ambulatorio ex art. 26	di cui domiciliare	TETTO COMPLESSIVO RICOVERO + AMBULATORIO (REGIONE E FUORI REGIONE)	budget totale
301	611	VILLA MARIA PIA HOSPITAL	R	29.517.846,57	1.195.376,12	1.195.376,12			30.713.222,69	33.605.967,46
301	611		N	2.803.709,07	89.035,70	89.035,70			2.892.744,77	
301	612	CASA DI CURA KOELLIKER OSPEDALINO	R	8.052.457,92	15.011.090,88	15.011.090,88			23.063.548,80	23.985.423,22
301	612		N	503.978,54	417.895,88	417.895,88			921.874,42	
301	622	POLIAMBULATORI STATUTO - VIA SALUZZO	R		2.930.325,08	2.930.325,08			2.930.325,08	2.981.070,19
301	622		N		50.745,11	50.745,11			50.745,11	
301	653	PROME S.P.A.	R		4.057.397,70	4.057.397,70			4.057.397,70	4.381.611,54
301	653		N		324.213,84	324.213,84			324.213,84	
301	655	CASA DI CURA CELLINI	R	18.030.172,95	5.176.890,92	5.176.890,92			23.207.063,87	27.061.623,00
301	655		N	3.669.728,50	184.830,63	184.830,63			3.854.559,13	
301	700	STUDIO MEDICO MIRAFIORI	R		3.378.147,94	3.378.147,94			3.378.147,94	3.398.500,53
301	700		N		20.352,59	20.352,59			20.352,59	
301	890	CERBA HEALTHCARE (EX RAFFAELLO)	R		140.154,43	140.154,43			140.154,43	143.092,48
301	890		N		2.938,05	2.938,05			2.938,05	
301	702	A.N.S.A.	R		841.158,37	841.158,37			841.158,37	848.261,25
301	702		N		7.102,88	7.102,88			7.102,88	
301	704	CHIROS	R		4.211.223,42	4.211.223,42			4.211.223,42	4.272.191,27
301	704		N		60.967,85	60.967,85			60.967,85	
301	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA	R		20.270.263,28	20.270.263,28			20.270.263,28	20.725.134,08
301	705		N		454.870,80	454.870,80			454.870,80	
301	706	FISIO SRL CENTRO MED. LINGOTTO	R		3.583.835,65	3.583.835,65			3.583.835,65	3.622.368,00
301	706		N		38.532,35	38.532,35			38.532,35	
301	707	IST.FISICOTERAPICO DI TORINO	R		2.030.631,41	2.030.631,41			2.030.631,41	2.066.529,41
301	707		N		35.898,00	35.898,00			35.898,00	
301	708	LARC Spa	R		13.018.741,07	13.018.741,07			13.018.741,07	13.426.100,52
301	708		N		407.359,45	407.359,45			407.359,45	
301	709	P.K.T S.R.L. CORSO FRANCIA	R		1.809.211,48	1.809.211,48			1.809.211,48	1.815.487,19
301	709		N		6.275,71	6.275,71			6.275,71	
301	710	S.K.T. S.R.L. - STUDIO KINESITERAPICO TORINESE	R		1.374.473,49	1.374.473,49			1.374.473,49	1.378.559,39
301	710		N		4.085,90	4.085,90			4.085,90	
301	716	INDAGINI RICERCHE MEDICHE	R		174.824,66	174.824,66			174.824,66	179.819,65
301	716		N		4.994,99	4.994,99			4.994,99	
301	711	I.F.O.R.	R		1.351.083,95	1.351.083,95			1.351.083,95	1.365.484,51
301	711		N		14.400,56	14.400,56			14.400,56	
301	712	L.A.M.A.T.	R		874.170,27	874.170,27			874.170,27	883.114,30
301	712		N		8.944,03	8.944,03			8.944,03	
301	713	PUNTO DE.GA.	R		2.864.828,77	2.864.828,77			2.864.828,77	2.883.913,51
301	713		N		19.084,74	19.084,74			19.084,74	
301	735	R.I.B.A. S.P.A	R		4.023.311,89	4.023.311,89			4.023.311,89	4.101.385,59
301	735		N		78.073,70	78.073,70			78.073,70	
301	737	IRMET	R		5.248.223,38	5.248.223,38			5.248.223,38	5.882.367,38
301	737		N		634.144,00	634.144,00			634.144,00	
301	862	O.T.I.P.	R		590.800,00	590.800,00			590.800,00	596.673,00
301	862		N		5.873,00	5.873,00			5.873,00	
301	921	PRESIDIO MAJOR	R	4.925.060,49	372.025,89	272.126,08		99.899,81	5.297.086,38	5.590.992,76
301	921		N	289.849,45	4.056,93	4.056,93			293.906,38	

301	990	PRESIDIO AUSILIATRICE - FONDAZIONE DON GNOCCHI	R	5.534.449,32	5.722.565,65	1.550.459,99	2.274.009,32	1.898.096,34	11.257.014,97	11.632.700,18
301	990		N	344.312,67	31.372,54	31.372,54			375.685,21	
301	992	PRESIDIO GRADENIGO	R	26.612.570,37	13.183.168,16	13.183.168,16			39.795.738,53	43.995.410,54
301	992		N	3.794.632,24	405.039,77	405.039,77			4.199.672,01	
301	993	PRESIDIO SAN CAMILLO	R	8.980.992,67	841.689,84	641.890,23		199.799,61	9.822.682,51	10.054.700,81
301	993		N	219.779,57	12.238,73	12.238,73			232.018,30	
301	997	PRESIDIO COTTOLENGO	R	17.588.881,53	7.846.800,18	7.846.800,18			25.435.681,71	26.149.568,73
301	997		N	587.965,31	125.921,71	125.921,71			713.887,02	
203	621	CASA DI CURA VILLA SERENA - S.P.A.	R	8.851.122,92	1.570.989,40	1.570.989,40			10.422.112,32	10.741.186,31
203	621		N	309.689,40	9.384,59	9.384,59			319.073,99	
203	623	VILLA PAPA GIOVANNI XXIII	R	7.242.736,02					7.242.736,02	7.392.585,73
203	623		N	149.849,71					149.849,71	
203	646	CASA DI CURA VILLA IRIS SRL	R	6.093.888,24	2.148.256,44	2.148.256,44			8.242.144,68	8.352.773,73
203	646		N	99.899,81	10.729,24	10.729,24			110.629,05	
203	651	CASA DI CURA MADONNA DEI BOSCHI	R	3.876.112,52					3.876.112,52	3.876.112,52
203	651		N							
203	655	CASA DI CURA CELLINI	R		1.063.727,15	1.063.727,15			1.063.727,15	1.072.321,53
203	655		N		8.594,38	8.594,38			8.594,38	
203	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA	R		1.585.740,61	1.585.740,61			1.585.740,61	1.596.369,95
203	705		N		10.629,34	10.629,34			10.629,34	
203	713	PUNTO DE.GA.	R		1.017.106,91	1.017.106,91			1.017.106,91	1.023.116,88
203	713		N		6.009,97	6.009,97			6.009,97	
203	715	STUDIO MEDICO FISIOTERAPICO	R		1.274.600,66	1.274.600,66			1.274.600,66	1.274.600,66
203	715		N							
203	716	INDAGINI RICERCHE MEDICHE	R		3.838.843,90	3.838.843,90			3.838.843,90	3.869.829,82
203	716		N		30.985,92	30.985,92			30.985,92	
203	738	C.F.T. KINETOS	R		556.913,45	556.913,45			556.913,45	559.748,11
203	738		N		2.834,66	2.834,66			2.834,66	
203	889	SANITALIA MEDICAL CARE	R		349.000,00	349.000,00			349.000,00	350.000,00
203	889		N		1.000,00	1.000,00			1.000,00	
204	204	SAAPA S.P.A	R	8.324.600,98					8.324.600,98	8.324.600,98
204	204		N							
204	622	CASA DI CURA VILLA IDA - SANTA CROCE SRL	R	5.784.198,84					5.784.198,84	6.014.967,39
204	622		N	230.768,55					230.768,55	
204	626	POLICLINICO DI MONZA - EPOREDIESE	R	8.926.809,01	4.347.458,79	4.347.458,79			13.274.267,80	17.455.469,33
204	626		N	3.816.407,40	364.794,13	364.794,13			4.181.201,53	
204	644	VILLA GRAZIA	R	7.022.956,44	332.009,02	332.009,02			7.354.965,46	7.554.765,07
204	644		N	199.799,61					199.799,61	
204	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA (ex NUOVA LAMP)	R		1.347.328,72	1.347.328,72			1.347.328,72	1.391.150,77
204	705		N		43.822,05	43.822,05			43.822,05	
204	717	ISTITUTO MALPIGHI	R		1.847.664,92	1.847.664,92			1.847.664,92	1.857.362,19
204	717		N		9.697,27	9.697,27			9.697,27	
204	991	BEATA VERGINE CONSOLATA	R	11.238.728,31	374.695,21	374.695,21			11.613.423,52	12.018.880,87
204	991		N	399.599,23	5.858,12	5.858,12			405.457,35	
205	618	CASA DI CURA E RIPOSO S. LUCA S.P.A.	R	9.593.215,65	12.280,68	12.280,68			9.605.496,33	10.146.402,84
205	618		N	497.183,36	43.723,15	43.723,15			540.906,51	
205	648	VILLA ADRIANA	R	4.085.902,11					4.085.902,11	4.127.857,03
205	648		N	41.954,92					41.954,92	
205	661	POLICLINICO SAN LUCA	R		1.681.349,72	1.681.349,72			1.681.349,72	1.709.471,52
205	661		N		28.121,80	28.121,80			28.121,80	
205	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA	R		2.115.524,27	2.115.524,27			2.115.524,27	2.136.858,87
205	705		N		21.334,60	21.334,60			21.334,60	
205	718	POLIAMBULATORIO MEDICO CHIERESE	R		357.376,58	357.376,58			357.376,58	357.376,58
205	718		N							
205	719	LABORATORIO MEDICO C. BATTISTI	R		364.375,56	364.375,56			364.375,56	364.439,50
205	719		N		63,94	63,94			63,94	
205	720	CENTRO DIAGNOSTICO LA-RA SRL	R		209.511,87	209.511,87			209.511,87	209.562,82
205	720		N		50,95	50,95			50,95	

205	871	CENTRO MEDICO VINOVO	R		199.000,00	199.000,00		199.000,00	200.000,00
205	871		N		1.000,00	1.000,00		1.000,00	
205	922	FONDAZIONE DEL PIEMONTE PER L'ONCOLOGIA	R	17.463.173,61	20.869.980,80	20.869.980,80		38.333.154,41	43.127.694,81
205	922		N	2.854.790,84	1.939.749,56	1.939.749,56		4.794.540,40	
206	626	POLICLINICO DI MONZA - SANTA RITA	R	7.282.716,92	6.072.023,17	6.072.023,17		13.354.740,09	16.731.704,22
206	626		N	2.350.844,26	1.026.119,87	1.026.119,87		3.376.964,13	
206	657	CASA DI CURA CENTRO R.R.F. MONS. LUIGI NOVARESE	R	5.684.299,03	843.183,34	843.183,34		6.527.482,37	6.926.364,32
206	657		N	384.614,26	14.267,69	14.267,69		398.881,95	
206	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA	R		837.427,12	837.427,12		837.427,12	856.679,81
206	705		N		19.252,69	19.252,69		19.252,69	
206	730	CENTRO DIAGNOSTICO CIGLIANESE	R		343.700,29	343.700,29		343.700,29	344.289,70
206	730		N		589,41	589,41		589,41	
207	626	POLICLINICO DI MONZA B.I. (LA VIALARDA)	R	2.652.939,28	2.042.753,26	2.042.753,26		4.695.692,54	5.838.796,08
207	626		N	1.102.438,32	40.665,22	40.665,22		1.143.103,54	
207	627	SAN GIORGIO	R						230.769
207	627		N						
207	746	CENTRO FISIOTERAPIA STAGNO	R		315.541,53	315.541,53		315.541,53	317.527,54
207	746		N		1.986,01	1.986,01		1.986,01	
208	626	POLICLINICO DI MONZA - SAN GAUDENZIO	R	11.843.901,36	7.632.165,45	7.632.165,45		19.476.066,81	25.657.945,80
208	626		N	4.828.497,34	1.353.381,65	1.353.381,65		6.181.878,99	
208	630	CASA DI CURA S.CARLO DI ARONA	R	1.508.487,09	252.354,90	252.354,90		1.760.841,99	2.205.349,18
208	630		N	439.559,15	4.948,04	4.948,04		444.507,19	
208	665	VILLA CRISTINA	R						3.516.473
208	665		N						
208	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA	R		888.759,63	888.759,63		888.759,63	911.293,03
208	705		N		22.533,40	22.533,40		22.533,40	
208	868	HABILITA - I CEDRI	R	3.515.161,53	1.385.895,04	1.385.895,04		4.901.056,57	11.007.678,03
208	868		N	5.852.130,70	254.490,76	254.490,76		6.106.621,46	
208	921	FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI	R	17.912.035,43	2.424.888,00	2.424.888,00		20.336.923,43	23.654.243,38
208	921		N	3.040.490,59	276.829,36	276.829,36		3.317.319,95	
209	209	C.O.Q. * (da valutare ai sensi della DGR 27 maggio 2022, n. 41-5140)	R	18.779.221,69	3.083.229,73	3.083.229,73		21.862.451,42	24.513.848,25
209	209		N	2.545.515,02	105.881,81	105.881,81		2.651.396,83	
209	629	CASA DI CURA L'EREMO DI MIAZZINA	R	4.805.180,73	1.795.002,73	1.795.002,73		6.600.183,46	11.624.885,02
209	629		N	4.985.000,38	39.701,18	39.701,18		5.024.701,56	
209	920	ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO	R	7.009.951,49	2.575.208,24	2.575.208,24		9.585.159,73	29.627.836,27
209	920		N	19.907.401,21	135.275,33	135.275,33		20.042.676,54	
210	633	CLIMATICO DI ROBILANTE	R	5.377.301,61				5.377.301,61	5.484.846,75
210	633		N	107.545,14				107.545,14	
210	647	FONDAZIONE ORIZZONTE SPERANZA - ONLUS	R	4.295.691,71				4.295.691,71	4.500.749,05
210	647		N	205.057,34				205.057,34	
210	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA	R		850.344,16	850.344,16		850.344,16	862.079,39
210	705		N		11.735,23	11.735,23		11.735,23	
211	631	SAN MICHELE	R						380.387
211	631		N						
211	632	CASA DI CURA CITTA' DI BRA	R	18.341.788,41	3.021.521,62	3.021.521,62		21.363.310,03	25.213.340,71
211	632		N	3.341.205,00	508.825,68	508.825,68		3.850.030,68	
211	635	CASA DI CURA "LA RESIDENZA"	R	5.414.569,55				5.414.569,55	6.023.958,37
211	635		N	609.388,82				609.388,82	
211	723	CENTRO MEDICO ALBESE	R		342.901,20	342.901,20		342.901,20	344.954,14
211	723		N		2.052,94	2.052,94		2.052,94	
212	639	CASA DI CURA S. ANNA - ASTI	R	3.816.172,63				3.816.172,63	4.115.872,05
212	639		N	299.699,42				299.699,42	

212	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA	R		1.938.591,72	1.938.591,72		1.938.591,72	1.959.368,88
212	705		N		20.777,16	20.777,16		20.777,16	
213	626	POLICLINICO DI MONZA	R	16.698.790,23	5.070.414,71	5.070.414,71		21.769.204,94	36.600.341,30
213	626		N	13.450.987,56	1.380.148,80	1.380.148,80		14.831.136,36	
213	642	CASA DI CURA SANT'ANNA (CASALE) <i>In corso di riconversione</i>	R	4.804.096,81				4.804.096,81	4.968.327,10
213	642		N	164.230,29				164.230,29	
213	726	DOTT. CRISTOFORO PONZANO	R		97.939,77	97.939,77		97.939,77	97.939,77
213	726		N						
213	727	STUDIO RADIOLOG. OMODEO ZORINI	R		569.716,61	569.716,61		569.716,61	967.682,48
213	727		N		397.965,87	397.965,87		397.965,87	
213	728	STUDIO RADIOLOGICO DOTT. FOCO	R		1.112.687,05	1.112.687,05		1.112.687,05	1.205.354,11
213	728		N		92.667,06	92.667,06		92.667,06	
213	736	LABORATORIO ANALISI S. MARIA	R		299.362,76	299.362,76		299.362,76	312.156,93
213	736		N		12.794,17	12.794,17		12.794,17	
213	861	ALLIANCE MEDICAL	R		6.903.086,67	6.903.086,67		6.903.086,67	8.957.040,69
213	861		N		2.053.954,02	2.053.954,02		2.053.954,02	
213	868	HABILITA - VILLA IGEEA	R	4.497.629,18	902.167,19	902.167,19		5.399.796,37	18.539.630,00
213	868		N	11.560.581,51	1.579.252,12	1.579.252,12		13.139.833,63	

FINANZIAMENTI A FUNZIONE

Istituto Auxologico Italiano- IRCCS: Progetti di rilievo scientifico relativi ai disturbi del comportamento alimentare. Euro 2.500.000 (durata triennale con scadenza al 31/12/2024).

IRCCS Salvatore Maugeri: Progetto di rilievo scientifico rivolto a minori ed adulti affetti da sindrome dello spettro autistico. Euro 2.500.000 (durata triennale anni 2024-2026).

IRCCS Fondazione Piemonte per l'Oncologia: Progetti di rilievo scientifico e di integrazione con il territorio ai sensi della D.G.R. 1 luglio 2022, n. 10-5283. Euro 5.000.000 (durata triennale con scadenza al 31/12/2024).

Presidio Gradenigo di Torino: Maggiori costi per funzioni di emergenza-urgenza. Euro 4.886.919,00 (durata triennale anni 2024-2026).

I Cedri" di Fara Novarese: Maggiori costi per funzioni di ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza. Euro 365.000 (durata triennale anni 2024-2026).

OTIP di Torino: Maggiori costi per funzioni di ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza. Euro 410.000 (durata triennale anni 2024-2026).