

Deliberazione della Giunta Regionale 5 dicembre 2011, n. 59-3080

Decisioni in merito all'assistenza ospedaliera e all'assistenza specialistica erogata dalle strutture equiparate a quelle pubbliche e dalle strutture private per gli anni 2011 e 2012.

A relazione dell'Assessore Monferino:

Premesso che con D.G.R. n. 58-3079 del 5/12/2011 è stata definita, in attuazione dell'art. 8 quinquies D.Lgs. n. 229/1999, la ripartizione di funzioni e responsabilità tra Regione e Aziende Sanitarie Locali per la definizione ed applicazione degli accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, nonché dei contratti con le strutture private.

Preso atto che per dare puntuale applicazione alle previsioni del Patto per la salute 2010/2012 la Regione ha previsto con l'adozione dell'Addendum una serie di misure per migliorare l'efficientamento del sistema sanitario e incrementare l'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri e alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Rilevato che saranno inoltre adottate ulteriori misure per procedere ad una revisione della rete ospedaliera ed in particolare di quella delle post acuzie mediante azioni di miglioramento dell'appropriatezza organizzativa, clinico-gestionale e la realizzazione di un'area di posti di continuità assistenziale a valenza sanitaria mediante la riconversione di posti letto di lungodegenza e di RRF.

Che alla luce di detti provvedimenti è stata prevista per gli anni 2011 e 2012 una riduzione del cinque per cento dei costi per l'assistenza ospedaliera e per l'assistenza specialistica erogata dalle strutture equiparate a quelle pubbliche e dalle strutture private oltre ad una possibile ulteriore riduzione dei costi di pari entità derivante dalle azioni di revisione della rete e di miglioramento organizzativo.

Rilevato che al fine di realizzare detta riduzione dei costi sono stati stipulati con le Associazioni delle strutture private AIOP, ARIS, ANISAP, CONFAPI, GRIS-FEDERLAB, META appositi accordi approvati con DGR n. 10-1436 del 28/01/2011 e con DGR 4-2121 del 06/06/2011 e con DGR n. 31-3054 del 5/12/2011.

Che al fine di definire contrattualmente dette riduzioni di costo occorre che le Aziende sanitarie Locali stipolino per gli anni 2011 e 2012 con le singole strutture private contratti per un importo complessivo pari a quello risultante dai contratti (al netto degli eventuali finanziamenti per funzione e rimborso farmaci preventivamente autorizzati dalla Regione con apposito provvedimento della Direzione Sanità) stipulati per l'anno 2010 ridotto del 5%.

Rilevato che gli accordi stipulati con le Associazioni AIOP e ARIS prevedono tra l'altro che "il budget singolo di struttura, allo stato ripartito per aree produttive extra regione, regione ed ambulatoriale, viene considerato compensabile tra le varie aree produttive sempre rispettando il limite complessivo assegnato".

Che detta previsione deve essere temperata con quella degli accordi con dette Associazioni che:
- stabilisce che "nella definizione dei budget contrattuali per il periodo 2011/2012, le strutture aderenti contribuiscono al contenimento della spesa del Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2011 e 2012" in misura pari, complessivamente al 5% per ciascun anno.

- per le prestazioni ambulatoriali precisa : “Stante la necessità di rendere omogenei i contenuti degli Accordi con tutti soggetti erogatori la Regione dà atto che per le attività ambulatoriali erogata dalle case di cura valgono le regole dettate nell’Accordo siglato tra la Regione stessa e le Associazioni di categoria delle strutture ambulatoriali del Piemonte”;
- per quanto riguarda il contratto precisa che “verrà stipulato con le singole strutture per il 2011/2012, previa rivisitazione ed individuazione dei nuovi contenuti in relazione ai punti sopra indicati, definirà i volumi annui di prestazioni articolati per specialità, per tipologia e modalità ed i corrispettivi preventivati a fronte delle attività concordate nonché tenendo conto delle esigenze di assistenza sanitaria richieste dalla programmazione regionale per settori specifici (acuzie, post-acuzie e attività ambulatoriale. Le parti si impegnano a completare il processo di definizione della struttura contrattuale entro il 30 giugno 2011”.

Preso atto che sono stati effettuati innumerevoli incontri con le Associazioni di categoria per definire uno schema contrattuale rispondente alla normativa vigente e agli accordi sottoscritti ma non è stato possibile definire un testo condiviso da tutte le parti.

Constatato che non è possibile proseguire senza la stipula di regolari contratti.

Ritenuto pertanto necessario adeguare ai contenuti della D.G.R. n. 58-3079 del 5/12/2011 degli accordi stipulati con dette Associazioni il testo dello schema di contratto che disciplina il rapporto sinallagmatico tra le ASL e i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie per conto e a carico del SSR approvato con D.G.R. n.25-9852 del 20/10/2008 e s.m.i. e pertanto approvare lo schema di contratto (allegato A), allegato al presente provvedimento di cui fa parte integrante e sostanziale, che concilia le giuste esigenze di flessibilità delle strutture private con quello della Regione di programmare un adeguato livello di assistenza.

Constatato che analogo adeguamento deve essere effettuato per lo schema di accordo che disciplina i rapporti tra la Regione e i Presidi approvato con D.G.R. n. 10-10206 del 1/12/2008 e quello che disciplina i medesimi tra la Regione e gli I.R.C.C.S. approvato con D.G.R. n. 56-10500 del 29/12/2008 approvando lo schema di accordo (allegato B) che fa parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Ritenuto pertanto necessario invitare le ASL a stipulare entro il 20/12/2011, utilizzando lo schema di contratto allegato, con le singole strutture private i necessari contratti per un importo complessivo pari a quello risultante dai contratti (al netto degli eventuali finanziamenti per funzione e rimborso farmaci) stipulati per l’anno 2010 ridotti del 5%. Detto importo, determinato riducendo i budget 2010 per l’attività ambulatoriale e per l’attività di ricovero per i residenti e per i fuori regione del 5%, comprende per il 2011 anche quello relativo alla produzione relativa al periodo decorrente dal primo gennaio 2011 alla data di stipula del contratto. Nei contratti deve essere previsto che l’importo dei maggiori ticket introdotti dopo il 31 dicembre 2010 incassati dalle singole strutture sia versato alle ASL. E’ fatto divieto alle ASL di stipulare contratti che prevedano per le singole strutture un budget superiore a quello suindicato.

Ritenuto inoltre necessario delegare il Direttore della Direzione Sanità a stipulare, secondo lo schema di accordo allegato (allegato B) gli accordi per gli anni 2011 e 2012 previsti dal comma 2 dell’art. 8 quinquies del D.Lgs. 229/1999 e s.m.i., con i presidi ex art. 43 L. 833/78 e gli I.R.C.C.S. prevedendo il budget annuo indicato nell’allegata tabella (allegato C).

Ritenuto infine di :

- disporre che le quote di acconto mensili (90% del valore complessivo a preventivo) corrisposte alle singole strutture private e a quelle equiparate a quelle pubbliche siano decurtate dei maggiori ticket introdotti dopo il 31 dicembre 2010 eventualmente incassati dalle singole strutture;
- di disporre che i contratti e accordi che verranno stipulati abbiano validità per il biennio 2011/2012 ed eventuali differenze tra il valore di produzione dell'anno 2011 rispetto a quello contrattato possa essere compensato con la produzione dell'anno 2012;
- precisare che alle singole strutture (private o equiparate a quelle pubbliche) che erogano prestazioni nel biennio 2011/2012 per un valore che superi il tetto massimo di spesa annuo suindicato non sia riconosciuta alcuna remunerazione ad eccezione delle eccedenze di costo per prestazioni rese ad utenti extra regionali che saranno retribuite al 50% rinviando il saldo al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale. Alle strutture verrà riconosciuto l'importo eccedente in misura pari alla percentuale di prestazioni riconosciute alla Regione rispetto a quelle addebitate complessivamente alle altre Regioni.

Visti:

- il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i, recante ad oggetto "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre
- la legge 23 dicembre 2009 n. 191 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010)";
- l'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, rep. n. 243/CSR concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012;
- la legge regionale 6 agosto 2007 n. 18 recante ad oggetto "Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale";
- la D.G.R. n. 30-43 del 30.04.2010, recante "Disposizioni alle Aziende Sanitarie Regionali del Piemonte per la gestione 2010";
- la D.G.R. n. 3-360 del 20 luglio 2010 recante "Approvazione dei piani di rientro e dello schema tipo di accordo per il perseguimento dell'equilibrio della gestione nell'anno 2010 tra la Regione Piemonte e le Aziende sanitarie regionali
- la D.G.R. n. 1-415 del 2 agosto 2010 recante "Approvazione dell' Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Piemonte per il Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311.";
- la D.G.R. n. 44-1615 del 22/02/2011 e s.m.i. relativa all'adozione dell'Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo;

condividendo le argomentazioni del relatore;

la Giunta regionale;

a voti unanimi, espressi nelle forme di legge,

delibera

per le motivazioni espresse in premessa di:

a) adeguare alla D.G.R. n. 58-3079 del 5/12/2011 e ai contenuti degli accordi stipulati con le Associazioni di categoria il testo dello schema di contratto che disciplina il rapporto sinallagmatico tra le ASL e i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie per conto e a carico del SSR

approvato con D.G.R. n.25-9852 del 20/10/2008 e s.m.i. e pertanto approvare lo schema di contratto (allegato A) allegato al presente provvedimento di cui fa parte integrante e sostanziale.

b) di adeguare alla DGR n. 58-3079 del 5/12/2011 lo schema di accordo che disciplina i rapporti tra la Regione e i Presidi approvato con D.G.R. n. 10-10206 del 1/12/2008 e quello che disciplina i medesimi tra la Regione e gli I.R.C.C.S. approvato con D.G.R. n. 56-10500 del 29/12/2008 e quindi approvare lo schema di accordo (allegato B) che fa parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

c) prevedere per gli anni 2011 e 2012 per l'assistenza ospedaliera e per l'assistenza specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture equiparate a quelle pubbliche e dalle strutture private la riduzione dei costi del 5% rispetto ai valori contrattuali 2010;

d) di invitare le ASL a stipulare entro il 20/12/2011, utilizzando lo schema di contratto allegato, con le singole strutture private i necessari contratti per un importo complessivo pari a quello risultante dai contratti (al netto degli eventuali finanziamenti per funzione e rimborso farmaci) stipulati per l'anno 2010 ridotti del 5%. Detto importo, determinato riducendo i budget 2010 per l'attività ambulatoriale e per l'attività di ricovero per i residenti e per i fuori regione del 5%, comprende per il 2011 anche quello relativo alla produzione relativa al periodo decorrente dal primo gennaio 2011 alla data di stipula del contratto. Nei contratti deve essere previsto che l'importo dei maggiori ticket introdotti dopo il 31 dicembre 2010 incassati dalle singole strutture sia versato alle ASL. E' fatto divieto alle ASL di stipulare contratti che prevedano per le singole strutture un budget superiore a quello suindicato;

e) di delegare il Direttore della Direzione Sanità a stipulare, entro il 20/12/2011, secondo lo schema di accordo allegato (allegato B) gli accordi per gli anni 2011 e 2012 previsti dal comma 2 dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. 229/1999 e s.m.i., con i presidi ex art. 43 L. 833/78 e gli I.R.C.C.S. prevedendo il budget annuo, i finanziamenti per funzione e rimborso farmaci indicati nell'allegata tabella (allegato C)

f) disporre che :

- le quote di acconto mensili (90% del valore complessivo a preventivo) corrisposte alle singole strutture private e a quelle equiparate a quelle pubbliche siano decurtate dei maggiori ticket introdotti dopo il 31 dicembre 2010 eventualmente incassati dalle singole strutture;
- i contratti e accordi che verranno stipulati abbiano validità per il biennio 2011/2012 ed eventuali differenze tra il valore di produzione dell'anno 2011 rispetto a quello contrattato possa essere compensato con la produzione dell'anno 2012;
- precisare che alle singole strutture (private o equiparate a quelle pubbliche) che erogano prestazioni nel biennio 2011/2012 per un valore che superi il tetto massimo di spesa annuo suindicato non sia riconosciuta alcuna remunerazione ad eccezione delle eccedenze di costo per prestazioni rese ad utenti extra regionali che saranno retribuite al 50% rinviando il saldo al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale. Alle strutture verrà riconosciuto l'importo eccedente in misura pari alla percentuale di prestazioni riconosciute alla Regione rispetto a quelle addebitate complessivamente alle altre Regione;

g) trasmettere il presente provvedimento a tutte le Aziende Sanitarie locali, a tutte le strutture private convenzionate con dette Aziende e ai presidi equiparati con quelli pubblici.

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 avvenuta piena conoscenza del provvedimento.

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

(omissis)

Allegato

SCHEMA DI CONTRATTO

Tra

- l'Azienda Sanitaria Locale ..., con sede in, via, C.F., rappresentata da....., successivamente ASL

e

- la struttura privata di ricovero/ambulatoriale/professionista accreditato....., sita in, via, C.F., rappresentata dal nella sua qualità di, con titolo di legale rappresentanza (ovvero con mandato speciale di rappresentanza), successivamente Casa di cura/Struttura ambulatoriale/ Studio professionale...../.....,

Premesso

- a) che il d.lgs 502/1992 e s.m.i, agli art.li 8-bis, 8-quater e 8-quinquies, disciplina la partecipazione al Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) dei soggetti erogatori privati nei seguenti termini:
 - le Regioni assicurano i livelli essenziali ed uniformi di assistenza avvalendosi anche dei soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;
 - l'accreditamento istituzionale non costituisce vincolo per gli enti del Ssn – Regioni e Asl - a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;
 - le Asl definiscono contratti con le strutture private nel rispetto dello schema contrattuale approvato con D.G.R. n. del.....;
- b) che con D.G.R. n° 34-9619 in data 15.09.2008 e s.m.i. la Regione Piemonte ha provveduto alla assunzione dell'atto di regolazione delle responsabilità riservate all'istituzione regionale nonché alle ASR, in attuazione di quanto previsto dal comma 1 del medesimo art. 8 quinquies;
- c) che il medesimo provvedimento, anche sulla base di quanto già previsto dalla citata norma di riferimento dell'art. 8 quinquies comma 2 lett. a, b, c, d, e, e bis , ha determinato gli elementi essenziali necessari al contenuto del contratto, suscettibili peraltro di essere integrati dagli elementi ulteriori di ravvisata opportunità nella prospettiva di perseguimento degli obiettivi di

razionalizzazione dei servizi (ristrutturazioni/riconversioni di attività, trasferimenti di sedi con o senza ristrutturazioni/riconversioni, fusioni, concentrazioni etc.), programmazione delle risorse ed equilibrio delle gestioni sanitarie, fortemente ribadito all'art 79 della decretazione sopra citata;

- d) che la Casa di cura/ Struttura ambulatoriale risulta accreditata definitivamente/provvisoriamente con D.G.R. per l'attività di ricovero e/o con D.G.R.per l'attività ambulatoriale nei termini indicati nell'allegato A (nota1);

Tutto ciò premesso, da considerarsi parte integrante e sostanziale del presente contratto, si conviene e si stipula quanto segue:

Art. 1

(Elementi essenziali oggetto del contratto)

1. Il presente contratto contiene gli elementi essenziali che seguono:

a) Disciplina il rapporto tra l'ASL e la Casa di cura/struttura, ai sensi dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., per la erogazione al SSR, a prescindere dalla residenza degli assistiti, di prestazioni di assistenza sanitaria secondo le tipologie di seguito indicate (n.d.r. con stralcio di quanto non previsto) contro corrispettivo preventivato:

- prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza ordinaria;
- prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza diurna;
- prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Le prestazioni oggetto del contratto devono essere conformi al programma di integrazione dei servizi come parte integrante del contratto medesimo per la parte di interesse della struttura privata, quale rappresentazione del fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni da acquisire presso la Casa di cura/struttura da parte dell'ASL in quanto parte del territorio subregionale di riferimento definito in sede di coordinamento sovrazonale dalle ASL e ASO (ovvero AOU) interessate, in coerenza con gli obiettivi di salute della legge regionale di piano, tenendo altresì conto della mobilità interregionale. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. a) del comma 2 art. 8 quinquies cit.

b) Determina il volume massimo delle prestazioni che la Casa di cura/struttura si impegna ad assicurare distinto per tipologia e modalità di

erogazione, e tenendo anche conto delle eventuali prestazioni che fossero state individuate dalla Regione come soggette a preventiva autorizzazione dell'ASL per la fruizione presso le strutture accreditate del SSR. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. b) del comma 2 art. 8 quinquies cit., con la modifica prevista dal comma 1 quinquies dell'art 79 D.L. 25 06.2008 n°112 aggiunto dalla relativa legge di conversione.

c) Definisce i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale, in coerenza con la regolamentazione regionale in materia nonché con il programma di integrazione dei servizi sopra richiamato definito in sede di coordinamento sovrazonale. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. c) del comma 2 art. 8 quinquies cit.

d) Determina il corrispettivo preventivato quale budget complessivo definito come somma dei valori di budget delle prestazioni degenziali e ambulatoriali derivanti dalla tariffazione regionale (ovvero dalla remunerazione a diaria per le fattispecie previste) e la remunerazione (ove prevista) extra-tariffaria delle funzioni specifiche incluse, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività svolte. Quanto sopra in corrispondenza di quanto previsto alla lett. d) del comma 2 art. 8 quinquies.

e) Definisce il debito informativo della Casa di cura per il monitoraggio del contratto pattuito e le procedure da eseguirsi per il controllo esterno di appropriatezza e qualità dell'assistenza prestata e delle prestazioni rese, in conformità alla regolamentazione nazionale e regionale di riferimento. Quanto sopra in corrispondenza di quanto previsto alla lett. e) del comma 2 art. 8 quinquies.

f) Precisa le modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi e tipologie concordati delle prestazioni, prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo delle prestazioni remunerate, di cui alla lett. b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lett. d). Quanto sopra in corrispondenza della lett. e) bis del comma 2 dell'art. 8 quinquies.

g) Definisce gli ulteriori profili ravvisati necessari alla garanzia della coerenza agli obiettivi prioritari di sistema dell'assistenza sanitaria regionale e territoriale.

Art. 2

(Il programma di integrazione dei servizi)

Il programma di integrazione dei servizi riguardante :

1. i cittadini residenti nel territorio dell'ASL (compresi stranieri, STP, ENI);
2. i cittadini residenti nel residuo territorio regionale;
3. i cittadini di residenza extraregionale

è quello definito, sulla base delle indicazioni e della programmazione regionale, in sede di coordinamento sovrazonale dalle ASL e ASO/AOU del territorio subregionale AFS...., e riportato, per la parte afferente le prestazioni che devono essere erogate della casa di cura/struttura, nell'allegato B) .

Esso rappresenta il fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni che questa ASL..... intende acquistare dalla Casa di cura/struttura..... ,che con la sottoscrizione del presente contratto si impegna ad assicurare verso il corrispettivo delle tariffe previste dai tariffari indicati nell'articolo 5) .

Le parti concordano altresì di inserire le seguenti prestazioni della Casa di cura nel sistema integrato del Centro Unico di prenotazioni dell'ASL:

.....(n.d.r. con stralcio se non previsto)
.....

Le prestazioni devono comunque avere luogo nell'intero arco temporale dell'annualità e, all'interno di essa, nei singoli mesi con distribuzione coerente all'ordinato andamento fisiologico della domanda.

(In caso di durata contrattuale biennale) Le parti accettano espressamente che il predetto "programma di integrazione dei servizi" sia soggetto a verifica entro il 31 dicembre del primo anno di contratto per eventuali interventi di ridefinizione correttiva per l'anno successivo, in ordine ai volumi e tipologie di prestazioni, nel rispetto dell'ammontare del budget definito, previo accordo tra le Aziende dell'Area funzionale sovrazonale e con l'assenso degli organi regionali competenti.

Art. 3
(Volume delle prestazioni)

Il volume di prestazioni che la Casa di cura si impegna ad assicurare e l'ASL a remunerare, distinto per tipologia e modalità di erogazione, ivi comprese le prestazioni individuate dalla Regione soggette alla preventiva autorizzazione ASL per la fruizione (art. 8 quinquies comma 2 lett b) e s.m.i., è quello previsto nell'allegato B del presente contratto, cui è connesso, nell'allegato A), il quadro dei letti accreditati e dei letti contrattati della struttura (nota allegata).

Possono essere effettuate unicamente le compensazioni tra i budget per i residenti nella regione e i fuori regione e quelle tra le diverse tipologie di prestazioni come dettagliatamente indicato nell'articolo 5 del presente accordo.

Art. 4
(Requisiti dei servizi)

I requisiti dei servizi da rendere sono regolati dalle norme di legge nazionali e dai provvedimenti e documenti regionali vigenti a cui le parti si impegnano a dare puntuale applicazione in particolare per quanto concerne in materia di accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale.

Essi devono essere compiutamente rispettati anche nelle indicazioni applicative e di interpretazione debitamente notificate. Del pari piena osservazione deve essere garantita ai successivi atti (leggi, regolamenti, circolari ecc.) di modificazione o integrazione sulla materia, sempre debitamente notificate.

Art. 5
(Corrispettivo)

Il corrispettivo non può mai superare quello preventivato, ad eccezione di quello previsto per i residenti fuori regione, ed è composto dalla sommatoria dei valori delle prestazioni degenziali a tariffa o diaria regionale, delle prestazioni ambulatoriali a tariffa regionale, nonché (ove previsto) delle funzioni remunerate in via extratariffaria regionale. I valori dei corrispettivi sono determinati **nell'allegato B** (come illustrato nella nota allegata) a fronte di prestazioni e funzioni precisati come di seguito:

A) RICOVERI

A1) Prestazioni di ricovero per acuti: N. erogabile suddiviso per disciplina e a sua volta per DRG(oppure, se sufficiente, per MDC) e per regime di ricovero (RO oppure DH): = Costo per disciplina di prestazioni e costo complessivo prestazioni di ricovero per acuti.

A2) Prestazioni di ricovero per post acuzie : N. giornate di degenza erogabile suddiviso per codice disciplina e a sua volta per regime di ricovero (RO oppure DH) = Costo per disciplina di prestazioni e costo complessivo per post acuzie.

B)PRESTAZIONI AMBULATORIALI: N. prestazioni suddivise per discipline/branche e raggruppate per gruppi accordo (DRG n. 53-3377 del 11/07/2006) = Costo per tipologia di prestazione e costo complessivo prestazioni ambulatoriali

Le tariffe applicate per determinare i suddetti costi e per remunerare le prestazioni oggetto del presente contratto sono quelle previste dal tariffario regionale vigente per l'attività di ricovero ospedaliero e al nomenclatore tariffario regionale vigente per l'attività di specialistica ambulatoriale al netto degli sconti previsti dall'art. 1, comma 796, lettera o) della legge 296 del 27/12/2006 e dalla D.G.R. n. 5-6391 del 17/07/2007 di attuazione di detta norma.

Il **COSTO Annuo MASSIMO COMPLESSIVO DEL CONTRATTO** è determinato dalla sommatoria dei costi annui delle singole tipologie di prestazioni) ed è suddiviso tra costo massimo per residenti nella regione e per residenti fuori regione.

Detto COSTO...è il seguente :

- COSTO ANNUO MASSIMO COMPLESSIVO DEL CONTRATTO €...
.....
.....

di cui:

- a) costo annuo massimo complessivo del contratto per residenti nella Regione =€
- b) costo annuo massimo complessivo del contratto per residenti fuori Regione =€
-
-

e costituisce il budget della struttura/casa di cura per l'anno , a valere per tutte le prestazioni convenute per quantità e

priorità e con le condizioni di flessibilità previste dagli artt. 3 e 7 del presente contratto, cui si aggiunge il corrispettivo a rendicontazione del valore della somministrazione diretta di farmaci (tracciato F) se prevista e autorizzata preventivamente dalla Direzione Sanità. Le prestazioni erogate nell'annonel periodo antecedente la sottoscrizione del presente contratto sono ricomprese nel COSTO massimo annuo sudeterminato.

Per i volumi di attività e relativi costi eccedenti i valori massimi contrattuali non potrà essere riconosciuta alcuna remunerazione fatto salvo quanto previsto per le prestazioni effettuate in favore di cittadini extraregione. Qualora non venga prodotto per i singoli codici di disciplina di ricovero almeno il 50% del volume e del costo contrattato l'ulteriore differenza tra il 50% del costo contrattato e quello relativo alle prestazioni effettivamente erogate non potrà essere usata per la compensazione e pertanto il budget complessivo risulterà ridotto della quota di produzione non utilizzata. Qualora, per le prestazioni ambulatoriali, non venga prodotto per i singoli gruppi di accordo almeno il 50% del volume e del costo contrattato l'ulteriore differenza tra il 50% del costo contrattato e quello relativo alle prestazioni effettivamente erogate non potrà essere usata per la compensazione e pertanto il budget complessivo risulterà ridotto della quota di produzione non utilizzata. Tenuto conto di quanto previsto dall'ultimo comma dell'art. 7 del presente accordo le strutture/case di cura possono ridurre complessivamente il valore previsto contrattualmente delle prestazioni di ricovero sino ad un massimo del 20% e aumentare il valore delle prestazioni ambulatoriali di pari importo. . L'eventuale minor produzione per i residenti nella Regione Piemonte può essere compensata con la maggior produzione per i residenti di altre regioni sino ad un massimo del 20% del costo annuo massimo complessivo del contratto per residenti fuori Regione. L'eventuale minor produzione per i residenti di altre Regioni può essere compensata con la maggior produzione per i residenti della Regione Piemonte sino ad un massimo del 20% del costo annuo massimo complessivo del contratto per residenti fuori Regione. L'ASL, come previsto dalla Regione, non riconosce compensazioni diverse da quelle espressamente previste dal presente articolo.

Il corrispettivo preventivato (Costo massimo annuo complessivo del contratto) viene liquidato in quote mensili posticipate rispetto alla

fatturazione del periodo di riferimento nella misura del 90% del valore complessivo a preventivo; il pagamento delle quote mensili avverrà, secondo la normativa di cui al d. lgs. 9 ottobre 2002 n. 231, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della relativa fattura da parte del destinatario. L'ASL può ridurre le quote mensili al 90% del valore dell'effettiva produzione qualora la produzione effettiva sia inferiore al 90% del corrispettivo preventivato. Eventuali differenze tra le quantità e il valore di produzione dell'anno 2011 rispetto a quello contrattato potrà essere compensato con la produzione dell'anno 2012. I maggiori ticket introdotti dopo il 31 dicembre 2010 incassati dalle singole strutture/case di cura dovranno essere mensilmente versati alle ASL mediante decurtazione della quota di acconto mensile.

Entro il mese di settembre di ogni anno (o entro 60 giorni dalla data di sottoscrizione del presente accordo qualora avvenga nei mesi successivi) e entro il primo trimestre dell'anno successivo a quello di riferimento sono oggetto di verifica i risultati quantitativi di produzione e le attività svolte rispettivamente nel primo semestre e nell'anno rispetto ai volumi di prestazioni concordate ed alle funzioni previste.

In caso di riscontro positivo si procede alla liquidazione finale del corrispettivo pattuito, sempre entro 30 giorni dalla data di ricevimento della relativa fattura da parte del destinatario. Il corrispettivo complessivo addebitato alla ASL non può essere superiore a quello contrattuale ad eccezione del 50% delle eventuali eccedenze di costo (rispetto al valore contrattuale per i fuori regione) per prestazioni rese ad utenti extraregionali. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione, comprese quelle previste dall'art. 6 ultimo comma del presente contratto, si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione con accordo tra le parti, da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati, ferma restando la piena facoltà delle parti stesse di adire la via giurisdizionale ordinaria.

In caso di variazioni, complessivamente in aumento, dei tariffari regionali successivamente alla stipulazione dei contratti, si procede in attuazione della procedura di cui alla lett. e) bis del comma 2 dell'art. 8 quinquies, così come modificato dalla legge 6 agosto 2008 n. 133 di conversione del D. L. n. 112/2008, mediante rideterminazione del volume massimo delle prestazioni remunerabili nella misura necessaria al mantenimento

del limite originario di corrispettivo. Del pari in caso di riscontro di prestazioni in eccedenza ai volumi previsti, il corrispettivo preventivato permane nella piena validità e l'eventuale attività di fatturazione o richiesta di pagamento correlata alle suddette eccedenze è priva di titolo. Solo in caso di eccedenza, dopo aver effettuato le compensazioni suindicate, dei volumi previsti e dei corrispettivi preventivati per prestazioni rese ad utenti extra regionali le eccedenze saranno retribuite al 50% rinviando il saldo al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale. Al termine di dette procedure alle strutture/case di cura verranno riconosciute le eccedenze in misura pari alla percentuale di prestazioni e di corrispondenti costi riconosciute complessivamente alla Regione Piemonte rispetto a quelle originariamente addebitate.

In caso di prestazioni inferiori ai volumi preventivati si procede, dopo aver effettuato le compensazioni suindicate, ai conguagli di liquidazione in riduzione dei corrispettivi previsti.

Art. 6

(Il debito informativo e il controllo esterno di appropriatezza)

Il debito informativo della Casa di cura e l'attività di controllo esterno di appropriatezza sono regolati dall'art. 8 octies del D.Lgs 229/1999, nonché dagli atti e documenti cui la normativa stessa fa rinvio in materia, derivanti dai livelli nazionali (Ministero della Salute, flussi informativi; Min. Ec Fin.), regionali (Atti della Regione Piemonte) infraregionali eventuali (Documenti del coordinamento sovrazonale di AFS) previsti in sede di programma di integrazione dei servizi.

Gli elementi del debito informativo sono elencati in allegato D nella regolamentazione aggiornata di riferimento ripartita per livelli di derivazione (nazionale, regionale, eventuale di AFS)

La casa di Cura conferma la accettazione di consenso all'attività di vigilanza dell'apposita Commissione prevista dalla normativa vigente, nonché alle ulteriori attività di controllo esercitate nell'ambito della funzione ispettiva regionale, e si impegna ad agevolarne l'attuazione mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

In ordine alle procedure di controllo della codificazione delle SDO, si precisa che ogni rettifica di registrazione connessa alla corretta applicazione in riduzione della tariffazione regionale, anche separata e

successiva alla procedura contestativa ex art 5 sesto comma del presente contratto, è suscettibile di determinare il recupero dei valori relativi, salva la responsabilità ex art. 1218 cod. civ., entro il quinquennio successivo all'esecuzione delle prestazioni.

Art.7

(assistenza ospedaliera)

L'utilizzo della capacità produttiva può avvenire con i seguenti criteri e condizioni di flessibilità.

Fermo restando il limite complessivo del corrispettivo preventivato ed il limite giornaliero dato dalla capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito esclusivamente nei limiti quantitativi dei posti delle aree funzionali omogenee (A.F.O. come definite dalla regolamentazione vigente) con il limite di un tasso massimo di occupazione dei posti letto contrattati nella misura dell 80% per l'acuzie, del 95% per la riabilitazione, del 98% per la lungodegenza.

Le prestazioni previste in regime di ricovero ordinario e in regime di ricovero diurno possono essere erogate, qualora siano già previsti dalla Regione gli importi tariffari oppure siano state fornite indicazioni in tal senso, rispettivamente in regime diurno ovvero in regime ambulatoriale . Il costo complessivo di dette prestazioni non può essere superiore a quello originalmente previsto dal presente accordo .

Art.8

(risoluzione e inadempimento)

La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento della struttura di cui alla lett.d) della premessa determina l'automatica e contestuale risoluzione del presente contratto.

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

Ove una parte accerti l'inadempimento, concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto, come indicati agli artt. da 1 a 7, sarà legittimato ad emettere diffida ad adempiere ex art. 1454 cod.civ.

E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex art. 1218 c.c. della parte inadempiente.

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

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

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.

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

Art. 9

(durata e aggiornamento)

Il presente contratto ha validità per tutto l'annoe l'anno..... e più esattamente per il periodo intercorrente tra il primo gennaio e il 31 dicembre.....

Le parti convengono di verificare semestralmente l'attuazione complessiva del presente contratto, valutando congiuntamente le risultanze di verifica dell'andamento quantitativo accertato come da precedente art. 5 con le risultanze di riscontro qualitativo dell'attività, per ogni possibile sollecita deduzione consequenziale.

La Casa di cura/struttura con la sottoscrizione del presente contratto dà atto di essere perfettamente a conoscenza della normativa nazionale e regionale vigente ed in particolare della D.G.R. n. del .

Art. 10

(foro competente e rinvio normativo)

In caso di controversia relativa ai contratti stipulati ex art. 8 quinquies D.lgs 502/1992 e s.m.i. si conviene che il foro competente è quello della giurisdizione civile della sede legale dell'ASL contraente.

Per quanto non previsto dal presente contratto si rinvia alle disposizioni di cui agli artt. 1325 e sgg. Cod. civ. nonché alla vigente normativa generale relativa all'assistenza sanitaria ospedaliera ed ambulatoriale.

NOTE

1 – Capacità produttiva accreditata (allegato 1 del contratto)

Per l'assistenza ospedaliera deve essere composta una tabella (allegato 1) con

le seguenti colonne:

area funzionale omogenea;

disciplina (codice e descrizione);

posti letto accreditati (ordinari, diurni e totale);

posti letto autorizzati e non accreditati (ordinari, diurni e totale);

posti letto totali (ordinari, diurni e totale)

Nelle righe occorre prevedere:

una riga per ogni disciplina;

per il codice 56, 2 righe (1° e 2° livello);

per il codice 40, 3 righe (acuzie, post acuzie riabilitativa, post acuzie lungodegenza))

totali per AFO;

totali per acuzie;

totali per postacuzie;

totali generali.

Per l'assistenza specialistica una riga per branca, con tutte le specificazioni opportune al caso.

2 – Tabella comparativa (allegato 1 del contratto)

Si procede alla elaborazione della tabella comparativa dei p.l. "accreditati" e dei p.l. "contrattati" secondo la nota 1, con la aggiunta dei p.l. accreditati e non contrattati, disponibili per attività non a carico del S.S.N. in regime privato: quanto sopra allo scopo di determinare la composizione della tabella secondo il mod. HSP 13, sez, E ed F.

3 – Determinazione dei valori corrispettivi per l'attività di ricovero/ambulatoriale (allegato 2 del contratto)

La stima viene determinata con il seguente processo:

A) RICOVERI

A1) Determinazione numero di ricovero per acuti suddiviso per codice disciplina (MDC) e a sua volta per DRG e per regime di ricovero (RO oppure DH). Applicazione del valore tariffario ai singoli DRG e definizione del costo per disciplina e del costo complessivo (sommatoria costi delle diverse

discipline). Il costo complessivo deve essere suddiviso tra il costo annuo delle prestazioni previste per i residenti nella Regione e quello previsto per i residenti fuori Regione.

A2) Prestazioni di ricovero per post acuzie : determinazione N. giornate di degenza erogabile suddiviso per codice disciplina e a sua volta per regime di ricovero (RO oppure DH). Applicazione del valore tariffario e definizione del costo per disciplina e di quello complessivo (sommatoria costi delle diverse discipline).). Il costo complessivo deve essere suddiviso tra il costo annuo delle prestazioni previste per i residenti nella Regione e quello previsto per i residenti fuori Regione.

B)PRESTAZIONI AMBULATORIALI: definizione N. prestazioni ambulatoriali suddivise per discipline/branche e raggruppate per gruppi accordo (DRG n. 53-3377 del 11/07/2006). Applicazione tariffe medie nomenclatore tariffario regionale vigente e determinazione costo complessivo per ogni gruppo accordo e costo totale (sommatoria costi gruppi accordo).). Il costo complessivo deve essere suddiviso tra il costo annuo delle prestazioni previste per i residenti nella Regione e quello previsto per i residenti fuori Regione.

Le tariffe applicate per determinare i suddetti costi e per remunerare le prestazioni oggetto del presente contratto sono quelle previste dal tariffario regionale vigente per l'attività di ricovero ospedaliero e al nomenclatore tariffario regionale vigente per l'attività di specialistica ambulatoriale al netto degli sconti previsti dall'art. 1, comma 796, lettera o) della legge 296 del 27/12/2006 e dalla D.G.R. n. 5-6391 del 17/07/2007 di attuazione di detta norma.

C) DETERMINAZIONE costo annuo massimo complessivo del contratto per residenti nella Regione = Sommatoria costi annui delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali di cui al punto A) e B)

D) DETERMINAZIONE costo annuo massimo complessivo del contratto per residenti fuori Regione = Sommatoria costi annui delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali di cui al punto A) e B).

E)) DETERMINAZIONE costo annuo massimo complessivo del contratto = **Sommatoria costi annui delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali di cui al punto C) e D).**

Il processo suddetto viene riepilogato nell'allegato B) in cui sono elencate le prestazioni indicando gli elementi previsti dall'articolo 5 e dalla presente nota

ALLEGATO 1

STATO DI ACCREDITAMENTO DELLA STRUTTURA PRIVATA

(citare gli elementi della natura dell'accreditamento provvisorio/definitivo, gli estremi degli atti amministrativi regionali, gli elementi essenziali dell'attività accreditata di ricovero/ambulatoriale/altro completi delle specialità di afferenza, posti letto ecc.)

ALLEGATO 2

PROGRAMMA DI INTEGRAZIONE DEI SERVIZI

(riportare lo stralcio del programma di integrazione dei servizi assunto in sede di coordinamento di Area Funzionale Sovrazonale AFS, nella parte concernente le prestazioni di ricovero/ambulatoriale/altro da richiedere alla struttura privata interessata, secondo modalità e contenuti di cui agli artt 2 e 3 dello schema contrattuale)

– Determinazione dei valori corrispettivi per l'attività di ricovero/ambulatoriale

SCHEMA DI ACCORDO CONTRATTUALE PRESIDI

Tra

- La Regione Piemonte, con sede in Torino., piazza Castello, C.F. 8008760016, rappresentata ai fini del presente atto dal Direttore della Direzione Sanità, nato ail....., in forza della deliberazione della Giunta Regionale n.

e

- Il Presidio ex art., sito in, via, C.F., rappresentato dal nella sua qualità di, con titolo di legale rappresentanza (ovvero con mandato speciale di rappresentanza), successivamente individuato con il nome di Presidio

Premesso

- a) che il d. lgs 502/1992 e s.m.i, agli art.li 8-bis, 8-quater e 8-quinquies, disciplina la partecipazione al Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) dei soggetti ex art. 41 e 43 nei seguenti termini:
 - le Regioni assicurano i livelli essenziali ed uniformi di assistenza avvalendosi anche dei soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;
 - l'accreditamento istituzionale non costituisce vincolo per gli enti del Ssn – Regioni e Asl - a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;
 - le Asl definiscono contratti con le strutture private nel rispetto del presente schema contrattuale approvato dalla Giunta Regionale;
- b) che con D.G.R. n° 34-9619 in data 15.09.2008 e s.m.i. la Regione Piemonte ha provveduto alla assunzione dell'atto di regolazione delle responsabilità riservate all'istituzione regionale nonché alle ASR, in attuazione di quanto previsto dal comma 1 del medesimo art. 8 quinquies;
- c) che il medesimo provvedimento, anche sulla base di quanto già previsto dalla citata norma di riferimento dell'art. 8 quinquies comma 2 lett. a, b, c, d, e, e bis , ha determinato gli elementi essenziali necessari al contenuto dell'accordo, suscettibili peraltro di essere integrati dagli elementi ulteriori di ravvisata opportunità nella prospettiva di perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione dei servizi (ristrutturazioni/riconversioni di attività,

- trasferimenti di sedi con o senza ristrutturazioni/riconversioni, fusioni, concentrazioni etc.), programmazione delle risorse ed equilibrio delle gestioni sanitarie, fortemente ribadito all'art 79 della decretazione sopra citata;
- d) che con DGR n. del è stato approvato lo schema di accordo tipo per i Presidi ex artt. 41 e 43 della legge 23/12/1978 n. 833 e che con deliberazione n. del sono stati definiti i budget dei singoli Presidi per il periodo dal.....al 31 autorizzando il Direttore della Direzione Sanità alla sottoscrizione dei conseguenti accordi
- e) che il Presidio di cui sopra è nella situazione giuridica di accreditamento per l'attività di ricovero e per l'attività ambulatoriale nei termini indicati nell'allegato A (nota) ed è titolare di rapporto convenzionale in essere con la Regione Piemonte quale equiparato a presidio pubblico;
- Tutto ciò premesso, da considerarsi parte integrante e sostanziale del presente contratto, si conviene e si stipula quanto segue:

Art. 1

(Elementi essenziali oggetto del contratto)

1. Il presente accordo contiene i seguenti elementi essenziali :

- a) Disciplina il rapporto tra la Regione Piemonte e il Presidio, ai sensi dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e smi, per la erogazione al SSR, a prescindere dalla residenza degli assistiti, di prestazioni di assistenza sanitaria secondo le tipologie di seguito indicate (n.d.r. con stralcio di quanto non previsto) contro corrispettivo preventivato:
- prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza ordinaria;
 - prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza diurna;
 - prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
 - altre prestazioni (corsi di laurea professioni sanitarie, rete oncologica ecc.)

Le prestazioni oggetto dell'accordo devono essere conformi al programma di integrazione dei servizi come parte integrante dell'accordo medesimo per la parte riguardante il Presidio, quale rappresentazione del fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni da

erogare da parte del Presidio nel territorio regionale di riferimento tenendo altresì conto della mobilità interregionale. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. a) del comma 2 art. 8 quinquies citato.

- b) Determina il volume massimo annuo delle prestazioni, con il relativo valore che il Presidio si impegna ad assicurare distinto per tipologia e per modalità di assistenza, e tenendo anche conto delle eventuali prestazioni che fossero state individuate dalla Regione come soggette a preventiva autorizzazione dell'ASL per la fruizione presso le strutture accreditate del SSR. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. b) del comma 2 art. 8 quinquies cit., con la modifica prevista dal comma 1 quinquies dell'art 79 D.L. 25 06.2008 n°112 aggiunto dalla relativa legge di conversione.
- c) Definisce i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale, in coerenza con la regolamentazione regionale in materia nonché con il programma di integrazione dei servizi sopra richiamato definito in sede di coordinamento sovrazonale. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. c) del comma 2 art. 8 quinquies cit.
- d) Determina il corrispettivo preventivato quale budget complessivo definito come somma dei valori di budget delle prestazioni degenziali e ambulatoriali derivanti dalla tariffazione regionale (ovvero dalla remunerazione a diaria per le fattispecie previste) e la remunerazione (ove prevista) extra-tariffaria delle funzioni specifiche incluse, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività svolte. Quanto sopra in corrispondenza di quanto previsto alla lett.d) del comma 2 art.8 quinquies.
- e)Definisce il debito informativo del Presidio per il monitoraggio di quanto previsto dal presente accordo e le procedure da eseguirsi per il controllo esterno di appropriatezza e qualità dell'assistenza prestata e delle prestazioni rese, in conformità alla regolamentazione nazionale e regionale di riferimento. Quanto sopra in corrispondenza di quanto previsto alla lett.e) del comma 2 art.8 quinquies.
- f)Precisa le modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi e tipologie concordati delle prestazioni, prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale,

nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo delle prestazioni remunerate, di cui alla lett.b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lett. d). Quanto sopra in corrispondenza della lett.e) bis del comma 2 dell'art. 8 quinquies.

g)Definisce gli ulteriori profili ravvisati necessari alla garanzia della coerenza agli obiettivi prioritari di sistema dell'assistenza sanitaria regionale e territoriale.

Art.2

(Il programma di integrazione dei servizi)

Il programma di integrazione dei servizi, contenuto nell'allegato B del presente accordo, di cui costituisce parte sostanziale ed integrante, definito in sede regionale per il Presidio riguarda le prestazioni da erogare per

- 1.i cittadini residenti nel territorio dell'ASL (compresi stranieri, STP, ENI) in cui è ubicato il Presidio;
2. i cittadini residenti nel residuo territorio regionale;
3. i cittadini di residenza extraregionale .

Le parti concordano altresì di inserire le seguenti prestazioni del Presidio nel sistema integrato del Centro Unico di prenotazioni dell'ASL:

.....(n.d.r. con stralcio se non previsto)

Le prestazioni concordate devono essere svolte nell'intero arco temporale dell'annualità e, all'interno di essa, nei singoli mesi con distribuzione coerente all'ordinato andamento fisiologico della domanda.

(In caso di durata contrattuale biennale) Le parti accettano espressamente che il predetto "programma di integrazione dei servizi" sia soggetto a verifica entro il 31 dicembre del primo anno di contratto per eventuali interventi di ridefinizione correttiva per l'anno successivo, in ordine ai volumi e tipologie di prestazioni, nel rispetto dell'ammontare del budget definito.

Art. 3

(Volume delle prestazioni)

Il volume di prestazioni che il Presidio si impegna ad assicurare e la Regione a remunerare, distinto per tipologia e modalità di erogazione ,

ivi comprese le prestazioni individuate dalla Regione soggette alla preventiva autorizzazione ASL per la fruizione (art. 8 quinquies comma 2 lett b) e s.m.i., è quello previsto **nell'allegato B** del presente accordo, cui è connesso, **nell'allegato A**, il quadro dei letti accreditati e dei letti contrattati della struttura .

Possono essere effettuate unicamente le compensazioni tra i budget per i residenti nella regione e i fuori regione e quelle tra le diverse tipologie di prestazioni come dettagliatamente indicato nell'articolo 5 del presente accordo.

Art. 4

(Requisiti dei servizi)

I requisiti dei servizi da rendere sono regolati dalle norme di legge nazionali e dai provvedimenti e documenti regionali vigenti a cui le parti si impegnano a dare puntuale applicazione in particolare per quanto concerne in materia di accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale.

Essi devono essere compiutamente rispettati anche nelle indicazioni applicative e di interpretazione debitamente notificate. Del pari piena osservazione deve essere garantita ai successivi atti (leggi, regolamenti, circolari ecc.) di modificazione o integrazione sulla materia, sempre debitamente notificate.

Art.5

(Corrispettivo)

Il corrispettivo non può mai superare quello preventivato, ad eccezione di quello previsto per i residenti fuori regione, ed è composto dalla sommatoria dei valori delle prestazioni degenziali a tariffa o diaria regionale, delle prestazioni ambulatoriali a tariffa regionale, nonché (ove previsto) delle funzioni remunerate in via extratariffaria regionale. I valori dei corrispettivi sono determinati **nell'allegato B** *(come illustrato nella nota allegata)* a fronte di prestazioni e funzioni precisati come di seguito:

A) RICOVERI

A1) Prestazioni di ricovero per acuti: N. erogabile suddiviso per disciplina e a sua volta per DRG(oppure, se sufficiente, per MDC) e per regime di ricovero (RO oppure DH): = Costo per disciplina di prestazioni e costo complessivo per acuti.

A2) Prestazioni di ricovero per post acuzie : N. giornate di degenza erogabile suddiviso per codice disciplina e a sua volta per regime di ricovero (RO oppure DH) = Costo per disciplina di prestazioni e costo complessivo per post acuzie.

B)PRESTAZIONI AMBULATORIALI: N. prestazioni complessive per discipline/branche e raggruppate per gruppi accordo (DRG n. 53-3377 del 11/07/2006) = Costo per gruppo accordo e costo complessivo prestazioni ambulatoriali.

Le tariffe applicate per determinare i suddetti costi e per remunerare le prestazioni oggetto del presente contratto sono quelle previste dal tariffario regionale vigente per l'attività di ricovero ospedaliero e al nomenclatore tariffario regionale vigente per l'attività di specialistica ambulatoriale al netto degli sconti previsti dall'art. 1, comma 796, lettera o) della legge 296 del 27/12/2006 e dalla D.G.R. n. 5-6391 del 17/07/2007 di attuazione di detta norma.

Il **COSTO ANNUO MASSIMO COMPLESSIVO DELL'ACCORDO** è determinato dalla sommatoria dei costi annui delle singole tipologie di prestazioni) ed è suddiviso tra costo massimo per residenti nella regione e per residenti fuori regione.

Detto COSTO...è il seguente :

- COSTO ANNUO MASSIMO COMPLESSIVO DELL'ACCORDO €...
.....
.....

di cui:

- a) costo annuo massimo complessivo dell'accordo per residenti nella Regione =€
- b) costo annuo massimo complessivo dell'accordo per residenti fuori Regione =€ ...
.....
.....

e costituisce il budget del Presidio per l'anno , a valere per tutte le prestazioni convenute per quantità e priorità e con le condizioni di flessibilità previste dagli artt. 3 e 7 del presente accordo,

cui si aggiunge il corrispettivo a rendicontazione del valore della somministrazione diretta di farmaci (tracciato F) se prevista e autorizzata preventivamente dalla Direzione Sanità ed eventuali finanziamenti per funzioni. Le prestazioni erogate nell'annonel periodo antecedente la sottoscrizione del presente contratto sono ricomprese nel COSTO massimo annuo sudeterminato. Per i volumi di attività e relativi costi eccedenti i valori massimi contrattuali non potrà essere riconosciuta alcuna remunerazione fatto salvo quanto previsto per le prestazioni effettuate in favore di cittadini extraregione. Qualora non venga prodotto per i singoli codici di disciplina di ricovero almeno il 50% del volume e del costo contrattato l'ulteriore differenza tra il 50% del costo contrattato e quello relativo alle prestazioni effettivamente erogate non potrà essere usata per la compensazione e pertanto il budget complessivo risulterà ridotto della quota di produzione non utilizzata. Qualora, per le prestazioni ambulatoriali, non venga prodotto per i singoli gruppi di accordo almeno il 50% del volume e del costo contrattato l'ulteriore differenza tra il 50% del costo contrattato e quello relativo alle prestazioni effettivamente erogate non potrà essere usata per la compensazione e pertanto il budget complessivo risulterà ridotto della quota di produzione non utilizzata. Tenuto conto di quanto previsto dall'ultimo comma dell'art. 7 del presente accordo i Presidi possono ridurre complessivamente il valore previsto contrattualmente delle prestazioni di ricovero del 20% e aumentare il valore delle prestazioni ambulatoriali di pari importo. L'eventuale minor produzione per i residenti nella Regione Piemonte può essere compensata con la maggior produzione per i residenti di altre regioni sino ad un massimo del 20% del costo annuo massimo complessivo del contratto per residenti fuori Regione. L'eventuale minor produzione per i residenti di altre Regioni può essere compensata con la maggior produzione per i residenti della Regione Piemonte sino ad un massimo del 20% del costo annuo massimo complessivo del contratto per residenti fuori Regione. La Regione non riconosce compensazioni diverse da quelle espressamente previste dal presente articolo.

Il corrispettivo preventivato (Costo massimo annuo complessivo dell'accordo) viene liquidato in quote mensili posticipate rispetto alla fatturazione del periodo di riferimento nella misura del 90% del valore

complessivo a preventivo; il pagamento delle quote mensili avverrà, secondo la normativa di cui al d. lgs. 9 ottobre 2002 n. 231, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della relativa fattura da parte del destinatario. L'ASL può ridurre le quote mensili al 90% del valore dell'effettiva produzione qualora la produzione effettiva sia inferiore al 90% del corrispettivo preventivato. Eventuali differenze tra le quantità e il valore di produzione dell'anno 2011 rispetto a quello contrattato potrà essere compensato con la produzione dell'anno 2012. I maggiori ticket introdotti dopo il 31 dicembre 2010 incassati dalle singole strutture dovranno essere mensilmente versati alle ASL mediante decurtazione della quota di acconto mensile.

Entro il mese di settembre di ogni anno (o entro 60 giorni dalla data di sottoscrizione del presente accordo qualora avvenga nei mesi successivi) e entro il primo trimestre dell'anno successivo a quello di riferimento sono oggetto di verifica i risultati quantitativi di produzione e le attività svolte rispettivamente nel primo semestre e nell'anno rispetto ai volumi di prestazioni concordate ed alle funzioni previste.

In caso di riscontro positivo si procede alla liquidazione finale del corrispettivo pattuito, sempre entro 30 giorni dalla data di ricevimento della relativa fattura da parte del destinatario. Il corrispettivo complessivo addebitato alla Regione non può essere superiore a quello contrattuale ad eccezione del 50% delle eventuali eccedenze di costo (rispetto al valore contrattuale per i fuori regione) per prestazioni rese ad utenti extraregionali. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione, comprese quelle previste dall'art. 6 ultimo comma del presente contratto, si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione con accordo tra le parti, da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati, ferma restando la piena facoltà delle parti stesse di adire la via giurisdizionale ordinaria.

In caso di variazioni, complessivamente in aumento, dei tariffari regionali successivamente alla stipulazione dei contratti, si procede in attuazione della procedura di cui alla lett. e) bis del comma 2 dell'art. 8 quinquies, così come modificato dalla legge 6 agosto 2008 n. 133 di conversione del D. L. n. 112/2008, mediante rideterminazione del volume massimo delle prestazioni remunerabili nella misura necessaria al mantenimento del limite originario di corrispettivo. In

caso di variazioni, complessivamente in riduzione, dei tariffari regionali (derivanti dalle azioni di riorganizzazione o di efficientamento del sistema) successivamente alla stipulazione dei contratti, la rideterminazione dei volumi delle prestazioni avrà luogo, d'intesa tra le parti, sulla base dei criteri stabiliti in materia da apposito provvedimento programmatico dell'Amministrazione Regionale.

Del pari in caso di riscontro di prestazioni in eccedenza ai volumi previsti, il corrispettivo preventivato permane nella piena validità e l'eventuale attività di fatturazione o richiesta di pagamento correlata alle suddette eccedenze è priva di titolo. Solo in caso di eccedenza, dopo aver effettuato le compensazioni suindicate, dei volumi previsti e dei corrispettivi preventivati per prestazioni rese ad utenti extra regionali le eccedenze saranno retribuite al 50% rinviando il saldo al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale. Al termine di dette procedure ai Presidi verranno riconosciute le eccedenze in misura pari alla percentuale di prestazioni e di corrispondenti costi riconosciute complessivamente alla Regione Piemonte rispetto a quelle originariamente addebitate.

In caso di prestazioni inferiori ai volumi preventivati si procede, dopo aver effettuato le compensazioni suindicate, ai conguagli di liquidazione in riduzione dei corrispettivi previsti.

Art.6

(Il debito informativo e il controllo esterno di appropriatezza)

Il debito informativo del Presidio e l'attività di controllo esterno di appropriatezza sono regolati dall'art.8 octies del D.Lgs 229/1999, nonché dagli atti e documenti cui la normativa stessa fa rinvio in materia, derivanti dai livelli nazionali (Ministero della Salute, flussi informativi; Min. Ec Fin.), regionali (Atti della Regione Piemonte) infraregionali eventuali (Documenti del coordinamento sovrazonale di AFS) previsti in sede di programma di integrazione dei servizi.

Gli elementi del debito informativo sono elencati in allegato D nella regolamentazione aggiornata di riferimento ripartita per livelli di derivazione (nazionale, regionale, eventuale di AFS)

Il Presidio conferma la accettazione di consenso all'attività di vigilanza dell'apposita Commissione prevista dalla normativa vigente, nonché alle ulteriori attività di controllo esercitate nell'ambito della

funzione ispettiva regionale, e si impegna ad agevolare l'attuazione mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

In ordine alle procedure di controllo della codificazione delle SDO, si precisa che ogni rettifica di registrazione connessa alla corretta applicazione in riduzione della tariffazione regionale, anche separata e successiva alla procedura contestativa ex art 5 sesto comma del presente contratto, è suscettibile di determinare il recupero dei valori relativi, salva la responsabilità ex art. 1218 cod. civ., entro il quinquennio successivo all'esecuzione delle prestazioni.

Art.7

(assistenza ospedaliera)

L'utilizzo della capacità produttiva può avvenire con i seguenti criteri e condizioni di flessibilità.

Fermo restando il limite complessivo del corrispettivo preventivato ed il limite giornaliero dato dalla capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito esclusivamente nei limiti quantitativi dei posti delle aree funzionali omogenee (A.F.O. come definite dalla regolamentazione vigente) con il limite di un tasso massimo di occupazione dei posti letto contrattati nella misura dell'80% per l'acuzie, del 95% per la riabilitazione, del 98% per la lungodegenza.

Le prestazioni previste in regime di ricovero ordinario e in regime di ricovero diurno possono essere erogate, qualora siano già previsti dalla Regione gli importi tariffari oppure siano state fornite indicazioni in tal senso, rispettivamente in regime diurno ovvero in regime ambulatoriale. Il costo complessivo di dette prestazioni non può essere superiore a quello originalmente previsto dal presente accordo.

Art.8

(risoluzione e inadempimento)

La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento della struttura di cui alla lett.d) della premessa determina l'automatica e contestuale risoluzione del presente accordo.

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

Ove una parte accerti l'inadempimento, concernente uno o più degli elementi essenziali dell'accordo, come indicati agli artt. da 1 a 7, sarà legittimato ad emettere diffida ad adempiere ex art.1454 cod.civ.

E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex art. 1218 c.c. della parte inadempiente.

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

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

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 accordo per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.

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

Art. 9

(durata e aggiornamento)

Il presente accordo ha validità per tutto l'annoe l'anno..... e più esattamente per il periodo intercorrente tra il primo gennaio e il 31 dicembre.....

Le parti convengono di verificare semestralmente l'attuazione complessiva del presente accordo, valutando congiuntamente le risultanze di verifica dell'andamento quantitativo accertato come da

precedente art. 5 con le risultanze di riscontro qualitativo dell'attività, per ogni possibile sollecita deduzione consequenziale.

Il Presidio con la sottoscrizione del presente contratto dà atto di essere perfettamente a conoscenza della normativa nazionale e regionale vigente ed in particolare della DGR n. del

Art.10

(foro competente e rinvio normativo)

In caso di controversia relativa al presente accordo di competenza dell'autorità giudiziaria ordinaria si conviene che l'esclusivo foro competente è quello di Torino ove ha sede la Regione Piemonte. Per quanto non previsto dal presente contratto si rinvia alle disposizioni di cui agli artt. 1325 e sgg. Cod.civ. nonché alla vigente normativa generale relativa all'assistenza sanitaria ospedaliera ed ambulatoriale.

NOTA

1 – Capacità produttiva accreditata (allegato 1) dell'accordo)

Per l'assistenza ospedaliera deve essere composta una tabella (allegato 1)

con le seguenti colonne:

area funzionale omogenea;

disciplina (codice e descrizione);

posti letto accreditati (ordinari, diurni e totale);

posti letto autorizzati e non accreditati (ordinari, diurni e totale);

posti letto totali (ordinari, diurni e totale)

Nelle righe occorre prevedere:

una riga per ogni disciplina;

per il codice 56, 2 righe (1° e 2° livello);

per il codice 40, 3 righe (acuzie, post acuzie riabilitativa, post acuzie lungodegenza))

totali per AFO;

totali per acuzie;

totali per postacuzie;

totali generali.

Per l'assistenza specialistica una riga per branca, con tutte le specificazioni opportune al caso.

2 – Tabella comparativa (allegato 1 dell'accordo)

Si procede alla elaborazione della tabella comparativa dei p.l. "accreditati" e dei p.l. contrattati" secondo la nota 1, con l'aggiunzione dei p.l.. accreditati e non contrattati, disponibili per attività non a carico del S.S.N. in regime privato: quanto sopra allo scopo di determinare la composizione della tabella secondo il mod. HSP 13, sez, E ed F.

3 – Determinazione dei valori corrispettivi per l'attività di ricovero/ambulatoriale (allegato 2 dell'accordo)

La stima viene determinata con il seguente processo:

A) RICOVERI

A1) Determinazione numero di ricovero per acuti Prestazioni di ricovero per acuti suddiviso per disciplina e a sua volta per DRG(oppure, se sufficiente, per MDC) per regime di ricovero (RO oppure DH). Applicazione

del valore tariffario ai singoli DRG e definizione del costo per disciplina e del costo complessivo (sommatoria costi delle diverse discipline). Il costo complessivo deve essere suddiviso tra il costo annuo delle prestazioni previste per i residenti nella Regione e quello previsto per i residenti fuori Regione.

A2) Prestazioni di ricovero per post acuzie : determinazione N. giornate di degenza erogabile suddiviso per codice disciplina e a sua volta per regime di ricovero (RO oppure DH). Applicazione del valore tariffario e definizione del costo per disciplina e di quello complessivo (sommatoria costi delle diverse discipline).). Il costo complessivo deve essere suddiviso tra il costo annuo delle prestazioni previste per i residenti nella Regione e quello previsto per i residenti fuori Regione.

B) PRESTAZIONI AMBULATORIALI: definizione N. prestazioni ambulatoriali suddivise per discipline/branche e raggruppate per gruppi accordo (DRG n. 53-3377 del 11/07/2006). Applicazione tariffe medie nomenclatore tariffario regionale vigente e determinazione costo complessivo per ogni gruppo accordo e costo totale (sommatoria costi gruppi accordo).). Il costo complessivo deve essere suddiviso tra il costo annuo delle prestazioni previste per i residenti nella Regione e quello previsto per i residenti fuori Regione.

Le tariffe applicate per determinare i suddetti costi e per remunerare le prestazioni oggetto del presente contratto sono quelle previste dal tariffario regionale vigente per l'attività di ricovero ospedaliero e al nomenclatore tariffario regionale vigente per l'attività di specialistica ambulatoriale al netto degli sconti previsti dall'art. 1, comma 796, lettera o) della legge 296 del 27/12/2006 e dalla D.G.R. n. 5-6391 del 17/07/2007 di attuazione di detta norma.

C) DETERMINAZIONE costo annuo massimo complessivo del contratto per residenti nella Regione = Sommatoria costi annui delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali di cui al punto A) e B)

D) DETERMINAZIONE costo annuo massimo complessivo del contratto per residenti fuori Regione = Sommatoria costi annui delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali di cui al punto A) e B).

E)) DETERMINAZIONE costo annuo massimo complessivo del contratto = Sommatoria costi annui delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali di cui al punto C) e D).

Il processo suddetto viene riepilogato nell'allegato 2) in cui sono elencate le prestazioni indicando gli elementi previsti dall'articolo 5 e dalla presente nota

ALLEGATO 1

STATO DI ACCREDITAMENTO DELLA STRUTTURA

(citare gli elementi della natura dell'accreditamento, gli estremi degli atti amministrativi regionali, gli elementi essenziali dell'attività accreditata di ricovero/ambulatoriale/altro completi delle specialità di afferenza, posti letto ecc.)

ALLEGATO 2

Determinazione dei valori corrispettivi per l'attività di ricovero/ambulatoriale

ALLEGATO C
BUDGET PRESIDI

Az.	Denominazione	SPECIALISTICA BUDGET ANNO 2011			OSPEDALIERA BUDGET ANNO 2011			TOTALE BUDGET	Finanziamento Funzione	TOTALI 2011	C2	
		REGIONE	FUORI REG	TOTALI	REGIONE	FUORI REG	TOTALI	2011				
920	ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO	2.331.274	104.938	2.436.212	8.975.606	20821590	29.797.196	32.233.408		32.233.408	NO	
921	FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI	2.329.326	170.454	2.499.780	21.643.538	4289712	25.933.250	28.433.030	3.180.000	31.613.030	NO	
982	IRCC CANDIOLO	12.763.190	1.200.913	13.964.103	26.179.921	1855976	28.035.897	42.000.000		42.000.000	NO	
990	AUSILIATRICE	934.343	9.832	944.175	4.413.222	238492	4.651.714	5.595.889		5.595.889	NO	
991	BEATA VERGINE DELLA CONSOLATA	173.849	1.924	175.773	13.248.421	732246	13.980.667	14.156.440		14.156.440	NO	
992	PRESIDIO SANITARIO GRADENIGO	7.022.872	118.901	7.141.773	30.780.000	1040279	31.820.279	38.962.052	6.800.000	45.762.052	SI	
993	SAN CAMILLO	408.576	17.920	426.496	9.300.310	432000	9.732.310	10.158.806		10.158.806	NO	
997	PRESIDIO SANITARIO COTTOLENGO	5.749.203	61.545	5.810.748	20.808.345	680.415	21.488.760	27.299.508	1.070.000	28.369.508	NO	
998	PRESIDIO MAJOR	56.254	800	57.054	5.443.609	220002	5.663.611	5.720.665		5.720.665	NO	
	Totale Presidi	2011	31.768.887	1.687.227	33.456.114	140.792.972	30.310.712	171.103.684		204.559.798		215.609.798

Az.	Denominazione	SPECIALISTICA BUDGET ANNO 2012			OSPEDALIERA BUDGET ANNO 2012			TOTALE BUDGET	Finanziamento Funzione	TOTALI 2.012	C2	
		REGIONE	FUORI REG	TOTALI	REGIONE	FUORI REG	TOTALI	2012				
920	ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO	2.331.274	104.938	2.436.212	8.975.606	20821590	29.797.196	32.233.408		32.233.408	NO	
921	FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI	2.329.326	170.454	2.499.780	21.643.538	4289712	25.933.250	28.433.030	3.180.000	31.613.030	NO	
982	IRCC CANDIOLO	12.763.190	1.200.913	13.964.103	26.179.921	1855976	28.035.897	42.000.000		42.000.000	NO	
990	AUSILIATRICE	934.343	9.832	944.175	4.413.222	238492	4.651.714	5.595.889		5.595.889	NO	
991	BEATA VERGINE DELLA CONSOLATA	173.849	1.924	175.773	13.248.421	732246	13.980.667	14.156.440		14.156.440	NO	
992	PRESIDIO SANITARIO GRADENIGO	7.022.872	118.901	7.141.773	30.780.000	1040279	31.820.279	38.962.052	6.800.000	45.762.052	SI	
993	SAN CAMILLO	408.576	17.920	426.496	9.300.310	432000	9.732.310	10.158.806		10.158.806	NO	
997	PRESIDIO SANITARIO COTTOLENGO	5.576.727	59.699	5.636.426	20.184.095	660.003	20.844.098	26.480.524	1.070.000	27.550.524	NO	
998	PRESIDIO MAJOR	56.254	800	57.054	5.443.609	220002	5.663.611	5.720.665		5.720.665	NO	
	Totale Presidi	2012	31.596.411	1.685.381	33.281.792	140.168.722	30.290.300	170.459.022		203.740.814		214.790.814