

Deliberazione della Giunta Regionale 6 agosto 2021, n. 57-3724

Regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per l'annualità 2021. Presa d'atto dell'Accordo tra la Direzione regionale Sanita' e le Associazioni degli Erogatori sanitari privati. Approvazione dello schema di contratto per l'anno 2021 per prestazioni di ricovero in regime di acuzie e post-acuzie (compresa la post-acuzie psichiatrica) di specialistica ambulatoriale e di CAVS.

A relazione dell'Assessore Icardi:

INQUADRAMENTO EX D.Lgs. n. 502/1992

Ai sensi dell'art. 8-*quinquies* del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., la Regione e le AA.SS.LL., anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indicano, 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, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali;
- e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno della 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.

2. Le Regioni definiscono le funzioni assistenziali nell'ambito delle attività che rispondono alle seguenti caratteristiche generali:

1. programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento alla assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti;
2. programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona;
3. attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione;
4. programmi di assistenza a malattie rare;
5. attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della centrale operativa, di cui all'atto di indirizzo e coordinamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 21 marzo 1992;
6. programmi sperimentali di assistenza.

3. I criteri generali per la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della loro remunerazione massima sono stabiliti con apposito Decreto del Ministro della Sanità, sentita

l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, sulla base di standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, quando appropriato, del volume dell'attività svolta.

4. La remunerazione delle attività assistenziali diverse da quelle di cui al comma 2 è determinata in base a tariffe predefinite, limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di *day hospital*, e alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, fatta eccezione per le attività rientranti nelle funzioni di cui al comma 3”.

DISPOSIZIONI NAZIONALI ANTICOVID

L'ordinaria attività sanitaria svolta da tutti gli operatori, settore pubblico e privato, è stata stravolta dallo stato di emergenza conseguente al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili COVID-19.

Di seguito si elencano i principali provvedimenti a carattere nazionale, con le misure adottate, aventi effetto, per quanto qui d'interesse, nell'anno 2021:

D.L. 17 marzo 2020 n. 18, recante “*Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.*”, convertito in Legge: 24 aprile 2020, n. 27.

L'art. 3 rubricato “*Potenziamento delle reti di assistenza territoriale*”, prevede:

- al comma 1, la possibilità di stipulare contratti ai sensi dell'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in deroga al limite di spesa vigente (articolo 45, comma 1-ter, del D.L. 26 ottobre 2019, n. 124, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157) qualora “dal piano, adottato in attuazione della circolare del Ministero della salute prot. GAB 2627 in data 1° marzo 2020, al fine di incrementare la dotazione dei posti letto in terapia intensiva e nelle unità operative di pneumologia e di malattie infettive, isolati e allestiti con la dotazione necessaria per il supporto ventilatorio e in conformità alle indicazioni fornite dal Ministro della Salute con circolare prot. GAB 2619 in data 29 febbraio 2020, emerga l'impossibilità di perseguire gli obiettivi di potenziamento dell'assistenza indicati dalla menzionata circolare del 1° marzo 2020 nelle strutture pubbliche e nelle strutture private accreditate, mediante le prestazioni acquistate con i contratti in essere alla data del presente Decreto”;
- al comma 2. la possibilità di contrattare strutture solamente autorizzate, qualora non sia possibile perseguire gli obiettivi di cui al comma 1 mediante la stipula di contratti con le strutture accreditate;
- al comma 3. la possibilità di messa a disposizione di personale sanitario in servizio nonché di locali ed apparecchiature presenti nelle suddette strutture private, al fine di fronteggiare l'eccezionale carenza di personale medico e delle professioni sanitarie, in conseguenza dell'emergenza dovuta alla diffusione del COVID-19.

D.L. 19 maggio 2020, n. 34, recante “*Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*”, convertito in L. 17 luglio 2020, n. 77, che all'art. 4 rubricato “*Misure urgenti per l'avvio di specifiche funzioni assistenziali per l'emergenza COVID-19*”, comma 1, così reca:

“1. Per far fronte all'emergenza epidemiologica COVID-19, limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei ministri 31 gennaio 2020, anche in deroga al limite di spesa di cui all'articolo 45, comma 1-ter, del decreto legge 26 ottobre 2019, n. 124 convertito, con modificazioni, dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157, e in deroga all'articolo 8-*sexies*, comma 1-*bis*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, le Regioni, ivi comprese quelle in piano di rientro, e le Province autonome di Trento e Bolzano possono riconoscere alle strutture inserite nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del Decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, la remunerazione di una specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento

dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID-19 secondo le disposizioni dei predetti piani e un incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID. Il riconoscimento avviene in sede di rinegoziazione per l'anno 2020 degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-*quinquies* del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per le finalità emergenziali previste dai predetti piani.”

Il comma 2 prevede che le modalità di determinazione della specifica funzione assistenziale e l'incremento tariffario di cui al comma 1 siano stabilite con Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa Intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, in modo da garantire la compatibilità con le risorse previste per l'attuazione dell'articolo 3, comma 6, del Decreto legge 17 marzo 2020, n. 18.

Il comma 4 dispone che, nella vigenza dell'accordo rinegoziato ai sensi del comma 1, gli enti del servizio sanitario nazionale corrispondono agli erogatori privati, a titolo di acconto e salvo conguaglio a seguito di apposita rendicontazione delle attività da parte degli erogatori privati, un corrispettivo, su base mensile, per le prestazioni rese ai sensi del presente articolo, nel limite del 90 per cento dei dodicesimi corrisposti o comunque dovuti per l'anno 2020.

Il comma 5 prevede che le Regioni possono riconoscere alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per l'anno 2020 e che abbiano sospeso le attività ordinarie anche in conseguenza delle misure previste, la remunerazione a titolo di acconto, su base mensile, e salvo conguaglio a seguito di apposita rendicontazione da parte degli erogatori privati, fino a un massimo del 90 per cento del volume di attività riconosciuto nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 stipulati per il 2020.

La disposizione è stata riconfermata per la durata dello stato di emergenza dal punto 25, allegato 1 al D.L. n. 183/2020.

Legge 30 dicembre 2020 n. 178,

Commi da 491 a 494. In tema di mobilità sanitaria la disposizione prevede che i valori relativi alla matrice dei flussi finanziari relativi alla compensazione tra le singole Regioni e Province autonome delle prestazioni sanitarie ricomprese nei livelli essenziali di assistenza (Lea), rese a cittadini in ambiti regionali diversi da quelli di residenza siano definiti, sulla base dei dati di produzione disponibili con riferimento all'anno precedente oggetto di riparto e tenuto conto dei controlli di appropriatezza come comunicati dalle singole Regioni e Province autonome.

Per poter accedere al finanziamento integrativo del servizio sanitario nazionale viene previsto che si proceda alla sottoscrizione degli accordi bilaterali tra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea. Il Comitato dovrà elaborare un programma nazionale di valutazione e miglioramento dei processi di mobilità nell'ottica di salvaguardare una mobilità “fisiologica” e recuperare, a tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure, fenomeni di mobilità non dovuti a fenomeni “fisiologici e elabora specifici programmi rivolti alle aree di confine nonché ai flussi interregionali per migliorare e sviluppare i servizi di prossimità al fine di evitare criticità di accesso, rilevanti costi sociali e finanziari a carico dei cittadini.

Commi 495 e 496

Le Regioni che, in funzione dell'andamento dell'emergenza da Covid-19, hanno sospeso, anche per il tramite dei propri Enti, le attività ordinarie possono riconoscere alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per l'anno 2021 fino a un massimo del 90 per cento del budget assegnato nell'ambito degli accordi e dei contratti stipulati per l'anno 2021, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale.

Il predetto riconoscimento tiene conto, pertanto, sia delle attività ordinarie erogate nel corso dell'anno 2021 di cui deve essere rendicontata l'effettiva produzione, sia, fino a concorrenza, del

predetto limite massimo del 90 per cento del budget, di un contributo una tantum legato all'emergenza in corso ed erogato dalle Regioni e Province autonome nelle quali insiste la struttura destinataria di budget, a ristoro dei soli costi fissi comunque sostenuti dalla struttura privata accreditata e rendicontati dalla stessa struttura che, sulla base di uno specifico provvedimento regionale, ha sospeso le attività previste dai relativi accordi e contratti stipulati per l'anno 2021.

Si consente l'accesso agli Irccs da parte di pazienti fuori regione introducendo però un tetto di spesa complessivo di 20 milioni annui a decorrere dal 2021, provvedendo alla copertura tramite il Fondo per le esigenze indifferibili.

D.L. 22 aprile 2021, n. 52 recante "*Misure urgenti per la graduale ripresa delle attività economiche e sociali nel rispetto delle esigenze di contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19*" (convertito con L. 21 giugno 2021 n. 87), il quale ha prolungato lo stato di emergenza, in vigore dal 31 gennaio 2020, sino al 31 luglio 2021.

D.L. 25 maggio 2021, n. 73 recante "*Misure urgenti connesse all'emergenza da Covid-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute ed i servizi territoriali*" (convertito con l. 23 luglio 2021 n. 106), il quale ha disposto all'art. 26

"Disposizioni in materia di liste di attesa e utilizzo flessibile delle risorse"

1. Per le finalità del Piano di cui all'articolo 29 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, al fine di consentire un maggior recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione e delle prestazioni di specialistica ambulatoriali non erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate nel 2020, a causa dell'intervenuta emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2 le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano possono ricorrere, dalla data di entrata in vigore del presente Decreto e fino al 31 dicembre 2021:

a) per il recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione, agli istituti già previsti dall'articolo 29, comma 2, lettere a), b) e c), del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104 convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n.126;

b) per il recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, agli istituti già previsti dall'articolo 29, comma 3, lettere a), b) e c), del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126.

Conseguentemente, la deroga al regime tariffario delle prestazioni aggiuntive prevista dall'articolo 29 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, opera soltanto con riferimento alle prestazioni aggiuntive svolte in applicazione del predetto articolo 29 e della presente disposizione e non oltre il 31 dicembre 2021.

2. Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano per il raggiungimento delle finalità di cui al comma 1, fermo restando il prioritario ricorso alle modalità organizzative di cui al comma 1, possono integrare gli acquisti di prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale da privato, di cui agli accordi contrattuali stipulati per l'anno 2021, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in deroga all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale, anche utilizzando eventuali economie derivanti dai budget attribuiti per l'anno 2020. A tal fine le Regioni e le Province autonome rimodulano il piano per le liste d'attesa adottato ai sensi dell'articolo 29 del Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n.126, prevedendo, ove ritenuto, il coinvolgimento delle strutture private accreditate e conseguentemente rimodulando l'utilizzo delle relative risorse. Le strutture private accreditate eventualmente interessate dal periodo precedente rendicontano alle rispettive regioni entro il 31 gennaio 2022 le attività effettuate nell'ambito dell'incremento di budget assegnato, anche ai fini della valutazione della predetta deroga.

3. Per l'attuazione delle finalità di cui ai commi 1, 2 e 6-bis le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano utilizzano le risorse non impiegate nell'anno 2020, previste dall'articolo 29, comma 8, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, nonché quota parte delle economie di cui all'articolo 1, comma 427, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, qualora tali economie non siano utilizzate per le finalità indicate dal medesimo articolo 1, comma 427, secondo le modalità indicate nei rispettivi Piani per il recupero delle liste d'attesa opportunamente aggiornati e dando priorità agli utilizzi secondo le modalità organizzative di cui al comma 1 e solo in via residuale alle modalità individuate ai sensi del comma 2. Il Ministero della salute monitora le attività effettuate dalle Regioni e Province autonome a valere sui finanziamenti di cui al presente comma.

D.L. 23 luglio 2021 n. 105 recante *“Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da Covid-19 e per l'esercizio in sicurezza di attività sociali ed economiche”*, il quale ha prolungato lo stato di emergenza sino al 31/12/2021.

DISPOSIZIONI REGIONALI ANTICOID

Tenuto conto dell'evolversi della situazione epidemiologica, del carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia e dell'incremento dei casi sul territorio nei primi mesi del 2021, a livello regionale sono state definite misure di carattere straordinario finalizzate a fronteggiare l'emergenza sanitaria e ad assicurare una gestione ordinata della stessa. A tal proposito, per quanto qui d'interesse, si richiamano i provvedimenti adottati nel corso dell'emergenza pandemica:

DPGR 22 febbraio 2020, n. 20 di attivazione di un'Unità di Crisi per l'emergenza Coronavirus COVID-19, che ha redatto il piano di emergenza per la gestione dei pazienti critici affetti da COVID-19;

D.G.R. 10 marzo 2020, n. 3-1111, ad oggetto: *“Determinazioni in ordine alla gestione dell'emergenza da COVID-19: Protocollo d'intesa tra Associazioni di categoria (AIOP/ARIS) e Regione Piemonte per la fornitura di supporto di assistenza sanitaria e tecnica e approvazione dello schema tipo di contratto per le ASR”*

D.G.R. 13 marzo 2020, n. 12-1124, avente ad oggetto: *“Emergenza da COVID-19. Variazione temporanea della dotazione dei posti letto nell'ambito delle strutture pubbliche e disposizioni transitorie per la contrattazione di eventuali prestazioni aggiuntive con le strutture private autorizzate ed accreditate a supporto del sistema.”*

D.G.R. 24 marzo 2020, n. 22-1133, *“Misure emergenziali per far fronte all'epidemia COVID-19. Modalità di attivazione di posti letto COVID in strutture private”*.

D.G.R. 24 marzo 2020, n. 3-1157, recante ad oggetto: *“Emergenza da COVID-19. Individuazione della prestazione di indagine diagnostica connessa alla ricerca di COVID-19 su tampone rino-faringeo, ad integrazione della DGR n. 11-6036 del 02.07.2013. Contestuale autorizzazione dei servizi di medicina di laboratorio accreditati ad effettuare tale prestazione.”*

D.G.R. 10 agosto 2020, n. 1-1881, *“Regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per l'annualità 2020. Presa d'atto dell'Accordo fra la Direzione regionale sanità e le Associazioni degli erogatori sanitari privati. Approvazione dello schema di contratto per l'anno 2020 per prestazioni di ricovero in regime di acuzie e post-acuzie (compresa la post-acuzie psichiatrica), di specialistica ambulatoriale e di CAVS”*.

D.G.R. 23 settembre 2020, n. 2-1980, ad oggetto: “Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104. Obiettivi programmatici e riparto risorse alle Aziende pubbliche del SSR per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2.”

D.G.R. 30 ottobre 2020, n. 9-2176, ad oggetto: “Misure emergenziali per far fronte alla seconda fase dell'epidemia COVID-19. Integrazione delle previsioni di cui alla D.G.R. 13 marzo 2020, n. 22-1133 in merito all'attivazione di posti letto COVID in strutture sanitarie private”

D.G.R. 27 novembre 2020, n. 17-2364, ad oggetto: “Emergenza epidemiologica da COVID-19. Approvazione di schema di addendum contrattuale ex art. 8-quinquies D.Lgs.502/1992 e smi per prestazioni di ricovero in regime di acuzie e post-acuzie da destinare a pazienti COVID positivi presso strutture private accreditate.”

D.G.R. 1 dicembre 2020, n. 5-2435, ad oggetto: “Aggiornamento regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da Erogatori privati per l'annualità 2020. Modifica ed integrazione DGR n. 1-1881 del 10 agosto 2020 e integrazione D.E.G.R. n. 9-2176 del 30 ottobre 2020”.

D.G.R. 19 febbraio 2021, n. 14-2889, ad oggetto: “Modifiche ed integrazioni alle DD.GG.RR. n. 1-1881 del 10 agosto 2020 e n. 5-2435 del 1 dicembre. Adeguamento schema contrattuale alle regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per l'annualità 2020. Proroga regole in via transitoria per l'anno 2021. Valorizzazione economica delle eccedenze di prestazioni sanitarie realizzate per residenti in altre regioni negli anni 2017-2018”

D.G.R. 16 marzo 2021, n. 1-2986, ad oggetto: “Indicazioni in merito all'allestimento di centri vaccinali sul territorio piemontese”

RAPPORTI CON GLI EROGATORI PRIVATI

L'anno 2021, per quanto riguarda i rapporti con gli erogatori privati, si muove ancora all'interno dei vincoli dettati dal legislatore ai fini della sostenibilità e compatibilità economica della programmazione sanitaria, con riferimento a precisi parametri atti a determinare il limite massimo di risorse assegnabili alle strutture erogatrici, con le deroghe consentite dalla normativa emergenziale, in precedenza richiamata.

In particolare:

- l'articolo 15, comma 14, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95 (convertito dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135 e modificato dall'articolo 1, comma 574, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, legge stabilità 2016): prevedeva, sia con riguardo alla spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale che a quella per l'assistenza ospedaliera, la graduale riduzione della spesa complessiva annua, rispetto a quella consuntivata per l'anno 2011, sino al raggiungimento del -2% a decorrere dall'anno 2014;
- l'articolo 9-quater, comma 7, del D.L. 19 giugno 2015, n. 78 (convertito dalla legge 6 agosto 2015, n. 125): prevedeva, per l'anno 2015, con riguardo all'assistenza specialistica ambulatoriale, un ulteriore abbattimento della spesa complessiva annua, di almeno l'1% del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014;
- l'atto regionale di riferimento per l'annualità 2019 (ovvero la D.G.R. 14 giugno 2018, n. 37-7057, recante “Regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori pubblici e privati. Integrazione alla D.G.R. n. 73-5504 del 3.08.2017. Definizione dei tetti di spesa regionali ed aziendali ed approvazione dello schema di contratto per le annualità 2018-2019”) definiva il tetto complessivo di spesa massima a livello regionale e la determinazione attuativa (DD 16 aprile 2019, n. 272) e dava atto che, in relazione alle regole contrattuali di remunerazione delle prestazioni definite dalla DGR 14 giugno 2018, n. 37-

7057, i valori economici programmati rientravano nei succitati parametri di compatibilità finanziaria previsti dalla normativa nazionale.

- Per il 2020, l'articolo 45, comma 1-ter, del D.L. 26 ottobre 2019, n.124, (convertito in legge 19 dicembre 2019, n. 157) ha innalzato il limite di spesa di cui ai punti precedenti rideterminandolo, sia con riguardo alla spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale che a quella per l'assistenza ospedaliera, “ ... *omissis* ... nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale”, tetto di spesa da considerarsi ancora in vigore nel 2021, in assenza di diverse disposizioni.

In periodo antecedente alla situazione emergenziale venutasi a creare in seguito della pandemia COVID-19, in data 10 dicembre 2019, tra la Direzione regionale Sanità e le Associazioni degli Erogatori sanitari privati si era raggiunto un accordo, recepito dalla D.G.R. 31 gennaio 2020, n. 9-960, che ha formulato indirizzi transitori per l'acquisto di prestazioni sanitarie da Erogatori privati per il periodo 2020-2022.

Le mutate condizioni sanitarie hanno portato alla stipula di un nuovo accordo tra la Direzione regionale Sanità e le Associazioni degli Erogatori sanitari privati, recepito con D.G.R. 10 agosto 2020, n. 1-1881, che, per l'anno 2020, ha definito una regolamentazione *ad hoc* in ragione delle richiamate condizioni emergenziali ed ha rinviato la definizione della disciplina dei rapporti con riguardo agli anni 2021 e 2022.

Non essendo stato possibile definire le nuove regole entro il 31/12/2020, le disposizioni contenute in detto accordo, comprese le modifiche ed integrazioni approvate successivamente alla sottoscrizione e le previsioni specifiche relative alla produzione COVID e di supporto al Covid, sono state estese, con D.G.R. 19 febbraio 2021, n. 14-2889 all'anno 2021, con possibilità di proroga all'anno 2022, qualora non si pervenga ad una diversa definizione della disciplina dei rapporti con gli erogatori.

Il nuovo accordo tiene conto del ruolo degli erogatori:

- all'interno della campagna vaccinale, le cui regole sono state definite all'interno della D.G.R. 16 marzo 2021, n. 1-2986:
- nel supporto agli erogatori pubblici per il recupero delle liste di attesa, gravemente peggiorate nel periodo pandemico.

A tal fine, con note prot. vari del 4/3/2021 e 11/3/2021, è stato richiesto alle aziende sanitarie, di individuare per l'anno 2021 il fabbisogno di prestazioni sanitarie per i propri residenti, nell'ambito della propria funzione di tutela, individuando quelle che sono in grado di produrre direttamente, quelle richieste alle aziende ospedaliere e quelle da richiedere agli erogatori accreditati.

Le aziende sanitarie hanno rappresentato il loro fabbisogno, mettendo in luce le rilevanti criticità organizzative conseguenti alla pandemia, che incidono negativamente su una ripresa definitiva delle attività e sul recupero di quelle pregresse rinviate a causa del Covid.

Conseguentemente, riscontrata la necessità primaria di recuperare le liste di attesa di ricoveri e prestazioni ambulatoriali, nonché di far fronte alle maggiori esigenze di cura derivanti dall'esigenza di gestire un maggior numero di patologie conseguenti al Covid-19, è stata introdotta la possibilità per le aziende sanitarie di stipulare, anche per conto delle aziende ospedaliere, apposite convenzioni con gli erogatori privati, per un importo complessivo di Euro 7.043.950,08, con strutture del proprio territorio o di altre aziende, in applicazione dell'art. 26, commi 2 e 3, D.L. 25 maggio 2021 n. 73, utilizzando agende dedicate del Cup regionale (quale modalità già prevista nel Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa, di cui alla D.G.R. 29 settembre 2020, n. 2-1980), o una codifica specifica per i ricoveri, per le seguenti prestazioni:

- prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio ai sensi della citata D.G.R. n. 2-1980 del 2020;
- altre prestazioni di cui si verifichi, congiuntamente ai medici di medicina generale, un incremento della necessità in conseguenza del Covid;

- progetti di cure domiciliari e di telemedicina.

Sulla base di quanto sopra indicato in data 18 giugno 2021 è stato siglato il nuovo Accordo con le Associazioni di categoria degli erogatori privati, di cui all'Allegato A alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale.

Sulla base dell'accordo intervenuto il Settore regionale competente ha elaborato lo schema di contratto/accordo contrattuale ex art. 8-*quinquies* del D.Lgs.n. 502/1992 per l'anno 2021, di cui all'allegato B) parte integrante e sostanziale del presente atto, per l'acquisto di prestazioni sanitarie di ricovero in regime di acuzie, di ricovero in regime di post-acuzie e di specialistica ambulatoriale, in regime di lungodegenza e riabilitazione psichiatrica e per la Continuità a Valenza Sanitaria – CAVS.

Dato atto che all'interno dell'Accordo di cui all'Allegato A è stato deciso di attribuire, ai fini delle esigenze di semplificazione della materia emerse nell'anno precedente, a ciascun erogatore un budget indistinto per il 2021 e pari al budget complessivo del 2020, in considerazione dei limiti di spesa in precedenza richiamati.

A seguito dell'istruttoria condotta dalla Direzione Sanità e Welfare l'attribuzione degli importi relativi è riportata nell'allegato C) al presente provvedimento, parte integrante e sostanziale, individuati in modo distinto su base storica per attività resa in Regione e fuori regione (quest'ultima soggetta alle specifiche disposizioni in tema di mobilità interregionale introdotte dalla L. n. 178/2020), per meri fini ricognitivi.

Si riportano di seguito i *setting* inclusi:

RESIDENTI IN REGIONE – BUDGET

- 1.di ricovero in regime di acuzie
- 2.di ricovero in regime di post-acuzie
- 3.di ricovero in regime di post-acuzie (lungodegenza e riabilitazione) psichiatrica
- 4.di specialità ambulatoriale
- 5.di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS);
- 6.di cure domiciliari riabilitative

RESIDENTI FUORI REGIONE – BUDGET

- 1.di ricovero in acuzie in regime di acuzie di alta complessità;
 - 2.di ricovero in acuzie in regime di acuzie di bassa e media complessità
 - 3.di ricovero in regime di post-acuzie di alta complessità
 - 4.di ricovero in regime di post-acuzie di bassa e media complessità
 - 5.di ricovero in regime di post-acuzie neuropsichiatrica
 - 6.di specialistica ambulatoriale
- nonché i tetti di spesa per finanziamenti a funzione ed i valori di spesa per il rimborso dei farmaci "File F".

Dato atto che fermo restando l'obiettivo prioritario, per il servizio sanitario regionale, del recupero delle liste di attesa all'interno della Regione Piemonte, l'eventuale eccedenza di produzione, se attribuibile, sulla base del confronto con il budget regionale 2020, ad attività a favore di residenti, sarà riconosciuta all'interno delle convenzioni di cui sopra per il recupero delle liste di attesa e nei limiti del budget che le Asl definiscono con le singole strutture. Allo stesso modo, e sulla base del confronto con il budget fuori Regione del 2020, se attribuibile ad attività a favore di residenti fuori Regione, la valorizzazione dell'attività avverrà nei limiti del riconoscimento effettuato in sede di consolidamento del consuntivo interregionale.

Dato atto che ai sensi dell'Accordo suindicato verrà comunque riconosciuta, anche oltre i limiti del budget 2021:

- la produzione dell'erogatore "COVID dedicato";
- la produzione dell'erogatore "di supporto COVID";
- la produzione dell'erogatore "divenuto COVID";
- la produzione relativa all'attività di indagine diagnostica connessa alla ricerca di COVID-19 su tampone oro/rino-faringeo;
- l'attività di vaccinazione anti Covid-19.

Dato atto altresì che nel suddetto Accordo è stato definito che sono suscettibili di incidere sulla remunerazione degli erogatori relativi agli anni 2020 e 2021, e non ancora definite con Decreto del Ministro della Salute alla data di approvazione del presente provvedimento, le seguenti partite:

- modalità di remunerazione della specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti ed alla gestione dell'emergenza Covid-19 ed incremento tariffario per le attività rese a pazienti affetti da Covid (ex art. 4, c. 1, D.L. 19 maggio 2020, n. 34, conv. con L. 17 luglio 2020 n. 77);

- eventuale riconoscimento di un contributo economico nel limite dei costi fissi alla struttura con produzione inferiore al 90 % del budget (comma 5-bis, art. 4 del medesimo decreto); ridefinizione delle tariffe di cui al D.M. 18 ottobre 2012, in seguito all'incremento del costo del lavoro della sanità privata, con decreto del Ministero della Salute.

e che i conguagli sugli anticipi mensili di cassa erogati nel 2020 sono rinviati alla definizione di dette partite e comunque non oltre il 31 dicembre 2021 e, in caso di approvazione delle stesse, si disporrà l'adeguamento di quanto ivi previsto alla luce delle disposizioni nazionali in merito.

Dato atto che quanto all'esercizio di specifiche funzioni riconducibili ai progetti di ricerca applicata, nonché funzioni di emergenza urgenza e di ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza, di cui alle DD.G.R. n. 60-8784 del 12 aprile 2019 e n. 37-7057 del 14 giugno 2018, richiamate dalla D.G.R. n. 1-1881 del 10 agosto 2020, sono assegnati specifici importi, ripartiti fra le strutture beneficiarie come indicato dall'allegato E) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Alla luce delle regole 2021 sopra descritte la spesa complessiva massima per l'anno 2021 è:

REGIONE	FUORI REGIONE	TOTALE	FONTE DI FINANZIAMENTO
€ 621.246.299,34	€ 115.792.038,33	€ 737.038.337,67	a carico dei bilanci delle aziende sanitarie

VOCE	SPESA TOTALE	FONTE DI FINANZIAMENTO
FARMACI FILE F	€ 14.760.000,00	A carico dei bilanci delle aziende sanitarie
FINANZIAMENTO A FUNZIONE	€ 13.161.919,00	A carico dei bilanci delle aziende sanitarie interessate (DGR 60-8784 del 2019 e DGR 37-7057 del 2018, richiamate dalla DGR 1-1881 del 2020)

RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA	€7.043.950,08	Art. 29 del D.L. n. 104/2020, convertito con L. 126/2020, richiamato dall'art. 26, commi 2 e 3, D.L. 25 maggio 2021 n. 73.
--------------------------------------	---------------	--

Dato atto che si farà fronte ai costi per le maggiori attività per la riduzione delle liste di attesa, quantificati in € 7.043.950,08 con lo stanziamento previsto dall'art 29 del D.L. n. 104/2020, convertito in L. n. 126/2020, richiamato dall'art. 26, commi 2 e 3, D.L. 25 maggio 2021 n. 73. assegnato in relazione ai propri residenti come da documento allegato al presente provvedimento (allegato D), che ne forma parte integrante e sostanziale.

Le eventuali eccedenze di budget in conseguenza del Covid, ad oggi non quantificabili, saranno coperte dalle maggiori risorse destinate al finanziamento del fabbisogno sanitario in sede di riparto nazionale, in applicazione della legge di bilancio 2021 (L. n. 178/2020).

Dato atto che la spesa complessiva derivante dal presente provvedimento, eccettuata quella di cui ai fondi per le convenzioni per il recupero delle liste di attesa e per far fronte alle maggiori esigenze di cura per patologie conseguenti al Covid a cui si farà fronte con le risorse assegnate dall'art. 29 del D.L. n. 104/2020, convertito in Legge n. 126/2020, richiamato dall'art. 26, commi 2 e 3, D.L. 25 maggio 2021 n.73, trova copertura a valere sugli stanziamenti 2021 del Fondo Sanitario indistinto (Missione 13 Programma 1) già assegnati con D.G.R. del 4 dicembre 2020 n. 34-2471 alle ASL.

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

la Giunta regionale, unanime

delibera

1. di prendere atto dell'Accordo sottoscritto in data 18 giugno 2021 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 l'anno 2021, con efficacia dal 1° gennaio 2021 e in continuità ed aggiornamento delle disposizioni relative alle regole 2021 di cui alla D.G.R. n. 14-2889 del 19 febbraio 2021, una regolamentazione *ad hoc* in ragione delle richiamate condizioni emergenziali;
2. di approvare lo schema di contratto/accordo contrattuale ex art. 8-*quinquies* del D. Lgs.502/1992 per l'anno 2021, di cui all'allegato B) che diviene parte integrante e sostanziale del presente atto, da adottarsi dalle AASSLL per la contrattualizzazione dei presidi erogatori con riguardo alle prestazioni sanitarie di ricovero in regime di acuzie, di ricovero in regime di post-acuzie e di specialistica ambulatoriale, in regime di lungodegenza e riabilitazione psichiatrica e di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria – CAVS;
3. 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;
4. di ripartire il budget indistinto 2021 di cui all'allegato C), che diviene parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, pari al budget 2020 ossia ad euro 737.038.337,67 (di cui €

621.246.299,34 per prestazioni erogate a favore di residenti in ambito regionale e € 115.792.038,33 per prestazioni a favore di residenti in ambito extra regionale) fra gli erogatori privati accreditati, e relativo alle prestazioni sanitarie seguenti:

RESIDENTI IN REGIONE – BUDGET

- 1.di ricovero in regime di acuzie
- 2.di ricovero in regime di post-acuzie
- 3.di ricovero in regime di post-acuzie (lungodegenza e riabilitazione) psichiatrica
- 4.di specialità ambulatoriale
- 5.di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS);
- 6.di cure domiciliari riabilitative

RESIDENTI FUORI REGIONE – BUDGET

- 1.di ricovero in acuzie in regime di acuzie di alta complessità;
 - 2.di ricovero in acuzie in regime di acuzie di bassa e media complessità
 - 3.di ricovero in regime di post-acuzie di alta complessità
 - 4.di ricovero in regime di post-acuzie di bassa e media complessità
 - 5.di ricovero in regime di post-acuzie neuropsichiatrica
 - 6.di specialistica ambulatoriale
- nonché i tetti di spesa per finanziamenti a funzione ed i valori di spesa per il rimborso dei farmaci “File F”

5. di dare atto che verrà interamente riconosciuta oltre il budget indistinto 2021:

- la produzione dell'erogatore “COVID dedicato”;
- la produzione dell'erogatore “di supporto COVID”;
- la produzione dell'erogatore “divenuto COVID”;
- la produzione relativa all'attività di indagine diagnostica connessa alla ricerca di COVID-19 su tampone oro/rino-faringeo;
- l'attività di vaccinazione anti Covid.

6. di dare atto che le eventuali eccedenze di produzione per attività in favore di residenti della Regione, calcolate sulla base del confronto con il budget regionale 2020, saranno riconosciute e pagate sino a concorrenza del 100% del budget complessivo 2021 assegnato alla singola struttura, mentre le eventuali eccedenze di produzione per attività in favore di residenti fuori Regione, calcolate sulla base del confronto con il budget extraregionale 2020, saranno riconosciute e pagate entro i limiti del budget complessivo 2021, se capiente dopo la remunerazione delle prestazioni su pazienti della Regione. Le eccedenze ulteriori saranno riconosciute nei limiti del riconoscimento effettuato in sede di consolidamento del consuntivo interregionale;

7. di prendere atto dell'allegato D), che diviene parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, contenente le tabelle di ripartizione dei fondi per le convenzioni stipulabili dalle Aziende sanitarie per il recupero delle liste d'attesa di ricoveri e prestazioni ambulatoriali, nonché per far fronte alle maggiori esigenze di cura derivanti dalla necessità di gestire un maggior numero di patologie conseguenti al Covid, nei limiti del budget che le Asl definiscono con le singole strutture secondo le tariffe regionali in vigore al momento dell'erogazione, utilizzando agende dedicate del CUP regionale o una codifica specifica per i ricoveri, per le seguenti prestazioni:

- prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio ai sensi della D.G.R. n. 2-1980 del 29 settembre 2020;
- altre prestazioni di cui si verifichi, congiuntamente ai medici di medicina generale, un incremento della necessità in conseguenza del Covid;
- progetti di cure domiciliari e di telemedicina;

8. di prendere atto dell'allegato E), che diviene parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, il quale ripartisce gli importi del finanziamento relativo a funzioni riconducibili ai progetti di ricerca applicata nonché di emergenza urgenza e di ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza, di cui alle DD.G.R. n. 60-8784 del 12 aprile 2019 e n. 37-7057 del 14 giugno 2018;

9. di dare atto che la spesa complessiva derivante dal presente provvedimento, eccettuata quella di cui al punto 7, a cui si farà fronte con le risorse assegnate dall'art 29 del D.L. n. 104/2020, convertito in L. n. 126/2020, richiamato dall'art. 26, commi 2 e 3, D.L. 25 maggio 2021 n. 73, trova copertura a valere sugli stanziamenti 2021 del Fondo sanitario indistinto, (Missione 13, Programma 1), già assegnati con D.G.R. del 4 dicembre 2020 n. 34- 2471 alle ASL.

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.

(omissis)

Allegato

Accordo con gli erogatori privati sulle regole per l'annualità 2021

PREMESSA: QUADRO NORMATIVO REGIONALE DI RIFERIMENTO

Si richiamano i seguenti provvedimenti:

- **D.G.R 10 marzo 2020, n. 3-1111**, ad oggetto: *“Determinazioni in ordine alla gestione dell'emergenza da COVID-19: Protocollo d'intesa tra Associazioni di categoria (AIOP/ARIS) e Regione Piemonte per la fornitura di supporto di assistenza sanitaria e tecnica e approvazione dello schema tipo di contratto per le ASR”*
- **D.G.R 13 marzo 2020, n. 12-1124**, recante ad oggetto: *“Emergenza da COVID 19. Variazione temporanea della dotazione dei posti letto nell'ambito delle strutture pubbliche e disposizioni transitorie per la contrattazione di eventuali prestazioni aggiuntive con le strutture private autorizzate ed accreditate a supporto del sistema*
- **D.G.R 13 marzo 2020, n. 22-1133**, recante ad oggetto: *“Misure emergenziali per far fronte all'epidemia Covid 19. Modalità di attivazione di posti letto COVID in strutture private*
- **D.G.R 24 marzo 2020, n. 3-1157**, recante ad oggetto: *“Emergenza da COVID 19. Individuazione della prestazione di indagine diagnostica connessa alla ricerca di COVID-19 su tampone rino-faringeo, ad integrazione della DGR n. 11-6036 del 02.07.2013. Contestuale autorizzazione dei servizi di medicina di laboratorio accreditati ad effettuare tale prestazione”*
- **D.G.R. 10 agosto 2020, n. 1-1881**, ad oggetto: *“Regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per l'annualità 2020. Presa d'atto dell'Accordo tra la Direzione regionale sanità e le Associazioni degli erogatori sanitari privati. Approvazione dello schema di contratto per l'anno 2020 per prestazioni di ricovero in regime di acuzie e post-acuzie (compresa la post-acuzie psichiatrica), di specialistica ambulatoriale e di CAVS.”*
- **D.G.R. 30 ottobre 2020 n. 9-2176**, ad oggetto: *“Misure emergenziali per far fronte alla seconda fase dell'epidemia Covid-19. Integrazione delle previsioni di cui alla DGR 13 marzo 2020 n. 22-1133 in merito all'attivazione di posti letto Covid in strutture sanitarie private”*
- **D.G.R. 27 novembre 2020 n. 17-2364**, ad oggetto: *“Emergenza epidemiologica da Covid-19. Approvazione schema di addendum contrattuale ex art. 8 quinquies D.lgs. 502/92 e smi per prestazioni di ricovero in regime di acuzie e post-acuzie da destinare a pazienti Covid positivi presso strutture private accreditate”*
- **D.G.R. 1 dicembre 2020 n. 5-2435**, ad oggetto: *“Aggiornamento regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da Erogatori privati per l'annualità 2020. Modifica ed integrazione D.G.R. n. 1-1881 del 10 agosto 2020 e integrazione DE.G.R. n. 9-2176 del 30 ottobre 2020”*

- **D.G.R. 19 febbraio 2021 n. 14-2889**, ad oggetto: *“Modifiche ed integrazioni alle DD.GG.RR. n. 1-1881 del 10 agosto 2020 e n. 5-2435 del 1 dicembre 2020. Adeguamento schema contrattuale alle regole di finanziamento per l’acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per l’annualità 2020. Proroga regole in via transitoria per l’anno 2021. Valorizzazione economica delle eccedenze di prestazioni sanitarie realizzate per residenti in altre regioni negli anni 2017-2018”*
- **D.G.R. 16 marzo 2021 n. 1-2986**, ad oggetto: *“Indicazioni in merito all’allestimento di centri vaccinali sul territorio piemontese”*

Stante la prosecuzione, allo stato attuale fino al 31 luglio 2021, dello stato di emergenza legato al Covid-19, è necessario regolare i rapporti con gli erogatori privati per l'anno 2021 senza sostanziale discontinuità rispetto al 2020, nella consapevolezza del forte condizionamento sull'attività ancora rappresentato dall'emergenza pandemica.

Si confermano pertanto le disposizioni che hanno identificato tre tipologie di erogatori, per quanto concerne l’attività di ricovero, che hanno contribuito alla gestione dell’emergenza, e precisamente:

1. **EROGATORE COVID DEDICATO:** quelli inseriti nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, cui corrisponde in ARPE il codice UNITA’ PRODUTTIVA: 30111 e CODIFICA SDO: secondo quanto previsto dal nuovo sistema di codifica di cui alla circolare prot. 6814 del 23.2.2021
2. **EROGATORE DI SUPPORTO COVID:** che ha accolto pazienti NO COVID per alleggerire il SSR; codice E o codice 99 e il codice PC nel campo provenienza assistito della SDO
3. **EROGATORE DIVENUTO COVID:** i cui pazienti inizialmente NO COVID hanno manifestato i sintomi di tale sindrome in costanza di ricovero (CODIFICA SDO: secondo quanto previsto dal nuovo sistema di codifica di cui alla circolare prot. 6814 del 23.2.2021)

e le seguenti attività , riconducibili alla specialistica ambulatoriale:

1. indagine di ricerca Covid su tampone oro/rino-faringeo
2. vaccinazione anti Covid

BUDGET E REGOLE

L’emergenza ha coinvolto tutti gli operatori della sanità regionale, settore pubblico e privato, in termini di contrazione dell’attività produttiva ordinaria con riconversione della produzione in funzione del fabbisogno emergente di posti letto COVID positivi prioritariamente legati alle malattie infettive, all’assistenza respiratoria ed alla terapia intensiva.

In particolare, sia l’attività di ricovero, sia la specialistica ambulatoriale nell’ambito delle strutture pubbliche hanno subito più periodi di interruzione per quanto riguarda le prestazioni non urgenti. Ciò ha determinato un peggioramento dei tempi di attesa, per il cui recupero occorre richiedere altresì il supporto degli erogatori privati.

Il ricorso alle strutture private ed accreditate a tali fini è già stato espressamente previsto dalla D.G.R. 23 settembre 2020, n. 2-1980, ad oggetto: *“Decreto-legge 14 agosto 2020 n. 104: Obiettivi programmatici e riparto risorse alle aziende pubbliche del SSR per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali di screening, oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2”.*

I periodi di sospensione delle attività ordinarie successivi a detto provvedimento, conseguenti alle nuove fasi di recrudescenza della pandemia, hanno impedito, di fatto, lo sviluppo delle azioni ivi

previste, aggravando la situazione delle liste di attesa e posticipando al 2021 il recupero delle prestazioni sospese o ridotte a causa del lockdown.

Il citato provvedimento, che approva il **Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa**, assegna alle aziende sanitarie un ruolo centrale nella programmazione delle azioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Al fine di valorizzare il ruolo di committenza delle aziende sanitarie e di attuare una programmazione più aderente alle situazioni locali, con nota prot. n. 7620/2021 del 1 marzo 2021 l'Assessorato sanità e Welfare Regione Piemonte ha chiesto alle aziende sanitarie di indicare, in termini quantitativi e qualitativi, l'attività che ritengono erogabile direttamente e quella che presumibilmente intendono richiedere alle altre strutture pubbliche ed agli erogatori privati nel corso dell'anno 2021.

Da tale rilevazione è emersa sostanzialmente la conferma di una produzione in linea con quella dell'anno 2020, cioè ancora fortemente condizionata dal Covid nel primo semestre del 2021 ed una previsione di ripresa dell'attività ordinaria nel secondo semestre, principalmente in conseguenza degli effetti della campagna vaccinale.

Stante la natura di programmazione di breve periodo del presente accordo, si definiscono le seguenti regole:

- a ciascun erogatore è assegnato nel 2021 un budget indistinto pari al budget complessivo 2020.

Fermo restando l'obiettivo prioritario, per il SSR, del recupero delle liste di attesa all'interno della Regione Piemonte, l'eventuale eccedenza di produzione, se attribuibile, sulla base del confronto con il budget regionale 2020, ad attività a favore di residenti, sarà riconosciuta all'interno delle convenzioni di cui infra; se attribuibile, sulla base del medesimo confronto con il budget extraregionale 2020, ad attività a favore di residenti fuori regione, la valorizzazione dell'attività avverrà nei limiti del riconoscimento effettuato in sede di consolidamento del consuntivo interregionale.

- è ammessa la compensazione, all'interno della stessa struttura o delle strutture facenti parte del medesimo gruppo societario.

Viene interamente riconosciuta, anche oltre i limiti del budget 2021:

- la produzione dell'erogatore "COVID dedicato";
- la produzione dell'erogatore "di supporto COVID";
- la produzione dell'erogatore "divenuto COVID";
- la produzione relativa all'attività di indagine diagnostica connessa alla ricerca di COVID-19 su tampone oro/rino-faringeo;
- l'attività di vaccinazione anti Covid

Considerati gli effetti della pandemia sull'attività ordinaria, nonché la riduzione della capacità produttiva degli erogatori, pubblici e privati, anche a seguito dall'adozione delle misure di distanziamento e di sanificazione, al fine di portare avanti più rapidamente il piano di recupero delle liste di attesa di ricoveri e prestazioni ambulatoriali, nonché di far fronte alle maggiori esigenze di cura derivanti dalla necessità di gestire un maggior numero di patologie conseguenti al Covid, le aziende sanitarie potranno stipulare, anche per conto delle aziende ospedaliere, apposite convenzioni con gli erogatori privati fino all'importo massimo di euro 7 milioni, assegnato in relazione ai propri residenti, con strutture del proprio territorio o di altre aziende, utilizzando agende dedicate del Cup regionale (modalità già previste nel citato piano operativo di riduzione delle liste di attesa) o una codifica specifica per i ricoveri, per le seguenti prestazioni:

- prestazioni di ricovero e di specialistica oggetto di monitoraggio ai sensi della citata DGR n. 2-1980/2020;

- altre prestazioni di cui si verifichi, congiuntamente ai MMG, un incremento della necessità in conseguenza del Covid;
- progetti di cure domiciliari e di telemedicina.

Detta clausola è stabilita anche in attuazione dell'art. 26, commi 2 e 3 del D.L.25/5/2021 n. 73.

Le misure sopra elencate non saranno soggette a storicizzazioni.

REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Premesso che, allo stato attuale, sono ancora in corso di definizione a livello nazionale le seguenti partite, in grado di incidere sulla remunerazione degli erogatori dell'anno 2020 e dell'anno in corso:

- modalità di remunerazione della specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti ed alla gestione dell'emergenza Covid 19 ed incremento tariffario per le attività rese a pazienti affetti da Covid (art. 4, c. 1 DL 19 maggio n. 34, conv. in L. 17 luglio 2020 n. 77);
- eventuale riconoscimento di un contributo economico nei limiti dei costi fissi alla struttura con produzione inferiore al 90% del budget ai sensi del comma 5bis, introdotto all'art. 4 citato al punto precedente, ed in via definitiva dall'art. 19 ter del DL 28/10/2020 n. 137 conv. in L. 18/12/2020 n. 176;
- ridefinizione delle tariffe di cui al DM 18 ottobre 2012, in seguito all'incremento del costo del lavoro della sanità privata, con decreto del Ministero della Salute,

e che i conguagli sugli anticipi mensili di cassa erogati nel corso del 2020 sono rinviati alla definizione di dette partite, e comunque a non oltre il 31 dicembre 2021, si riconfermano le seguenti precedenti disposizioni in tema di valorizzazione delle prestazioni Covid, limitatamente al periodo dello stato di emergenza:

EROGATORE COVID DEDICATO: si applicano le vigenti tariffe regionali, fatto salvo l'incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID come verrà definito ai sensi del comma 2, dell'art. 4, del D.L. 19/05/2020, n. 34, ed il finanziamento a funzione prevista con DGR 13 marzo 2020, n. 22-1133, nelle more della definizione degli incrementi previsti a livello nazionale, come sopra detto

EROGATORE DI SUPPORTO COVID: si applicano le vigenti tariffe regionali;

EROGATORE DIVENUTO COVID: si applicano le vigenti tariffe regionali, fatto salvo l'incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID come verrà definito ai sensi del comma 2, dell'art. 4, del D.L. 19/05/2020, n. 34.

Lo schema di contratto con le strutture recepirà anche i disposti del presente accordo.

Torino, 18 giugno 2021

PER GLI EROGATORI

Il rappresentante AIOP
dr. Giancarlo Perla
(firmato in originale)

Il Rappresentante ARIS
dr. Josè Parrella
(firmato in originale)

Il rappresentante ANISAP
dr. Guglielmo Canelli
(firmato in originale il 21 giugno 2021)

Il Rappresentante META
dr. Luigi Bocchiotti
(firmato in originale il 21 giugno 2021)

Il Rappresentante GRISP_FEDERLAB
dr. Ugo Riba
(firmato in originale il 22 giugno 2021)

PER LA REGIONE PIEMONTE

Il Dirigente del settore
Regole del SSR nei rapporti con i soggetti erogatori
dr.ssa Silvia Martinetto
(firmato in originale)

Il Dirigente del Settore
Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria
e coordinamento acquisti
dr. Antonino Ruggeri
(firmato in originale)

Il Direttore della Direzione Sanità e Welfare
dr. Mario Minola
(firmato in originale)

Schema di contratto/accordo contrattuale ex art. 8-quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 per l'anno 2021 per la definizione dei rapporti tra aziende sanitarie locali e strutture sanitarie per l'erogazione di prestazioni di ricovero in regime di acuzie, di ricovero in regime di post-acuzie e di specialistica ambulatoriale, in regime di lungodegenza e riabilitazione psichiatrica e di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria – CAVS.

Tra

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

e

la Società (C.F.....), titolare della/e struttura/e con sede/i operativa/e indicate nell'**allegato 1**, accreditata/e per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto/accordo, successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata da..... (C.F.....), nella qualità di, con titolo di legale rappresentanza.

Premesso che:

- gli artt. 8-bis, 8-quater e 8-quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s. m. i. regolamentano la partecipazione al SSN degli Erogatori privati;
- l'art. 3 del D.L. 17 marzo 2020 n. 18, recante "Misure di potenziamento del Servizio Sanitario nazionale e di sostegno economico per le famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19", convertito in legge 24 aprile 2020, n. 27, ha introdotto norme di natura straordinaria al fine di coinvolgere gli Erogatori privati nel potenziamento delle reti di assistenza territoriale;
- l'art. 4, comma 1, del D.L. 19 maggio 2020, n. 34, recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19" ha previsto la remunerazione di una specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza Covid-19 e un incremento tariffario per le attività rese a pazienti Covid dalle strutture inserite nei piani adottati in attuazione dell'art. 3, comma 1, lett. b), del D.L. 17 marzo 2020, n. 18;
- l'originario termine per l'applicazione delle misure emergenziali è stato prorogato prima sino al 15 ottobre 2020 dal D.L. 30 luglio 2020, n. 83 (con l'art. 1, comma 3, poi sino al 31 dicembre 2020 dal medesimo decreto (convertito con modificazioni dalla L. 25 settembre 2020, n. 124) come modificato dal D.L. 7 ottobre 2020, n. 125, ha disposto (con l'art. 1, comma 3), dopodiché sino al 30 aprile 2021 dall'art. 19, comma 1 del D.L. 31 dicembre 2020, n. 183 (convertito con modificazioni dalla L. 26 febbraio 2021, n. 21), dopodiché sino al 31 luglio 2021 dall'art. 11 c. 1 del D.L. 22 aprile 2021, n. 52 ed infine al 31 dicembre 2021 dal D.L. 23 luglio 2021 n. 105 (art. 1).

Il D.L. Rilancio (del 19 maggio 2020 n. 34) ha inoltre previsto, tra l'altro, di destinare idonee risorse anche per gli incrementi tariffari da destinare agli enti e alle aziende accreditate con il

Servizio sanitario per il riconoscimento della specifica funzione assistenziale per i pazienti COVID-19.

- Alla luce del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, approvato nel febbraio 2019, con DGR 23 settembre 2020 n. 2-1980 è stato approvato il Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2.
- Con DGR 19 febbraio 2021 n. 14-2889, di modifica delle DDGGRR n. 1-1881 del 10 agosto 2020 e n. 5-2435 del 1 dicembre 2020, è stato adottato un adeguamento dello schema contrattuale alle regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per l'annualità 2020 nonché disposta la proroga delle regole, in via transitoria, per l'anno 2021;
- Con DGR 16 marzo 2021 n. 1-2986 sono state determinate le indicazioni in merito all'allestimento dei centri vaccinali sul territorio piemontese;
- Con DGR XX -YYYY- 2021, n. XX-YYYY, sono state approvate le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati e contrattati per l'anno 2021, ed è stato approvato il presente schema di contratto a valere per le strutture private e di accordo contrattuale, per i presidi ex artt. 42 e 43 della L. 833/1978;

Atteso che:

- in relazione all'esercizio 2021 tra le parti intercorrono i seguenti contratti/accordi contrattuali:

1.Data sottoscrizione: gg.mm.2021

Oggetto del contratto: _____

Determina ASL di approvazione: gg. mm. 2021, n. XXXX

2.Data sottoscrizione: gg.mm.2021

Oggetto del contratto: _____

Determina ASL di approvazione: gg. mm. 2021, n. XXX

- l'Erogatore è risultato coinvolto nell'epidemia di Covid-19 in una delle seguenti modalità:
 - EROGATORE COVID DEDICATO:** quelli inseriti nei piani adottati in attuazione dell'art. 3, comma 1, lett. b), del D.L. 17 marzo 2020, m. 18;
 - EROGATORE DI SUPPORTO COVID:** che ha accolto pazienti NO COVID per alleggerire il SSR;
 - EROGATORE DIVENUTO COVID:** i pazienti inizialmente NO COVID hanno manifestato i sintomi di tale sindrome in costanza di ricovero.

- con atto del Direttore Generale dell'ASL n. xxxxx del gg. mm. 2021 è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto/accordo in attuazione della citata DGR xx-yyyy/2021;

Preso atto che:

- il legale rappresentante della Struttura (o diverso soggetto secondo quanto previsto dall'art. 14, comma 5, del presente accordo/contratto) dichiara che non è intervenuta nei suoi confronti alcuna

condanna definitiva né decreto penale di condanna divenuto irrevocabile né sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale per uno dei delitti di cui all'art. 80 c. 1 del D. Lgs. 50/2016, e di non essere stato destinatario di un'informazione interdittiva antimafia o di comunicazione antimafia ai sensi del D. Lgs. 59/2011; Resta fermo che in caso di sopravvenienza di una delle circostanze menzionate è causa di risoluzione del contratto.

Si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 – Oggetto del contratto/accordo

1. Le premesse costituiscono parte integrante del presente contratto/accordo.
2. L'Erogatore si impegna a fornire prestazioni sanitarie, per conto e a carico del SSR, di cui ai seguenti setting:

RESIDENTI IN REGIONE

1. di ricovero in regime di acuzie
2. di ricovero in regime di post-acuzie
3. di ricovero in regime di post- acuzie (lungodegenza e riabilitazione) psichiatrica
4. di specialistica ambulatoriale
5. di continuità assistenziale a valenza sanitaria – CAVS
6. di cure domiciliari riabilitative

RESIDENTI FUORI REGIONE

1. di ricovero in acuzie in regime di acuzie di alta complessità
2. di ricovero in acuzie in regime di acuzie di bassa e media complessità
3. di ricovero in regime di post-acuzie di alta complessità
4. di ricovero in regime di post-acuzie neuropsichiatrica
5. di specialistica ambulatoriale

Sono incluse le attività di vaccinazione contro il Covid-19 e le attività di indagine diagnostica connessa alla ricerca di Covid-19 su tampone oro/rino-faringeo.

Rientrano nel contratto/accordo anche le prestazioni rese nel corso del 2021 antecedentemente alla sottoscrizione del presente contratto/accordo.

3. Le prestazioni devono realizzarsi nell'intera annualità, con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda, tenuto peraltro conto che durante il periodo emergenziale COVID-19 si è realizzata una contrazione della produzione in relazione alla situazione contingente.

3. Qualora, al di fuori della richiamata situazione emergenziale, per giustificato motivo l'Erogatore non possa erogare le prestazioni oggetto del contratto dovrà darne tempestiva comunicazione all'ASL e alla Regione. Similmente si dovrà comunicare la ripresa dell'esecuzione dell'attività momentaneamente interrotta.

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

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e di provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere 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. La Struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non verserà in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991. Al personale dipendente saranno applicati i contratti di lavoro nazionali in conformità alla normativa vigente.

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

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

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

Articolo 3 – Budget

1. A ciascun erogatore è assegnato nel 2021 un budget indistinto pari al budget complessivo 2020.

La produzione complessivamente erogata nel 2021 sarà totalmente riconosciuta entro il budget indistinto assegnato ad ogni Struttura. Viene interamente riconosciuta, anche oltre i limiti di budget 2021:

o la produzione dell'erogatore "COVID dedicato";

o la produzione dell'erogatore "di supporto COVID";

o la produzione dell'erogatore "divenuto COVID";

o la produzione relativa all'attività di indagine diagnostica connessa alla ricerca di COVID-19 su tampone oro/rino-faringeo;

o l'attività di vaccinazione anti Covid

2. Fermo restando il riconoscimento anche oltre budget delle prestazioni espressamente elencate al comma 1, le eventuali eccedenze di produzione per attività in favore di residenti della Regione, calcolate sulla base del confronto con il budget Regionale 2020, saranno riconosciute e pagate fino a concorrenza del 100% del budget complessivo 2021 assegnato alla singola struttura. Le eventuali eccedenze di produzione in favore di residenti fuori regione, calcolate sulla base del confronto con il budget extraregionale 2020, saranno riconosciute e pagate entro i limiti del budget complessivo 2021, se capiente dopo la remunerazione delle prestazioni su pazienti della Regione. Le eccedenze ulteriori saranno riconosciute nei limiti del riconoscimento effettuato in sede di consolidamento del consuntivo interregionale

3. La variazione, a qualunque titolo (ivi compresa la modifica della fascia di accreditamento), dei valori delle tariffe di riferimento non determinano un correlato adeguamento dei budget e dei tetti di spesa assegnati. In tali fattispecie saranno le prestazioni oggetto del contratto ad essere rideterminate in misura compatibile con i richiamati valori di budget/tetti di spesa, salvo che intervengano specifiche indicazioni nazionali o accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio

economico-finanziario programmato e nel rispetto del limite di spesa di cui all'art. 45, comma 1-ter, del D.L. 26 ottobre 2019, n. 124, con. Con legge 19 dicembre 2019, n. 157)

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

Articolo 4 – Compensazioni di budget

1. Le Strutture facenti capo ad un'unica ragione sociale o gruppo societario possono compensare eventuali eccedenze di produzione che non trovano riconoscimento nell'art. 3 con eventuali eccedenze di budget non utilizzato risultanti all'interno di altre Strutture nella Regione della medesima società/gruppo societario.

2. È ammesso per il periodo di durata dello stato di emergenza il trasferimento parziale di budget da strutture Covid dedicate a strutture no Covid dello stesso gruppo societario purché site nella Regione e con il consenso delle AA.SS.LL. interessate, ed il trasferimento dell'attività ordinaria in altre strutture temporaneamente accreditate da parte di strutture divenute Covid nel rispetto delle procedure di cui alle DDGGRR n. 1-1881 del 10.08.2020, n. 9-2176 del 30.10.2020, n. 5-2435 del 1.12.2020 e n. 14-2889 19.02.2021.

Articolo 5 – Tariffe delle prestazioni

1. La valorizzazione delle prestazioni avviene con la tariffa regionale 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. Limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 e successive proroghe, agli Erogatori coinvolti nell'epidemia di COVID-19 si riconoscono le seguenti tariffe:

a) **EROGATORE COVID DEDICATO:** la remunerazione di una specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID-19 determinata con le modalità definite nel Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da emanarsi ai sensi del comma 2, dell'art. 4, del D.L. 19/05/2020, n. 34 ed un incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID definito con il medesimo decreto, nel frattempo sono fatte temporaneamente salve le vigenti tariffe regionali e il finanziamento a funzione previsto con DGR 13 marzo 2020, n. 22-1133;

b) **EROGATORE DI SUPPORTO COVID:** le vigenti tariffe regionali;

c) **EROGATORE DIVENUTO COVID:** l'incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID come verrà definito con il già richiamato Decreto da emanarsi ai sensi del comma 2, dell'art. 4, del D.L. 19/05/2020, n. 34, sono nel frattempo fatte temporaneamente salve le vigenti tariffe regionali.

3. In caso di modificazioni intervenute nel corso dell'anno, anche per il riconoscimento dei costi del rinnovo del CCNL, dei valori unitari dei tariffari 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 di prestazioni remunerate dovrà essere rideterminato sulla base della stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato e nel rispetto del limite di spesa di cui all'art. 45, c. 1-ter, D.L. 124/2019 conv. con legge 157/2019.

Articolo 6 – Importi assegnati per lo svolgimento di specifiche funzioni e rimborso farmaci file F

1. Per l'esercizio della funzione di "erogatore COVID dedicato" sono riconosciuti gli importi di cui all'art. 5, comma 2, lett. a).

2. Per la somministrazione dei farmaci (file F) (aventi diritto: IRCCS di Candiolo, IRCCS Salvatore Maugeri di Veruno, Istituto Auxologico Italiano – IRCCS Piancavallo, Presidio Gradenigo di Torino, Cottolengo di Torino) è previsto il rimborso sulla base dei costi sostenuti o, se inferiori, sulla base dei prezzi di riferimento delle gare regionali ridotti dalle eventuali quote dovute dalle aziende farmaceutiche in applicazione della così detta "rimborsabilità condizionata" di taluni farmaci.

Si specifica che, in considerazione delle semplificate modalità di somministrazione delle nuove terapie oncologiche orali, rientrano nei farmaci rilevati in File F anche quelli dispensati a seguito di visita ambulatoriale e/o *day hospital*, così come previsto dalla DGR 19 febbraio 2021 n. 14-2889.

Articolo 7 – Modalità di pagamento finanziamento a funzione e rimborso farmaci file F

1. Il pagamento del finanziamento a funzione dovuto all'Erogatore "Covid dedicato", di cui all'art. 5, comma 2 lett. a), è effettuato in un'unica soluzione a consuntivo, sulla base di apposita fattura emessa dall'Erogatore, previa effettuazione delle verifiche di cui al successivo comma 3. L'importo pagato sarà oggetto di eventuale conguaglio in relazione alle eventuali diverse modalità di definizione del valore del finanziamento a funzione stabilite con il Decreto da emanarsi ai sensi del comma 2, dell'art. 4, del D.L. 19/05/2020, n. 34.

2. Per l'esercizio di specifiche funzioni riconducibili ai progetti di ricerca applicata nonché funzioni di emergenza urgenza e di ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza sono corrisposti, sulla base di apposita fattura emessa dall'Erogatore, acconti mensili, determinati nella misura di 1/12 del valore assegnato come limite annuo massimo attribuito.

3. Per quanto concerne il finanziamento a funzione, 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 e procede:

- alla liquidazione nel caso di Erogatore "Covid dedicato": del totale dell'importo del finanziamento a funzione risultante dovuto;
- negli altri casi: al recupero della parte di finanziamento a funzione eventualmente non dovuta in seguito alle verifiche effettuate.

4. Per i farmaci (file F) sono corrisposti, sulla base di apposita fattura emessa dall'Erogatore, acconti mensili in misura pari al 95% del valore risultante dal suddetto tracciato. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo l'ASL verifica la congruità dei farmaci addebitati e della loro valorizzazione e procede, in relazione alle verifiche effettuate, alla liquidazione del saldo degli stessi.

Articolo 8 - Modalità di pagamento e cessione del credito

1. I soggetti erogatori emettono fatture mensili di acconto pari al 95% di 1/12 del budget complessivamente assegnato alla struttura per l'anno 2021, come da DGR n. 80-8999 del 2019. Il soggetto erogatore emetterà fattura a saldo delle prestazioni erogate nel primo semestre, recando la dicitura "salvo conguaglio". La fattura a conguaglio dell'annualità viene emessa a seguito dei controlli di cui al comma 4 del presente articolo.

2. Per il periodo emergenziale, per la produzione di ricovero ospedaliero e specialistica ambulatoriale effettuata nel 2021 come stabilito dalla normativa nazionale si conviene che:

- a) se il valore della produzione è compreso tra il 90 e il 95% di 1/12 del budget, viene riconosciuto il valore della produzione effettivamente realizzata;
- b) se il valore della produzione è inferiore al 90% di un dodicesimo del budget, viene anticipato, a titolo di acconto e salvo conguaglio, un corrispettivo, su base mensile, nella misura del 90% di un dodicesimo del budget;
- c) se il valore della produzione è > 95% di 1/12 del budget, viene riconosciuto il 95% di 1/12 del budget.
3. La produzione ambulatoriale viene liquidata dall'ASL previa detrazione degli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti.
4. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo l'ASL verifica le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie concordate per destinazioni di residenza e procede alla liquidazione del saldo provvisorio della produzione.
5. L'ASL si impegna ad emettere l'ordine in modo da garantire la regolarità di pagamento.
6. I pagamenti devono avere luogo nel termine di 60 giorni dal ricevimento della fattura, ai sensi dell'articolo 4 del D. Lgs.231/2002 e s. m. i.; se la fattura è riferita alla produzione, dev'essere corredata dell'elenco delle prestazioni erogate nel mese di riferimento, elenco redatto nella forma definita dall'ASL.
7. Gli importi non dovuti dall'ASL, se già versati, 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. Gli importi indicati nella reportistica prodotta dal Sistema Informativo Regionale rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dall'Erogatore e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente secondo i protocolli approvati, hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono titolo per il riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.
10. 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.
11. I conguagli sugli anticipi mensili di cassa erogati nel corso del 2020 sono rinviati alla definizione o al riconoscimento, a livello nazionale, delle seguenti voci:
- modalità di remunerazione della specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti ed alla gestione dell'emergenza Covid-19 ed incremento tariffario per le attività rese a pazienti affetti da Covid (art. 4, c1, D.L. 19 maggio 2020 n. 34, conv in L. 17 luglio 2020 n. 77);
 - contributo economico nei limiti dei costi fissi alla struttura con produzione inferiore al 90% del budget ai sensi del comma 5bis, introdotto all'art. 4 citato al punto precedente ed in via definitiva dall'art. 19-ter del D.L. 28 ottobre 2020 n. 137, conv in L. 18 dicembre 2020 n. 176;
 - ridefinizione delle tariffe di cui al DM 18-10-2012, in seguito all'incremento del costo del lavoro della sanità privata, con decreto del Ministero della Salute;
- e comunque non oltre il 31 dicembre 2021.

12. Laddove la Struttura intenda cedere il proprio credito nei confronti dell'ASL ad un terzo, la cessione dev'essere notificata all'ASL ai sensi dell'art. 69, comma 1, del R.D. n. 2440/1923. La cessione diviene opponibile all'ASL solo se quest'ultima vi presta il proprio consenso, ai sensi dell'art. 9, all. E, della legge n. 2248 del 1865. La misura degli interessi moratori di cui al D. Lgs. 231/2002 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 avente ad oggetto il pagamento degli interessi moratori in esame qualora sorgano successivamente alla cessione.

Articolo 9 – Erogazioni di prestazioni

1. 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:

- la condivisione con le ASL di parte delle agende della prestazione e il monitoraggio delle prestazioni al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale;
- l'adesione al progetto Fascicolo Sanitario Elettronico, attraverso la condivisione dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito, e la corretta gestione del consenso informato;

Tali obblighi rappresentano elementi essenziali della prestazione.

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

3. Fermo restando il limite giornaliero di capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito entro i limiti quantitativi dei letti accreditati delle aree funzionali omogenee.

I posti letto contrattati sono intesi come medi annui e il limite di occupazione giornaliero pari a quello degli accreditati.

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

Articolo 10 - 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 compere ispezioni e controlli, nel rispetto della DGR 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. 11, comma 6, 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.

Articolo 11 – Sospensione e risoluzione del contratto.

1. In caso di grave inadempimento altrui, anche parziale, di obbligazioni nascenti dal contratto, previa contestazione formale, la parte può sospendere l'efficacia, anche solo parziale, del contratto da un minimo di 3 mesi ad un massimo di 12 mesi. La parte che contesta invia alla controparte comunicazione della sospensione dell'efficacia contrattuale e della sua durata.
2. La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto. Sono fatte salve ulteriori cause di sospensione e di risoluzione del contratto previste dalla legge.
3. Dalla data della comunicazione della sospensione dell'efficacia contrattuale, anche parziale, le prestazioni eventualmente rese non produrranno effetti obbligatori nei confronti delle AA.SS.LL. e della Regione.
4. La Struttura si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo (File C e ulteriori flussi previsti dalla normativa vigente), nei confronti delle AA.SS.LL. 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 comporta la risoluzione del contratto.
5. In caso di grave inadempimento di uno degli obblighi derivanti dal presente contratto, la parte adempiente assegna all'altra un termine di giorni 10 per presentare le relative giustificazioni in forma scritta. In caso di mancato accoglimento delle stesse o di decorso inutile del termine il contratto si risolverà di diritto. In caso di riconosciuta fondatezza delle scusanti apportate, la parte adempiente assegnerà alla controparte un termine pari a 15 giorni, laddove non diversamente indicato, per adottare i necessari rimedi, decorso inutilmente il quale il contratto si risolve di diritto.
6. Il presente Contratto si intenderà altresì 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. 80 c. 1 del D. Lgs. 50/2016 nei confronti dei soggetti indicati al comma 5;
 - b) l'accertamento o la sopravvenienza, con riferimento ai soggetti indicati al comma 5, di cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del D. Lgs. 159/2011, con ricevimento della comunicazione antimafia di cui all'art. 84 D. Lgs. 159/2011, o la sussistenza di un tentativo di infiltrazione mafiosa di cui all'articolo 84, comma 4, del medesimo decreto, accertata dall'informativa antimafia interdittiva.
 - c) violazione accertata definitivamente delle norme in materia di protezione infortunistica, sicurezza sui luoghi di lavoro idonei 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 AA.SS.LL. competenti per territorio o dalle Commissioni di Vigilanza situate nel territorio aziendale.
7. L'esclusione di cui al comma 4, lett. a) e b), va disposta se la sentenza o il decreto ovvero la misura interdittiva sono stati emessi nei confronti del titolare o del direttore tecnico se si tratta di impresa individuale; di un socio o del direttore tecnico, se si tratta di società in nome collettivo; dei soci accomandatari o del direttore tecnico, se si tratta di società in accomandita semplice; dei membri del consiglio di amministrazione cui sia stata conferita la legale rappresentanza, ivi compresi institori e procuratori generali, dei membri degli organi con poteri di direzione o di

vigilanza o dei soggetti muniti di poteri di rappresentanza, di direzione o di controllo, del direttore tecnico o del socio unico persona fisica, ovvero del socio di maggioranza in caso di società con un numero di soci pari o inferiore a quattro, se si tratta di altro tipo di società o consorzio. L'esclusione non va disposta e il divieto non si applica 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'articolo 179, settimo comma, del codice penale, ovvero quando il reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna ovvero in caso di revoca della condanna medesima.

Articolo 12 - Clausola di manleva

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

Articolo 13 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo.

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2021 sino al 31 dicembre 2021. Laddove non risultasse possibile definire le nuove regole prima del 31 dicembre 2021, le presenti disposizioni (al netto delle previsioni specifiche relative alla produzione COVID da parte di erogatori: "COVID dedicati", "di supporto COVID", "divenuti COVID") si estenderanno, salvo diversi accordi raggiunti dalla Regione Piemonte con le Associazioni rappresentative degli Erogatori, agli anni 2022 e 2023.

2. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative di carattere nazionale, 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 l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante comunicazione formale all'ASL.

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 costituisce accettazione di questi ultimi.

Articolo 14 - Bollo e registrazione

1. Il presente accordo 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. Il presente accordo è soggetto a registrazione solo in caso d'uso ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.P.R. 26 aprile 1986 n. 131.

Art. 15 - Foro competente

In caso di controversia 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

.....

.....

Schema Contrattuale ex art. 8-quinquies del D. Lgs.502/1992 per la definizione dei rapporti tra Aziende Sanitarie Locali e Strutture Sanitarie per l'erogazione di prestazioni di ricovero in regime di acuzie, di ricovero in regime di post-acuzie e di specialistica ambulatoriale, in regime di lungodegenza e riabilitazione psichiatrica e di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria – CAVS

CLAUSOLE VESSATORIE

Clausole vessatorie

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 cod. civ. si approvano espressamente le clausole convenute all'art. 2 (Obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi), art. 3 (Budget), art. 8 (Modalità di pagamento e cessione del credito), art. 10 (Verifiche e controlli), art. 11 (Sospensione e risoluzione del contratto), art. 12 (Clausola di manleva), art. 13 (Durata, aggiornamento e rinvio normativo), per prestazioni di ricovero e cura da erogarsi da:

la Società/Ente, con sede legale in
(C.F.),
titolare della sanitaria denominata,
con sede/i operativa/e in, via

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.82/2005

Budget indistinti relativi all'anno 2021 assegnati ad erogatori privati

STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE BUDGET TOTALI 2021 (acuzie, postacuzie, ambulatoriale, psichiatria, domiciliare,CAVS, ex art.26)					
ASL	CODICE	DENOMINAZIONE	BUDGET REGIONE	BUDGET FUORI REGIONE	TOTALE COMPLESSIVO
301	702	A.N.S.A.	742.002,00	7.110,18	749.112,18
	655	CASA DI CURA CELLINI	23.230.339,00	3.858.425,53	27.088.764,53
	612	CASA DI CURA KOELLIKER	23.086.680,00	922.798,38	24.009.478,38
	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA	17.247.040,00	429.139,68	17.676.179,68
	704	CHIROS	4.215.447,00	61.029,00	4.276.476,00
	706	FISIO SRL CENTRO MED. LINGOTTO	3.587.430,00	38.571,48	3.626.001,48
	711	I.F.O.R.	1.352.439,00	14.415,12	1.366.854,12
	737	IRMET	5.253.487,00	634.780,20	5.888.267,20
	707	IST.FISICOTERAPICO DI TORINO	2.032.668,00	35.933,52	2.068.601,52
	712	L.A.M.A.T.	875.047,00	8.952,60	883.999,60
	708	LARC SRL	13.031.798,00	407.768,42	13.439.566,42
	714	NUOVA LAMP	1.700.151,00	26.187,84	1.726.338,84
	862	O.T.I.P.	460.800,00	5.872,92	466.672,92
	709	P.K.T S.R.L. CORSO FRANCIA	1.811.026,00	6.282,00	1.817.308,00
	622	POLIAMBULATORI STATUTO - VIA	2.933.264,00	50.795,82	2.984.059,82
	997	PRESIDIO COTTOLENGO	25.461.192,00	714.603,24	26.175.795,24
	992	PRESIDIO GRADENIGO	39.835.651,00	4.203.883,98	44.039.534,98
	990	PRESIDIO AUSILIATRICE - FONDAZIONE DON GNOCCHI	11.268.305,00	376.061,80	11.644.366,80
	921	PRESIDIO MAJOR	6022399,34	294.201,31	6.316.600,65
	993	PRESIDIO SAN CAMILLO	9.832.534,00	232.250,80	10.064.784,80
	653	PROMEA S.P.A.	4.061.467,00	324.538,81	4.386.005,81
	713	PUNTO DE.GA.	2967702	19.103,88	2.986.805,88
	735	R.I.B.A. S.P.A	4.027.347,00	78.152,04	4.105.499,04
	701	RAFFAELLO	129.130,00	3.277,00	132.407,00
	710	S.K.T. S.R.L. - STUDIO KINESITERAPICO TORINESE	1.375.852,00	4.090,08	1.379.942,08
	700	STUDIO MEDICO MIRAFIORI	3.381.536,00	20.373,00	3.401.909,00

	611	VILLA MARIA PIA HOSPITAL	30.744.026,00	2.895.645,72	33.639.671,72
203	738	C.F.T. KINETOS	557.472,42	2.837,50	560.309,92
	655	CASA DI CURA CELLINI	1.064.794,01	8.603,00	1.073.397,01
	651	CASA DI CURA MADONNA DEI BOSCHI	3.880.000,00		3.880.000,00
	646	CASA DI CURA VILLA IRIS SRL	8.250.411,01	110.740,00	8.361.151,01
	621	CASA DI CURA VILLA SERENA - S.P.A.	10.432.565,26	319.394,00	10.751.959,26
	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA	1.587.331,20	10.640,20	1.597.971,40
	716	INDAGINI RICERCHE MEDICHE	4.017.694,00	36.018,00	4.053.712,00
	713	PUNTO DE.GA.	1.018.127,38	6.016,00	1.024.143,38
	715	STUDIO MEDICO FISIOTERAPICO	1.275.878,67		1.275.878,67
	623	VILLA PAPA GIOVANNI XXIII	7.250.000,00	150.000,00	7.400.000,00
	615	VILLA PATRIZIA	2.400.000,00	33.000,00	2.433.000,00
	614	VILLE AUGUSTA	6.090.000,00	110.000,00	6.200.000,00
204	991	BEATA VERGINE CONSOLATA	11.625.071,00	405.864,00	12.030.935,00
	622	CASA DI CURA VILLA IDA - SANTA CROCE SRL	6.950.000,00	231.000,00	7.181.000,00
	717	ISTITUTO MALPIGHI	1.849.518,00	9.706,85	1.859.224,85
	714	NUOVA LAMP	2.692.082,00	43.866,12	2.735.948,12
	626	POLICLINICO DI MONZA - EPOREDIESE	13.287.581,00	4.185.394,83	17.472.975,83
	204	SAAPA S.P.A	11.566.850,00	0,00	11.566.850,00
	644	VILLA GRAZIA	9.692.342,00	200.000,00	9.892.342,00
	617	VILLE TURINA AMIONE	7.510.000,00	275.000,00	7.785.000,00
205	618	CASA DI CURA E RIPOSO S. LUCA S.P.A.	9.615.130,00	541.449,54	10.156.579,54
	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA	2.117.646,00	21.355,92	2.139.001,92
	720	CENTRO DIAGNOSTICO LA-RA SRL	209.722,00	51,00	209.773,00
	922	FONDAZIONE DEL PIEMONTE PER L'ONCOLOGIA	35.621.600,00	4.549.348,48	40.170.948,48
	719	LABORATORIO MEDICO C. BATTISTI	364.741,00	64,00	364.805,00
	718	POLIAMBULATORIO MEDICO CHIERESE	357.735,00	0,00	357.735,00
	661	POLICLINICO SAN LUCA	1.683.036,00	28.150,19	1.711.186,19
	648	VILLA ADRIANA	4.090.000,00	41.996,96	4.131.996,96
	617	VILLA DI SALUTE	3.910.000,00	55.000,00	3.965.000,00
206	657	CASA DI CURA CENTRO R.R.F. MONS. LUIGI NOVARESE	6.534.029,00	399.281,68	6.933.310,68
	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA	838.267,00	19.271,88	857.538,88
	730	CENTRO DIAGNOSTICO CIGLIANESE	344.045,00	590,00	344.635,00
	626	POLICLINICO DI MONZA - SANTA RITA	13.368.134,00	3.380.350,72	16.748.484,72
207	746	CENTRO FISIOTERAPIA STAGNO	315.858,00	1.988,15	317.846,15
	626	POLICLINICO DI MONZA B.I. (LA	4.700.402,00	1.144.249,98	5.844.651,98

		VIALARDA)			
	627	SAN GIORGIO	2.040.000,00	231.000,00	2.271.000,00
208	630	CASA DI CURA S.CARLO DI ARONA	1.762.608,00	444.952,52	2.207.560,52
	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA	889.651,00	22.556,40	912.207,40
	721	DOC SERVICE	627.442,00	11.265,82	638.707,82
	921	FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI	19.637.320,00	3.320.647,54	22.957.967,54
	868	HABILITA - I CEDRI	4.905.972,00	6.112.745,84	11.018.717,84
	626	POLICLINICO DI MONZA - SAN GALDENZIO	18.868.158,00	6.176.812,42	25.044.970,42
	665	VILLA CRISTINA	2.930.000,00	3.520.000,00	6.450.000,00
209	209	C.O.Q.	19.653.612,00	2.654.055,98	22.307.667,98
	629	CASA DI CURA L'EREMO DI MIAZZINA	8.506.803,00	5.029.740,88	13.536.543,88
	853	FONDAZIONE SACRA FAMIGLIA	907.120,00		907.120,00
	920	ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO	9.594.773,00	20.062.778,64	29.657.551,64
210	634	CASA DI CURA MONTESERRAT S.R.L	3.870.000,00		3.870.000,00
	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA	851.197,00	11.746,92	862.943,92
	633	CLIMATICO DI ROBILANTE	4.880.000,00	102.055,24	4.982.055,24
	647	FONDAZIONE ORIZZONTE SPERANZA - ONLUS	4.300.000,00	205.262,75	4.505.262,75
	722	PASTEUR LABORATORIO ANALISI	23.740,00	66,00	23.806,00
211	635	CASA DI CURA "LA RESIDENZA"	5.420.000,00	610.000,00	6.030.000,00
	632	CASA DI CURA CITTA' DI BRA	21.384.736,00	3.853.891,97	25.238.627,97
	723	CENTRO MEDICO ALBESE	343.245,00	2.055,10	345.300,10
	854	FONDAZIONE FERRERO	1.733.750,00		1.733.750,00
	631	SAN MICHELE	2.853.846,00	380.769,40	3.234.615,40
212	639	CASA DI CURA S. ANNA - ASTI	3.820.000,00	300.000,00	4.120.000,00
	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA	1.940.536,00	20.797,56	1.961.333,56
213	861	ALLIANCE MEDICAL	6.910.010,00	2.056.014,00	8.966.024,00
	642	CASA DI CURA SANT'ANNA (CASALE)	4.808.915,67	164.395,00	4.973.310,67
	726	DOTT. CRISTOFORO PONZANO	98.038,00	0,00	98.038,00
	868	HABILITA - VILLA IGEA	5.405.212,38	13.153.012,00	18.558.224,38
	736	LABORATORIO ANALISI S. MARIA	299.663,00	12.807,00	312.470,00
	626	POLICLINICO DI MONZA	22.561.038,00	14.846.011,00	37.407.049,00
	727	STUDIO RADIOLOG. OMODEO ZORINI	570.288,00	398.365,00	968.653,00
	728	STUDIO RADIOLOGICO DOTT. FOCO	1.113.803,00	92.760,00	1.206.563,00
		TOTALE	621.246.299,34	115.792.038,33	737.038.337,67

Allegato D)

Tabelle di ripartizione dei fondi per le convenzioni stipulabili dalle Aziende sanitarie per il recupero delle liste d'attesa di ricoveri e prestazioni ambulatoriali, nonché per far fronte alle maggiori esigenze di cura derivanti dalla necessità di gestire un maggior numero di patologie conseguenti al Covid

Assegnazione definitiva per gli erogatori privati (recupero liste d'attesa) - € 7.043.950,08	
AZIENDA	RIPARTIZIONE PER ASL
A.S.L. CITTA' DI TORINO	€ 1.416.331,13
A.S.L. TO3	€ 941.794,60
A.S.L. TO4	€ 831.874,79
A.S.L. TO5	€ 501.429,46
A.S.L. VC - VERCELLI	€ 271.305,70
A.S.L. BI - BIELLA	€ 270.193,27
A.S.L. NO – NOVARA	€ 562.404,66€
A.S.L. VCO – VERBANO CUSIO OSSOLA	€ 272.460,27
A.S.L. CN1 – CUNEO	€ 673.629,84
A.S.L. CN2 – CUNEO	€ 277.717,47
A.S.L. AT – ASTI	€ 326.798,29
A.S.L. AL – ALESSANDRIA	€ 698.010,52

Importi del finanziamento a funzione - limite di spesa annua

- all'**IRCCS di Candiolo** – per funzioni riconducibili ai progetti di ricerca applicata denominati: “Medicina personalizzata durante l’evoluzione della malattia oncologica” – è assegnato l’importo di € 2.500.000,00 ex DGR 12 aprile 2019, n. 60-8784, richiamata dalla DGR 10 agosto 2020 n. 1-1881;
- all'**IRCCS Salvatore Maugeri di Veruno** – per funzioni riconducibili ai progetti di ricerca applicata denominati: “Riabilitazione precoce sub intensiva per pazienti con patologie cardiopolmonari” e “Sperimentazione operativa dell’applicazione delle raccomandazioni ministeriali n. 17 e n. 18 attraverso la definizione di strumenti che consentano la deprescrizione quali un prontuario farmacologico relativo al PDTA dei pazienti cronici e polipatologici”, nonché il “Progetto di telemonitoraggio di pazienti dimessi e inseriti in un percorso di assistenza domiciliare monitorata” – è assegnato l’importo di € 2.500.000,00 ex DGR 12 aprile 2019, n. 60-8784, richiamata dalla DGR 10 agosto 2020 n. 1-1881;
- all'**Istituto Auxologico Italiano – IRCCS Piacavallo** – per funzioni riconducibili ai progetti di ricerca applicata denominati: “Progetto per l’elaborazione e applicazione di un modello integrato e multidimensionale di trattamento del paziente gravemente obeso e/o affetto da disturbi del comportamento alimentare” – è assegnato l’importo di € 2.500.000,00 ex DGR 12 aprile 2019, n. 60-8784, richiamata dalla DGR 10 agosto 2020 n. 1-1881;
- al **Presidio Gradenigo di Torino** – per funzioni di emergenza urgenza – è assegnato l’importo di € 4.886.919,00., ex DGR 14 giugno 2018 n. 37-7057 richiamata dalla DGR 10 agosto 2020 n. 1-1881;
- a “**I Cedri**” di **Fara Novarese** – per funzioni di ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza – è assegnato l’importo di € 365.000,00, ex DGR 14 giugno 2018 n. 37-7057, richiamata dalla DGR 10 agosto 2020 n. 1-1881;
- all'**OTIP di Torino** – per funzioni di ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza – è assegnato l’importo di € 410.000,00, ex DGR 14 giugno 2018 n. 37-7057, richiamata dalla DGR 10 agosto 2020 n. 1-1881.