

Deliberazione della Giunta Regionale 19 settembre 2022, n. 26-5656

**Regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per gli anni 2022-2023 ed assegnazione dei tetti di spesa. Approvazione dello schema di contratto per prestazioni di ricovero in regime di acuzie e post-acuzie, di specialistica ambulatoriale e di CAVS.**

A relazione del Presidente Cirio:

Premesso che:

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

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

- i contratti stipulati relativamente agli anni 2020-2021 con gli erogatori privati sono stati pesantemente condizionati dalla normativa nazionale e regionale emanata in conseguenza della pandemia Covid-19 a seguito della dichiarazione dello stato di emergenza, avvenuta con Delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020 e prorogato con successivi atti fino al 31/3/2022;

- l'art 13 del contratto relativo all'anno 2021, il cui schema è stato approvato con D.G.R. 6 agosto 2021 n. 57-3724, prevede che le regole contenute nello stesso mantengano validità sino alla definizione di una nuova regolamentazione dei rapporti tra le parti.

Dato atto che, fino al 31/3/2022, si applicano altresì, per quanto riguarda nello specifico la remunerazione delle prestazioni ospedaliere (compresi i ricoveri in corso a tale data) i disposti del DM Salute 12 agosto 2021.

Rilevata l'opportunità di ridefinire, in parziale sanatoria, le regole dei rapporti con gli erogatori privati per il periodo 1 gennaio 2022 - 31 dicembre 2023, nelle more di aggiornare la programmazione regionale alla luce della revisione del DM 2 aprile 2015 n. 70, stante l'esigenza sia degli erogatori, sia delle aziende sanitarie, di agire all'interno di un quadro contrattuale maggiormente stabile e duraturo.

Dato atto che, al fine di pervenire alla sottoscrizione di un accordo sulle regole per le annualità in oggetto, si sono svolti incontri tra la Direzione regionale competente e le associazioni di categoria in data 17 marzo 2022, 8 aprile 2022, 3 maggio 2022, 1 giugno 2022, 13 luglio 2022, ma che la consultazione non ha prodotto l'esito auspicato.

Rilevato che:

- consolidata giurisprudenza conferma che la fissazione dei tetti in materia sanitaria è frutto di un potere determinativo unilaterale operante all'interno di un rapporto concessorio, nel quale la pubblica amministrazione esercita un potere autoritativo, che può comportare anche la retroattività dei tetti di spesa, stante la rilevanza dell'interesse pubblico al contenimento della spesa;

- a tal fine è possibile prescindere dall'accordo con le Organizzazioni rappresentative di categoria a livello regionale come consentito dall'art. 8 quinquies comma 2 del D.lg.vo 502/1992 e s.m.i., ancorché le novelle disposizioni siano state portate a conoscenza delle Associazioni private in diverse occasioni di confronto, risultato senza esito;

- l'Amministrazione regionale, pur riconoscendo l'essenziale apporto al sistema sanitario del privato accreditato e ricercando al massimo lo sviluppo di sinergie con lo stesso, non può prescindere dal definire tempestivamente le regole sulla base delle quali le aziende sanitarie devono procedere a stipulare gli accordi ed i contratti di cui in premessa, contemperando le scelte in materia di definizione dei servizi sanitari con le effettive disponibilità finanziarie;

- la previsione di spesa per dette annualità, allo stato attuale, deve tener conto dei vincoli dettati dal legislatore ai fini della sostenibilità e compatibilità economica della programmazione sanitaria, con riferimento ai tetti complessivi di spesa, che determinano il limite massimo di risorse assegnabili alle strutture erogatrici, individuate, da ultimo, dall'art. 45, comma 1-ter, del decreto legge 26 ottobre 2019, n. 124, il quale stabilisce che, a decorrere dall'anno 2020, il limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto legge n. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, così come aggiornato dal comma 574 della legge 28 dicembre 2015, n. 208, è rideterminato nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011.

Dato atto che:

- sono ricompresi nel citato tetto di spesa gli importi previsti dalla D.G.R. n. 41-5140 del 27 maggio 2022, ad oggetto "*Centro Ortopedico di Quadrante S.p.A. di Omegna (Presidio ospedaliero Madonna del Popolo) – aggiornamento della D.G.R. n. 58-8782 del 12 aprile 2019 sulla base del programma di attività per il triennio 2022-2024 Coq-Vco*" e della D.G.R. n. 10-5283 del 1 luglio 2022, ad oggetto: "*Fondazione del Piemonte per l'Oncologia*" di Candiolo – *Aggiornamento del fabbisogno sanitario ai sensi degli artt. 8 ter, 8 quater e 8 quinquies D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e determinazione del finanziamento a funzione di cui all'art. 8 sexies D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. per il triennio 2022-2024;*

- sono riconoscibili al di fuori del citato tetto di spesa unicamente le prestazioni di ricovero "Covid" per gli aspetti ed entro i limiti contenuti nel DM Salute 12 agosto 2021 e le prestazioni per il recupero delle liste di attesa con utilizzo del finanziamento di cui all'art. 29 del D.L. 14 agosto 2020, n. 104, convertito in legge con modificazioni dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, all'art. 26 del D.L. 25 maggio 2021, n. 73, convertito con modificazioni in Legge 23 luglio 2021, n. 106, ed all'art. 1 della L. 30 dicembre 2021, n. 234, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024", commi 276 e segg.. Dalle ricognizioni effettuate in ambito regionale anche con le Aziende Sanitarie, si è rilevato come l'emergenza Covid nel 1° trimestre 2022 e, più in generale, il protrarsi delle conseguenze della pandemia sul SSR nel periodo successivo, non consentano un completo e rapido recupero delle liste di attesa da parte delle strutture pubbliche, pur in presenza del finanziamento predetto per l'anno

2022, a cui si sommano i residui del finanziamento 2021; pertanto, sulla base delle predette rilevazioni effettuate, informato il tavolo regionale delle liste di attesa, occorre avvalersi delle strutture private accreditate per un importo stimato di 20 milioni di euro complessivi all'interno del finanziamento di cui all'art. 1 della L. n. 234/2021; si rende quindi necessario incrementare sino al 54,25% la percentuale individuata in max 24,35% del citato finanziamento, già oggetto di assegnazione alle AA.SS.LL. con D.G.R. n. 4-4878 del 14 aprile 2022, da destinare alle attività delle strutture private nell'anno 2022 per il recupero delle liste di attesa, a copertura delle prestazioni rese secondo le seguenti fattispecie:

- 1) prestazioni contrattualizzate dalle AA.SS.LL. secondo i criteri di cui alla DGR n. 4-4878 del 14 aprile 2022;
- 2) a consuntivo, per le maggiori prestazioni effettuate nel 2022 rispetto alla produzione delle stesse riconosciuta nell'anno 2019 nella Regione Piemonte dagli erogatori privati, rientranti nelle tipologie oggetto di monitoraggio ai fini del recupero delle liste di attesa (PNGLA), indicate nell'allegato A a farne parte integrante e sostanziale;

- la Direzione regionale competente ha condiviso con le associazioni di categoria, negli incontri succitati, i seguenti principi, che costituiranno la cornice entro la quale le aziende sanitarie procederanno per la definizione degli accordi contrattuali, recepiti nello schema di contratto/accordo ex art. 8-*quinquies* del d. lgs. n. 502/1992 per gli anni 2022 e 2023, 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:

- nelle more della revisione della programmazione della rete ospedaliera e territoriale, si attribuisce a ciascuna struttura un budget indistinto complessivo per il 2022 ed il 2023, comprensivo altresì delle attività attualmente classificate come lungodegenza psichiatrica, riabilitazione psichiatrica, CAVS ad indirizzo neuropsichiatrico e cure domiciliari. Gli importi relativi sono riportati nell'allegato C) al presente provvedimento, per farne parte integrante e sostanziale, e vengono 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. Le Asl potranno negoziare, all'interno del budget assegnato, volumi di prestazioni per tipologie specifiche, sulla base dei fabbisogni sanitari o di criticità rilevati sul territorio;
- le Aziende sanitarie potranno stipulare contratti per specifiche attività in recupero delle liste di attesa con le modalità di cui alla D.G.R. n. 4-4878 del 14 aprile 2022. Gli erogatori metteranno a disposizione su Cup le agende richieste dalla Regione Piemonte e, nello specifico, assicureranno la condivisione con le ASL di tutte le agende di prenotazione relative alle prime visite e altre prestazioni di primo accesso nei termini e nelle modalità di cui alla medesima D.G.R. n. 4-4878 del 14 aprile 2022, fatta salva l'impossibilità ad avviare il sistema non addebitabile all'erogatore;
- è ammessa la compensazione tra le attività per i residenti in Regione e fuori Regione in presenza di economie dell'una o dell'altra, fino a concorrenza del budget complessivo assegnato alla singola struttura. Eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno riconosciute al termine della procedura di compensazione della mobilità interregionale, nella misura in cui siano valorizzate all'interno della stessa e, comunque, entro e non oltre il tetto massimo complessivo di spesa regionale per prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, fissato in euro 713.000.000 al fine del rispetto del limite di spesa di cui all'art. 15, c. 14 del D.L. n. 95/2012. Eventuali ulteriori eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno oggetto di regressione tariffaria fino al raggiungimento del predetto importo mediante riduzione in misura proporzionale alle eccedenze di produzione della singola struttura, partendo dalle prestazioni di bassa e media complessità in ricovero ordinario, seguite da quelle potenzialmente inappropriate erogate in regime ambulatoriale

(escludendo quelle di medicina nucleare, dialisi ed oncologiche). E' ammessa, infine, la compensazione della produzione all'interno della stessa struttura o delle strutture facenti parte del medesimo gruppo societario;

- trasferimenti definitivi di attività e correlato budget tra strutture appartenenti al medesimo gruppo societario potranno essere richiesti ed autorizzati dalla Regione con provvedimento della Direzione Sanità e Welfare previo parere favorevole delle aziende sanitarie territorialmente interessate; con la presente deliberazione alcuni budget di strutture appartenenti al medesimo gruppo societario (IRCCS Maugeri vs. Major, Punto Dega ubicato in ASL Città di Torino vs. Ansa, CDC ubicato in ASL TO4 vs. CDC ubicato in ASL Città di Torino) sono già stati rimodulati a seguito di richiesta delle strutture e parere favorevole delle AA.SS.LL. interessate;

- a parziale modifica della Deliberazione della Giunta Regionale 16 maggio 2019, n. 90-8999 i soggetti erogatori emettono fatture mensili di acconto, a seguito dell'ordine trasmesso dall'Azienda tramite il sistema NSO pari al 90% di 1/12 del budget (acconto che viene riallineato alla produzione effettiva in caso di riduzione stabile dell'attività). E' consentita l'emissione di una fattura a saldo delle prestazioni erogate nel primo semestre fino al 50% del budget con la dicitura "salvo conguaglio" (o la richiesta di nota di credito da parte dell'azienda, qualora la produzione della struttura nel semestre sia stata inferiore al 90% del budget, ad eccezione del caso in cui la minor produzione sia dovuta alla messa a disposizione, nel primo trimestre dell'anno 2022, di posti letto Covid su richiesta delle strutture pubbliche, caso in cui il conguaglio è rinviato alla chiusura dell'anno). Il documento contabile a conguaglio dell'annualità, emesso previo ricevimento dell'ordine elettronico dell'ASL, viene liquidato a seguito dei controlli effettuati circa l'osservanza del contratto.

Rilevato, quanto all'esercizio di specifiche funzioni riconducibili al comma 2 dell'art. 8 sexies del D.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, che:

1. con nota prot. n. 44485 del 15 dicembre 2021 è stato chiesto agli erogatori interessati (IRCCS Salvatore Maugeri di Veruno e IRCCS Istituto Auxologico Italiano - Piancavallo) di presentare una proposta per gli anni 2022-2024. I progetti pervenuti, elencati nell'allegato D), che diviene parte sostanziale ed integrante del presente provvedimento, hanno ricevuto il parere positivo delle aziende sanitarie territorialmente competenti, le quali hanno altresì attestato il raggiungimento degli obiettivi previsti dai progetti di ricerca applicata approvati con D.G.R. n. 60-8784 del 12 aprile 2019 per il triennio 2019-2021, così come modificati in relazione alle esigenze emerse durante la pandemia .

Per ciascun progetto sarà riconosciuto un importo massimo per gli anni 2022-2024 di euro 2.500.000, che sarà liquidato dall'Asl competente per territorio a seguito di monitoraggio della realizzazione dei programmi, della rendicontazione delle attività svolte e dei costi sostenuti dagli erogatori interessati;

2. sono inoltre riconosciuti a medesimo titolo gli importi indicati nel citato allegato D al Presidio Gradenigo per funzioni di emergenza-urgenza, alle strutture I Cedri di Fara Novarese e OTIP di Torino per funzioni di ossigenoterapia iperbarica, che rappresentano un limite annuo massimo attribuito da verificare dalle AASSLL a consuntivo, sulla base dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte.

Dato atto inoltre che la previsione di spesa per ciascuna annualità per CAVS, prestazioni domiciliari ed ex art. 26 è pari rispettivamente ad euro 23.103.560 per il 2022 e pari ad euro 23.376.354,12 per il 2023 (in diminuzione rispetto all'anno 2021 a seguito di riduzione di PI di una struttura), mentre per File F riconoscibile agli erogatori privati, sulla base della spesa storica rilevata nell'anno 2021, ammonta ad euro 27.300.000.

Alla luce delle regole predette, la spesa complessiva massima per ciascuna delle due annualità indicate derivante dal presente provvedimento è pari ad euro 711.570.969,49 per l'anno 2022 e pari

ad 711.811.324,57 per l'anno 2023 (detratti gli importi già previsti nelle citate DD.GG.RR. 41-5140 del 27 maggio 2022 e n. 10-5283 del 1 luglio 2022), ed è a carico dei bilanci delle aziende sanitarie, mentre le attività richieste dalle aziende sanitarie per la riduzione delle liste di attesa faranno carico al finanziamento di cui all'art. 1 della L. 30 dicembre 2021, n. 234, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024", commi 276 e segg., con le modalità indicate nella citata D.G.R. n. 4-4878 del 14 aprile 2022.

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

la Giunta regionale;

*delibera*

1. di approvare, secondo quanto in premessa esposto, i criteri e la determinazione dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera, attività di CAVS, domiciliare e specialistica ambulatoriale erogata nei confronti dei cittadini residenti nel Piemonte e residenti fuori regione, per gli anni 2022 e 2023, nonché i criteri per l'utilizzo del finanziamento cui all'art. 1 della L. 30 dicembre 2021, n. 234 da parte degli erogatori privati accreditati, a parziale modifica di quanto disposto dalla D.G.R. n. 4-4878 del 14 aprile 2022, dando atto che lo stesso avverrà entro l'importo massimo di euro 20.000.000 ed a copertura delle prestazioni rese nelle seguenti fattispecie:

1) prestazioni contrattualizzate dalle AA.SS.LL. secondo i criteri di cui alla DGR n. 4-4878 del 14 aprile 2022;

2) a consuntivo, per le maggiori prestazioni effettuate nel 2022 rispetto alla produzione delle stesse riconosciuta nell'anno 2019 nella Regione Piemonte dagli erogatori privati accreditati, rientranti nelle tipologie oggetto di monitoraggio ai fini del recupero delle liste di attesa (PNGLA), indicate nell'allegato A a farne parte integrante e sostanziale;

2. di approvare lo schema di contratto/accordo contrattuale ex art. 8-*quinquies* del d.lgs. 502/1992 e smi per le annualità indicate al punto precedente, allegato B) alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale del presente atto, da adottarsi dalle AASSLL per la contrattualizzazione delle strutture private accreditate con riguardo alle prestazioni sanitarie di ricovero in regime di acuzie, 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 approvare la ripartizione del budget indistinto delle annualità 2022 e 2023, fra gli erogatori privati accreditati, secondo quanto indicato nell'allegato C), per farne parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, e relativo alle prestazioni sanitarie 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;

5. di approvare il riparto degli importi del finanziamento relativo a funzioni riconducibili ai progetti di ricerca applicata nonché di emergenza urgenza e di ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza allegato D), per farne parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

6. di dare atto che la spesa complessiva massima derivante dal presente provvedimento, pari ad euro 711.570.969,49 per l'anno 2022 e pari ad euro 711.811.324,57 per l'anno 2023, comprendente l'attività di ricovero, specialistica ambulatoriale, domiciliare, Cavs, per residenti e non residenti, l'attività finanziata a funzione ed i farmaci in file F, eccettuata quella per la riduzione delle liste di attesa di cui alla D.G.R. n. 4-4878 del 14 aprile 2022, deve trovare copertura a valere sugli stanziamenti 2022 del Fondo sanitario indistinto, (Missione 13, Programma 1), già assegnati alle ASL con D.G.R. n. 2-4147 del 24/11/2021, e sugli stanziamenti per l'anno 2023, che saranno oggetto di successiva assegnazione.

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

**ALLEGATO A)****PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO PNGLA****VISITE SPECIALISTICHE**

<b>Numero</b>	<b>Prestazione</b>	<b>Codice Nomenclatore Nazionale DM 2012</b>	<b>Codice branca nuovi LEA</b>	<b>Codice nuovi LEA</b>	<b>Codice branca regionale</b>	<b>Codice Nomenclatore Regionale</b>
1	Prima Visita cardiologica	89.7	02	89.7A.3	08	89.7
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	05	89.7A.6	14	89.7
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	09	89.7A.8	19	89.7
4	Prima Visita neurologica	89.13	15	89.13	32	89.13
5	Prima Visita oculistica	95.02	16	95.02	34	95.02
6	Prima Visita ortopedica	89.7	19	89.7B.7	36	89.7
7	Prima Visita ginecologica	89.26	20	89.26.1	37	89.26
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	21	89.7B.8	38	89.7
9	Prima Visita urologica	89.7	25	89.7C.2	43	89.7
10	Prima Visita dermatologica	89.7	27	89.7A.7	52	89.7
11	Prima Visita fisiatrica	89.7	12	89.7B.2	56	89.7
12	Prima Visita gastroenterologica	89.7	10	89.7A.9	58	89.7
13	Prima Visita oncologica	89.7	18	89.7B.6	64	89.7
14	Prima Visita pneumologica	89.7	22	89.7B.9	68	89.7

**PRESTAZIONI STRUMENTALI**

<b>Numero</b>	<b>Prestazione</b>	<b>Codice Nomenclatore Nazionale DM 2012</b>	<b>Codice nuovi LEA</b>	<b>Codice Nomenclatore Regionale</b>
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	87.37.1	87.37.1	87.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2	87.37.2
17	TC del Torace	87.41	87.41	87.41
18	TC del Torace con MCD senza e con MCD	87.41.1	87.41.1	87.41.1
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1	88.01.1
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2	88.01.2
21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3	88.01.3

22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88.01.4	88.01.4
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5	88.01.5
24	TC dell'addome completo senza e con	88.01.6	88.01.6	88.01.6
25	TC Cranio – encefalo	87.03	87.03	87.03
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1	87.03.1
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A	88.38.1
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B	88.38.1
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C	88.38.1
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D	88.38.2
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E	88.38.2
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88.38.F	88.38.2
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5	88.38.5
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1	88.91.1	88.91.1
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	88.91.2	88.91.2
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4	88.95.4
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5	88.95.5
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6	88.93
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B	88.93.1
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4	88.71.4
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3	88.72.6
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1	88.74.1
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1	88.75.1
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4 88.77.5	88.77.2
<b>Altri esami Specialistici</b>				
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23	45.23
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24	45.24
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13	45.13

<b>55</b>	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1, 45.16.2	45.13
<b>56</b>	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	89.52
<b>57</b>	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50	89.50
<b>58</b>	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41	89.41
<b>59</b>	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44, 89.41	89.44
<b>60</b>	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1	95.41.1
<b>61</b>	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1	89.37.1
<b>62</b>	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2	89.37.2
<b>63</b>	Fotografia del fundus	95.11	95.11	95.11
<b>64</b>	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.A	93.08.1
<b>65</b>	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B	93.08.1
<b>66</b>	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	93.08.1	93.08.C	93.08.1
<b>67</b>	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D	93.08.1
<b>68</b>	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	93.08.1	93.08.E	93.08.1
<b>69</b>	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.G	93.08.1

## INTERVENTI CHIRURGICI

<b>Numero</b>	<b>Prestazione</b>	<b>Codici Intervento ICD-9-CM</b>	<b>Codici Diagnosi ICD-9-CM</b>
<b>1</b>	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
<b>2</b>	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4; 60.5; 60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
<b>3</b>	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5

<b>4</b>	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
<b>5</b>	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
<b>6</b>	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
<b>7</b>	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
<b>8</b>	By pass aortocoronarico	36.1x	
<b>9</b>	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
<b>10</b>	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
<b>11</b>	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
<b>12</b>	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
<b>13</b>	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
<b>14</b>	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
<b>15</b>	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
<b>16</b>	Emorroidectomia	49.46 – 49.49	
<b>17</b>	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x	

**SCHEMA DI CONTRATTO/ACCORDO ANNI 2022 - 2023**

**EX ART. 8 *QUINQUIES* D. LGS. N. 502/1992 e s.m.i**

Tra

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

e

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

Premesso che:

1. gli articoli 8-*bis*, *quater* e *quinquies* del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con DGR n. . . . . del . . . . . 2022 sono state definite, per gli anni 2022 e 2023, le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati, il budget ed è stato approvato lo schema di contratto a valere per le strutture private e per i presidi/IRCCS ex artt. 42 e 43 L. 833/78
3. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. \_\_ del \_\_ / \_\_ / \_\_ è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto in attuazione della citata DGR;

si conviene e stipula quanto segue.

**Articolo 1 - Oggetto del contratto/accordo.**

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto/accordo.
2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e a carico del SSR, conformi a volumi riassunti all'articolo 3, comma 1 e di cui ai seguenti setting:

**RESIDENTI IN REGIONE**

- I. ricovero in regime di acuzie
- II. ricovero in regime di post-acuzie
- III. ricovero in regime di post-acuzie neuropsichiatrica
- IV. specialistica ambulatoriale
- V. cure domiciliari riabilitative (su specifici progetti concordati con l'Asl)
- VI. continuità assistenziale a valenza sanitaria – CAVS

**RESIDENTI FUORI REGIONE**

- I. di ricovero in regime di acuzie
- II. di ricovero in regime di post-acuzie
- III. di ricovero in regime di post-acuzie neuropsichiatrica

#### IV. di specialistica ambulatoriale

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

#### **Art. 2 – Obblighi dell'erogatore e requisiti dei servizi**

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

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

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

- la condivisione con le ASL di tutte le agende di prenotazione relative alle prime visite e altre prestazioni di primo accesso, al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale nei termini e nelle modalità di cui alla DGR n. 4-4878 del 14 aprile 2022; le eventuali prime visite e prestazioni di primo accesso erogate dal 1° settembre 2022 in assenza di un appuntamento programmato sul sistema CUP regionale non saranno valorizzate ai fini della remunerazione economico-finanziaria, fatta salva l'impossibilità ad avviare il sistema non addebitabile all'erogatore ,

- 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.

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

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

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

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

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

9. 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, anche religiosi, o di strutture facenti parte di gruppi societari) redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi

civilistici. In alternativa, si ritiene sufficiente l'indicazione della pubblicazione sul proprio o su altro sito che possa assolvere alla medesima forma di pubblicità.

10. Qualora l'ente intenda cessare l'attività sanitaria deve comunicare la suddetta volontà con un preavviso di almeno 90 giorni, salvo diversa comunicazione dell'ASL e fermo restando l'obbligo di garantire la continuità delle prestazioni fino al provvedimento regionale di decadenza dall'accreditamento.

11. L'Erogatore può sospendere l'erogazione delle prestazioni soltanto per giusta causa con comunicazione tempestiva all'ASL, la quale informerà la Regione; allo stesso modo dovrà essere comunicata la ripresa dell'attività. Non costituiscono giusta causa gli eventuali ritardi nei pagamenti dei corrispettivi dovuti all'Erogatore, ferme restando per tale ultima evenienza le tutele accordate dagli art. 3 e 6 D. Lgs. 9 ottobre 2002, n. 231. Qualora l'Erogatore sospenda l'erogazione senza giusta causa resta facoltà dell'ASL di risolvere il contratto mediante dichiarazione unilaterale comunicata con lettera AR o a mezzo PEC, con conseguente addebito di tutti i danni subiti e subendi.

12. La cessione del contratto a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL e della Regione; in caso di mutamento di carattere soggettivo (fusione, incorporazione, scissione, cessione ramo d'azienda, subentro di altro titolare, etc.) l'efficacia della cessione del contratto, insieme all'accreditamento e all'autorizzazione, è sospensivamente condizionata all'adozione degli atti di competenza regionale circa la verifica dei requisiti soggettivi ed oggettivi.

### **Art. 3 – Budget**

1. Per il 2022 ed il 2023, in relazione alle risorse finanziarie programmate per le prestazioni da rendere dall'Erogatore per conto e a carico del SSR, nei limiti dei posti letto/branche specialistiche ambulatoriali accreditati indicati nell'allegato A), sono assegnati all'Erogatore i seguenti budget complessivi, suddivisi indicativamente per tipologia di setting assistenziali:

- per i residenti in regione (compresi, ai sensi della circolare del Ministero della Salute n. 5 del 24 marzo 2000, gli STR (stranieri paesi Ue/SEE/in Convenzione), ENI (europei non iscrivibili) ed STP (stranieri temporaneamente presenti a carico del SSN)

RICOVERO IN ACUZIE	BUDGET € _____
RICOVERO IN POST ACUZIE	BUDGET € _____
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	BUDGET € _____
RICOVERO IN POST ACUZIE NEUROPSICHIATRICA	BUDGET € _____
DOMICILIARE	BUDGET € _____
CAVS	BUDGET € _____

-per i residenti fuori regione :

RICOVERO IN ACUZIE	BUDGET € _____
RICOVERO IN POST-ACUZIE	BUDGET € _____
RICOVERO IN POST ACUZIE NEUROPSICHIATRICA	BUDGET € _____
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	BUDGET € _____

E' ammessa la compensazione nell'ambito di una medesima struttura all'interno dei vari setting di produzione e tra le attività per i residenti in Regione e fuori regione in presenza di economie dell'una o dell'altra, fino a concorrenza del budget complessivo assegnato alla stessa.

Eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno riconosciute al termine della procedura di compensazione della mobilità interregionale, nella misura in cui siano valorizzate all'interno della stessa e, comunque, entro e non oltre il tetto massimo complessivo di spesa regionale per prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, fissato in euro 713.000.000 al fine del rispetto del limite di spesa di cui all'art. 15, c. 14 del D.L. n. 95/2012. Eventuali ulteriori eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno oggetto di regressione tariffaria fino al raggiungimento del predetto importo mediante riduzione in misura proporzionale alle eccedenze di produzione della singola struttura, partendo dalle prestazioni di bassa e media complessità in ricovero ordinario, seguite da quelle potenzialmente inappropriate erogate in regime ambulatoriale (escludendo quelle di medicina nucleare, dialisi ed oncologiche). E' ammessa, infine, la compensazione della produzione all'interno della stessa struttura o delle strutture facenti parte del medesimo gruppo societario;

Trasferimenti definitivi di attività e correlato budget tra strutture appartenenti al medesimo gruppo societario potranno essere richiesti ed autorizzati dalla Regione previo parere favorevole delle aziende sanitarie territorialmente interessate.

2. L'Asl si riserva di richiedere, all'interno del budget, l'esecuzione di prestazioni specifiche di cui rilevi il fabbisogno nella sua funzione di tutela.

3. Il budget ambulatoriale è al lordo del ticket.

4. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a progetti di ricerca applicata, funzioni di emergenza urgenza o di ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza è previsto l'importo annuale di €

.....  
.....

5. L'erogatore dichiara di conoscere ed accetta:

- l'applicazione del sistema dei controlli di cui alla D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013 e s.m.i.
- l'applicazione del sistema dei controlli di qualità ed appropriatezza dei ricoveri previsti dall'art. 79 comma 1 septies D.L. 112/2008, convertito con la Legge n. 133/2008, e dal DM 10/12/2009, così come declinati nei provvedimenti attuativi regionali di riferimento.

#### **Art. 4 – Regole di remunerazione**

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

2. Fino al 31 marzo 2022, alla remunerazione delle prestazioni ospedaliere si applicano i disposti del DM Salute 12.08.2021. In deroga ai principi di cui al punto precedente, ai ricoveri di pazienti inseriti entro il 31 marzo 2022, ancorchè la data di dimissione sia successiva al termine dello stato di emergenza, si applicheranno le regole di cui al DM medesimo, qualora ne sussistano i presupposti.

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

4. 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 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 limite di spesa di cui all'art. 45, c. 1-ter, D.L. 124/2019 conv. con L. 157/2019.

5. L'Erogatore avrà diritto al riconoscimento della produzione annualmente erogata entro il limite massimo delle risorse allo stesso assegnate. Nulla spetterà all'Erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, rese dalla Struttura in carenza di autorizzazione/dei requisiti di accreditamento nonché nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 7.

6. Per la somministrazione dei farmaci (File F) da parte degli aventi diritto è previsto il rimborso sulla base dei costi sostenuti o, se inferiori, ai prezzi di riferimento delle gare regionali ridotti dalle eventuali quote dovute dalle aziende farmaceutiche in applicazione della cd. "rimborsabilità condizionata" di taluni farmaci. Nei farmaci rilevati in File F rientrano, in considerazione delle semplificate modalità di somministrazione delle nuove terapie oncologiche orali, anche quelli dispensati a seguito di visita ambulatoriale e/o *day hospital*, così come previsto dalla DGR 19 febbraio 2021 n. 14-2889.

#### **Art. 5 – Modalità di pagamento e cessione del credito**

I soggetti erogatori emettono fatture mensili di acconto, a seguito dell'ordine trasmesso dall'Azienda tramite il sistema NSO pari al 90% di 1/12 del budget (acconto che viene riallineato alla produzione effettiva in caso di riduzione stabile dell'attività).

E' consentita l'emissione di una fattura a saldo delle prestazioni erogate nel primo semestre fino al 50% del budget con la dicitura "salvo conguaglio" (o la richiesta di nota di credito da parte dell'azienda, qualora la produzione della struttura nel semestre sia stata inferiore al 90% del budget, ad eccezione del caso in cui la minor produzione sia dovuta alla messa a disposizione, nel primo trimestre dell'anno, di posti letto Covid su richiesta delle strutture pubbliche, caso in cui il conguaglio è rinviato alla chiusura dell'anno). Il documento contabile a conguaglio dell'annualità, emesso previo ricevimento dell'ordine elettronico dell'ASL, viene liquidato a seguito dei controlli effettuati circa l'osservanza del contratto/accordo.

1. Per il finanziamento per l'esercizio di specifiche funzioni 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. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo, l'ASL effettua una verifica a consuntivo dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte ed eroga il conguaglio.

2. La produzione ambulatoriale viene liquidata dall'ASL previa detrazione degli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti.

3. Per i farmaci (file F) sono corrisposti, sulla base di apposita fattura emessa dall'erogatore, acconti mensili pari al 95% del valore risultante dal suddetto tracciato. Entro il 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.

4. L'ASL si impegna ad emettere l'ordine tramite il sistema NSO in modo da garantire la regolarità dei pagamenti.
5. I pagamenti devono aver luogo nel termine di 60 giorni dal ricevimento della fattura, ai sensi dell'art. 4 del D. Lgs. 231/2002 e s.m.i.
6. I ritardi di pagamento dovuti ad errori o incompletezza dei dati nelle fatture, tempestivamente segnalati dall'ASL, non sono imputabili a quest'ultima, per cui il termine di pagamento decorre interamente dalla trasmissione della fattura con le dovute rettifiche/integrazioni.
7. Gli importi versati dall'ASL e non dovuti sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile.
8. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno all'occorrenza essere compensate con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa.
9. E' fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere totalmente o parzialmente i pagamenti, comunicandolo previamente e formalmente alla Struttura, nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dell'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. Le partite contestate devono essere comunque definite entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.
10. 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 diventa opponibile all'ASL solo se quest'ultima vi presta il proprio consenso, secondo quanto previsto dall'art. 9, all. E, della legge n. 2248/1865. 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. In ogni caso la struttura si impegna ad emettere nota di credito sulle fatture oggetto di cessione qualora l'ASL lo richieda per la parte di produzione non effettuata.

#### **Art. 6 – Verifiche e controlli**

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza rispetto alle prestazioni contrattate. L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della 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/accordo secondo la previsione di cui all'art. 7, 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/accordo 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.

#### **Art. 7 – Sospensione e risoluzione del contratto/accordo**

1. In caso di grave inadempimento altrui, anche parziale, di obbligazioni nascenti dal contratto/accordo, e previa contestazione formale, la parte può sospendere l'efficacia del

contratto/accordo o di parte di esso da un minimo di 3 mesi ad un massimo di 12 mesi, inviando comunicazione formale in cui indica anche la durata della sospensione.

2. La revoca dell'autorizzazione o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto/accordo. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto/accordo. Sono fatte salve ulteriori cause di sospensione e di risoluzione del contratto/accordo previste dalla legge.

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

4. La Struttura si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo (tracciati C ed ulteriori flussi previsti dalla normativa vigente), nei confronti dell'ASL e del SSR secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'Erogatore è motivo di risoluzione del contratto.

5. In caso di grave inadempimento di uno degli obblighi derivanti dal presente contratto/accordo, 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/accordo 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 del medesimo articolo;

b) l'accertamento o la sopravvenienza, con riferimento ai soggetti indicati al comma 5 dell'art. 80 del D. Lgs. 50/2016, di cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del D. Lgs. 159/2011 e smi, o in caso di ricevimento della comunicazione antimafia o di sussistenza di un tentativo di infiltrazione mafiosa accertato dall'informativa antimafia interdittiva ex art. 84 del medesimo decreto.

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

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

e) impedimento al controllo esercitato dalle AA.SS.LL. competenti per territorio o dalle Commissioni di Vigilanza situate nel territorio aziendale.

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

## **Articolo 8 - Clausola di salvaguardia**

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

2. Le parti sono consapevoli che il presente contratto/accordo non può essere oggetto di condizioni o di riserve relative al sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.
3. Costituiscono integrazione del contenuto contrattuale i provvedimenti di determinazione dei budget, dei tetti di spesa e del sistema tariffario, per cui la conclusione del contratto comporta accettazione di questi ultimi.

**Articolo 9 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo**

1. Il contratto/accordo decorre dal 1° gennaio 2022 al 31 dicembre 2023; per il primo trimestre 2022 si richiamano le regole di cui all'art. 4 comma 2 del presente contratto.
2. Il contratto/accordo si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative di carattere nazionale o regionale, senza che derivino maggiori oneri per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze, e purché le stesse siano legate all'erogazione di prestazioni sanitarie per conto del SSR, l'Erogatore potrà recedere dal contratto/accordo entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante comunicazione formale all'ASL.

**Articolo 10 - Bollo e registrazione**

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

**Art. 11 - Foro competente**

In caso di controversia tra le parti derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto/accordo saranno devolute all'Autorità Giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Letto, confermato e sottoscritto

Per l'ASL

Per l'Erogatore

.....

.....

**ALLEGATO A) STATO DI ACCREDITAMENTO**

ASL . . . . .  
AZIENDA . . . . .  
COD. AZ. . . . .  
SEDE . . . . .

**RICOVERO**

STRUTTURA . . . . .  
SEDE OPERATIVA . . . . .  
COD. HSP11 . . . . .  
ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE . . . . .  
ATTO/I DI ACCREDITAMENTO . . . . .

DISCIPLINE OSPEDALIERE	P.L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	P.L. CONTRATTATI 2022	EVENTUALI PRESTAZIONI OSPEDALIERE CONTRATTATE (DRG, MDC) RICHIESTE ALL'INTERNO DELLE DISCIPLINE ACCREDITATE E DEL BUDGET ASSEGNATO

**AMBULATORIO**

STRUTTURA . . . . .  
SEDE OPERATIVA . . . . .  
COD. STP . . . . .  
ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE . . . . .  
ATTO/I DI ACCREDITAMENTO . . . . .



**ALLEGATO C)**

**STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE – BUDGET TOTALI (acuzie, postacuzie (compreso neuropsichiatria), ambulatoriale, domiciliare, CAVS, ex art.26)**

ASL	CODICE	DENOMINAZIONE	BUDGET REGIONE	BUDGET FUORI REGIONE	TOTALE COMPLESSIVO
301	702	A.N.S.A.	842.002,00	7.110,18	849.112,18
	655	CASA DI CURA CELLINI	23.230.339,00	3.858.425,53	27.088.764,53
	612	CASA DI CURA KOELLIKER OSPEDALINO	23.086.680,00	922.798,38	24.009.478,38
	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA (V. Nota 1)	20.290.593,00	455.327,52	20.745.920,52
	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
	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 SALUZZO	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	6.052.399,34	294.201,31	6.346.600,65
	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.	2.867.702,00	19.103,88	2.886.805,88
	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
	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA (ex NUOVA LAMP)	1.348.680,00	43.866,12	1.392.546,12
	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 (v. nota 2)	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 VIALARDA)	4.700.402,00	1.144.249,98	5.844.651,98
	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 (v. nota 3)	627.442,00	11.265,82	638.707,82
	921	FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI	19.607.320,00	3.320.647,54	22.927.967,54
	868	HABILITA - I CEDRI	4.905.972,00	6.112.745,84	11.018.717,84
	626	POLICLINICO DI MONZA - SAN GAUDENZIO (v. nota 3)	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. (v. nota 4)	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. (v. nota 5)	2.919.329,27		2.919.329,27
	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
	<b>TOTALE</b>	<b>620.295.628,61</b>	<b>115.792.038,33</b>	<b>736.087.666,94</b>

**NOTE:**

Nota 1): il budget di CDC è comprensivo anche del budget della ex Nuova Lamp a seguito di provvedimento di volturazione

Nota 2): già oggetto di programmazione ai sensi della DGR 10-5283 del 1 luglio 2022

Nota 3) : al termine delle procedure di trasferimento delle attività ambulatoriali di Doc Service verso S. Gaudenzio il budget di Doc Service verrà accorpato a quello della Casa di Cura S. Gaudenzio

Nota 4): già oggetto di programmazione ai sensi della DGR 41-5140 del 27 maggio 2022

Nota 5): a seguito della variazione dell'assetto degenziale della struttura il budget 2023 complessivo della casa di cura Monteserrat è stabilito in Euro 3.159.684,36 (di cui 2.224.390,24 per pl di lungodegenza e 935.294,12 per pl Cavs ubicati nella sede di Caraglio)

**Importi del finanziamento a funzione - limite di spesa annua**

- all'**IRCCS Salvatore Maugeri di Veruno** – per funzioni riconducibili ai progetti di ricerca applicata denominati: “Progetto di telesorveglianza rivolta a pazienti affetti da patologie croniche di tipo pneumologico, cardiologico, fisiatrico e neuromotorio”, "Progetto di riabilitazione per l'età evolutiva" e “Progetto di intervento su specifici target di pazienti (in ambito cardio-pneumo ed in ambito neuromotorio)", progetti che hanno avuto il parere definitivo dell'Asl di Novara con nota prot. n. 18536 del 17/3/2022 - prot. reg. n. 10467 del 17/3/2022, è assegnato l'importo di € 2.500.000,00;
- all'**Istituto Auxologico Italiano – IRCCS PIANCAVALLO** – per funzioni riconducibili ai progetti di ricerca applicata denominati: “Proposta di un PDTA dell'obesità e DCA", "Telemedicina e telemonitoraggio post dimissioni dei pazienti affetti da obesità", "Terapia digitale per trattamento malattie croniche", "Trattamento di criostimolazione total body su pazienti con patologie metaboliche o neurologiche o fibromialgia", progetti che hanno avuto il parere dell'Asl VCO con nota prot. 17200 del 15 marzo 2022 – prot. reg. n. 10186 del 16/3/2022– è assegnato l'importo di € 2.500.000,00;
- 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;
- 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;
- 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.