



AZIENDA SANITARIA LOCALE AL

Sede legale: Via Venezia 6
15121 Alessandria
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

Deliberazione del Direttore Generale n. del

OGGETTO:

**PARERI DELLA S.O. PROPONENTE EX ART. 4, 1° COMMA, L. 7.8.1990 N. 241
S.O.**

il Responsabile del Procedimento
artt. 5 – 6 L. 7.8.90 n. 241

Il Responsabile

Registrazione contabile

Esercizio

Conto

Importo

Il Dirigente Responsabile

Eseguibile dal

Trasmessa alla Giunta Regionale in data

approvata in data

Trasmessa al Collegio Sindacale in data

Pubblicata ai sensi di legge dal

si attesta che il presente atto viene inserito e pubblicato nell'albo pretorio informatico dell'Azienda dalla data indicata per 15 gg. consecutivi (art.32 L. 69/2009)

Il Dirigente Amministrativo Area Programmazione Strategica e AA.GG.

OGGETTO: D.G.R. 73 – 5504 del 03.08.2017 – Acquisto prestazioni sanitarie di ricovero e di specialistica ambulatoriale da erogatori privati accreditati anno 2017 – Disposizione di sottoscrizione contratti

IL DIRETTORE GENERALE

Visto il D.lgs. n. 502 del 30.12.92 e successive modificazioni ed integrazioni;
vista la D.C.R. n. 136-39452 del 22.10.2007 di individuazione delle Aziende Sanitarie Locali e dei relativi ambiti territoriali;

visto il D.P.G.R. n. 85 del 17.12.2007 di costituzione dell'Azienda Sanitaria Locale AL;

vista la DGR n. 40-1368 del 27.04.2015 di nomina del Direttore Generale dell'ASL AL;

richiamata la deliberazione del Direttore Generale n. 516 del 9/7/2015 ad oggetto: "Individuazione degli atti di indirizzo e di governo e degli atti di gestione. Ripartizione delle competenze tra la Direzione Generale e le Strutture Operative dell'ASL AL";

Vista la D.G.R n. 53-2487 del 23.11.2015, ad oggetto: "AA.SS.RR. – Procedimento regionale di verifica degli atti aziendali – Art. 3 D.Lgs. n. 502/1992 s.m.i. – D.C.R. n. 167-14087 del 3.04.2012 – D.G.R. n. 42-1921 del 27.07.2015 – Presa d'atto adeguamento alle prescrizioni regionali e recepimento definitivo ai sensi della D.C.R. n. 167-14087 del 3.04.2012, all. A, par. 5.1.", con la quale è stato recepito in via definitiva l'Atto Aziendale dell'ASL AL, come riadottato, a seguito delle prescrizioni regionali, con la deliberazione n. 711 del 06.10.2015;

presa visione della proposta del Responsabile della Struttura SC Programmazione Controllo Sistema Informativo, qui di seguito riportata:

Vista la DGR n. 73 – 5504 del 3 agosto 2017 "Approvazione di nuove regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie di ricovero e di specialistica ambulatoriale da erogatori privati accreditati per le annualità 2017-2018-2019, dello schema di contratto e dei tetti di spesa della Regione Piemonte e delle Aziende Sanitarie regionali per l'annualità 2017";

Preso atto che con tale provvedimento la Regione Piemonte:

- definisce il tetto regionale per l'acquisto di prestazioni sanitarie di ricovero (acuzie e post – acuzie) e di specialistica ambulatoriale per l'annualità 2017 dalle strutture private accreditate che erogano prestazioni a carico del servizio sanitario regionale;
- assegna alle Aziende Sanitarie Locali i tetti di spesa per l'acquisto da erogatori privati accreditati di prestazioni sanitarie di ricovero in regime di acuzie, di ricovero in regime di post – acuzie e di specialistica ambulatorie, definiti sulla base del consumo storico dei residenti dell'ASL presso le strutture accreditate piemontesi e che tali tetti rappresentano il limite invalicabile di spesa per l'acquisto delle prestazioni sanitarie;
- demanda alle Aziende Sanitarie Locali competenti per territorio la funzione di negoziazione e acquisto di prestazioni sanitarie dalle singole strutture accreditate ubicate sul proprio territorio nell'ambito dei valori di riferimento e dei criteri e linee di indirizzo definiti a livello regionale e nei limiti, tra gli altri, dei tetti di spesa assegnati a ciascuna azienda di residenza;
- demanda a successivo provvedimento della Direzione Regionale Sanità, da adottare entro il 15 settembre 2017, la definizione dei valori da assegnare a ciascuna ASL territorialmente competente per la fase della negoziazione di prestazioni sanitarie per residenti piemontesi con le strutture private accreditate con il SSR ubicate sul proprio territorio;
- approva lo schema di contratto a valere per le strutture private accreditate;

- dispone che la sottoscrizione dei contratti con i singoli erogatori privati accreditati dovrà avvenire entro il termine del 30.09.2017;
- approva le linee di indirizzo per l'esercizio della funzione di negoziazione e acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati e per la regolazione dei contratti e la valutazione della qualità della performance delle strutture private accreditate per le annualità 2017, 2018 e 2019 (allegato C alla DGR n. 73 – 5504/2017);
- assegna alle Aziende Sanitarie, nell'ambito della funzione di negoziazione di cui al paragrafo precedente:
 - la definizione della produzione aggiuntiva protetta nella misura del 10% del 2^ semestre 2017 per prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale nei confronti di ciascuna struttura privata significativa (che rappresenta singolarmente \geq 10% del consumo dell'ASL di residenza)
 - la definizione del fabbisogno con ciascun erogatore per il recupero della mobilità passiva extraregionale, nell'ambito dei finanziamenti assegnati dalla DGR n. 73 – 5504/2017

Vista la D.D. 574 del 13.09.2017 "Definizione dei valori di riferimento per l'anno 2017 da assegnare alle AASSLL per la negoziazione con i privati accreditati erogatori di prestazioni sanitarie" con cui sono stati definiti i valori di riferimento annuali e del secondo semestre 2017 per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati;

Preso atto che con nota prot. 95093 del 22.09.2017 l'ASL AL ha comunicato alla Regione Piemonte il percorso metodologico utilizzato per la definizione dei contratti 2017, chiedendo altresì indicazioni circa la correttezza del processo intrapreso al fine di poter procedere in tempi congrui alla definizione degli accordi contrattuali con le Strutture private del nostro territorio; nella citata nota si è precisato che l'ASL AL ha proceduto secondo la seguente metodologia:

- In data 3 agosto u.s. si è svolto specifico incontro con l'Azienda Ospedaliera di Alessandria finalizzato a valutare le possibili azioni a seguito della D.G.R. 10 luglio 2017, n. 35-5329 ad oggetto: "Presa d'atto delle disponibilità finanziarie provvisorie di parte corrente per il Servizio Sanitario Regionale relative all'esercizio 2017 e determinazione delle risorse da assegnare agli Enti del SSR ai fini degli obiettivi economico-finanziari per l'anno 2017", con la quale la Regione Piemonte ha disposto un finanziamento integrativo pari a euro 2.500.000 all'ASO di Alessandria finalizzato a programmi di sviluppo delle attività ospedaliere destinati, tra l'altro, a ridurre nel prossimo triennio la mobilità passiva fuori regione osservata nell'ASL territoriale di riferimento;
- A seguito di tale incontro si è proceduto a definire una bozza di Protocollo d'intesa tra le due Aziende Sanitarie per le azioni condivise e finalizzate; con successiva nota del 18 settembre u.s. l'Azienda Ospedaliera di Alessandria ha manifestato le proprie difficoltà ad attuare le azioni individuate per il recupero della fuga extraregione dei residenti del territorio dell'ASL AL;
- L'Azienda Sanitaria ha proceduto preliminarmente, nelle date del 10.8., 24.8. e 15.9.u.s., ad incontrare le Strutture private presenti sul territorio, definendo il possibile percorso per la definizione dei contratti 2017, soprattutto in funzione della determinazione delle prestazioni oggetto di specifica contrattazione, individuando le aree più significative in termini di abbattimento dei tempi d'attesa e di recupero della fuga extraregionale dei residenti ASL AL;

- Si è proceduto a richiedere a tutte le AA.SS.LL. piemontesi le eventuali variazioni sul fabbisogno storico di prestazioni/ricoveri dei loro residenti erogate dalle strutture private del territorio ASL AL;
- Si è proceduto sulla base di quanto emerso nei punti precedenti alla predisposizione dei contratti e dei relativi allegati, secondo gli indirizzi di cui alla citata DGR n. 73 – 5504 del 3.8.2017 e secondo i valori di riferimento di cui alla D.D. 574 del 13.09.2017;
- In particolare nella stesura dei contratti è stata seguita la seguente metodologia:
 1. Predisposizione dei contratti secondo lo schema fornito dalla Regione Piemonte (DGR n. 73 – 5504 del 3.8.2017)
 2. Inserimento nel testo contratti dei Valori di riferimento per residenti Piemonte anno 2017 e 2° semestre 2017 (come da DD 574/2017)
 3. Inserimento nel testo dei contratti dei Tetti di produzione extraregione (come da DGR 73-5504 del 3 agosto 2017)
 4. Predisposizione dell'allegato relativo all'accreditamento istituzionale (per ricovero ed ambulatoriale)
 5. Predisposizione dell'allegato sul dettaglio ricoveri - prestazioni attese sul 90% del Valore di riferimento residenti Piemonte 2° semestre 2017
 6. Predisposizione dell'allegato sulle "prestazioni protette" per residenti ASL AL all'interno del 10% del valore di riferimento secondo semestre 2017
 7. L'allegato di cui al punto 6 è stato predisposto solo per le strutture private "significative" (almeno il 10% del consumo di residenti ASL AL da strutture private)
 8. I valori di cui all'allegato del punto 6 rientrano nella quota del 10% sul valore di riferimento 2° semestre 2017 che può essere oggetto di contrattazione
 9. Per la definizione dei valori dell'allegato di cui al punto 6 si è proceduto sulla base delle prestazioni critiche oggetto di monitoraggio regionale dei tempi di attesa, definendo un incremento nel 2° semestre 2017 del 10% sulla produzione del 1° semestre 2017 per residenti ASL AL per le strutture che erogano le prestazioni interessate (non sono state considerate le prestazioni sotto le n°5 unità)
 10. Predisposizione dell'allegato delle prestazioni richieste per il recupero della fuga extraregionale (per ricoveri e ambulatoriale) di cui al finanziamento aggiuntivo 2017 della DGR 73-5504 del 3 agosto 2017
 11. Per la definizione dei valori dell'allegato di cui al punto 10 si è proceduto sulla base delle prestazioni e DRG critici per fuga extraregionale 2016, definendo un incremento nel 2° semestre 2017 del 5% sulla produzione del 1° semestre 2017 per residenti ASL AL per le strutture che erogano le prestazioni interessate (non sono state considerati i ricoveri sotto le n°3 unità)
 12. Per la definizione dei valori dell'allegato di cui al punto 10 non sono state considerate le prestazioni già oggetto di contrattazione del 10% quali prestazioni protette (punto 6)
 13. Per la Casa di Cura Sant'Anna non è stato possibile definire gli allegati di cui ai punti 6 e 10 in quanto, avendo la Struttura sospeso l'attività ambulatoriale da luglio 2016 a tutt'oggi, non risultano elementi per programmare l'attività nel corso degli ultimi mesi del 2017, rinviando al 2018 la contrattazione di tali attività protette (per la parte ricoveri è stato utilizzato lo schema

- contrattuale 2016, come da indicazioni regionali, che non prevede "prestazioni protette" o recupero della mobilità extraregionale)
14. Predisposizione di specifico contratto per Policlinico di Monza relativo all'attività di CAVS (schema di contratto uguale a quello del 2016 - non è previsto meccanismo di definizione valore di riferimento e prestazioni protette)
 15. Predisposizione di specifico contratto per CdC Sant'Anna relativo all'attività di ricovero di Riabilitazione Psichiatrica (schema di contratto uguale a quello del 2016 - non è previsto meccanismo di definizione valore di riferimento e prestazioni protette)

Vista la nota Regione Piemonte prot. n.19294 del 25.9.u.s. con la quale è stata data comunicazione che sono resi disponibili sulla piattaforma regionale "PADDI" gli schemi di dettaglio dei valori della produzione sanitaria di riferimento del 2° semestre 2017 (90% art. 3, cc 1 e 2);

Atteso che, alla luce di quanto comunicato dalla Regione Piemonte, si è proceduto alla definizione degli allegati ai contratti, per quanto concerne il dettaglio dei valori della produzione di riferimento del 2° semestre 2017;

Vista la nota Regione Piemonte prot.19662/A14000 del 29.9.2017 con la quale si precisa che per i soggetti privati accreditati e già contrattati per attività di neuropsichiatria (lungodegenza psichiatrica, riabilitazione psichiatrica, CAVS psichiatrici), di CAVS e di assistenza domiciliare, ai sensi della DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017, dovrà essere adottato il vecchio schema di contratto nella versione aggiornata per il 2017 allegata alla citata nota regionale, che sostituisce la bozza inviata dalla Regione Piemonte con comunicazione mail del 15.9.2017;

Ritenuto alla luce della citata nota Regione Piemonte del 29.9.2017 di adottare per la Casa di Cura Sant'Anna di Casale M., erogante attività di riabilitazione psichiatrica, lo schema di contratto trasmesso dalla Regione Piemonte nella versione aggiornata per il 2017;

Vista la nota prot. 159/2017 in data 12.09.2017 con la quale il Gruppo Policlinico di Monza S.p.A., nel precisare che i valori di produzione 2017 alla data di stesura della nota stessa, erogata mediante i sei presidi attraverso i quali opera in regime di accreditamento in Regione Piemonte, evidenziano risultanze non sempre coerenti ai fabbisogni stimati e ai budget attribuiti alle singole strutture del Gruppo, ritiene che la Regione Piemonte possa considerare la redistribuzione del budget 2017 nei limiti dei tetti di spesa complessivi assegnatoli;

Ritenuto pertanto sospendere la definizione del contratto con il Gruppo Policlinico di Monza per le strutture Clinica Città di Alessandria e Clinica Salus site in Alessandria in attesa della valutazione della Regione Piemonte circa la richiesta di redistribuzione budget da parte del Gruppo;

Ritenuto, come previsto dalla D.G.R. n. 73 – 5504 del 3 agosto 2017, di trasmettere ai singoli soggetti erogatori la proposta di sottoscrizione dei contratti così predisposti, nei termini di cui alla citata deliberazione regionale;

considerato che la formulazione della proposta di un atto deliberativo impegna la responsabilità del soggetto proponente circa la regolarità amministrativa del contenuto della deliberazione nonchè la legittimità della stessa;

visto il parere obbligatorio espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario ai sensi dell'art.3/7 D.lgs 30/12/1992 n.502 e s.m.i.

DELIBERA

- 1) Di disporre, per le motivazioni in premessa riportate, la sottoscrizione dei contratti ex art.8-quinquies del D.Lgs. 502/1992 con gli erogatori privati di prestazioni di ricovero per l'anno 2017, predisposti secondo gli indirizzi e i contenuti della D.G.R. n. 73 – 5504 del 3 agosto 2017, allegati alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale;
- 2) Di dare atto che i contratti di cui al precedente punto 1) sono redatti nel rispetto di quanto previsto dalla DGR n. 73 – 5504 del 3 agosto 2017 e, in particolare, secondo gli indirizzi contenuti negli allegati dell'atto medesimo e nel rispetto dei limiti di spesa 2017 assegnati con lo stesso provvedimento – Allegato A - per quanto riguarda l'acquisto di:
 - prestazioni di ricovero acuzie e post acuzie per residenti in altre regioni;
 - prestazioni ambulatoriali per residenti in altre regioni;
 - prestazioni CAVS – residenti Piemonte
 - prestazioni Riabilitazione Neuropsichiatrica – residenti Piemonte e altre regioni

e nel rispetto dei valori anno 2017 e valori di riferimento 2[^] semestre 2017 di cui all'allegato A della DD 574 del 13.09.2017 per l'acquisto di:

- prestazioni di ricovero acuzie residenti regione Piemonte
- prestazioni di ricovero post acuzie residenti regione Piemonte
- prestazioni ambulatoriali residenti regione Piemonte

I valori come sopra esposti sono riassunti nell'allegato 1 alla presente delibera quale parte integrante e sostanziale;

- 3) Di disporre per la trasmissione ai singoli soggetti erogatori della proposta di sottoscrizione dei contratti di cui al precedente punto 1), nei termini di cui alla D.G.R. n. 73 – 5504 del 3 agosto 2017;
- 4) Di sospendere temporaneamente la definizione del contratto nei confronti del Gruppo Policlinico di Monza S.p.A. in attesa della valutazione della Regione Piemonte circa la richiesta di redistribuzione budget da parte del Gruppo;
- 5) Di dare atto che la spesa complessiva derivante dal presente provvedimento trova copertura nell'ambito delle risorse assegnate agli Enti del SSR ai fini degli obiettivi economico – finanziari per l'anno 2017 con DGR 35-5329 del 10.07.2017, tenuto conto di quanto previsto dalla DGR 73 – 5504 del 3 agosto 2017;
- 6) Di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi dell'art.28 co. II LR 10/95, considerata l'urgenza di provvedere in merito

ALLEGATO 1
**VALORI EX DGR 73-5504 DEL 3.08.2017 - DD 574 DEL 13.09.2017
EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI - TERRITORIO ASL AL
ANNO 2017**

		ANNO 2017		
STRUTTURA	Prestazioni	REGIONE DD 574	REGIONE VALORI RIF 2^ SEM 2017 DD 574	FUORI REGIONE DGR 73-5504
POLICLINICO MONZA **	Ricovero Acuzie	15.120.014,00	5.851.445,00	9.929.058,00
	Ricovero Post Acuzie	2.306.976,00	892.800,00	1.514.952,00
	Ricovero TOTALE	17.426.990,00	6.744.245,00	11.444.010,00
	Specialistica	3.191.015,00	1.234.923,00	317.904,00
	TOTALE	20.618.005,00	7.979.168,00	11.761.914,00
VILLA IGEA	Ricovero Acuzie	3.971.705,00	1.599.326,00	8.208.191,00
	Ricovero Post Acuzie	528.295,00	212.734,00	1.091.809,00
	Ricovero TOTALE	4.500.000,00	1.812.060,00	9.300.000,00
	Specialistica	628.503,00	243.231,00	122.723,00
	TOTALE	5.128.503,00	2.055.291,00	9.422.723,00
ALLIANCE MEDICAL	Ricovero Acuzie			
	Ricovero Post Acuzie			
	Ricovero TOTALE			
	Specialistica	6.747.461,00	2.824.200,00	1.625.339,00
	TOTALE	6.747.461,00	2.824.200,00	1.625.339,00
F.I.S.A - STATIC	Ricovero Acuzie			
	Ricovero Post Acuzie			
	Ricovero TOTALE			
	Specialistica	404.840,00	156.673,00	5.076,00
	TOTALE	404.840,00	156.673,00	5.076,00
DOTT. PONZANO	Ricovero Acuzie			
	Ricovero Post Acuzie			
	Ricovero TOTALE			
	Specialistica	96.756,00	42.029,00	0,00
	TOTALE	96.756,00	42.029,00	0,00
STUDIO ZORINI	Ricovero Acuzie			
	Ricovero Post Acuzie			
	Ricovero TOTALE			
	Specialistica	583.577,00	236.768,00	200.165,00
	TOTALE	583.577,00	236.768,00	200.165,00
STUDIO FOCO	Ricovero Acuzie			
	Ricovero Post Acuzie			
	Ricovero TOTALE			
	Specialistica	1.101.970,00	490.579,00	80.764,00
	TOTALE	1.101.970,00	490.579,00	80.764,00
LABORATORI O SANTA MARIA	Ricovero Acuzie			
	Ricovero Post Acuzie			
	Ricovero TOTALE			
	Specialistica	276.396,00	106.965,00	4.889,00
	TOTALE	276.396,00	106.965,00	4.889,00
SANT'ANNA CASALE	Ricovero Acuzie			
	Ricovero Post Acuzie			
	Ricovero TOTALE			
	Specialistica	456.045,00	410.441,00	43.955,00
	TOTALE	456.045,00	410.441,00	43.955,00
TOTALE COMPLESSIVO		35.413.553,00	14.302.114,00	23.144.825,00
DI CUI RICOVERO ACUZIE DD 574		19.091.719,00	7.450.771,00	
DI CUI RICOVERO POST ACUZIE DD 574		2.835.271,00	1.105.534,00	
DI CUI SPECIALISTICA DD 574		13.486.563,00	5.745.809,00	
DI CUI EXTRAREG ACUZIE DGR 73-5504				18.137.249,00
DI CUI EXTRAREG POST ACUZIE DGR 73-5504				2.606.761,00
DI CUI EXTRAREG SPECIALISTICA DGR 73-5504				2.400.815,00
ANNO 2017				
STRUTTURA	Prestazioni	REGIONE DGR 73-5504	FUORI REG DGR 73-5504	TOTALE
SANT'ANNA CASALE	Riabilitazione Neuropsichiatrica	4.663.049,00	149.450,00	4.812.499,00
POLICLINICO MONZA **	CAVS	770.000,00	-	770.000,00

Contratto/Accordo contrattuale

tra

l'ASL AL, con sede legale in Alessandria, via Venezia 6, (C.F. 02190140067), rappresentata dal Direttore Generale pro tempore dr. Gilberto GENTILI, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società ALLIANZE MEDICAL DIAGNOSTIC SRL con sede legale in Lissone (MB) Via Goffredo Mameli 42/A (C.F. 02846000616), 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 denominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata dalla Dott.ssa Adele Negroni nella qualità di Amministratore Delegato, con titolo di legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

- gli articoli 8-bis, quater e quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
- con DGR n. 73 - 5504 del 03/08/2017 sono state definite le nuove regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati e a contratto, i tetti di spesa regionali e di ASL per il 2017 ed è stato approvato lo schema di contratto a valere per le strutture private (Case di cura) e di accordo contrattuale a valere per le strutture equiparate (presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78, progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis d.lgs. 502/92 e s.m.i.);
- con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. ____ del __/__/____ è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto/accordo in attuazione della citata DGR;
- il legale rappresentante della Struttura dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente;

si conviene e stipula quanto segue:

Articolo 1 – Oggetto del contratto/accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto.
2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e con oneri a carico del SSR, conformi a tipologie e volumi riassunti all'articolo 3, comma 1 e precisati nell'allegato C) parte integrante del contratto.
3. Le prestazioni devono comunque avere luogo nell'intera annualità con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda.
4. Nulla spetterà all'erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di accreditamento nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 8, ferma restando la tutela giurisdizionale.
5. Qualora per giustificato motivo l'Erogatore non possa espletare le prestazioni oggetto del contratto dovrà dare tempestiva comunicazione all'ASL, la quale informerà le Aziende dell'Area omogenea di programmazione e la Regione. Similmente si dovrà comunicare la ripresa dell'esecuzione.

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

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e di provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere ed 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. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.
2. La struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/991.
3. Ai sensi dell'articolo 1, comma 42, L. n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti di ASL e Regione che abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro.

4. In ottemperanza al regolamento approvato con decreto 2 aprile 2015, n. 79, 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.
5. La cessione del contratto a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o cambiamento di ragione sociale, subordinatamente all'adozione degli atti di competenza regionale ed aziendale.

Articolo 3 – Limiti finanziari.

1. Il valore di riferimento annuale per il 2017 della Struttura per i residenti piemontesi è pari al budget 2016 – ovvero al valore contratto 2016 per gli erogatori ambulatoriali – comprensivo del valore di riferimento per il 2° semestre 2017 determinato in misura pari al 90% della differenza fra il budget 2016 – ovvero del valore contrattato 2016 per gli erogatori ambulatoriali – ed il valore della produzione erogata dalla Struttura al 30.6.2017, quest'ultima riconosciuta anche in misura eccedente i 6/12, ma comunque non superiore al limite del 57% del budget – ovvero del valore contrattato – 2016, complessivamente inteso, del singolo erogatore.
2. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR sono riassunti i seguenti valori annui di riferimento per la Struttura:
 - a. Per prestazioni rese a residenti in regione e STR (stranieri paesi Ue/SEE/in Convenzione), ENI (Europeo Non Iscrivibile) ed STP (stranieri temporaneamente presenti) a carico del SSN ai sensi della circolare Ministero Salute n. 5 del 24.3.2000:
 - specialistica ambulatoriale € 6.747.461,00 (di cui € 2.824.200,00 valore di riferimento per il 2° semestre 2017)
 - per recupero della mobilità passiva sulla base degli indirizzi regionali, per specifiche prestazioni/DRG definiti nell'apposita sezione dell'allegato C), si rimanda agli importi indicati nell'allegato C3 del presente contratto ex DGR 73 - 5504 del 03/08/2017
 - b. Per prestazioni rese a residenti in altre regioni:
 - specialistica ambulatoriale € 1.625.339,00
 - c. Per gli STP (stranieri temporaneamente presenti) la cui competenza in materia sanitaria, ai sensi dell'art. 32 del Decreto Legge n. 50 del 24.04.2017, è stata trasferita dal Ministero degli Interni al Ministero della Salute, verranno riconosciuti gli importi delle prestazioni erogate secondo le indicazioni nazionali.
3. Nel caso di trasferimento da un setting assistenziale all'altro, il valore di cui al comma 2 lett. a) relativo alla specialistica ambulatoriale potrà essere incrementato con corrispondente riduzione dei valori di riferimento per il ricovero.
4. I valori di cui al comma 2 lett. a) – fatta eccezione per il budget assegnato per il recupero della mobilità passiva fuori regione – non rappresentano un limite invalicabile per l'erogatore poiché potranno essere incrementati, a chiusura dell'esercizio, attraverso la valorizzazione di prestazioni erogate in coerenza alla programmazione sanitaria dell'ASL, purché nei limiti dei tetti di spesa, complessivi e invalicabili, assegnati alle AASSLL di residenza e del 110% del valore della produzione entro il budget/valore contrattato 2016 della singola struttura. Le valorizzazioni economiche delle prestazioni – ridotte dagli abbattimenti applicati per controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazioni – eccedenti il limite del 110% della produzione 2016 entro budget/valore contrattato della singola Struttura non saranno riconosciute, mentre quelle ricomprese in detto limite ma eventualmente eccedenti i tetti di spesa dell'ASL di residenza potranno essere riconosciute con l'applicazione di meccanismi di regressione economica, secondo le regole riportate nell'allegato B) al contratto e secondo le indicazioni di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017. Non si procede alla regressione nel caso in cui l'esubero del tetto di spesa dell'ASL di residenza per la specialistica ambulatoriale sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo dei tetti di spesa per il ricovero.
5. La remunerazione per le prestazioni erogate nel 2017 non potrà comunque essere inferiore al 95% del valore della produzione 2016 entro budget del singolo erogatore.
6. Per la somministrazione dei farmaci (File F) in coerenza alle disposizioni regionali è previsto il rimborso ai costi sostenuti dall'erogatore, o se inferiore ai prezzi di riferimento delle gare regionali, ridotti dalle eventuali quote dovute dalle aziende farmaceutiche, in applicazione della così detta "rimborsabilità condizionata" di taluni farmaci.
7. L'Erogatore prende atto dei tetti di spesa complessivi e invalicabili delle AASSLL per le prestazioni da erogare ai propri residenti da parte dei privati contrattati, definiti sul consumo storico dei residenti dell'ASL, riproporzionato ai valori complessivi di produzione entro il budget regionale.

8. L'Erogatore accetta i valori di riferimento assegnati, il tetto di spesa per ASL di residenza, i tetti di spesa per il recupero della mobilità passiva fuori regione e delle prestazioni – diverse dall'alta complessità – rese a cittadini di altre regioni, il sistema tariffario vigente nella Regione Piemonte e quello di remunerazione delle prestazioni rese, comprese le regole di regressione economica nel caso in cui l'insieme delle prestazioni erogate dal privato contrattato per il 2^a semestre 2017, sommata alla remunerazione delle prestazioni erogate dalle Strutture per i residenti dell'ASL al 30.06.2017, abbia superato i limiti per ASL di residenza dei pazienti.
9. L'erogatore prende atto ed accetta l'applicazione, per il 2^a semestre 2017, del sistema di valutazione della qualità con applicazione del 2,5% di premialità o di penalizzazione secondo i criteri definiti all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017. Il calcolo degli indicatori sarà effettuato utilizzando il Protocollo PNE contestualizzato a livello regionale.
10. La valorizzazione delle prestazioni avviene con la tariffa in vigore al momento dell'erogazione della prestazione, intendendosi per le prestazioni di ricovero la data di dimissione e per le prestazioni ricorrenti la data di completamento del ciclo terapeutico.
11. I valori di riferimento assegnati all'erogatore, i tetti di spesa, complessivi e invalicabili, delle AASSLL per le prestazioni da erogare a propri residenti da parte dei privati contrattati, e i restanti tetti di spesa applicati all'erogatore, si mantengono anche in caso di variazione comunque intervenuta dei valori delle tariffe di riferimento, sia per modifica della fascia di accreditamento, sia per revisione dei tariffari regionali, intendendosi in tal caso rideterminate le prestazioni oggetto del contratto nella misura necessaria a mantenere i valori massimi fissati.

Articolo 4 – Remunerazione delle prestazioni erogate

1. Le prestazioni erogate sino al 30 giugno 2017 sono remunerate entro il 57% del budget – ovvero del valore contrattato – 2016, complessivamente inteso, ed entro il 30 ottobre sarà definito il saldo dei primi sei mesi, fatti salvi eventuali conguagli conseguenti ai successivi controlli.
2. La remunerazione a saldo della produzione 2017 per i residenti in regione avviene con le seguenti regole, considerando separatamente ricovero per acuti, ricovero per post-acuti e specialistica ambulatoriale:
 - a) nel caso in cui la valorizzazione delle prestazioni realizzate nel 2^a semestre 2017 da tutti gli erogatori privati per i residenti dell'ASL – ridotti degli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre valorizzazione e di post valorizzazione – risulti inferiore rispetto ai tetti di spesa assegnati all'ASL di residenza, all'erogatore verrà corrisposta l'intera valorizzazione della produzione, entro il limite del 110% della produzione 2016 entro budget/valore contrattato;
 - b) nel caso in cui la valorizzazione delle prestazioni realizzate nel 2^a semestre 2017 da tutti gli erogatori accreditati e contrattati per i residenti dell'ASL – ridotti degli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre valorizzazione e di post valorizzazione – risulti superiore ai tetti di spesa assegnati all'ASL di residenza si ridurrà il valore riconosciuto a ciascun erogatore secondo il meccanismo di regressione economica di cui all'allegato B) al contratto ed alle indicazioni di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017, in modo che la valorizzazione complessiva rientri nei limiti dei tetti di spesa dell'ASL di residenza.
3. Non saranno comunque riconosciute eccedenze di produzione oltre il 110% della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato 2016 della singola Struttura privata contrattata e la regressione non potrà, in ogni caso, determinare una remunerazione inferiore al 95% della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato del singolo erogatore.
4. Saranno esclusi dalla regressione economica i valori delle prestazioni cosiddette "*protette*", corrispondenti alle prestazioni riportate nell'allegato C) al contratto secondo le indicazioni di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017;
5. I DRG contrattati dall'ASL per il recupero della mobilità passiva, di cui all'allegato C) al presente contratto, saranno remunerati anche al di sopra del tetto del 110% della Struttura.
6. La produzione realizzata per residenti in altre regioni sarà remunerata come segue:
 - a. la produzione entro il valore di cui all'art. 3, comma 2, lett. b) viene integralmente riconosciuta;
 - b. gli incrementi rispetto ai valori 2016 delle prestazioni di alta specialità saranno riconosciuti per intero;
 - c. gli eventuali incrementi di mobilità attiva su prestazioni di bassa e media complessità (rispetto alla produzione 2016) saranno eventualmente riconosciuti al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre regioni.

7. 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 5 – Erogazione di prestazioni.

1. Per una più razionale ed efficiente gestione degli accessi ai servizi, la struttura erogatrice assicura la condivisione con l'ASL delle agende di prenotazione, nei termini e secondo le modalità stabilite dall'ASL o dalla Regione.
2. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in un'apposita sezione del 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", essendo il limite giornaliero pari al numero di quelli accreditati.
4. La capacità produttiva non contrattata è utilizzabile per l'attività a regime privatistico.

Articolo 6 – Verifiche e controlli.

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza in relazione all'allegato C). L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controllo, nel rispetto della DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si impegna ad agevolare l'attività di vigilanza dell'apposita commissione ASL, nonché le ulteriori attività esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.
2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 15 giorni, il legale rappresentante della Struttura o suo delegato, può presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

Articolo 7 – Modalità di pagamento.

1. Il corrispettivo preventivato viene liquidato, a decorrere dal secondo semestre 2017, a titolo di acconto in quote mensili posticipate pari, di norma, a:
 - a) 90% di 1/12 del budget 2016 – ovvero del valore contrattato 2016 per gli erogatori ambulatoriali – o del realizzato se inferiore, fino alla definizione dei valori di riferimento di cui all'articolo 3, comma 2, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente;
 - b) Successivamente alla definizione dei valori di riferimento, pari al 100% di 1/6 del valore di riferimento 2° semestre 2017, di cui all'articolo 3, comma 2, o al realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente;
 - c) Successivamente alla definizione del budget per recupero della mobilità passiva fuori regione, pari al 100% di 6/12 del budget assegnato per il 2° semestre 2017, di cui all'articolo 3, comma 2, o al realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente.
2. I pagamenti a titolo di acconto devono avere luogo entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura corredata da un elenco delle prestazioni erogate nel mese di riferimento, redatto nella forma definita dall'ASL.
3. E' fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dall'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.
4. Entro il primo trimestre dell'anno successivo l'ASL verifica le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie concordate per destinazioni di residenza e per recupero di mobilità passiva fuori regione, e comunica alla Regione le informazioni necessarie ai fini della regressione economica che si definirà nei successivi trenta giorni. In caso di mancata contestazione entro tale termine, si procede alla liquidazione del saldo provvisorio della produzione erogata nei limiti pattuiti, entro 60 giorni dal ricevimento della fattura ex

articolo 4 del decreto legislativo n. 231/2002 e s.m.i.. In caso di contestazione, l'ASL sospenderà la liquidazione delle partite contestate fino alla relativa definizione.

5. Il pagamento di prestazioni fatturate non esclude future contestazioni da parte dell'ASL per importi non dovuti in relazione a prestazioni che, a seguito di ulteriori controlli, risultassero rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa, nei limiti della prescrizione.
6. Gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ASL, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile. 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.
7. Gli eventuali incrementi di prestazioni di ricovero, di bassa e media complessità, rese a cittadini di altre regioni italiane rispetto alla produzione 2016, saranno riconosciuti al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre regioni, in conformità ai provvedimenti regionali in materia.
8. Gli importi indicati nella reportistica prodotta dal Sistema Informativo Regionale rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dall'Erogatore e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente secondo i protocolli approvati hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono titolo per il riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.

Articolo 8 - Sospensione e risoluzione del contratto.

1. La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto.
2. Ove una parte accerti l'inadempimento concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto sarà legittimata ad emettere diffida ad adempiere ex articolo 1454 cod. civ. E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex articolo 1218 cod. civ. della parte inadempiente.
3. In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purchè formalmente contestati, il contratto è risolto con comunicazione recettizia formulata dalla parte che ha contestato.
4. In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali del contratto, purchè contestati formalmente, il contratto può essere sospeso da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato.
5. In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente contratto, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente contratto per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.
6. In tutte le ipotesi di sospensione in cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti dell'ASL e della Regione.
7. Il contratto si intenderà altresì risolto qualora intervenga condanna definitiva per reati contro la pubblica amministrazione a carico del legale rappresentante per fatti ad esso direttamente imputabili.

Articolo 9 – Clausola di maniera.

1. 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 contratte e si obbliga ad esonerare il SSN da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questo, avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del contratto.

Articolo 10 – Clausola di salvaguardia.

1. Con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente, il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e delle tariffe alla base del presente atto, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi, in quanto atti determinanti il contenuto del contratto. In considerazione dell'accettazione, con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore rinuncia ad eventuali azioni o impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti.

Articolo 11 – Durata, aggiornamento e rinvio normativa.

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2017 sino al 31 dicembre 2017. Non è tacitamente prorogabile.
2. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative, di carattere nazionale, senza che maggiori oneri derivino per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all'ASL.
3. Per gli aspetti non disciplinati dal contratto si rinvia al codice civile ed alla normativa di settore.

Articolo 12 – Bollo e registrazione.

1. Le spese di bollo sono in parti uguali. Ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del DPR 26 aprile 1986 n. 131 il contratto è soggetto a registrazione in caso di uso.

Articolo 13 – Foro competente, elezione di domicilio.

1. Le controversie derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto saranno devolute all'Autorità Giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Letto, approvato, e sottoscritto in due originali.

Lì, / / 2017

Per l'ASL

Per la Struttura

.....

.....

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del cod. civ. si approvano espressamente le clausole convenute negli articoli 2 (obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi), 3 (limiti finanziari), 4 (Remunerazione delle prestazioni erogate), 7 (Corrispettivo e modalità di pagamento), 9 (Clausola di maniera), 10 (Clausola di salvaguardia).

Per l'ASL

Per la Struttura

.....

.....

Allegato A) STATO DI ACCREDITAMENTO

AZIENDA ALLIANCE MEDICAL DIAGNOSTIC SRL

COD. AZ. 861

SEDE Lissone (MB) Via Goffredo Mameli 42/A

AMBULATORIO

STRUTTURA/E STUDIO RADIOLOGICO CENTO CANNONI

SEDE/I OPERATIVA/E ALESSANDRIA – VIA DEL LEGNO 19 COD STS 500081

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO DGR 29-3894 del 25.9.2006 - DD 1021 del 01.12.2014

STRUTTURA/E STUDIO RADIOLOGICO NEWIMA

SEDE/I OPERATIVA/E ACQUI TERME (AL) – CORSO BAGNI 112 COD STS 500092

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO DGR 32-14611 del 24.1.2005 - DD 1021 del 01.12.2014

Allegato B) REGOLE DI VALORIZZAZIONE DELLA PRODUZIONE RESA A RESIDENTI NELLA REGIONE AI FINI DELLA REMUNERAZIONE

1. La regressione economica si applica alle valorizzazioni delle prestazioni rese nel 2^a semestre 2017 dagli erogatori privati contrattati a favore dei residenti di una determinata ASL, quando la sommatoria delle stesse (sommata alla remunerazione delle prestazioni erogate dalle Strutture per i residenti dell'ASL al 30.06.2017) supera i tetti di spesa 2017, complessivi ed invalicabili, assegnati all'ASL per l'acquisto di prestazioni da privati contrattati a favore di propri residenti.
2. Ai fini della eventuale regressione sulla valorizzazione delle prestazioni rese nel 2^a semestre 2017 si considerano separatamente le prestazioni rese per ricovero in regime di acuzie, ricovero in regime di post acuzie e specialistica ambulatoriale.
3. I valori di produzione a base dei calcoli della regressione si assumono al netto degli abbattimenti conseguenti agli ordinari controlli effettuati sulla produzione – abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione.
4. I valori di produzione di ciascun erogatore, rideterminati come indicato al punto 3, vengono preliminarmente ricondotti ad un valore non superiore al 110% del valore della produzione 2016 entro il budget – ovvero il valore contrattato per gli erogatori ambulatoriali – fatta eccezione per i DRG contrattati dall'ASL per il recupero della mobilità passiva (di cui all'allegato C) che potranno essere remunerati anche al di sopra del tetto del 110%. Le prestazioni che saranno oggetto di riconduzione al tetto del 110% saranno individuate fra quelle prodotte, in termini temporali, successivamente al raggiungimento del tetto, escluse le prestazioni di alta specialità e quelle "protette" di cui all'allegato C).
5. Non si procede alla regressione qualora la sommatoria delle valorizzazioni delle prestazioni rese nel 2^a semestre 2017 dagli erogatori per i residenti dell'ASL (sommata alla remunerazione delle prestazioni dagli stessi erogate per i residenti della stessa ASL al 30.06.2017) risulti pari o inferiore ai tetti di spesa 2017, complessivi e invalicabili, assegnati all'ASL per i propri residenti. Non si procede altresì alla regressione nel caso in cui l'esubero del tetto di spesa di ASL per la specialistica ambulatoriale sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo dei tetti di spesa per il ricovero.
6. Sono escluse dalla procedura di regressione economica i valori di produzioni riconducibili a prestazioni di ricovero di alta specialità e quelle riconducibili a prestazioni cosiddette "protette" individuate, per il secondo semestre 2017, dalla Regione, o dall'ASL di residenza, secondo le indicazioni regionali di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017 e dettagliate all'allegato C) al contratto.
7. La sommatoria dei valori di produzione di tutti gli erogatori privati, così rideterminati e diminuiti dei valori delle produzioni cosiddette "protette", quantifica i valori soggetti a regressione, per ASL di residenza dei pazienti.
8. Gli importi di cui all'alinea precedente vengono rideterminati con applicazione sequenziale dei criteri di seguito indicati, in modo che la sommatoria delle valorizzazioni – incluse le prestazioni escluse dalla regressione – sia ricondotta entro il valore limite per le prestazioni da rendere ai residenti dell'ASL (tetti di spesa dell'ASL):
 - a) regressione massima, nell'ambito delle percentuali di seguito indicate, delle seguenti tipologie di prestazioni (con sequenza progressiva da 1 a 3).

	LEA	Bassa specialità	Media specialità
Sequenza	1	2	3
Ricovero in acuzie	20%	10%	10%
Ricovero in post acuzie	n.a.	10%	10%

	Elenco prestazioni ex DRG n. 44-3399/2016 e DM Appropriatelyzza
Ambulatoriale	25%

- b) in caso di insufficienza del criterio di cui alla lettera a), regressione proporzionale del valore delle prestazioni erogate da tutte le strutture.

9. L'applicazione del meccanismo di regressione economica di cui ai punti precedenti non potrà in ogni caso determinare una remunerazione inferiore al 95% del valore della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato del singolo erogatore.
10. All'esito dell'eventuale regressione economica verrà applicato ai singoli erogatori il sistema di valutazione della qualità con applicazione del 2,5% di premialità o di penalizzazione secondo i criteri definiti all'allegato C) alla DGR n. 73 - 5504 del 03/08/2017.
11. La rivalorizzazione non esclude gli ulteriori abbattimenti di remunerazione delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture nel rispetto alla normativa vigente in materia (esempio: controlli esterni del Flusso SDO, controlli automatici di III° Livello e controlli effettuati dai Nuclei di Controllo e ulteriori controlli aziendali), nel rispetto di quanto disposto all'art. 7 comma 6 del contratto.

Allegato C) PRESTAZIONI CONTRATTATE

Per il secondo semestre si assume a riferimento il 90% del case mix del 2016. L'ASL per il secondo semestre richiede le seguenti prestazioni che, se realizzate, saranno escluse dalla regressione.

Tabelle di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017:

Allegato C1 – Schema dei valori complessivi di riferimento del II Semestre 2017 (90% - Art. 3, cc 1,2): Ambulatoriale
Studio Radiologico 100 Cannoni
Studio Radiologico Newima

Allegato C2 - Schema prestazioni protette del II Semestre 2017: Ambulatoriale

Allegato C3 - Schema per recupero mobilità extraregione II Semestre 2017: Ambulatoriale

Figura 1.1 - Schema dei valori complessivi di riferimento del II Semestre 2017 (90% - Art. 3, cc 1,2): Ambulatoriale**ASL Territoriale: A.S.L. ALESSANDRIA****500081 - STUDIO RADIOLOGICO CENTOCANNONI**

ASL Residenza	Desc Asl Residenza	Strutture Prevalenti	Codice Gruppo Prestazione	Descr Gruppo Prestazione	Protette (non include elenco prestazioni 'Critiche' identificate dall'ASL di residenza - 10%)	Elenco Prestazioni ex DGR n.44-339/2016 e DM Appropriatazza	ALTRO	Totale
203	A.S.L. TORINO 3	NO	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	0	€ 812,41	€ 812,41
203	A.S.L. TORINO 3	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	0	€ 254,87	€ 254,87
203	A.S.L. TORINO 3	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	0	0	0	0
204	A.S.L. TORINO 4	NO	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	€ 693,01	€ 1.846,11	€ 2.539,12
204	A.S.L. TORINO 4	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	€ 135,23	0	€ 998,78	€ 1.134,01
204	A.S.L. TORINO 4	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	0	0	€ 26,49	€ 26,49
205	A.S.L. TORINO 5	NO	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	€ 1.072,42	€ 1.235,57	€ 2.307,99
205	A.S.L. TORINO 5	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	€ 119,32	0	€ 601,41	€ 720,73
205	A.S.L. TORINO 5	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	0	0	€ 39,74	€ 39,74
206	A.S.L. VERCELLI	NO	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	€ 2.259,82	€ 5.836,82	€ 8.096,64
206	A.S.L. VERCELLI	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	€ 116,64	0	€ 2.026,74	€ 2.143,38
206	A.S.L. VERCELLI	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	0	0	€ 119,21	€ 119,21
207	A.S.L. BIELLA	NO	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	€ 118,91	€ 689,30	€ 808,21
207	A.S.L. BIELLA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	0	€ 316,36	€ 316,36
207	A.S.L. BIELLA	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	0	0	0	0
208	A.S.L. NOVARA	NO	a141	Altri interventi ambulatoriali	0	0	0	0
208	A.S.L. NOVARA	NO	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	€ 2.482,55	€ 4.720,70	€ 7.203,25

208	A.S.L. NOVARA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	0	€ 545,75	€ 545,75
208	A.S.L. NOVARA	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	0	0	€ 39,74	€ 39,74
209	A.S.L. VERBANO-CUNEO	NO	a141	Altri interventi ambulatoriali	0	0	€ 154,02	€ 154,02
209	A.S.L. VERBANO-CUNEO	NO	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	€ 1.512,82	€ 5.405,05	€ 6.917,87
209	A.S.L. VERBANO-CUNEO	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	0	€ 350,66	€ 350,66
209	A.S.L. VERBANO-CUNEO	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	0	0	€ 119,22	€ 119,22
210	A.S.L. CUNEO 1	NO	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	€ 1.962,56	€ 566,81	€ 2.529,37
210	A.S.L. CUNEO 1	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	0	€ 216,44	€ 216,44
210	A.S.L. CUNEO 1	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	0	0	€ 26,50	€ 26,50
211	A.S.L. CUNEO 2	NO	a141	Altri interventi ambulatoriali	0	0	0	0
211	A.S.L. CUNEO 2	NO	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	€ 5.728,13	€ 10.234,99	€ 15.963,12
211	A.S.L. CUNEO 2	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	€ 45,08	0	€ 854,20	€ 899,28
211	A.S.L. CUNEO 2	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	0	0	€ 145,71	€ 145,71
212	A.S.L. ASTI	SI	a141	Altri interventi ambulatoriali	0	0	€ 462,07	€ 462,07
212	A.S.L. ASTI	SI	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	€ 72.671,60	€ 101.552,21	€ 174.223,81
212	A.S.L. ASTI	SI	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	€ 2.797,27	0	€ 44.842,44	€ 47.639,71
212	A.S.L. ASTI	SI	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	0	0	€ 1.139,16	€ 1.139,16
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a141	Altri interventi ambulatoriali	0	0	€ 4.723,36	€ 4.723,36
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	€ 322.398,36	€ 617.718,62	€ 940.116,98
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	€ 83.221,23	0	€ 880.672,31	€ 963.893,54
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	0	0	€ 9.643,07	€ 9.643,07
301	A.S.L. CITTA' DI TORINO	NO	a141	Altri interventi ambulatoriali	0	0	0	0
301	A.S.L. CITTA' DI TORINO	NO	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	€ 273,76	€ 1.587,56	€ 1.861,32
301	A.S.L. CITTA' DI TORINO	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	€ 103,40	0	€ 1.286,10	€ 1.389,50
301	A.S.L. CITTA' DI TORINO	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	0	0	€ 13,25	€ 13,25
Totale					€ 86.538,17	€ 411.173,94	€ 1.701.823,75	€ 2.199.535,85

Figura 1.1 - Schema dei valori complessivi di riferimento del II Semestre 2017 (90% - Art. 3, cc 1,2): Ambulatoriale**ASL Territoriale: A.S.L. ALESSANDRIA****500092 - STUDIO RADIOLOGICO NEWIMA**

ASL Residenza	Desc Asl Residenza	Strutture Prevalenti	Codice Gruppo Prestazione	Descr Gruppo Prestazione	Protette (non include elenco prestazioni 'Critiche' identificate dall'ASL di residenza - 10%)	Elenco Prestazioni ex DGR n.44-339/2016 e DM Appropriatezza	ALTRO	Totale
203	A.S.L. TORINO 3	NO	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	0	€ 521,52	€ 521,52
203	A.S.L. TORINO 3	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	0	€ 295,82	€ 295,82
203	A.S.L. TORINO 3	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	0	0	€ 13,25	€ 13,25
204	A.S.L. TORINO 4	NO	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	0	€ 143,55	€ 143,55
204	A.S.L. TORINO 4	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	0	€ 81,94	€ 81,94
205	A.S.L. TORINO 5	NO	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	€ 136,88	€ 171,07	€ 307,95
205	A.S.L. TORINO 5	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	0	€ 188,94	€ 188,94
205	A.S.L. TORINO 5	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	0	0	0	0
206	A.S.L. VERCELLI	NO	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	0	0	0
206	A.S.L. VERCELLI	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	0	€ 73,73	€ 73,73
206	A.S.L. VERCELLI	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	0	0	0	0
207	A.S.L. BIELLA	NO	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	€ 594,53	€ 106,48	€ 701,01
207	A.S.L. BIELLA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	0	€ 124,45	€ 124,45
208	A.S.L. NOVARA	NO	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	0	€ 297,57	€ 297,57
208	A.S.L. NOVARA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	0	0	0

209	A.S.L. VERBANO-CUSO	NO	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	0	€ 359,38	€ 359,38
209	A.S.L. VERBANO-CUSO	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	0	0	0
210	A.S.L. CUNEO 1	NO	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	€ 9.629,83	€ 5.034,40	€ 14.664,23
210	A.S.L. CUNEO 1	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	€ 387,10	0	€ 934,41	€ 1.321,51
210	A.S.L. CUNEO 1	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	0	0	€ 66,23	€ 66,23
211	A.S.L. CUNEO 2	NO	a141	Altri interventi ambulatoriali	0	0	€ 154,02	€ 154,02
211	A.S.L. CUNEO 2	NO	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	€ 14.388,82	€ 17.844,27	€ 32.233,09
211	A.S.L. CUNEO 2	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	€ 2.709,79	0	€ 13.764,74	€ 16.474,53
211	A.S.L. CUNEO 2	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	0	0	€ 291,41	€ 291,41
212	A.S.L. ASTI	NO	a141	Altri interventi ambulatoriali	0	0	€ 513,41	€ 513,41
212	A.S.L. ASTI	NO	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	€ 40.069,03	€ 51.391,71	€ 91.460,74
212	A.S.L. ASTI	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	€ 9.388,62	0	€ 52.238,06	€ 61.626,68
212	A.S.L. ASTI	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	0	0	€ 609,32	€ 609,32
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a141	Altri interventi ambulatoriali	0	0	€ 1.386,20	€ 1.386,20
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	€ 85.874,02	€ 124.335,21	€ 210.209,23
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	€ 27.118,81	0	€ 159.590,52	€ 186.709,33
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	0	0	€ 1.337,84	€ 1.337,84
301	A.S.L. CITTA' DI TORI	NO	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	€ 374,70	€ 660,45	€ 1.035,15
301	A.S.L. CITTA' DI TORI	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	€ 119,32	0	€ 1.343,00	€ 1.462,32
301	A.S.L. CITTA' DI TORI	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	0	0	0	0
Totale					€ 39.723,64	€ 151.067,81	€ 433.872,90	€ 624.664,35

Schema prestazioni protette del II Semestre 2017: Ambulatoriale

ASL Territoriale: A.S.L. ALESSANDRIA

ALLIANCE MEDICAL DIAGNOSTIC

ASL Residenza	Desc Asl Residenza	Strutture Prevalenti	Codice Gruppo Prestazione	Descr Gruppo Prestazione	Codice Prestazione	Descr Prestazione	Macro Categoria	PRESTAZIONI PROTETTE		GIA' COMPRESSE NEL VALORE DI RIFERIMENTO	
								Prestazioni II Sem 2017	Valore II Sem 2017	Casi II sem 2017 stimati	Valore di riferimento II sem 2017
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	ALTRO	585	35.327,96	4.430	267.553,79
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA	ALTRO	176	12.629,62	1.132	81.245,64
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.77.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	ALTRO	207	9.082,91	1.737	76.315,99
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	Protette (non include elenco prestazioni 'Critiche' identificate dall'ASL di residenza - 10%)	202	8.872,19	1.486	65.226,94
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide- paratiroidi	Protette (non include elenco prestazioni 'Critiche' identificate dall'ASL di residenza - 10%)	222	6.290,60	1.590	45.113,10
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale	ALTRO	99	3.536,15	958	34.429,85

ASL Residenza	Desc Asl Residenza	Strutture Prevalenti	Codice Gruppo Prestazione	Descr Gruppo Prestazione	Codice Prestazione	Descr Prestazione	Macro Categoria	Prestazioni II Sem 2017	Valore II Sem 2017	Casi II sem 2017 stimati	Valore di riferimento II sem 2017
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso : fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni , retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)	ALTRO	54	2.388,16	426	18.752,17
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	ALTRO	61	2.132,39	622	21.752,44
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile Escluso : Ecografia dell'addome completo (88.76.1)	ALTRO	25	787,20	208	6.670,23
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE (2 proiezioni)	ALTRO	8	188,60	55	1.298,93
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Monolaterale	ALTRO	5	112,36	42	914,29
TOT								1.643	81.348,14		

Schema per recupero mobilità extraregione II Semestre 2017: Ambulatoriale

ASL Territoriale: A.S.L. ALESSANDRIA

ALLIANCE

ASL Residenza	Desc Asl Residenza	Strutture Prevalenti	Codice Gruppo Prestazione	Descr Gruppo Prestazione	Codice Prestazione	Descr Prestazione	Macro Categoria	PRESTAZIONI PROTETTE		GIA' COMPRESSE NEL VALORE DI RIFERIMENTO	
								Prestazioni II Sem 2017	Valore II Sem 2017	Casi II sem 2017 stimati	Valore di riferimento II sem 2017
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lumbosacrale	Elenco Prestazioni ex DGR n.44-339/2016 e DM Appropriatezza	106	12.263,22	1.764	204.279,94
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	88.94.1	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto :RM gomito, polso, ginocchio, caviglia: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione; RM avambraccio, mano, gamba, piede : almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione	Elenco Prestazioni ex DGR n.44-339/2016 e DM Appropriatezza	70	9.331,00	1.229	163.839,40
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale	ALTRO	256	8.056,13	3.116	98.198,82
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	ALTRO	45	7.528,12	714	117.742,07
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Incluso eventuale, relativo, distretto vascolare	ALTRO	20	5.238,68	58	14.795,74
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	ALTRO	37	4.869,54	557	72.836,20
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	ALTRO	25	4.148,34	429	71.164,34
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	ALTRO	25	1.915,31	305	23.775,58
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO Tc del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo	ALTRO	25	1.894,97	347	25.995,16

ASL Residenza	Desc Asl Residenza	Strutture Prevalenti	Codice Gruppo Prestazione	Descr Gruppo Prestazione	Codice Prestazione	Descr Prestazione	Macro Categoria	Prestazioni II Sem 2017	Valore II Sem 2017	Casi II sem 2017 stimati	Valore di riferimento II sem 2017
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.26	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA Radiografia del bacino, Radiografia dell'anca	ALTRO	107	1.885,84	1.724	30.306,78
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba	ALTRO	85	1.810,48	1.406	29.801,18
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO Cervicale, toracica, lombosacrale	Elenco Prestazioni ex DGR n.44-339/2016 e DM Appropriattezza	8	1.432,78	126	23.466,83
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)	ALTRO	86	1.329,13	1.125	17.443,59
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso: relativo distretto vascolare	ALTRO	6	1.168,07	89	17.608,41
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	87.03.8	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide - paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	ALTRO	8	1.000,61	119	15.272,62
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.28	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA Radiografia (2 proiezioni) di: caviglia, piede [calcagno], dito del piede	ALTRO	55	970,99	1.058	18.807,42
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	88.38.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	ALTRO	11	815,85	149	11.648,44
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE	ALTRO	18	770,35	258	11.230,10
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO Tc del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo	ALTRO	5	623,50	45	5.894,46
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.23	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO Radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano	ALTRO	40	566,58	603	8.544,38
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.79.2	STUDIO ECOGRAFICO DEL BACINO - Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell'anca	ALTRO	10	308,75	139	4.505,16

ASL Residenza	Desc Asl Residenza	Strutture Prevalenti	Codice Gruppo Prestazione	Descr Gruppo Prestazione	Codice Prestazione	Descr Prestazione	Macro Categoria	Prestazioni II Sem 2017	Valore II Sem 2017	Casi II sem 2017 stimati	Valore di riferimento II sem 2017
213	A.S.L. ALESSANDRIA	SI	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeu tiche	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima	ALTRO	7	89,01	851	10.980,91
TOT								1.052	68.017,22		

Contratto/Accordo contrattuale

tra

l'ASL AL, con sede legale in Alessandria, via Venezia 6, (C.F. 02190140067), rappresentata dal Direttore Generale pro tempore dr. Gilberto GENTILI, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società FI.SA. Fisioterapia Salus S.r.l. con sede legale in Alessandria Via Trotti 21 (C.F. 11514130159), 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 denominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata dal Dott. Massimo Antonino De Salvo nella qualità di Amministratore Unico, con titolo di legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

- gli articoli 8-bis, quater e quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
- con DGR n. 73 - 5504 del 03/08/2017 sono state definite le nuove regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati e a contratto, i tetti di spesa regionali e di ASL per il 2017 ed è stato approvato lo schema di contratto a valere per le strutture private (Case di cura) e di accordo contrattuale a valere per le strutture equiparate (presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78, progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis d.lgs. 502/92 e s.m.i.);
- con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. ____ del __/__/____ è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto/accordo in attuazione della citata DGR;
- il legale rappresentante della Struttura dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente;

si conviene e stipula quanto segue:

Articolo 1 – Oggetto del contratto/accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto.
2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e con oneri a carico del SSR, conformi a tipologie e volumi riassunti all'articolo 3, comma 1 e precisati nell'allegato C) parte integrante del contratto.
3. Le prestazioni devono comunque avere luogo nell'intera annualità con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda.
4. Nulla spetterà all'erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di accreditamento nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 8, ferma restando la tutela giurisdizionale.
5. Qualora per giustificato motivo l'Erogatore non possa espletare le prestazioni oggetto del contratto dovrà dare tempestiva comunicazione all'ASL, la quale informerà le Aziende dell'Area omogenea di programmazione e la Regione. Similmente si dovrà comunicare la ripresa dell'esecuzione.

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

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e di provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere ed 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. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.
2. La struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versino in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/991.
3. Ai sensi dell'articolo 1, comma 42, L. n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti di ASL e Regione che abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro.
4. In ottemperanza al regolamento approvato con decreto 2 aprile 2015, n. 79, 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.

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

Articolo 3 – Limiti finanziari.

1. Il valore di riferimento annuale per il 2017 della Struttura per i residenti piemontesi è pari al budget 2016 – ovvero al valore contratto 2016 per gli erogatori ambulatoriali – comprensivo del valore di riferimento per il 2° semestre 2017 determinato in misura pari al 90% della differenza fra il budget 2016 – ovvero del valore contrattato 2016 per gli erogatori ambulatoriali – ed il valore della produzione erogata dalla Struttura al 30.6.2017, quest'ultima riconosciuta anche in misura eccedente i 6/12, ma comunque non superiore al limite del 57% del budget – ovvero del valore contrattato – 2016, complessivamente inteso, del singolo erogatore.
2. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR sono riassunti i seguenti valori annui di riferimento per la Struttura:
 - a. Per prestazioni rese a residenti in regione e STR (stranieri paesi Ue/SEE/in Convenzione), ENI (Europeo Non Iscrivibile) ed STP (stranieri temporaneamente presenti) a carico del SSN ai sensi della circolare Ministero Salute n. 5 del 24.3.2000:
 - specialistica ambulatoriale € 404.840,00 (di cui € 156.673,00 valore di riferimento per il 2° semestre 2017)
 - per recupero della mobilità passiva sulla base degli indirizzi regionali, per specifiche prestazioni/DRG definiti nell'apposita sezione dell'allegato C), si rimanda agli importi indicati nell'allegato C3 del presente contratto ex DGR 73 - 5504 del 03/08/2017
 - b. Per prestazioni rese a residenti in altre regioni:
 - specialistica ambulatoriale € 5.076,00
 - c. Per gli STP (stranieri temporaneamente presenti) la cui competenza in materia sanitaria, ai sensi dell'art. 32 del Decreto Legge n. 50 del 24.04.2017, è stata trasferita dal Ministero degli Interni al Ministero della Salute, verranno riconosciuti gli importi delle prestazioni erogate secondo le indicazioni nazionali.
3. Nel caso di trasferimento da un setting assistenziale all'altro, il valore di cui al comma 2 lett. a) relativo alla specialistica ambulatoriale potrà essere incrementato con corrispondente riduzione dei valori di riferimento per il ricovero.
4. I valori di cui al comma 2 lett. a) – fatta eccezione per il budget assegnato per il recupero della mobilità passiva fuori regione – non rappresentano un limite invalicabile per l'erogatore poiché potranno essere incrementati, a chiusura dell'esercizio, attraverso la valorizzazione di prestazioni erogate in coerenza alla programmazione sanitaria dell'ASL, purché nei limiti dei tetti di spesa, complessivi e invalicabili, assegnati alle AASSLL di residenza e del 110% del valore della produzione entro il budget/valore contrattato 2016 della singola struttura. Le valorizzazioni economiche delle prestazioni – ridotte dagli abbattimenti applicati per controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazioni – eccedenti il limite del 110% della produzione 2016 entro budget/valore contrattato della singola Struttura non saranno riconosciute, mentre quelle ricomprese in detto limite ma eventualmente eccedenti i tetti di spesa dell'ASL di residenza potranno essere riconosciute con l'applicazione di meccanismi di regressione economica, secondo le regole riportate nell'allegato B) al contratto e secondo le indicazioni di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017. Non si procede alla regressione nel caso in cui l'esubero del tetto di spesa dell'ASL di residenza per la specialistica ambulatoriale sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo dei tetti di spesa per il ricovero.
5. La remunerazione per le prestazioni erogate nel 2017 non potrà comunque essere inferiore al 95% del valore della produzione 2016 entro budget del singolo erogatore.
6. Per la somministrazione dei farmaci (File F) in coerenza alle disposizioni regionali è previsto il rimborso ai costi sostenuti dall'erogatore, o se inferiore ai prezzi di riferimento delle gare regionali, ridotti dalle eventuali quote dovute dalle aziende farmaceutiche, in applicazione della così detta "rimborsabilità condizionata" di taluni farmaci.
7. L'Erogatore prende atto dei tetti di spesa complessivi e invalicabili delle AASSLL per le prestazioni da erogare ai propri residenti da parte dei privati contrattati, definiti sul consumo storico dei residenti dell'ASL, riproporzionato ai valori complessivi di produzione entro il budget regionale.
8. L'Erogatore accetta i valori di riferimento assegnati, il tetto di spesa per ASL di residenza, i tetti di spesa per il recupero della mobilità passiva fuori regione e delle prestazioni – diverse dall'alta complessità – rese a cittadini di altre regioni, il sistema tariffario vigente nella Regione Piemonte e quello di remunerazione delle prestazioni rese, comprese le regole di regressione economica nel caso in cui l'insieme delle prestazioni erogate dal privato

contrattato per il 2^a semestre 2017, sommata alla remunerazione delle prestazioni erogate dalle Strutture per i residenti dell'ASL al 30.06.2017, abbia superato i limiti per ASL di residenza dei pazienti.

9. L'erogatore prende atto ed accetta l'applicazione, per il 2^a semestre 2017, del sistema di valutazione della qualità con applicazione del 2,5% di premialità o di penalizzazione secondo i criteri definiti all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017. Il calcolo degli indicatori sarà effettuato utilizzando il Protocollo PNE contestualizzato a livello regionale.
10. La valorizzazione delle prestazioni avviene con la tariffa in vigore al momento dell'erogazione della prestazione, intendendosi per le prestazioni di ricovero la data di dimissione e per le prestazioni ricorrenti la data di completamento del ciclo terapeutico.
11. I valori di riferimento assegnati all'erogatore, i tetti di spesa, complessivi e invalicabili, delle AASSLL per le prestazioni da erogare a propri residenti da parte dei privati contrattati, e i restanti tetti di spesa applicati all'erogatore, si mantengono anche in caso di variazione comunque intervenuta dei valori delle tariffe di riferimento, sia per modifica della fascia di accreditamento, sia per revisione dei tariffari regionali, intendendosi in tal caso rideterminate le prestazioni oggetto del contratto nella misura necessaria a mantenere i valori massimi fissati.

Articolo 4 – Remunerazione delle prestazioni erogate

1. Le prestazioni erogate sino al 30 giugno 2017 sono remunerate entro il 57% del budget – ovvero del valore contrattato – 2016, complessivamente inteso, ed entro il 30 ottobre sarà definito il saldo dei primi sei mesi, fatti salvi eventuali congruagli conseguenti ai successivi controlli.
2. La remunerazione a saldo della produzione 2017 per i residenti in regione avviene con le seguenti regole, considerando separatamente ricovero per acuti, ricovero per post-acuti e specialistica ambulatoriale:
 - a) nel caso in cui la valorizzazione delle prestazioni realizzate nel 2^a semestre 2017 da tutti gli erogatori privati per i residenti dell'ASL – ridotti degli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre valorizzazione e di post valorizzazione – risulti inferiore rispetto ai tetti di spesa assegnati all'ASL di residenza, all'erogatore verrà corrisposta l'intera valorizzazione della produzione, entro il limite del 110% della produzione 2016 entro budget/valore contrattato;
 - b) nel caso in cui la valorizzazione delle prestazioni realizzate nel 2^a semestre 2017 da tutti gli erogatori accreditati e contrattati per i residenti dell'ASL – ridotti degli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre valorizzazione e di post valorizzazione – risulti superiore ai tetti di spesa assegnati all'ASL di residenza si ridurrà il valore riconosciuto a ciascun erogatore secondo il meccanismo di regressione economica di cui all'allegato B) al contratto ed alle indicazioni di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017, in modo che la valorizzazione complessiva rientri nei limiti dei tetti di spesa dell'ASL di residenza.
3. Non saranno comunque riconosciute eccedenze di produzione oltre il 110% della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato 2016 della singola Struttura privata contrattata e la regressione non potrà, in ogni caso, determinare una remunerazione inferiore al 95% della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato del singolo erogatore.
4. Saranno esclusi dalla regressione economica i valori delle prestazioni cosiddette "*protette*", corrispondenti alle prestazioni riportate nell'allegato C) al contratto secondo le indicazioni di cui all'allegato C alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017;
5. i DRG contrattati dall'ASL per il recupero della mobilità passiva, di cui all'allegato C) al presente contratto, saranno remunerati anche al di sopra del tetto del 110% della Struttura.
6. La produzione realizzata per residenti in altre regioni sarà remunerata come segue:
 - a. la produzione entro il valore di cui all'art. 3, comma 2, lett. b) viene integralmente riconosciuta;
 - b. gli incrementi rispetto ai valori 2016 delle prestazioni di alta specialità saranno riconosciuti per intero;
 - c. gli eventuali incrementi di mobilità attiva su prestazioni di bassa e media complessità (rispetto alla produzione 2016) saranno eventualmente riconosciuti al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre regioni.
7. 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 5 – Erogazione di prestazioni.

1. Per una più razionale ed efficiente gestione degli accessi ai servizi, la struttura erogatrice assicura la condivisione con l'ASL delle agende di prenotazione, nei termini e secondo le modalità stabilite dall'ASL o dalla Regione.
2. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in un'apposita sezione del 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", essendo il limite giornaliero pari al numero di quelli accreditati.
4. La capacità produttiva non contrattata è utilizzabile per l'attività a regime privatistico.

Articolo 6 – Verifiche e controlli.

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza in relazione all'allegato C). L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controllo, nel rispetto della DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si impegna ad agevolare l'attività di vigilanza dell'apposita commissione ASL, nonché le ulteriori attività esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.
2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 15 giorni, il legale rappresentante della Struttura o suo delegato, può presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

Articolo 7 – Modalità di pagamento.

1. Il corrispettivo preventivato viene liquidato, a decorrere dal secondo semestre 2017, a titolo di acconto in quote mensili posticipate pari, di norma, a:
 - a) 90% di 1/12 del budget 2016 – ovvero del valore contrattato 2016 per gli erogatori ambulatoriali – o del realizzato se inferiore, fino alla definizione dei valori di riferimento di cui all'articolo 3, comma 2, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente;
 - b) Successivamente alla definizione dei valori di riferimento, pari al 100% di 1/6 del valore di riferimento 2° semestre 2017, di cui all'articolo 3, comma 2, o al realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente;
 - c) Successivamente alla definizione del budget per recupero della mobilità passiva fuori regione, pari al 100% di 6/12 del budget assegnato per il 2° semestre 2017, di cui all'articolo 3, comma 2, o al realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente.
2. I pagamenti a titolo di acconto devono avere luogo entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura corredata da un elenco delle prestazioni erogate nel mese di riferimento, redatto nella forma definita dall'ASL.
3. E' fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dall'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.
4. Entro il primo trimestre dell'anno successivo l'ASL verifica le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie concordate per destinazioni di residenza e per recupero di mobilità passiva fuori regione, e comunica alla Regione le informazioni necessarie ai fini della regressione economica che si definirà nei successivi trenta giorni. In caso di mancata contestazione entro tale termine, si procede alla liquidazione del saldo provvisorio della produzione erogata nei limiti pattuiti, entro 60 giorni dal ricevimento della fattura ex articolo 4 del decreto legislativo n. 231/2002 e s.m.i.. In caso di contestazione, l'ASL sospenderà la liquidazione delle partite contestate fino alla relativa definizione.

5. Il pagamento di prestazioni fatturate non esclude future contestazioni da parte dell'ASL per importi non dovuti in relazione a prestazioni che, a seguito di ulteriori controlli, risultassero rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa, nei limiti della prescrizione.
6. Gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ASL, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile. 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.
7. Gli eventuali incrementi di prestazioni di ricovero, di bassa e media complessità, rese a cittadini di altre regioni italiane rispetto alla produzione 2016, saranno riconosciuti al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre regioni, in conformità ai provvedimenti regionali in materia.
8. Gli importi indicati nella reportistica prodotta dal Sistema Informativo Regionale rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dall'Erogatore e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente secondo i protocolli approvati hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono titolo per il riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.

Articolo 8 - Sospensione e risoluzione del contratto.

1. La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto.
2. Ove una parte accerti l'inadempimento concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto sarà legittimata ad emettere diffida ad adempiere ex articolo 1454 cod. civ. E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex articolo 1218 cod. civ. della parte inadempiente.
3. In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purchè formalmente contestati, il contratto è risolto con comunicazione recettizia formulata dalla parte che ha contestato.
4. In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali del contratto, purchè contestati formalmente, il contratto può essere sospeso da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato.
5. In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente contratto, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente contratto per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.
6. In tutte le ipotesi di sospensione in cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti dell'ASL e della Regione.
7. Il contratto si intenderà altresì risolto qualora intervenga condanna definitiva per reati contro la pubblica amministrazione a carico del legale rappresentante per fatti ad esso direttamente imputabili.

Articolo 9 – Clausola di maniera.

1. 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 contratte e si obbliga ad esonerare il SSN da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questo, avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del contratto.

Articolo 10 – Clausola di salvaguardia.

1. Con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente, il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e delle tariffe alla base del presente atto, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi, in quanto atti determinanti il contenuto del contratto. In considerazione dell'accettazione, con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore rinuncia ad eventuali azioni o impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti.

Articolo 11 – Durata, aggiornamento e rinvio normativa.

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2017 sino al 31 dicembre 2017. Non è tacitamente prorogabile.

2. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative, di carattere nazionale, senza che maggiori oneri derivino per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all'ASL.
3. Per gli aspetti non disciplinati dal contratto si rinvia al codice civile ed alla normativa di settore.

Articolo 12 – Bollo e registrazione.

1. Le spese di bollo sono in parti uguali. Ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del DPR 26 aprile 1986 n. 131 il contratto è soggetto a registrazione in caso di uso.

Articolo 13 – Foro competente, elezione di domicilio.

1. Le controversie derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto saranno devolute all'Autorità Giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Letto, approvato, e sottoscritto in due originali.

Lì, / / 2017

Per l'ASL

Per la Struttura

.....

.....

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del cod. civ. si approvano espressamente le clausole convenute negli articoli 2 (obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi), 3 (limiti finanziari), 4 (Remunerazione delle prestazioni erogate), 7 (Corrispettivo e modalità di pagamento), 9 (Clausola di maniera), 10 (Clausola di salvaguardia).

Per l'ASL

Per la Struttura

.....

.....

Allegato A) STATO DI ACCREDITAMENTO

AZIENDA FI.SA. FISIOTERAPIA SALUS SRL

COD. AZ. 725

SEDE ALESSANDRIA – VIA TROTTI 21

AMBULATORIO

STRUTTURA/E FI.SA. FISIOTERAPIA SALUS SRL

SEDE/I OPERATIVA/E ALESSANDRIA – VIA TROTTI 21

COD STS 500082

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO D.G.R. 71-14787 del 14.2.2005 – DD 749 del 24.11.2016

VARIAZIONI RICHIESTE / PROPOSTE DI VARIAZIONE

In attesa di atto regionale di accreditamento della fusione FI.SA. S.r.l. in POLICLINICO DI MONZA ALESSANDRIA come da istanza in data 11.04.2017 da parte Policlinico di Monza S.p.A.

Allegato B) REGOLE DI VALORIZZAZIONE DELLA PRODUZIONE RESA A RESIDENTI NELLA REGIONE AI FINI DELLA RENUMERAZIONE

1. La regressione economica si applica alle valorizzazioni delle prestazioni rese nel 2^a semestre 2017 dagli erogatori privati contrattati a favore dei residenti di una determinata ASL, quando la sommatoria delle stesse (sommata alla remunerazione delle prestazioni erogate dalle Strutture per i residenti dell'ASL al 30.06.2017) supera i tetti di spesa 2017, complessivi ed invalicabili, assegnati all'ASL per l'acquisto di prestazioni da privati contrattati a favore di propri residenti.
2. Ai fini della eventuale regressione sulla valorizzazione delle prestazioni rese nel 2^a semestre 2017 si considerano separatamente le prestazioni rese per ricovero in regime di acuzie, ricovero in regime di post acuzie e specialistica ambulatoriale.
3. I valori di produzione a base dei calcoli della regressione si assumono al netto degli abbattimenti conseguenti agli ordinari controlli effettuati sulla produzione – abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione.
4. I valori di produzione di ciascun erogatore, rideterminati come indicato al punto 3, vengono preliminarmente ricondotti ad un valore non superiore al 110% del valore della produzione 2016 entro il budget – ovvero il valore contrattato per gli erogatori ambulatoriali – fatta eccezione per i DRG contrattati dall'ASL per il recupero della mobilità passiva (di cui all'allegato C) che potranno essere remunerati anche al di sopra del tetto del 110%. Le prestazioni che saranno oggetto di riconduzione al tetto del 110% saranno individuate fra quelle prodotte, in termini temporali, successivamente al raggiungimento del tetto, escluse le prestazioni di alta specialità e quelle "protette" di cui all'allegato C).
5. Non si procede alla regressione qualora la sommatoria delle valorizzazioni delle prestazioni rese nel 2^a semestre 2017 dagli erogatori per i residenti dell'ASL (sommata alla remunerazione delle prestazioni dagli stessi erogate per i residenti della stessa ASL al 30.06.2017) risulti pari o inferiore ai tetti di spesa 2017, complessivi e invalicabili, assegnati all'ASL per i propri residenti. Non si procede altresì alla regressione nel caso in cui l'esubero del tetto di spesa di ASL per la specialistica ambulatoriale sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo dei tetti di spesa per il ricovero.
6. Sono escluse dalla procedura di regressione economica i valori di produzioni riconducibili a prestazioni di ricovero di alta specialità e quelle riconducibili a prestazioni cosiddette "protette" individuate, per il secondo semestre 2017, dalla Regione, o dall'ASL di residenza, secondo le indicazioni regionali di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017 e dettagliate all'allegato C) al contratto.
7. La sommatoria dei valori di produzione di tutti gli erogatori privati, così rideterminati e diminuiti dei valori delle produzioni cosiddette "protette", quantifica i valori soggetti a regressione, per ASL di residenza dei pazienti.
8. Gli importi di cui all'alinea precedente vengono rideterminati con applicazione sequenziale dei criteri di seguito indicati, in modo che la sommatoria delle valorizzazioni – incluse le prestazioni escluse dalla regressione – sia ricondotta entro il valore limite per le prestazioni da rendere ai residenti dell'ASL (tetti di spesa dell'ASL):
 - a) regressione massima, nell'ambito delle percentuali di seguito indicate, delle seguenti tipologie di prestazioni (con sequenza progressiva da 1 a 3).

	LEA	Bassa specialità	Media specialità
Sequenza	1	2	3
Ricovero in acuzie	20%	10%	10%
Ricovero in post acuzie	n.a.	10%	10%

	Elenco prestazioni ex DRG n. 44-3399/2016 e DM Appropriatezza
Ambulatoriale	25%

- b) in caso di insufficienza del criterio di cui alla lettera a), regressione proporzionale del valore delle prestazioni erogate da tutte le strutture.

9. L'applicazione del meccanismo di regressione economica di cui ai punti precedenti non potrà in ogni caso determinare una remunerazione inferiore al 95% del valore della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato del singolo erogatore.
10. All'esito dell'eventuale regressione economica verrà applicato ai singoli erogatori il sistema di valutazione della qualità con applicazione del 2,5% di premialità o di penalizzazione secondo i criteri definiti all'allegato C) alla DGR n. 73 - 5504 del 03/08/2017.
11. La rivalorizzazione non esclude gli ulteriori abbattimenti di remunerazione delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture nel rispetto alla normativa vigente in materia (esempio: controlli esterni del Flusso SDO, controlli automatici di III° Livello e controlli effettuati dai Nuclei di Controllo e ulteriori controlli aziendali), nel rispetto di quanto disposto all'art. 7 comma 6 del contratto.

Allegato C) PRESTAZIONI CONTRATTATE

Per il secondo semestre si assume a riferimento il 90% del case mix del 2016. L'ASL per il secondo semestre richiede le seguenti prestazioni che, se realizzate, saranno escluse dalla regressione.

Tabelle di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017

Allegato C1 - Schema dei valori complessivi di riferimento del II Semestre 2017 (90% - Art. 3, cc 1,2): Ambulatoriale

Allegato C3 - Schema per recupero mobilità extraregione II Semestre 2017: Ambulatoriale

Figura 1.1 - Schema dei valori complessivi di riferimento del II Semestre 2017 (90% - Art. 3, cc 1,2): Ambulatoriale

ASL Territoriale: A.S.L. ALESSANDRIA

500082 - FI.SA. FISIOTERAPIA SALUS SRL

ASL Residenza	Desc Asl Residenza	Strutture Prevalenti	Codice Gruppo Prestazione	Descr Gruppo Prestazione	Protette (non include elenco prestazioni 'Critiche' identificate dall'ASL di residenza - 10%)	Elenco Prestazioni ex DGR n.44-339/2016 e DM Appropriatezza	ALTRO	Totale
203	A.S.L. TORINO 3	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	€ 12,24	0	0	€ 12,24
205	A.S.L. TORINO 5	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	0	0	€ 3,82	€ 3,82
206	A.S.L. VERCELLI	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	€ 18,36	0	0	€ 18,36
207	A.S.L. BIELLA	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	€ 6,12	0	0	€ 6,12
208	A.S.L. NOVARA	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	€ 12,24	0	0	€ 12,24
210	A.S.L. CUNEO 1	NO	a147	Prestazioni di terapia fisica	0	0	€ 67,17	€ 67,17
210	A.S.L. CUNEO 1	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	€ 6,12	0	0	€ 6,12
212	A.S.L. ASTI	NO	a141	Altri interventi ambulatoriali	0	0	€ 140,25	€ 140,25
212	A.S.L. ASTI	NO	a147	Prestazioni di terapia fisica	0	€ 725,27	€ 3.471,19	€ 4.196,46
212	A.S.L. ASTI	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	€ 716,22	0	€ 125,92	€ 842,14
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a141	Altri interventi ambulatoriali	0	0	€ 11.162,13	€ 11.162,13
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	0	€ 117,54	€ 117,54
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a147	Prestazioni di terapia fisica	0	€ 14.679,75	€ 101.318,54	€ 115.998,29
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	€ 20.066,05	0	€ 3.930,63	€ 23.996,68
301	A.S.L. CITTA' DI TORINO	NO	a141	Altri interventi ambulatoriali	0	0	€ 24,75	€ 24,75
301	A.S.L. CITTA' DI TORINO	NO	a147	Prestazioni di terapia fisica	0	€ 13,04	€ 25,12	€ 38,16
301	A.S.L. CITTA' DI TORINO	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	€ 30,60	0	0	€ 30,60
Totale					€ 20.867,95	€ 15.418,06	€ 120.387,06	€ 156.673,07

Schema per recupero mobilità extraregione II Semestre 2017: Ambulatoriale

ASL Territoriale: A.S.L. ALESSANDRIA

500082 - FI.SA. FISIOTERAPIA SALUS SRL

ASL Residenza	Desc Asl Residenza	Strutture Prevalenti	Codice Gruppo Prestazione	Descr Gruppo Prestazione	Codice Prestazione	Descr Prestazione	Macro Categoria	PRESTAZIONI PROTETTE		GIA' COMPRESSE NEL VALORE DI RIFERIMENTO	
								Prestazioni II Sem 2017	Valore II Sem 2017	Casi II sem 2017 stimati	Valore di riferimento II sem 2017
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita	Protette (non include elenco prestazioni 'Criche' identificate dall'ASL di residenza - 10%)	103	1.819,84	1.140	20.066,05
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a141	Altri interventi ambulatoriali	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO	ALTRO	38	891,87	472	11.162,13
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima	ALTRO	35	379,56	318	3.494,97
TOT								176	3.091,27		

Contratto/Accordo contrattuale

tra

l'ASL AL, con sede legale in Alessandria, via Venezia 6, (C.F. 02190140067), rappresentata dal Direttore Generale pro tempore dr. Gilberto GENTILI, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società AMBULATORIO RADIOLOGICO DR. FOCO s.a.s. con sede legale in Novi Ligure Corso Italia 21 (C.F. 00557120060), 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 denominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata dalla dott.ssa Maria Teresa Foco nella qualità di Socio con titolo di legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

- gli articoli 8-bis, quater e quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
- con DGR n. 73 - 5504 del 03/08/2017 sono state definite le nuove regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati e a contratto, i tetti di spesa regionali e di ASL per il 2017 ed è stato approvato lo schema di contratto a valere per le strutture private (Case di cura) e di accordo contrattuale a valere per le strutture equiparate (presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78, progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis d.lgs. 502/92 e s.m.i.);
- con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. ____ del __/__/____ è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto/accordo in attuazione della citata DGR;
- il legale rappresentante della Struttura dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente;

si conviene e stipula quanto segue:

Articolo 1 – Oggetto del contratto/accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto.
2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e con oneri a carico del SSR, conformi a tipologie e volumi riassunti all'articolo 3, comma 1 e precisati nell'allegato C) parte integrante del contratto.
3. Le prestazioni devono comunque avere luogo nell'intera annualità con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda.
4. Nulla spetterà all'erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di accreditamento nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 8, ferma restando la tutela giurisdizionale.
5. Qualora per giustificato motivo l'Erogatore non possa espletare le prestazioni oggetto del contratto dovrà dare tempestiva comunicazione all'ASL, la quale informerà le Aziende dell'Area omogenea di programmazione e la Regione. Similmente si dovrà comunicare la ripresa dell'esecuzione.

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

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e di provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere ed 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. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.
2. La struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/991.
3. Ai sensi dell'articolo 1, comma 42, L. n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti di ASL e Regione che abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro.

4. In ottemperanza al regolamento approvato con decreto 2 aprile 2015, n. 79, 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.
5. La cessione del contratto a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o cambiamento di ragione sociale, subordinatamente all'adozione degli atti di competenza regionale ed aziendale.

Articolo 3 – Limiti finanziari.

1. Il valore di riferimento annuale per il 2017 della Struttura per i residenti piemontesi è pari al budget 2016 – ovvero al valore contratto 2016 per gli erogatori ambulatoriali – comprensivo del valore di riferimento per il 2° semestre 2017 determinato in misura pari al 90% della differenza fra il budget 2016 – ovvero del valore contrattato 2016 per gli erogatori ambulatoriali – ed il valore della produzione erogata dalla Struttura al 30.6.2017, quest'ultima riconosciuta anche in misura eccedente i 6/12, ma comunque non superiore al limite del 57% del budget – ovvero del valore contrattato – 2016, complessivamente inteso, del singolo erogatore.
2. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR sono riassunti i seguenti valori annui di riferimento per la Struttura:
 - a. Per prestazioni rese a residenti in regione e STR (stranieri paesi Ue/SEE/in Convenzione), ENI (Europeo Non Iscrivibile) ed STP (stranieri temporaneamente presenti) a carico del SSN ai sensi della circolare Ministero Salute n. 5 del 24.3.2000:
 - specialistica ambulatoriale € 1.101.970,00 (di cui € 490.579,00 valore di riferimento per il 2° semestre 2017)
 - per recupero della mobilità passiva sulla base degli indirizzi regionali, per specifiche prestazioni/DRG definiti nell'apposita sezione dell'allegato C), si rimanda agli importi indicati nell'allegato C3 del presente contratto ex DGR 73 - 5504 del 03/08/2017
 - b. Per prestazioni rese a residenti in altre regioni:
 - specialistica ambulatoriale 80.764,00
 - c. Per gli STP (stranieri temporaneamente presenti) la cui competenza in materia sanitaria, ai sensi dell'art. 32 del Decreto Legge n. 50 del 24.04.2017, è stata trasferita dal Ministero degli Interni al Ministero della Salute, verranno riconosciuti gli importi delle prestazioni erogate secondo le indicazioni nazionali.
3. Nel caso di trasferimento da un setting assistenziale all'altro, il valore di cui al comma 2 lett. a) relativo alla specialistica ambulatoriale potrà essere incrementato con corrispondente riduzione dei valori di riferimento per il ricovero.
4. I valori di cui al comma 2 lett. a) – fatta eccezione per il budget assegnato per il recupero della mobilità passiva fuori regione – non rappresentano un limite invalicabile per l'erogatore poiché potranno essere incrementati, a chiusura dell'esercizio, attraverso la valorizzazione di prestazioni erogate in coerenza alla programmazione sanitaria dell'ASL, purchè nei limiti dei tetti di spesa, complessivi e invalicabili, assegnati alle AASSLL di residenza e del 110% del valore della produzione entro il budget/valore contrattato 2016 della singola struttura. Le valorizzazioni economiche delle prestazioni – ridotte dagli abbattimenti applicati per controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazioni – eccedenti il limite del 110% della produzione 2016 entro budget/valore contrattato della singola Struttura non saranno riconosciute, mentre quelle ricomprese in detto limite ma eventualmente eccedenti i tetti di spesa dell'ASL di residenza potranno essere riconosciute con l'applicazione di meccanismi di regressione economica, secondo le regole riportate nell'allegato B) al contratto e secondo le indicazioni di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017. Non si procede alla regressione nel caso in cui l'esubero del tetto di spesa dell'ASL di residenza per la specialistica ambulatoriale sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo dei tetti di spesa per il ricovero.
5. La remunerazione per le prestazioni erogate nel 2017 non potrà comunque essere inferiore al 95% del valore della produzione 2016 entro budget del singolo erogatore.
6. Per la somministrazione dei farmaci (File F) in coerenza alle disposizioni regionali è previsto il rimborso ai costi sostenuti dall'erogatore, o se inferiore ai prezzi di riferimento delle gare regionali, ridotti dalle eventuali quote dovute dalle aziende farmaceutiche, in applicazione della così detta "rimborsabilità condizionata" di taluni farmaci.
7. L'erogatore prende atto dei tetti di spesa complessivi e invalicabili delle AASSLL per le prestazioni da erogare ai propri residenti da parte dei privati contrattati, definiti sul consumo storico dei residenti dell'ASL, riproporzionato ai valori complessivi di produzione entro il budget regionale.

8. L'Erogatore accetta i valori di riferimento assegnati, il tetto di spesa per ASL di residenza, i tetti di spesa per il recupero della mobilità passiva fuori regione e delle prestazioni – diverse dall'alta complessità – rese a cittadini di altre regioni, il sistema tariffario vigente nella Regione Piemonte e quello di remunerazione delle prestazioni rese, comprese le regole di regressione economica nel caso in cui l'insieme delle prestazioni erogate dal privato contrattato per il 2^a semestre 2017, sommata alla remunerazione delle prestazioni erogate dalle Strutture per i residenti dell'ASL al 30.06.2017, abbia superato i limiti per ASL di residenza dei pazienti.
9. L'erogatore prende atto ed accetta l'applicazione, per il 2^a semestre 2017, del sistema di valutazione della qualità con applicazione del 2,5% di premialità o di penalizzazione secondo i criteri definiti all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017. Il calcolo degli indicatori sarà effettuato utilizzando il Protocollo PNE contestualizzato a livello regionale.
10. La valorizzazione delle prestazioni avviene con la tariffa in vigore al momento dell'erogazione della prestazione, intendendosi per le prestazioni di ricovero la data di dimissione e per le prestazioni ricorrenti la data di completamento del ciclo terapeutico.
11. I valori di riferimento assegnati all'erogatore, i tetti di spesa, complessivi e invalicabili, delle AASSLL per le prestazioni da erogare a propri residenti da parte dei privati contrattati, e i restanti tetti di spesa applicati all'erogatore, si mantengono anche in caso di variazione comunque intervenuta dei valori delle tariffe di riferimento, sia per modifica della fascia di accreditamento, sia per revisione dei tariffari regionali, intendendosi in tal caso rideterminate le prestazioni oggetto del contratto nella misura necessaria a mantenere i valori massimi fissati.

Articolo 4 – Remunerazione delle prestazioni erogate

1. Le prestazioni erogate sino al 30 giugno 2017 sono remunerate entro il 57% del budget – ovvero del valore contrattato – 2016, complessivamente inteso, ed entro il 30 ottobre sarà definito il saldo dei primi sei mesi, fatti salvi eventuali conguagli conseguenti ai successivi controlli.
2. La remunerazione a saldo della produzione 2017 per i residenti in regione avviene con le seguenti regole, considerando separatamente ricovero per acuti, ricovero per post-acuti e specialistica ambulatoriale:
 - a) nel caso in cui la valorizzazione delle prestazioni realizzate nel 2^a semestre 2017 da tutti gli erogatori privati per i residenti dell'ASL – ridotti degli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre valorizzazione e di post valorizzazione – risulti inferiore rispetto ai tetti di spesa assegnati all'ASL di residenza, all'erogatore verrà corrisposta l'intera valorizzazione della produzione, entro il limite del 110% della produzione 2016 entro budget/valore contrattato;
 - b) nel caso in cui la valorizzazione delle prestazioni realizzate nel 2^a semestre 2017 da tutti gli erogatori accreditati e contrattati per i residenti dell'ASL – ridotti degli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre valorizzazione e di post valorizzazione – risulti superiore ai tetti di spesa assegnati all'ASL di residenza si ridurrà il valore riconosciuto a ciascun erogatore secondo il meccanismo di regressione economica di cui all'allegato B) al contratto ed alle indicazioni di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017, in modo che la valorizzazione complessiva rientri nei limiti dei tetti di spesa dell'ASL di residenza.
3. Non saranno comunque riconosciute eccedenze di produzione oltre il 110% della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato 2016 della singola Struttura privata contrattata e la regressione non potrà, in ogni caso, determinare una remunerazione inferiore al 95% della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato del singolo erogatore.
4. Saranno esclusi dalla regressione economica i valori delle prestazioni cosiddette "*protette*", corrispondenti alle prestazioni riportate nell'allegato C) al contratto secondo le indicazioni di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017;
5. i DRG contrattati dall'ASL per il recupero della mobilità passiva, di cui all'allegato C) al presente contratto, saranno remunerati anche al di sopra del tetto del 110% della Struttura.
6. La produzione realizzata per residenti in altre regioni sarà remunerata come segue:
 - a. la produzione entro il valore di cui all'art. 3, comma 2, lett. b) viene integralmente riconosciuta;
 - b. gli incrementi rispetto ai valori 2016 delle prestazioni di alta specialità saranno riconosciuti per intero;
 - c. gli eventuali incrementi di mobilità attiva su prestazioni di bassa e media complessità (rispetto alla produzione 2016) saranno eventualmente riconosciuti al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre regioni.

7. 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 5 – Erogazione di prestazioni.

1. Per una più razionale ed efficiente gestione degli accessi ai servizi, la struttura erogatrice assicura la condivisione con l'ASL delle agende di prenotazione, nei termini e secondo le modalità stabilite dall'ASL o dalla Regione.
2. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in un'apposita sezione del 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", essendo il limite giornaliero pari al numero di quelli accreditati.
4. La capacità produttiva non contrattata è utilizzabile per l'attività a regime privatistico.

Articolo 6 – Verifiche e controlli.

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza in relazione all'allegato C). L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controllo, nel rispetto della DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si impegna ad agevolare l'attività di vigilanza dell'apposita commissione ASL, nonché le ulteriori attività esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.
2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 15 giorni, il legale rappresentante della Struttura o suo delegato, può presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

Articolo 7 – Modalità di pagamento.

1. Il corrispettivo preventivato viene liquidato, a decorrere dal secondo semestre 2017, a titolo di acconto in quote mensili posticipate pari, di norma, a:
 - a) 90% di 1/12 del budget 2016 – ovvero del valore contrattato 2016 per gli erogatori ambulatoriali – o del realizzato se inferiore, fino alla definizione dei valori di riferimento di cui all'articolo 3, comma 2, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente;
 - b) Successivamente alla definizione dei valori di riferimento, pari al 100% di 1/6 del valore di riferimento 2° semestre 2017, di cui all'articolo 3, comma 2, o al realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente;
 - c) Successivamente alla definizione del budget per recupero della mobilità passiva fuori regione, pari al 100% di 6/12 del budget assegnato per il 2° semestre 2017, di cui all'articolo 3, comma 2, o al realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente.
2. I pagamenti a titolo di acconto devono avere luogo entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura corredata da un elenco delle prestazioni erogate nel mese di riferimento, redatto nella forma definita dall'ASL.
3. E' fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dall'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.
4. Entro il primo trimestre dell'anno successivo l'ASL verifica le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie concordate per destinazioni di residenza e per recupero di mobilità passiva fuori regione, e comunica alla Regione le informazioni necessarie ai fini della regressione economica che si definirà nei successivi trenta giorni. In caso di mancata contestazione entro tale termine, si procede alla liquidazione del saldo provvisorio della produzione erogata nei limiti pattuiti, entro 60 giorni dal ricevimento della fattura ex

articolo 4 del decreto legislativo n. 231/2002 e s.m.i.. In caso di contestazione, l'ASL sospenderà la liquidazione delle partite contestate fino alla relativa definizione.

5. Il pagamento di prestazioni fatturate non esclude future contestazioni da parte dell'ASL per importi non dovuti in relazione a prestazioni che, a seguito di ulteriori controlli, risultassero rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa, nei limiti della prescrizione.
6. Gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ASL, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile. 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.
7. Gli eventuali incrementi di prestazioni di ricovero, di bassa e media complessità, rese a cittadini di altre regioni italiane rispetto alla produzione 2016, saranno riconosciuti al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre regioni, in conformità ai provvedimenti regionali in materia.
8. Gli importi indicati nella reportistica prodotta dal Sistema Informativo Regionale rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dall'Erogatore e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente secondo i protocolli approvati hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono titolo per il riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.

Articolo 8 - Sospensione e risoluzione del contratto.

1. La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto.
2. Ove una parte accerti l'inadempimento concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto sarà legittimata ad emettere diffida ad adempiere ex articolo 1454 cod. civ. E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex articolo 1218 cod. civ. della parte inadempiente.
3. In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purchè formalmente contestati, il contratto è risolto con comunicazione recettizia formulata dalla parte che ha contestato.
4. In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali del contratto, purchè contestati formalmente, il contratto può essere sospeso da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato.
5. In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente contratto, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente contratto per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.
6. In tutte le ipotesi di sospensione in cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti dell'ASL e della Regione.
7. Il contratto si intenderà altresì risolto qualora intervenga condanna definitiva per reati contro la pubblica amministrazione a carico del legale rappresentante per fatti ad esso direttamente imputabili.

Articolo 9 – Clausola di maniera.

1. 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 contratte e si obbliga ad esonerare il SSN da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questo, avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del contratto.

Articolo 10 – Clausola di salvaguardia.

1. Con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente, il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e delle tariffe alla base del presente atto, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi, in quanto atti determinanti il contenuto del contratto. In considerazione dell'accettazione, con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore rinuncia ad eventuali azioni o impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti.

Articolo 11 – Durata, aggiornamento e rinvio normativa.

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2017 sino al 31 dicembre 2017. Non è tacitamente prorogabile.
2. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative, di carattere nazionale, senza che maggiori oneri derivino per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all'ASL.
3. Per gli aspetti non disciplinati dal contratto si rinvia al codice civile ed alla normativa di settore.

Articolo 12 – Bollo e registrazione.

1. Le spese di bollo sono in parti uguali. Ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del DPR 26 aprile 1986 n. 131 il contratto è soggetto a registrazione in caso di uso.

Articolo 13 – Foro competente, elezione di domicilio.

1. Le controversie derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto saranno devolute all'Autorità Giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Letto, approvato, e sottoscritto in due originali.

Lì, / / 2017

Per l'ASL

Per la Struttura

.....

.....

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del cod. civ. si approvano espressamente le clausole convenute negli articoli 2 (obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi), 3 (limiti finanziari), 4 (Remunerazione delle prestazioni erogate), 7 (Corrispettivo e modalità di pagamento), 9 (Clausola di maniera), 10 (Clausola di salvaguardia).

Per l'ASL

Per la Struttura

.....

.....

Allegato A) STATO DI ACCREDITAMENTO

AZIENDA AMBULATORIO RADIOLOGICO DR. FOCO s.a.s.

COD. AZ. 728

SEDE NOVI LIGURE – CORSO ITALIA 21

AMBULATORIO

STRUTTURA/E AMBULATORIO RADIOLOGICO DR. FOCO

SEDE/I OPERATIVA/E NOVI LIGURE (AL) – VIA EDILIO RAGGIO 87

COD STP 500089

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO D.G.R. 45-14857 del 21.02.2005

Allegato B) REGOLE DI VALORIZZAZIONE DELLA PRODUZIONE RESA A RESIDENTI NELLA REGIONE AI FINI DELLA RENUMERAZIONE

1. La regressione economica si applica alle valorizzazioni delle prestazioni rese nel 2^a semestre 2017 dagli erogatori privati contrattati a favore dei residenti di una determinata ASL, quando la sommatoria delle stesse (sommata alla remunerazione delle prestazioni erogate dalle Strutture per i residenti dell'ASL al 30.06.2017) supera i tetti di spesa 2017, complessivi ed invalicabili, assegnati all'ASL per l'acquisto di prestazioni da privati contrattati a favore di propri residenti.
2. Ai fini della eventuale regressione sulla valorizzazione delle prestazioni rese nel 2^a semestre 2017 si considerano separatamente le prestazioni rese per ricovero in regime di acuzie, ricovero in regime di post acuzie e specialistica ambulatoriale.
3. I valori di produzione a base dei calcoli della regressione si assumono al netto degli abbattimenti conseguenti agli ordinari controlli effettuati sulla produzione – abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione.
4. I valori di produzione di ciascun erogatore, rideterminati come indicato al punto 3, vengono preliminarmente ricondotti ad un valore non superiore al 110% del valore della produzione 2016 entro il budget – ovvero il valore contrattato per gli erogatori ambulatoriali – fatta eccezione per i DRG contrattati dall'ASL per il recupero della mobilità passiva (di cui all'allegato C) che potranno essere remunerati anche al di sopra del tetto del 110%. Le prestazioni che saranno oggetto di riconduzione al tetto del 110% saranno individuate fra quelle prodotte, in termini temporali, successivamente al raggiungimento del tetto, escluse le prestazioni di alta specialità e quelle "protette" di cui all'allegato C).
5. Non si procede alla regressione qualora la sommatoria delle valorizzazioni delle prestazioni rese nel 2^a semestre 2017 dagli erogatori per i residenti dell'ASL (sommata alla remunerazione delle prestazioni dagli stessi erogate per i residenti della stessa ASL al 30.06.2017) risulti pari o inferiore ai tetti di spesa 2017, complessivi e invalicabili, assegnati all'ASL per i propri residenti. Non si procede altresì alla regressione nel caso in cui l'esubero del tetto di spesa di ASL per la specialistica ambulatoriale sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo dei tetti di spesa per il ricovero.
6. Sono escluse dalla procedura di regressione economica i valori di produzioni riconducibili a prestazioni di ricovero di alta specialità e quelle riconducibili a prestazioni cosiddette "protette" individuate, per il secondo semestre 2017, dalla Regione, o dall'ASL di residenza, secondo le indicazioni regionali di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017 e dettagliate all'allegato C) al contratto.
7. La sommatoria dei valori di produzione di tutti gli erogatori privati, così rideterminati e diminuiti dei valori delle produzioni cosiddette "protette", quantifica i valori soggetti a regressione, per ASL di residenza dei pazienti.
8. Gli importi di cui all'alinea precedente vengono rideterminati con applicazione sequenziale dei criteri di seguito indicati, in modo che la sommatoria delle valorizzazioni – incluse le prestazioni escluse dalla regressione – sia ricondotta entro il valore limite per le prestazioni da rendere ai residenti dell'ASL (tetti di spesa dell'ASL):
 - a) regressione massima, nell'ambito delle percentuali di seguito indicate, delle seguenti tipologie di prestazioni (con sequenza progressiva da 1 a 3).

	LEA	Bassa specialità	Media specialità
Sequenza	1	2	3
Ricovero in acuzie	20%	10%	10%
Ricovero in post acuzie	n.a.	10%	10%

	Elenco prestazioni ex DRG n. 44-3399/2016 e DM Appropriatelyzza
Ambulatoriale	25%

- b) in caso di insufficienza del criterio di cui alla lettera a), regressione proporzionale del valore delle prestazioni erogate da tutte le strutture.

9. L'applicazione del meccanismo di regressione economica di cui ai punti precedenti non potrà in ogni caso determinare una remunerazione inferiore al 95% del valore della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato del singolo erogatore.
10. All'esito dell'eventuale regressione economica verrà applicato ai singoli erogatori il sistema di valutazione della qualità con applicazione del 2,5% di premialità o di penalizzazione secondo i criteri definiti all'allegato C) alla DGR n. 73 - 5504 del 03/08/2017.
11. La rivalorizzazione non esclude gli ulteriori abbattimenti di remunerazione delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture nel rispetto alla normativa vigente in materia (esempio: controlli esterni del Flusso SDO, controlli automatici di III° Livello e controlli effettuati dai Nuclei di Controllo e ulteriori controlli aziendali), nel rispetto di quanto disposto all'art. 7 comma 6 del contratto.

Allegato C) PRESTAZIONI CONTRATTATE

Per il secondo semestre si assume a riferimento il 90% del case mix del 2016. L'ASL per il secondo semestre richiede le seguenti prestazioni che, se realizzate, saranno escluse dalla regressione.

Tabelle di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017

Allegato C1 - Schema dei valori complessivi di riferimento del II Semestre 2017 (90% - Art. 3, cc 1,2): Ambulatoriale

Allegato C3 - Schema per recupero mobilità extraregione II Semestre 2017: Ambulatoriale

Figura 1.1 - Schema dei valori complessivi di riferimento del II Semestre 2017 (90% - Art. 3, cc 1,2): Ambulatoriale**ASL Territoriale: A.S.L. ALESSANDRIA****500089 - STUDIO RADIOLOGICO DR. FOCO**

ASL Residenza	Desc Asl Residenza	Strutture Prevalenti	Codice Gruppo Prestazione	Descr Gruppo Prestazione	Protette (non include elenco prestazioni 'Critiche' identificate dall'ASL di residenza - 10%)	ALTRO	Totale
203	A.S.L. TORINO 3	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	€ 12,08	€ 97,91	€ 109,99
204	A.S.L. TORINO 4	NO	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	€ 33,06	€ 33,06
204	A.S.L. TORINO 4	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	€ 247,03	€ 247,03
206	A.S.L. VERCELLI	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	€ 18,68	€ 91,52	€ 110,20
207	A.S.L. BIELLA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	€ 12,08	€ 12,08
208	A.S.L. NOVARA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	€ 127,34	€ 127,34
209	A.S.L. VERBANO-CUSO	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	€ 18,68	0	€ 18,68
210	A.S.L. CUNEO 1	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	€ 65,95	€ 65,95
211	A.S.L. CUNEO 2	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	€ 90,02	€ 90,02
212	A.S.L. ASTI	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	€ 422,35	€ 422,35
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	€ 45.677,85	€ 45.677,85
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	€ 61.975,86	€ 380.279,08	€ 442.254,94
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	0	€ 1.114,11	€ 1.114,11
301	A.S.L. CITTA' DI TORINO	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	€ 18,68	€ 276,47	€ 295,15
Totale					€ 62.043,98	€ 428.534,77	€ 490.578,75

Schema per recupero mobilità extraregione II Semestre 2017: Ambulatoriale

ASL Territoriale: A.S.L. ALESSANDRIA

500089 - STUDIO RADIOLOGICO DR. FOCO

ASL Residenza	Desc Asl Residenza	Strutture Prevalenti	Codice Gruppo Prestazione	Descr Gruppo Prestazione	Codice Prestazione	Descr Prestazione	Macro Categoria	PRESTAZIONI PROTETTE		GIA' COMPRESSE NEL VALORE DI RIFERIMENTO	
								Prestazioni II Sem 2017	Valore II Sem 2017	Casi II sem 2017 stimati	Valore di riferimento II sem 2017
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	ALTRO	92	5.565,86	1.628	98.290,44
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.77.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	ALTRO	58	2.550,59	1.037	45.534,56
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	Protette (non include elenco prestazioni 'Critiche' identificate dall'ASL di residenza - 10%)	56	2.469,38	933	40.940,01
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi	Protette (non include elenco prestazioni 'Critiche' identificate dall'ASL di residenza - 10%)	41	1.161,56	740	21.035,85
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba	ALTRO	43	907,36	830	17.596,90
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)	ALTRO	46	718,43	676	10.485,08
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale	ALTRO	20	701,85	457	16.403,69

ASL Residenza	Desc Asl Residenza	Strutture Prevalenti	Codice Gruppo Prestazione	Descr Gruppo Prestazione	Codice Prestazione	Descr Prestazione	Macro Categoria	Prestazioni II Sem 2017	Valore II Sem 2017	Casi II sem 2017 stimati	Valore di riferimento II sem 2017
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso : fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni , retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)	ALTRO	15	667,28	260	11.355,61
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.26	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA Radiografia del bacino, Radiografia dell'anca	ALTRO	37	652,08	643	11.306,60
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	ALTRO	15	525,25	385	13.392,91
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.28	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA Radiografia (2 proiezioni) di: caviglia, piede [calcagno], dito del piede	ALTRO	29	509,97	479	8.527,10
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO Tc del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo	ALTRO	5	378,25	63	4.748,01
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.23	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO Radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano	ALTRO	16	233,59	306	4.361,83
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.79.2	STUDIO ECOGRAFICO DEL BACINO - Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell'anca	ALTRO	5	177,13	139	4.549,05

TOT	479	17.218,55
-----	-----	-----------

Contratto/Accordo contrattuale

tra

l'ASL AL, con sede legale in Alessandria, via Venezia 6, (C.F. 02190140067), rappresentata dal Direttore Generale pro tempore dr. Gilberto GENTILI, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società LABORATORIO ANALISI S. MARIA DEL DR. W. QUAGLIA con sede legale in Novi Ligure Via Felice Cavallotti 136 (C.F. QGLWTR46D01E341C – P. IVA 00458130069), 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 denominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata dal Dott. Walter Quaglia nella qualità di Direttore con titolo di legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

- gli articoli 8-bis, quater e quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
- con DGR n. 73 - 5504 del 03/08/2017 sono state definite le nuove regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati e a contratto, i tetti di spesa regionali e di ASL per il 2017 ed è stato approvato lo schema di contratto a valere per le strutture private (Case di cura) e di accordo contrattuale a valere per le strutture equiparate (presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78, progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis d.lgs. 502/92 e s.m.i.);
- con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. ____ del __/__/____ è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto/accordo in attuazione della citata DGR;
- il legale rappresentante della Struttura dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente;

si conviene e stipula quanto segue:

Articolo 1 – Oggetto del contratto/accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto.
2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e con oneri a carico del SSR, conformi a tipologie e volumi riassunti all'articolo 3, comma 1 e precisati nell'allegato C) parte integrante del contratto.
3. Le prestazioni devono comunque avere luogo nell'intera annualità con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda.
4. Nulla spetterà all'erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di accreditamento nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 8, ferma restando la tutela giurisdizionale.
5. Qualora per giustificato motivo l'Erogatore non possa espletare le prestazioni oggetto del contratto dovrà dare tempestiva comunicazione all'ASL, la quale informerà le Aziende dell'Area omogenea di programmazione e la Regione. Similmente si dovrà comunicare la ripresa dell'esecuzione.

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

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e di provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere ed 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. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.
2. La struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versino in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/991.
3. Ai sensi dell'articolo 1, comma 42, L. n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti di ASL e Regione che abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro.

4. In ottemperanza al regolamento approvato con decreto 2 aprile 2015, n. 79, 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.
5. La cessione del contratto a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o cambiamento di ragione sociale, subordinatamente all'adozione degli atti di competenza regionale ed aziendale.

Articolo 3 – Limiti finanziari.

1. Il valore di riferimento annuale per il 2017 della Struttura per i residenti piemontesi è pari al budget 2016 – ovvero al valore contratto 2016 per gli erogatori ambulatoriali – comprensivo del valore di riferimento per il 2° semestre 2017 determinato in misura pari al 90% della differenza fra il budget 2016 – ovvero del valore contrattato 2016 per gli erogatori ambulatoriali – ed il valore della produzione erogata dalla Struttura al 30.6.2017, quest'ultima riconosciuta anche in misura eccedente i 6/12, ma comunque non superiore al limite del 57% del budget – ovvero del valore contrattato – 2016, complessivamente inteso, del singolo erogatore.
2. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR sono riassunti i seguenti valori annui di riferimento per la Struttura:
 - a. Per prestazioni rese a residenti in regione e STR (stranieri paesi Ue/SEE/in Convenzione), ENI (Europeo Non Iscrivibile) ed STP (stranieri temporaneamente presenti) a carico del SSN ai sensi della circolare Ministero Salute n. 5 del 24.3.2000:
 -)
 - specialistica ambulatoriale € 276.396,00 (di cui € 106.965,00 valore di riferimento per il 2° semestre 2017)
 - per recupero della mobilità passiva sulla base degli indirizzi regionali, per specifiche prestazioni/DRG definiti nell'apposita sezione dell'allegato C, si rimanda agli importi indicati nell'allegato C3 del presente contratto ex DGR 73 - 5504 del 03/08/2017.
 - b. Per prestazioni rese a residenti in altre regioni:
 - specialistica ambulatoriale 4.889,00
 - c. Per gli STP (stranieri temporaneamente presenti) la cui competenza in materia sanitaria, ai sensi dell'art. 32 del Decreto Legge n. 50 del 24.04.2017, è stata trasferita dal Ministero degli Interni al Ministero della Salute, verranno riconosciuti gli importi delle prestazioni erogate secondo le indicazioni nazionali.
3. Nel caso di trasferimento da un setting assistenziale all'altro, il valore di cui al comma 2 lett. a) relativo alla specialistica ambulatoriale potrà essere incrementato con corrispondente riduzione dei valori di riferimento per il ricovero.
4. I valori di cui al comma 2 lett. a) – fatta eccezione per il budget assegnato per il recupero della mobilità passiva fuori regione – non rappresentano un limite invalicabile per l'erogatore poiché potranno essere incrementati, a chiusura dell'esercizio, attraverso la valorizzazione di prestazioni erogate in coerenza alla programmazione sanitaria dell'ASL, purchè nei limiti dei tetti di spesa, complessivi e invalicabili, assegnati alle AASSLL di residenza e del 110% del valore della produzione entro il budget/valore contrattato 2016 della singola struttura. Le valorizzazioni economiche delle prestazioni – ridotte dagli abbattimenti applicati per controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazioni – eccedenti il limite del 110% della produzione 2016 entro budget/valore contrattato della singola Struttura non saranno riconosciute, mentre quelle ricomprese in detto limite ma eventualmente eccedenti i tetti di spesa dell'ASL di residenza potranno essere riconosciute con l'applicazione di meccanismi di regressione economica, secondo le regole riportate nell'allegato B) al contratto e secondo le indicazioni di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017. Non si procede alla regressione nel caso in cui l'esubero del tetto di spesa dell'ASL di residenza per la specialistica ambulatoriale sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo dei tetti di spesa per il ricovero.
5. La remunerazione per le prestazioni erogate nel 2017 non potrà comunque essere inferiore al 95% del valore della produzione 2016 entro budget del singolo erogatore.
6. Per la somministrazione dei farmaci (File F) in coerenza alle disposizioni regionali è previsto il rimborso ai costi sostenuti dall'erogatore, o se inferiore ai prezzi di riferimento delle gare regionali, ridotti dalle eventuali quote dovute dalle aziende farmaceutiche, in applicazione della così detta "rimborsabilità condizionata" di taluni farmaci.
7. L'erogatore prende atto dei tetti di spesa complessivi e invalicabili delle AASSLL per le prestazioni da erogare ai propri residenti da parte dei privati contrattati, definiti sul consumo storico dei residenti dell'ASL, riproporzionato ai valori complessivi di produzione entro il budget regionale.

8. L'Erogatore accetta i valori di riferimento assegnati, il tetto di spesa per ASL di residenza, i tetti di spesa per il recupero della mobilità passiva fuori regione e delle prestazioni – diverse dall'alta complessità – rese a cittadini di altre regioni, il sistema tariffario vigente nella Regione Piemonte e quello di remunerazione delle prestazioni rese, comprese le regole di regressione economica nel caso in cui l'insieme delle prestazioni erogate dal privato contrattato per il 2^a semestre 2017, sommata alla remunerazione delle prestazioni erogate dalle Strutture per i residenti dell'ASL al 30.06.2017, abbia superato i limiti per ASL di residenza dei pazienti.
9. L'erogatore prende atto ed accetta l'applicazione, per il 2^a semestre 2017, del sistema di valutazione della qualità con applicazione del 2,5% di premialità o di penalizzazione secondo i criteri definiti all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017. Il calcolo degli indicatori sarà effettuato utilizzando il Protocollo PNE contestualizzato a livello regionale.
10. La valorizzazione delle prestazioni avviene con la tariffa in vigore al momento dell'erogazione della prestazione, intendendosi per le prestazioni di ricovero la data di dimissione e per le prestazioni ricorrenti la data di completamento del ciclo terapeutico.
11. I valori di riferimento assegnati all'erogatore, i tetti di spesa, complessivi e invalicabili, delle AASSLL per le prestazioni da erogare a propri residenti da parte dei privati contrattati, e i restanti tetti di spesa applicati all'erogatore, si mantengono anche in caso di variazione comunque intervenuta dei valori delle tariffe di riferimento, sia per modifica della fascia di accreditamento, sia per revisione dei tariffari regionali, intendendosi in tal caso rideterminate le prestazioni oggetto del contratto nella misura necessaria a mantenere i valori massimi fissati.

Articolo 4 – Remunerazione delle prestazioni erogate

1. Le prestazioni erogate sino al 30 giugno 2017 sono remunerate entro il 57% del budget – ovvero del valore contrattato – 2016, complessivamente inteso, ed entro il 30 ottobre sarà definito il saldo dei primi sei mesi, fatti salvi eventuali conguagli conseguenti ai successivi controlli.
2. La remunerazione a saldo della produzione 2017 per i residenti in regione avviene con le seguenti regole, considerando separatamente ricovero per acuti, ricovero per post-acuti e specialistica ambulatoriale:
 - a) nel caso in cui la valorizzazione delle prestazioni realizzate nel 2^a semestre 2017 da tutti gli erogatori privati per i residenti dell'ASL – ridotti degli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre valorizzazione e di post valorizzazione – risulti inferiore rispetto ai tetti di spesa assegnati all'ASL di residenza, all'erogatore verrà corrisposta l'intera valorizzazione della produzione, entro il limite del 110% della produzione 2016 entro budget/valore contrattato;
 - b) nel caso in cui la valorizzazione delle prestazioni realizzate nel 2^a semestre 2017 da tutti gli erogatori accreditati e contrattati per i residenti dell'ASL – ridotti degli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre valorizzazione e di post valorizzazione – risulti superiore ai tetti di spesa assegnati all'ASL di residenza si ridurrà il valore riconosciuto a ciascun erogatore secondo il meccanismo di regressione economica di cui all'allegato B) al contratto ed alle indicazioni di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017, in modo che la valorizzazione complessiva rientri nei limiti dei tetti di spesa dell'ASL di residenza.
3. Non saranno comunque riconosciute eccedenze di produzione oltre il 110% della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato 2016 della singola Struttura privata contrattata e la regressione non potrà, in ogni caso, determinare una remunerazione inferiore al 95% della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato del singolo erogatore.
4. Saranno esclusi dalla regressione economica i valori delle prestazioni cosiddette "*protette*", corrispondenti alle prestazioni riportate nell'allegato C) al contratto secondo le indicazioni di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017;
5. i DRG contrattati dall'ASL per il recupero della mobilità passiva, di cui all'allegato C) al presente contratto, saranno remunerati anche al di sopra del tetto del 110% della Struttura.
6. La produzione realizzata per residenti in altre regioni sarà remunerata come segue:
 - a. la produzione entro il valore di cui all'art. 3, comma 2, lett. b) viene integralmente riconosciuta;
 - b. gli incrementi rispetto ai valori 2016 delle prestazioni di alta specialità saranno riconosciuti per intero;
 - c. gli eventuali incrementi di mobilità attiva su prestazioni di bassa e media complessità (rispetto alla produzione 2016) saranno eventualmente riconosciuti al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre regioni.

7. 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 5 – Erogazione di prestazioni.

1. Per una più razionale ed efficiente gestione degli accessi ai servizi, la struttura erogatrice assicura la condivisione con l'ASL delle agende di prenotazione, nei termini e secondo le modalità stabilite dall'ASL o dalla Regione.
2. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in un'apposita sezione del 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", essendo il limite giornaliero pari al numero di quelli accreditati.
4. La capacità produttiva non contrattata è utilizzabile per l'attività a regime privatistico.

Articolo 6 – Verifiche e controlli.

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza in relazione all'allegato C). L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controllo, nel rispetto della DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si impegna ad agevolare l'attività di vigilanza dell'apposita commissione ASL, nonché le ulteriori attività esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.
2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 15 giorni, il legale rappresentante della Struttura o suo delegato, può presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

Articolo 7 – Modalità di pagamento.

1. Il corrispettivo preventivato viene liquidato, a decorrere dal secondo semestre 2017, a titolo di acconto in quote mensili posticipate pari, di norma, a:
 - a) 90% di 1/12 del budget 2016 – ovvero del valore contrattato 2016 per gli erogatori ambulatoriali – o del realizzato se inferiore, fino alla definizione dei valori di riferimento di cui all'articolo 3, comma 2, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente;
 - b) Successivamente alla definizione dei valori di riferimento, pari al 100% di 1/6 del valore di riferimento 2^a semestre 2017, di cui all'articolo 3, comma 2, o al realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente;
 - c) Successivamente alla definizione del budget per recupero della mobilità passiva fuori regione, pari al 100% di 6/12 del budget assegnato per il 2^a semestre 2017, di cui all'articolo 3, comma 2, o al realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente.
2. I pagamenti a titolo di acconto devono avere luogo entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura corredata da un elenco delle prestazioni erogate nel mese di riferimento, redatto nella forma definita dall'ASL.
3. E' fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dall'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.
4. Entro il primo trimestre dell'anno successivo l'ASL verifica le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie concordate per destinazioni di residenza e per recupero di mobilità passiva fuori regione, e comunica alla Regione le informazioni necessarie ai fini della regressione economica che si definirà nei successivi trenta giorni. In caso di mancata contestazione entro tale termine, si procede alla liquidazione del saldo provvisorio della produzione erogata nei limiti pattuiti, entro 60 giorni dal ricevimento della fattura ex

articolo 4 del decreto legislativo n. 231/2002 e s.m.i.. In caso di contestazione, l'ASL sospenderà la liquidazione delle partite contestate fino alla relativa definizione.

5. Il pagamento di prestazioni fatturate non esclude future contestazioni da parte dell'ASL per importi non dovuti in relazione a prestazioni che, a seguito di ulteriori controlli, risultassero rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa, nei limiti della prescrizione.
6. Gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ASL, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile. 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.
7. Gli eventuali incrementi di prestazioni di ricovero, di bassa e media complessità, rese a cittadini di altre regioni italiane rispetto alla produzione 2016, saranno riconosciuti al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre regioni, in conformità ai provvedimenti regionali in materia.
8. Gli importi indicati nella reportistica prodotta dal Sistema Informativo Regionale rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dall'Erogatore e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente secondo i protocolli approvati hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono titolo per il riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.

Articolo 8 - Sospensione e risoluzione del contratto.

1. La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto.
2. Ove una parte accerti l'inadempimento concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto sarà legittimata ad emettere diffida ad adempiere ex articolo 1454 cod. civ. E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex articolo 1218 cod. civ. della parte inadempiente.
3. In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purchè formalmente contestati, il contratto è risolto con comunicazione recettizia formulata dalla parte che ha contestato.
4. In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali del contratto, purchè contestati formalmente, il contratto può essere sospeso da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato.
5. In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente contratto, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente contratto per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.
6. In tutte le ipotesi di sospensione in cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti dell'ASL e della Regione.
7. Il contratto si intenderà altresì risolto qualora intervenga condanna definitiva per reati contro la pubblica amministrazione a carico del legale rappresentante per fatti ad esso direttamente imputabili.

Articolo 9 – Clausola di maniera.

1. 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 contratte e si obbliga ad esonerare il SSN da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questo, avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del contratto.

Articolo 10 – Clausola di salvaguardia.

1. Con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente, il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e delle tariffe alla base del presente atto, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi, in quanto atti determinanti il contenuto del contratto. In considerazione dell'accettazione, con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore rinuncia ad eventuali azioni o impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti.

Articolo 11 – Durata, aggiornamento e rinvio normativa.

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2017 sino al 31 dicembre 2017. Non è tacitamente prorogabile.
2. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative, di carattere nazionale, senza che maggiori oneri derivino per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all'ASL.
3. Per gli aspetti non disciplinati dal contratto si rinvia al codice civile ed alla normativa di settore.

Articolo 12 – Bollo e registrazione.

1. Le spese di bollo sono in parti uguali. Ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del DPR 26 aprile 1986 n. 131 il contratto è soggetto a registrazione in caso di uso.

Articolo 13 – Foro competente, elezione di domicilio.

1. Le controversie derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto saranno devolute all'Autorità Giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Letto, approvato, e sottoscritto in due originali.

Lì, / / 2017

Per l'ASL

Per la Struttura

.....

.....

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del cod. civ. si approvano espressamente le clausole convenute negli articoli 2 (obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi), 3 (limiti finanziari), 4 (Remunerazione delle prestazioni erogate), 7 (Corrispettivo e modalità di pagamento), 9 (Clausola di maniera), 10 (Clausola di salvaguardia).

Per l'ASL

Per la Struttura

.....

.....

Allegato A) STATO DI ACCREDITAMENTO

AZIENDA LABORATORIO ANALISI S. MARIA DEL DR. W. QUAGLIA

COD. AZ. 736

SEDE NOVI LIGURE (AL) - VIA FELICE CAVALLOTTI 136

AMBULATORIO

STRUTTURA/E LABORATORIO ANALISI S. MARIA DEL DR. W. QUAGLIA

SEDE/I OPERATIVA/E NOVI LIGURE (AL) - VIA FELICE CAVALLOTTI 136

COD STP 500121

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO D.G.R. 78-10136 del 28.7.2003

Allegato B) REGOLE DI VALORIZZAZIONE DELLA PRODUZIONE RESA A RESIDENTI NELLA REGIONE AI FINI DELLA RENUMERAZIONE

1. La regressione economica si applica alle valorizzazioni delle prestazioni rese nel 2^a semestre 2017 dagli erogatori privati contrattati a favore dei residenti di una determinata ASL, quando la sommatoria delle stesse (sommata alla remunerazione delle prestazioni erogate dalle Strutture per i residenti dell'ASL al 30.06.2017) supera i tetti di spesa 2017, complessivi ed invalicabili, assegnati all'ASL per l'acquisto di prestazioni da privati contrattati a favore di propri residenti.
2. Ai fini della eventuale regressione sulla valorizzazione delle prestazioni rese nel 2^a semestre 2017 si considerano separatamente le prestazioni rese per ricovero in regime di acuzie, ricovero in regime di post acuzie e specialistica ambulatoriale.
3. I valori di produzione a base dei calcoli della regressione si assumono al netto degli abbattimenti conseguenti agli ordinari controlli effettuati sulla produzione – abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione.
4. I valori di produzione di ciascun erogatore, rideterminati come indicato al punto 3, vengono preliminarmente ricondotti ad un valore non superiore al 110% del valore della produzione 2016 entro il budget – ovvero il valore contrattato per gli erogatori ambulatoriali – fatta eccezione per i DRG contrattati dall'ASL per il recupero della mobilità passiva (di cui all'allegato C) che potranno essere remunerati anche al di sopra del tetto del 110%. Le prestazioni che saranno oggetto di riconduzione al tetto del 110% saranno individuate fra quelle prodotte, in termini temporali, successivamente al raggiungimento del tetto, escluse le prestazioni di alta specialità e quelle "protette" di cui all'allegato C).
5. Non si procede alla regressione qualora la sommatoria delle valorizzazioni delle prestazioni rese nel 2^a semestre 2017 dagli erogatori per i residenti dell'ASL (sommata alla remunerazione delle prestazioni dagli stessi erogate per i residenti della stessa ASL al 30.06.2017) risulti pari o inferiore ai tetti di spesa 2017, complessivi e invalicabili, assegnati all'ASL per i propri residenti. Non si procede altresì alla regressione nel caso in cui l'esubero del tetto di spesa di ASL per la specialistica ambulatoriale sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo dei tetti di spesa per il ricovero.
6. Sono escluse dalla procedura di regressione economica i valori di produzioni riconducibili a prestazioni di ricovero di alta specialità e quelle riconducibili a prestazioni cosiddette "protette" individuate, per il secondo semestre 2017, dalla Regione, o dall'ASL di residenza, secondo le indicazioni regionali di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017 e dettagliate all'allegato C) al contratto.
7. La sommatoria dei valori di produzione di tutti gli erogatori privati, così rideterminati e diminuiti dei valori delle produzioni cosiddette "protette", quantifica i valori soggetti a regressione, per ASL di residenza dei pazienti.
8. Gli importi di cui all'alinea precedente vengono rideterminati con applicazione sequenziale dei criteri di seguito indicati, in modo che la sommatoria delle valorizzazioni – incluse le prestazioni escluse dalla regressione – sia ricondotta entro il valore limite per le prestazioni da rendere ai residenti dell'ASL (tetti di spesa dell'ASL):
 - a) regressione massima, nell'ambito delle percentuali di seguito indicate, delle seguenti tipologie di prestazioni (con sequenza progressiva da 1 a 3).

	LEA	Bassa specialità	Media specialità
Sequenza	1	2	3
Ricovero in acuzie	20%	10%	10%
Ricovero in post acuzie	n.a.	10%	10%

	Elenco prestazioni ex DRG n. 44-3399/2016 e DM Appropriatezza
Ambulatoriale	25%

- b) in caso di insufficienza del criterio di cui alla lettera a), regressione proporzionale del valore delle prestazioni erogate da tutte le strutture.

9. L'applicazione del meccanismo di regressione economica di cui ai punti precedenti non potrà in ogni caso determinare una remunerazione inferiore al 95% del valore della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato del singolo erogatore.
10. All'esito dell'eventuale regressione economica verrà applicato ai singoli erogatori il sistema di valutazione della qualità con applicazione del 2,5% di premialità o di penalizzazione secondo i criteri definiti all'allegato C) alla DGR n. 73 - 5504 del 03/08/2017.
11. La rivalorizzazione non esclude gli ulteriori abbattimenti di remunerazione delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture nel rispetto alla normativa vigente in materia (esempio: controlli esterni del Flusso SDO, controlli automatici di III° Livello e controlli effettuati dai Nuclei di Controllo e ulteriori controlli aziendali), nel rispetto di quanto disposto all'art. 7 comma 6 del contratto.

Allegato C) PRESTAZIONI CONTRATTATE

Per il secondo semestre si assume a riferimento il 90% del case mix del 2016. L'ASL per il secondo semestre richiede le seguenti prestazioni che, se realizzate, saranno escluse dalla regressione.

Tabelle di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017

Allegato C1 - Schema dei valori complessivi di riferimento del II Semestre 2017 (90% - Art. 3, cc 1,2): Ambulatoriale

Allegato C3 - Schema per recupero mobilità extraregione II Semestre 2017: Ambulatoriale

Figura 1.1 - Schema dei valori complessivi di riferimento del II Semestre 2017 (90% - Art. 3, cc 1,2): Ambulatoriale**ASL Territoriale: A.S.L. ALESSANDRIA****500121 - LABORATORIO S. MARIA DEL DR. W. QUAGLIA**

ASL Residenza	Desc Asl Residenza	Strutture Prevalenti	Codice Gruppo Prestazione	Descr Gruppo Prestazione	Elenco Prestazioni ex DGR n.44-339/2016 e DM Appropriatelyzza	ALTRO	Totale
204	A.S.L. TORINO 4	NO	a144	Prestazioni di laboratorio	€ 19,48	€ 3,69	€ 23,17
207	A.S.L. BIELLA	NO	a144	Prestazioni di laboratorio	€ 7,61	0	€ 7,61
208	A.S.L. NOVARA	NO	a144	Prestazioni di laboratorio	€ 1,12	0	€ 1,12
212	A.S.L. ASTI	NO	a144	Prestazioni di laboratorio	€ 15,41	0	€ 15,41
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a144	Prestazioni di laboratorio	€ 100.579,43	€ 6.331,52	€ 106.910,95
301	A.S.L. CITTA' DI TORINO	NO	a144	Prestazioni di laboratorio	€ 6,78	0	€ 6,78
			Totale		€ 100.629,83	€ 6.335,21	€ 106.965,04

Schema per recupero mobilità extraregione II Semestre 2017: Ambulatoriale

ASL Territoriale: A.S.L. ALESSANDRIA

500121 - LABORATORIO S. MARIA DEL DR. W. QUAGLIA

ASL Residenza	Desc Asl Residenza	Strutture Prevalenti	Codice Gruppo Prestazione	Descr Gruppo Prestazione	Codice Prestazione	Descr Prestazione	Macro Categoria	PRESTAZIONI PROTETTE		GIÀ COMPRESSE NEL VALORE DI RIFERIMENTO	
								Prestazioni II Sem 2017	Valore II Sem 2017	Casi II sem 2017 stimati	Valore di riferimento II sem 2017
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a144	Prestazioni di laboratorio	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	Elenco Prestazioni ex DGR n.44-339/2016 e DM Appropriatelyzza	301	720,23	3.529	8.437,05
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a144	Prestazioni di laboratorio	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	Elenco Prestazioni ex DGR n.44-339/2016 e DM Appropriatelyzza	221	650,47	2.451	7.200,37
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a144	Prestazioni di laboratorio	90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	Elenco Prestazioni ex DGR n.44-339/2016 e DM Appropriatelyzza	51	346,29	541	3.684,20
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a144	Prestazioni di laboratorio	90.44.5	VITAMINA D	Elenco Prestazioni ex DGR n.44-339/2016 e DM Appropriatelyzza	22	325,52	181	2.635,13
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a144	Prestazioni di laboratorio	90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]	Elenco Prestazioni ex DGR n.44-339/2016 e DM Appropriatelyzza	49	286,55	511	3.012,52
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a144	Prestazioni di laboratorio	90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	Elenco Prestazioni ex DGR n.44-339/2016 e DM Appropriatelyzza	129	260,28	1.396	2.816,70
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a144	Prestazioni di laboratorio	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	Elenco Prestazioni ex DGR n.44-339/2016 e DM Appropriatelyzza	45	226,69	514	2.604,24
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a144	Prestazioni di laboratorio	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	Elenco Prestazioni ex DGR n.44-339/2016 e DM Appropriatelyzza	37	217,64	422	2.488,68
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a144	Prestazioni di laboratorio	90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica.	Elenco Prestazioni ex DGR n.44-339/2016 e DM Appropriatelyzza	25	193,29	292	2.229,74
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a144	Prestazioni di laboratorio	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	Elenco Prestazioni ex DGR n.44-339/2016 e DM Appropriatelyzza	189	191,09	2.045	2.065,00
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a144	Prestazioni di laboratorio	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	Elenco Prestazioni ex DGR n.44-339/2016 e DM Appropriatelyzza	172	189,36	1.957	2.154,38
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a144	Prestazioni di laboratorio	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] - Incluso: Dosaggio Proteine totali.	Elenco Prestazioni ex DGR n.44-339/2016 e DM Appropriatelyzza	48	185,67	488	1.888,74
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a144	Prestazioni di laboratorio	90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)	Elenco Prestazioni ex DGR n.44-339/2016 e DM Appropriatelyzza	27	181,83	341	2.324,22
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a144	Prestazioni di laboratorio	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	Elenco Prestazioni ex DGR n.44-339/2016 e DM Appropriatelyzza	49	175,19	555	1.990,61
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a144	Prestazioni di laboratorio	90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]	Elenco Prestazioni ex DGR n.44-339/2016 e DM Appropriatelyzza	7	117,38	73	1.256,24
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a144	Prestazioni di laboratorio	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	Elenco Prestazioni ex DGR n.44-339/2016 e DM Appropriatelyzza	19	50,20	203	541,80
TOT								1.391	4.317,67		

Contratto/Accordo contrattuale

tra

l'ASL AL, con sede legale in Alessandria, via Venezia 6, (C.F. 02190140067), rappresentata dal Direttore Generale pro tempore dr. Gilberto GENTILI, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società Studio Dott. C. Ponzano S.r.l. con sede legale in Alessandria Piazza Valfrè 54 (C.F. 00389250069), 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 denominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata dalla Dott.ssa Monica Ponzano nella qualità di Legale Rappresentante con titolo di legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

- gli articoli 8-bis, quater e quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
- con DGR n. 73 - 5504 del 03/08/2017 sono state definite le nuove regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati e a contratto, i tetti di spesa regionali e di ASL per il 2017 ed è stato approvato lo schema di contratto a valere per le strutture private (Case di cura) e di accordo contrattuale a valere per le strutture equiparate (presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78, progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis d.lgs. 502/92 e s.m.i.);
- con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. ____ del __/__/____ è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto/accordo in attuazione della citata DGR;
- il legale rappresentante della Struttura dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente;

si conviene e stipula quanto segue:

Articolo 1 – Oggetto del contratto/accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto.
2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e con oneri a carico del SSR, conformi a tipologie e volumi riassunti all'articolo 3, comma 1 e precisati nell'allegato C) parte integrante del contratto.
3. Le prestazioni devono comunque avere luogo nell'intera annualità con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda.
4. Nulla spetterà all'erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di accreditamento nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 8, ferma restando la tutela giurisdizionale.
5. Qualora per giustificato motivo l'Erogatore non possa espletare le prestazioni oggetto del contratto dovrà dare tempestiva comunicazione all'ASL, la quale informerà le Aziende dell'Area omogenea di programmazione e la Regione. Similmente si dovrà comunicare la ripresa dell'esecuzione.

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

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e di provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere ed 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. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.
2. La struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/991.
3. Ai sensi dell'articolo 1, comma 42, L. n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti di ASL e Regione che abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro.
4. In ottemperanza al regolamento approvato con decreto 2 aprile 2015, n. 79, 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.

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

Articolo 3 – Limiti finanziari.

1. Il valore di riferimento annuale per il 2017 della Struttura per i residenti piemontesi è pari al budget 2016 – ovvero al valore contratto 2016 per gli erogatori ambulatoriali – comprensivo del valore di riferimento per il 2^a semestre 2017 determinato in misura pari al 90% della differenza fra il budget 2016 – ovvero del valore contrattato 2016 per gli erogatori ambulatoriali – ed il valore della produzione erogata dalla Struttura al 30.6.2017, quest'ultima riconosciuta anche in misura eccedente i 6/12, ma comunque non superiore al limite del 57% del budget – ovvero del valore contrattato – 2016, complessivamente inteso, del singolo erogatore.
2. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR sono riassunti i seguenti valori annui di riferimento per la Struttura:
 - a. Per prestazioni rese a residenti in regione e STR (stranieri paesi Ue/SEE/in Convenzione), ENI (Europeo Non Iscrivibile) ed STP (stranieri temporaneamente presenti) a carico del SSN ai sensi della circolare Ministero Salute n. 5 del 24.3.2000:
 - specialistica ambulatoriale € 96.756,00 (di cui € 42.029,00 valore di riferimento per il 2^a semestre 2017)
 - per recupero della mobilità passiva sulla base degli indirizzi regionali, per specifiche prestazioni/DRG definiti nell'apposita sezione dell'allegato C), si rimanda agli importi indicati nell'allegato C3 del presente contratto ex DGR 73 - 5504 del 03/08/2017.
 - b. Per prestazioni rese a residenti in altre regioni:
 - specialistica ambulatoriale 0,00
 - c. Per gli STP (stranieri temporaneamente presenti) la cui competenza in materia sanitaria, ai sensi dell'art. 32 del Decreto Legge n. 50 del 24.04.2017, è stata trasferita dal Ministero degli Interni al Ministero della Salute, verranno riconosciuti gli importi delle prestazioni erogate secondo le indicazioni nazionali.
3. Nel caso di trasferimento da un setting assistenziale all'altro, il valore di cui al comma 2 lett. a) relativo alla specialistica ambulatoriale potrà essere incrementato con corrispondente riduzione dei valori di riferimento per il ricovero.
4. I valori di cui al comma 2 lett. a) – fatta eccezione per il budget assegnato per il recupero della mobilità passiva fuori regione – non rappresentano un limite invalicabile per l'erogatore poiché potranno essere incrementati, a chiusura dell'esercizio, attraverso la valorizzazione di prestazioni erogate in coerenza alla programmazione sanitaria dell'ASL, purchè nei limiti dei tetti di spesa, complessivi e invalicabili, assegnati alle AASSLL di residenza e del 110% del valore della produzione entro il budget/valore contrattato 2016 della singola struttura. Le valorizzazioni economiche delle prestazioni – ridotte dagli abbattimenti applicati per controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazioni – eccedenti il limite del 110% della produzione 2016 entro budget/valore contrattato della singola Struttura non saranno riconosciute, mentre quelle ricomprese in detto limite ma eventualmente eccedenti i tetti di spesa dell'ASL di residenza potranno essere riconosciute con l'applicazione di meccanismi di regressione economica, secondo le regole riportate nell'allegato B) al contratto e secondo le indicazioni di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017. Non si procede alla regressione nel caso in cui l'esubero del tetto di spesa dell'ASL di residenza per la specialistica ambulatoriale sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo dei tetti di spesa per il ricovero.
5. La remunerazione per le prestazioni erogate nel 2017 non potrà comunque essere inferiore al 95% del valore della produzione 2016 entro budget del singolo erogatore.
6. Per la somministrazione dei farmaci (File F) in coerenza alle disposizioni regionali è previsto il rimborso ai costi sostenuti dall'erogatore, o se inferiore ai prezzi di riferimento delle gare regionali, ridotti dalle eventuali quote dovute dalle aziende farmaceutiche, in applicazione della così detta "rimborsabilità condizionata" di taluni farmaci.
7. L'erogatore prende atto dei tetti di spesa complessivi e invalicabili delle AASSLL per le prestazioni da erogare ai propri residenti da parte dei privati contrattati, definiti sul consumo storico dei residenti dell'ASL, riproporzionato ai valori complessivi di produzione entro il budget regionale.
8. L'Erogatore accetta i valori di riferimento assegnati, il tetto di spesa per ASL di residenza, i tetti di spesa per il recupero della mobilità passiva fuori regione e delle prestazioni – diverse dall'alta complessità – rese a cittadini di altre regioni, il sistema tariffario vigente nella Regione Piemonte e quello di remunerazione delle prestazioni rese, comprese le regole di regressione economica nel caso in cui l'insieme delle prestazioni erogate dal privato

contrattato per il 2^a semestre 2017, sommata alla remunerazione delle prestazioni erogate dalle Strutture per i residenti dell'ASL al 30.06.2017, abbia superato i limiti per ASL di residenza dei pazienti.

9. L'erogatore prende atto ed accetta l'applicazione, per il 2^a semestre 2017, del sistema di valutazione della qualità con applicazione del 2,5% di premialità o di penalizzazione secondo i criteri definiti all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017. Il calcolo degli indicatori sarà effettuato utilizzando il Protocollo PNE contestualizzato a livello regionale.
10. La valorizzazione delle prestazioni avviene con la tariffa in vigore al momento dell'erogazione della prestazione, intendendosi per le prestazioni di ricovero la data di dimissione e per le prestazioni ricorrenti la data di completamento del ciclo terapeutico.
11. I valori di riferimento assegnati all'erogatore, i tetti di spesa, complessivi e invalicabili, delle AASSLL per le prestazioni da erogare a propri residenti da parte dei privati contrattati, e i restanti tetti di spesa applicati all'erogatore, si mantengono anche in caso di variazione comunque intervenuta dei valori delle tariffe di riferimento, sia per modifica della fascia di accreditamento, sia per revisione dei tariffari regionali, intendendosi in tal caso rideterminate le prestazioni oggetto del contratto nella misura necessaria a mantenere i valori massimi fissati.

Articolo 4 – Remunerazione delle prestazioni erogate

1. Le prestazioni erogate sino al 30 giugno 2017 sono remunerate entro il 57% del budget – ovvero del valore contrattato – 2016, complessivamente inteso, ed entro il 30 ottobre sarà definito il saldo dei primi sei mesi, fatti salvi eventuali conguagli conseguenti ai successivi controlli.
2. La remunerazione a saldo della produzione 2017 per i residenti in regione avviene con le seguenti regole, considerando separatamente ricovero per acuti, ricovero per post-acuti e specialistica ambulatoriale:
 - a) nel caso in cui la valorizzazione delle prestazioni realizzate nel 2^a semestre 2017 da tutti gli erogatori privati per i residenti dell'ASL – ridotti degli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre valorizzazione e di post valorizzazione – risulti inferiore rispetto ai tetti di spesa assegnati all'ASL di residenza, all'erogatore verrà corrisposta l'intera valorizzazione della produzione, entro il limite del 110% della produzione 2016 entro budget/valore contrattato;
 - b) nel caso in cui la valorizzazione delle prestazioni realizzate nel 2^a semestre 2017 da tutti gli erogatori accreditati e contrattati per i residenti dell'ASL – ridotti degli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre valorizzazione e di post valorizzazione – risulti superiore ai tetti di spesa assegnati all'ASL di residenza si ridurrà il valore riconosciuto a ciascun erogatore secondo il meccanismo di regressione economica di cui all'allegato B) al contratto ed alle indicazioni di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017, in modo che la valorizzazione complessiva rientri nei limiti dei tetti di spesa dell'ASL di residenza.
3. Non saranno comunque riconosciute eccedenze di produzione oltre il 110% della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato 2016 della singola Struttura privata contrattata e la regressione non potrà, in ogni caso, determinare una remunerazione inferiore al 95% della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato del singolo erogatore.
4. Saranno esclusi dalla regressione economica i valori delle prestazioni cosiddette "*protette*", corrispondenti alle prestazioni riportate nell'allegato C) al contratto secondo le indicazioni di cui all'allegato C alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017;
5. i DRG contrattati dall'ASL per il recupero della mobilità passiva, di cui all'allegato C) al presente contratto, saranno remunerati anche al di sopra del tetto del 110% della Struttura.
6. La produzione realizzata per residenti in altre regioni sarà remunerata come segue:
 - a. la produzione entro il valore di cui all'art. 3, comma 2, lett. b) viene integralmente riconosciuta;
 - b. gli incrementi rispetto ai valori 2016 delle prestazioni di alta specialità saranno riconosciuti per intero;
 - c. gli eventuali incrementi di mobilità attiva su prestazioni di bassa e media complessità (rispetto alla produzione 2016) saranno eventualmente riconosciuti al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre regioni.
7. 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 5 – Erogazione di prestazioni.

1. Per una più razionale ed efficiente gestione degli accessi ai servizi, la struttura erogatrice assicura la condivisione con l'ASL delle agende di prenotazione, nei termini e secondo le modalità stabilite dall'ASL o dalla Regione.
2. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in un'apposita sezione del 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", essendo il limite giornaliero pari al numero di quelli accreditati.
4. La capacità produttiva non contrattata è utilizzabile per l'attività a regime privatistico.

Articolo 6 – Verifiche e controlli.

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza in relazione all'allegato C). L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controllo, nel rispetto della DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si impegna ad agevolare l'attività di vigilanza dell'apposita commissione ASL, nonché le ulteriori attività esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.
2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 15 giorni, il legale rappresentante della Struttura o suo delegato, può presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

Articolo 7 – Modalità di pagamento.

1. Il corrispettivo preventivato viene liquidato, a decorrere dal secondo semestre 2017, a titolo di acconto in quote mensili posticipate pari, di norma, a:
 - a) 90% di 1/12 del budget 2016 – ovvero del valore contrattato 2016 per gli erogatori ambulatoriali – o del realizzato se inferiore, fino alla definizione dei valori di riferimento di cui all'articolo 3, comma 2, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente;
 - b) Successivamente alla definizione dei valori di riferimento, pari al 100% di 1/6 del valore di riferimento 2^a semestre 2017, di cui all'articolo 3, comma 2, o al realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente;
 - c) Successivamente alla definizione del budget per recupero della mobilità passiva fuori regione, pari al 100% di 6/12 del budget assegnato per il 2^a semestre 2017, di cui all'articolo 3, comma 2, o al realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente.
2. I pagamenti a titolo di acconto devono avere luogo entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura corredata da un elenco delle prestazioni erogate nel mese di riferimento, redatto nella forma definita dall'ASL.
3. E' fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dall'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.
4. Entro il primo trimestre dell'anno successivo l'ASL verifica le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie concordate per destinazioni di residenza e per recupero di mobilità passiva fuori regione, e comunica alla Regione le informazioni necessarie ai fini della regressione economica che si definirà nei successivi trenta giorni. In caso di mancata contestazione entro tale termine, si procede alla liquidazione del saldo provvisorio della produzione erogata nei limiti pattuiti, entro 60 giorni dal ricevimento della fattura ex articolo 4 del decreto legislativo n. 231/2002 e s.m.i.. In caso di contestazione, l'ASL sospenderà la liquidazione delle partite contestate fino alla relativa definizione.

5. Il pagamento di prestazioni fatturate non esclude future contestazioni da parte dell'ASL per importi non dovuti in relazione a prestazioni che, a seguito di ulteriori controlli, risultassero rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa, nei limiti della prescrizione.
6. Gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ASL, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile. 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.
7. Gli eventuali incrementi di prestazioni di ricovero, di bassa e media complessità, rese a cittadini di altre regioni italiane rispetto alla produzione 2016, saranno riconosciuti al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre regioni, in conformità ai provvedimenti regionali in materia.
8. Gli importi indicati nella reportistica prodotta dal Sistema Informativo Regionale rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dall'Erogatore e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente secondo i protocolli approvati hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono titolo per il riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.

Articolo 8 - Sospensione e risoluzione del contratto.

1. La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto.
2. Ove una parte accerti l'inadempimento concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto sarà legittimata ad emettere diffida ad adempiere ex articolo 1454 cod. civ. E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex articolo 1218 cod. civ. della parte inadempiente.
3. In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purchè formalmente contestati, il contratto è risolto con comunicazione recettizia formulata dalla parte che ha contestato.
4. In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali del contratto, purchè contestati formalmente, il contratto può essere sospeso da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato.
5. In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente contratto, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente contratto per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.
6. In tutte le ipotesi di sospensione in cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti dell'ASL e della Regione.
7. Il contratto si intenderà altresì risolto qualora intervenga condanna definitiva per reati contro la pubblica amministrazione a carico del legale rappresentante per fatti ad esso direttamente imputabili.

Articolo 9 – Clausola di maniera.

1. 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 contratte e si obbliga ad esonerare il SSN da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questo, avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del contratto.

Articolo 10 – Clausola di salvaguardia.

1. Con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente, il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e delle tariffe alla base del presente atto, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi, in quanto atti determinanti il contenuto del contratto. In considerazione dell'accettazione, con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore rinuncia ad eventuali azioni o impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti.

Articolo 11 – Durata, aggiornamento e rinvio normativa.

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2017 sino al 31 dicembre 2017. Non è tacitamente prorogabile.

2. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative, di carattere nazionale, senza che maggiori oneri derivino per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all'ASL.
3. Per gli aspetti non disciplinati dal contratto si rinvia al codice civile ed alla normativa di settore.

Articolo 12 – Bollo e registrazione.

1. Le spese di bollo sono in parti uguali. Ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del DPR 26 aprile 1986 n. 131 il contratto è soggetto a registrazione in caso di uso.

Articolo 13 – Foro competente, elezione di domicilio.

1. Le controversie derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto saranno devolute all'Autorità Giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Letto, approvato, e sottoscritto in due originali.

Lì, / / 2017

Per l'ASL

Per la Struttura

.....

.....

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del cod. civ. si approvano espressamente le clausole convenute negli articoli 2 (obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi), 3 (limiti finanziari), 4 (Remunerazione delle prestazioni erogate), 7 (Corrispettivo e modalità di pagamento), 9 (Clausola di maniera), 10 (Clausola di salvaguardia).

Per l'ASL

Per la Struttura

.....

.....

Allegato A) STATO DI ACCREDITAMENTO

AZIENDA STUDIO DOTT. C. PONZANO S.R.L

COD. AZ. 726

SEDE ALESSANDRIA PIAZZA VALFRE' 54

AMBULATORIO

STRUTTURA/E STUDIO DOTT. C. PONZANO S.R.L.

SEDE/I OPERATIVA/E ALESSANDRIA PIAZZA VALFRE' 54

COD STS 500084

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO D.G.R. 11-1331 del 7.11.2005

Allegato B) REGOLE DI VALORIZZAZIONE DELLA PRODUZIONE RESA A RESIDENTI NELLA REGIONE AI FINI DELLA RENUMERAZIONE

1. La regressione economica si applica alle valorizzazioni delle prestazioni rese nel 2^a semestre 2017 dagli erogatori privati contrattati a favore dei residenti di una determinata ASL, quando la sommatoria delle stesse (sommata alla remunerazione delle prestazioni erogate dalle Strutture per i residenti dell'ASL al 30.06.2017) supera i tetti di spesa 2017, complessivi ed invalicabili, assegnati all'ASL per l'acquisto di prestazioni da privati contrattati a favore di propri residenti.
2. Ai fini della eventuale regressione sulla valorizzazione delle prestazioni rese nel 2^a semestre 2017 si considerano separatamente le prestazioni rese per ricovero in regime di acuzie, ricovero in regime di post acuzie e specialistica ambulatoriale.
3. I valori di produzione a base dei calcoli della regressione si assumono al netto degli abbattimenti conseguenti agli ordinari controlli effettuati sulla produzione – abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione.
4. I valori di produzione di ciascun erogatore, rideterminati come indicato al punto 3, vengono preliminarmente ricondotti ad un valore non superiore al 110% del valore della produzione 2016 entro il budget – ovvero il valore contrattato per gli erogatori ambulatoriali – fatta eccezione per i DRG contrattati dall'ASL per il recupero della mobilità passiva (di cui all'allegato C) che potranno essere remunerati anche al di sopra del tetto del 110%. Le prestazioni che saranno oggetto di riconduzione al tetto del 110% saranno individuate fra quelle prodotte, in termini temporali, successivamente al raggiungimento del tetto, escluse le prestazioni di alta specialità e quelle "protette" di cui all'allegato C).
5. Non si procede alla regressione qualora la sommatoria delle valorizzazioni delle prestazioni rese nel 2^a semestre 2017 dagli erogatori per i residenti dell'ASL (sommata alla remunerazione delle prestazioni dagli stessi erogate per i residenti della stessa ASL al 30.06.2017) risulti pari o inferiore ai tetti di spesa 2017, complessivi e invalicabili, assegnati all'ASL per i propri residenti. Non si procede altresì alla regressione nel caso in cui l'esubero del tetto di spesa di ASL per la specialistica ambulatoriale sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo dei tetti di spesa per il ricovero.
6. Sono escluse dalla procedura di regressione economica i valori di produzioni riconducibili a prestazioni di ricovero di alta specialità e quelle riconducibili a prestazioni cosiddette "protette" individuate, per il secondo semestre 2017, dalla Regione, o dall'ASL di residenza, secondo le indicazioni regionali di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017 e dettagliate all'allegato C) al contratto.
7. La sommatoria dei valori di produzione di tutti gli erogatori privati, così rideterminati e diminuiti dei valori delle produzioni cosiddette "protette", quantifica i valori soggetti a regressione, per ASL di residenza dei pazienti.
8. Gli importi di cui all'alinea precedente vengono rideterminati con applicazione sequenziale dei criteri di seguito indicati, in modo che la sommatoria delle valorizzazioni – incluse le prestazioni escluse dalla regressione – sia ricondotta entro il valore limite per le prestazioni da rendere ai residenti dell'ASL (tetti di spesa dell'ASL):
 - a) regressione massima, nell'ambito delle percentuali di seguito indicate, delle seguenti tipologie di prestazioni (con sequenza progressiva da 1 a 3).

	LEA	Bassa specialità	Media specialità
Sequenza	1	2	3
Ricovero in acuzie	20%	10%	10%
Ricovero in post acuzie	n.a.	10%	10%

	Elenco prestazioni ex DRG n. 44-3399/2016 e DM Appropriatezza
Ambulatoriale	25%

- b) in caso di insufficienza del criterio di cui alla lettera a), regressione proporzionale del valore delle prestazioni erogate da tutte le strutture.

9. L'applicazione del meccanismo di regressione economica di cui ai punti precedenti non potrà in ogni caso determinare una remunerazione inferiore al 95% del valore della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato del singolo erogatore.
10. All'esito dell'eventuale regressione economica verrà applicato ai singoli erogatori il sistema di valutazione della qualità con applicazione del 2,5% di premialità o di penalizzazione secondo i criteri definiti all'allegato C) alla DGR n. 73 - 5504 del 03/08/2017.
11. La rivalorizzazione non esclude gli ulteriori abbattimenti di remunerazione delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture nel rispetto alla normativa vigente in materia (esempio: controlli esterni del Flusso SDO, controlli automatici di III° Livello e controlli effettuati dai Nuclei di Controllo e ulteriori controlli aziendali), nel rispetto di quanto disposto all'art. 7 comma 6 del contratto.

Allegato C) PRESTAZIONI CONTRATTATE

Per il secondo semestre si assume a riferimento il 90% del case mix del 2016. L'ASL per il secondo semestre richiede le seguenti prestazioni che, se realizzate, saranno escluse dalla regressione.

Tabelle di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017

Allegato C1 - Schema dei valori complessivi di riferimento del II Semestre 2017 (90% - Art. 3, cc 1,2): Ambulatoriale

Allegato C3 - Schema per recupero mobilità extraregione II Semestre 2017: Ambulatoriale

Figura 1.1 - Schema dei valori complessivi di riferimento del II Semestre 2017 (90% - Art. 3, cc 1,2): Ambulatoriale**ASL Territoriale: A.S.L. ALESSANDRIA****500084 - STUDIO DR. C. PONZANO SRL**

ASL Residenza	Desc Asl Residenza	Strutture Prevalenti	Codice Gruppo Prestazione	Descr Gruppo Prestazione	Elenco Prestazioni ex DGR n.44-339/2016 e DM Appropriatazza	ALTRO	Totale
212	A.S.L. ASTI	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	€ 16,05	€ 16,05
212	A.S.L. ASTI	NO	a147	Prestazioni di terapia fisica	€ 9,02	0	€ 9,02
212	A.S.L. ASTI	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	0	€ 627,02	€ 627,02
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	€ 417,28	€ 417,28
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a147	Prestazioni di terapia fisica	€ 760,67	0	€ 760,67
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	0	€ 40.198,54	€ 40.198,54
Totale					€ 769,69	€ 41.258,89	€ 42.028,58

Schema per recupero mobilità extraregione II Semestre 2017: Ambulatoriale

ASL Territoriale: A.S.L. ALESSANDRIA

500084 - STUDIO DR. C. PONZANO SRL

ASL Residenza	Desc Asl Residenza	Strutture Prevalenti	Codice Gruppo Prestazione	Descr Gruppo Prestazione	Codice Prestazione	Descr Prestazione	Macro Categoria	PRESTAZIONI PROTETTE		GIA' COMPRESSE NEL VALORE DI RIFERIMENTO	
								Prestazioni II Sem 2017	Valore II Sem 2017	Casi II sem 2017 stimati	Valore di riferimento II sem 2017
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeu tiche	55.93	LITOTRISSIA EXTRACORPOREA (ESWL) per seduta (per uso ortopedico)	ALTRO	34	2.332,40	590	€ 40.198,54

TOT	34	2.332,40
-----	----	----------

Contratto/Accordo contrattuale

tra

l'ASL AL con sede legale in Alessandria , via Venezia 6, (C.F. 02190140067), rappresentata dal Direttore Generale pro tempore Dr. Gilberto GENTILI, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società/Ente NUOVA CASA DI CURA SANT'ANNA Srl, con sede legale in Casale Monferrato (AL) – Viale Cavalli D'Olivola 22 (C.F. 03112660042), titolare della struttura Casa di Cura Sant'Anna con sede operativa in Casale Monferrato Viale Cavalli D'Olivola 22, accreditata/e per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto/accordo, successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata dal Dott. Giacomo Brizio nella qualità di rappresentante legale, con titolo di legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

- gli articoli 8-bis, quater e quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 disciplinano la partecipazione al SSN dei Soggetti Erogatori Privati;
- con DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017 sono stati definiti i criteri e le modalità di sottoscrizione dei contratti ex art. 8-quinquies D. Lgs n. 502/1992;
- con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. __ del __/__/__ è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto/accordo il legale rappresentante della Struttura dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto/accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto/accordo.
2. La Struttura accreditata si impegna a somministrare, per conto e con oneri a carico del SSN, prestazioni sanitarie conformi a volumi e tipologie, per destinazione di residenza degli assistiti (Regione, Fuori regione), precisati nel successivo art 3, comma 1 e nell'allegato B) parte integrante del contratto/accordo; l'allegato B assume carattere programmatico, senza vincoli economici.
3. Le prestazioni devono avere luogo nell'intera annualità con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda. Si assume il tetto massimo complessivo del 75% annuo al 31 agosto.
4. Nulla spetterà all'erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di accreditamento nei casi di sospensione degli effetti del contratto/accordo di cui al successivo art. 7, ferma restando la tutela giurisdizionale.
5. Qualora per giustificato motivo la Struttura non possa espletare le prestazioni oggetto del contratto/accordo dovrà dare tempestiva comunicazione all'ASL, la quale informerà le Aziende dell'Area Interaziendale di Coordinamento e la Regione. Similmente si dovrà comunicare la ripresa dell'esecuzione.

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

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, la struttura accreditata garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. La struttura è tenuta, tra l'altro, a mantenere ed adeguare i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali di accreditamento, in ragione del tasso effettivo di occupazione, ed erogare le prestazioni secondo standard e protocolli di accessibilità, appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.
2. La struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versino in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991.
3. La struttura, ai sensi dell'art. 1, comma 42, L. n. 190/2012, non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti di ASL e Regione che abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro.
4. In ottemperanza al regolamento approvato con decreto 2.4.2015, 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.
5. La cessione del contratto/accordo a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o cambiamento di ragione sociale subordinatamente all'adozione degli atti di competenza regionale ed aziendale.

Articolo 3 – Limiti finanziari.

1. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR per le prestazioni oggetto del contratto/accordo, sono riassunti i seguenti tetti di spesa annui massimi:

	Regione	Fuori Regione	TOTALE
RICOVERO	4.663.049,00	149.450,00	4.812.499,00
CAVS			
AMBULATORIO	456.045,00	43.955,00	500.000,00
ASSISTENZA DOMICILIARE			
TOT. COMPLESSIVO	5.119.094,00	193.405,00	5.312.499,00

- Leprestazioni erogate dal 1.1.2017 nel periodo antecedente la sottoscrizione del contratto/accordo sono comprese nei suddetti limiti annuali. Fino all'emanazione delle disposizioni attuative regionali, gli importi fissati per l'attività domiciliare e di CAVS psichiatrici sono compensabili con il budget complessivo assegnato per i ricoveri e/o per le attività ambulatoriali.
- Al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, nell'ambito dei tetti massimi non è ammesso superare i limiti di ciascuna tipologia di prestazione concordata per destinazione di residenza (Regione e Fuori regione). Eventuali eccedenze di prestazioni rese rispetto a quelle previste nell'art. 3 punto 1 non saranno remunerate, non essendo consentito l'utilizzo di eventuali economie di risorse destinate ad una tipologia di prestazioni e/o destinazione di residenza per remunerare eccedenze in altre.
- Successivamente alla sottoscrizione del contratto/accordo, in caso di incremento dei valori unitari delle tariffe di riferimento, sia per variazione della fascia di accreditamento sia a seguito di modificazioni comunque intervenute dei tariffari, i volumi massimi di prestazioni remunerate si intendono rideterminati nella misura necessaria a mantenere i tetti di spesa massimi fissati. In caso di variazioni tariffarie in riduzione la rideterminazione dei volumi avrà luogo in base ad apposito provvedimento della Regione previo confronto con le Associazione di categoria.

Articolo 4 – Erogazione di prestazioni.

- Per una più razionale ed efficiente gestione degli accessi ai servizi, la struttura assicura la condivisione con l'ASL delle agende di prenotazione, nei termini e modalità stabilite dall'ASL o dalla Regione.
- Ai sensi dell'art. 41, comma 6 del D. Lgs. n. 33 del 14.3.2013 s.m.i, la struttura è tenuta ad indicare in una apposita sezione nel proprio sito, denominata «Liste di attesa», i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.
- Fermo restando il limite giornaliero dato dalla capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito entro i limiti quantitativi dei letti accreditati delle aree funzionali omogenee, con un tasso annuo massimo di occupazione dei medesimi, per l'anno 2017, nella misura del 85% e di 1,5 accessi al giorno per 250 giornate all'anno per i letti di ricovero in day hospital/day surgery.
- La capacità produttiva non contrattata è utilizzabile per l'attività in regime privatistico.
- L'utilizzo della capacità produttiva può avvenire con i seguenti criteri e condizioni di flessibilità. I posti letto contrattualizzati devono intendersi come "medi annui", essendo il limite giornaliero pari al numero dei posti letto accreditati di ciascuna area funzionale omogenea (A.F.O).
In caso di erogazione di attività di chirurgia ambulatoriale, accreditate ed oggetto del presente contratto/accordo, le esigenze di pernottamento per eventuali complicanze o patologie concomitanti potranno essere soddisfatte con ricoveri medici o chirurgici nella specialità coerente con la patologia da trattarsi.
- Le strutture sono tenute ad erogare le attività oggetto del presente contratto/accordo utilizzando il livello assistenziale meno oneroso.

Articolo 5 – Verifiche e controlli.

- L'ASL e l'erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la coerenza di questo in relazione all'allegato B). L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della DGR n. 24-6579 del 28/10/2013 ed ulteriori disposizioni in materia. La Struttura si impegna ad agevolare l'attività di vigilanza dell'apposita Commissione ASL, nonché le ulteriori attività esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.
- Eventuali inadempienze al contratto/accordo sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 15 giorni il legale rappresentante della struttura o suo delegato possono presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

Articolo 6 - Corrispettivo e modalità di pagamento.

1. La Struttura accetta i valori di attività di cui alla tabella art 3, comma 1 articolata per tipologia di prestazione e destinazione di residenza (Regione/fuori Regione), e il sistema di remunerazione in vigore nella Regione Piemonte con le relative tariffe onnicomprensive. La valorizzazione delle prestazioni avviene con la tariffa in vigore al momento dell'esecuzione della prestazione e, nel caso di ricoveri, alla dimissione.
2. Il corrispettivo preventivato viene liquidato in quote mensili posticipate a titolo di acconto pari, ~~di~~ a al 90% del valore mensile previsto detratti gli importi incassati dalla struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente. I pagamenti a titolo di acconto devono avere luogo entro 30 giorni dalla data di ricevimento della fattura corredata da un elenco delle prestazioni erogate nel mese di riferimento, redatto nella forma precisata dall'ASL. Al termine del primo semestre di attività, l'ASL verificherà entro il mese di settembre, le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie e destinazioni di residenza concordate e liquiderà il corrispettivo a saldo del 10% della produzione erogata nei limiti pattuiti, entro 30 dal ricevimento della fattura.
3. E' fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dell'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto/accordo. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.
4. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo l'ASL verifica le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie e destinazioni di residenza concordate. In caso di mancata contestazione entro tale termine, si procede alla liquidazione del saldo provvisorio della produzione erogata nei limiti pattuiti, entro 30 giorni dal ricevimento della fattura. In caso di contestazione, l'ASL sospenderà la liquidazione delle partite contestate fino alla relativa definizione.
5. In caso di erogazione di prestazioni in eccedenza rispetto ai volumi previsti, permane la validità dei tetti di spesa fissati per tipologie e destinazione di residenza ed è priva di titolo l'eventuale fatturazione o richiesta di pagamento delle suddette eccedenze ~~fatto salvo quanto stabilito dall'art 3 punto 2 in merito alle prestazioni extra budget extra regionali.~~
6. Il pagamento di prestazioni fatturate non esclude future contestazioni da parte dell'ASL per importi non dovuti in relazione a prestazioni che, a seguito di ulteriori controlli, risultassero rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa, nei limiti della prescrizione.
7. Gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ASL, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno, all'occorrenza, essere oggetto di compensazione con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi.
8. Gli importi indicati nei report prodotti dal Sistema Informativo Regionale rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dalla struttura e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente; hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.

Articolo 7 – Sospensione e risoluzione del contratto/accordo.

1. La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del presente contratto/accordo. Parimenti la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del presente contratto/accordo.
2. Ove una parte accerti l'inadempimento, concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto/accordo sarà legittimato ad emettere diffida ad adempiere ex art.1454 cod.civ. E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex art. 1218 c.c. della parte inadempiente.
3. In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto/accordo ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purché formalmente contestati, il contratto/accordo è risolto con comunicazione ricettizia formulata dalla parte che ha contestato.
4. In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali del contratto/accordo, purché contestati formalmente, il contratto/accordo può essere sospeso da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato.
5. In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente accordo, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente contratto/accordo per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.

6. In tutte le ipotesi di sospensione di cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese dalla struttura non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti della Regione.
7. Il contratto/accordo si intenderà altresì risolto qualora intervenga condanna definitiva per reati contro la pubblica amministrazione a carico del legale rappresentante per fatti ad esso direttamente imputabili.

Articolo 8 – Clausola di manleva.

1. La struttura assume ogni responsabilità per qualsiasi danno causato da propria omissione, negligenza o altra inadempienza nell'esecuzione delle prestazioni contrattate e si obbliga ad esonerare il SSN da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questo, avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del contratto/accordo.

Articolo 9 - Clausola di salvaguardia.

1. Fatte salve le intese di cui alle premesse già sottoscritte fra la regione e la Struttura, con la sottoscrizione del contratto/accordo la struttura accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente, il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e delle tariffe, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi in quanto atti determinanti il contenuto del contratto/accordo.

Articolo 10 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo.

1. Il contratto/accordo decorre dal 1° gennaio 2017 sino al 31 dicembre 2017. Non è tacitamente prorogabile.
2. Il contratto/accordo si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative, di carattere nazionale, senza che maggiori oneri derivino per l'ASL dalla necessità dell'erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze l'erogatore potrà recedere dal contratto/accordo, entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all'ASL.
3. Per gli aspetti non disciplinati dal contratto/accordo si rinvia al codice civile ed alla normativa di settore.

Articolo 11 – Bollo e registrazione.

1. Le spese di bollo sono in parti uguali. Ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.P.R. 26.4.1986 n. 131 il contratto/accordo è soggetto a registrazione in caso di uso.

Articolo 12 - Foro competente, elezione di domicilio.

1. Le controversie derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto/accordo saranno devolute all'autorità giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Letto, approvato, e sottoscritto in due originali.

Li, ... / ... / 2017

Per l'ASL

Per la Struttura

.....

.....

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 e 1342 del c.c. si approvano espressamente le clausole convenute negli articoli Art. 2 (Obblighi dell'erogatore), Art. 3 (Limiti finanziari), Art. 6 (Corrispettivo e modalità di pagamento), Art. 7 (Sospensione e risoluzione), Art. 8 (Clausola di manleva), Art. 9 (Clausola di salvaguardia).

Per l'ASL

Per la Struttura

.....

.....

Allegato A) STATO DI ACCREDITAMENTO

AZIENDA CASA DI CURA SANT'ANNA

COD. AZ. 642

SEDE CASALE MONFERRATO (AL) – VIALE CAVALLI D'OLIVOLA 22

RICOVERO

STRUTTURA/E CASA DI CURA SANT'ANNA

SEDE/I OPERATIVA/E CASALE MONFERRATO (AL) – VIALE CAVALLI D'OLIVOLA 22

COD. HSP11 010642

ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE D.G.R. n. 13-8362 del 10.3.2008 – DD 889 del 28/12/2016

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO D.G.R. n. 13-8362 del 10.3.2008 – DD 889 del 28/12/2016

DISCIPLINE	P.L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	P.L. CONTRATTATI 2017
RRF NEUROPSICHIATRICA	80	72	72

AMBULATORIO

STRUTTURA/E CASA DI CURA SANT'ANNA

SEDE/I OPERATIVA/E CASALE MONFERRATO (AL) – VIA FILIPPO MELLANA 17
- COD STS 500108
VIALE CAVALLI D'OLIVOLA 22

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO: DD 889 del 28/12/2016 – DD 406 del 21/06/2017

BRANCHE SPECIALISTICHE: CHIRURGIA GENERALE – CHIRURGIA VASCOLARE / ANGIOLOGIA – ORTOPEDIA – OCULISTICA – GINECOLOGIA – CARDIOLOGIA - PSICHIATRIA

2017 RICOVERO (n° prestazioni)

DISCIPLINA	DRG	RESIDENTI PIEMONTE	RESIDENTI FUORI REGIONE	TOTALE
56 - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	TOTALE	804	34	838
	425 - Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	23	3	26
	426 - Nevrosi depressive	33		33
	427 - Nevrosi eccetto nevrosi depressive	7		7
	428 - Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	73		73
	429 - Disturbi organici e ritardo mentale	20		20
	430 - Psicosi	525	13	538
	432 - Altre diagnosi relative a disturbi mentali	3		3
	433 - Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; dimesso contro il parere dei sanitari	20	8	28
	521 - Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	7		7
	522 - Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	86	5	92
	523 - Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	7	5	12

2017 AMBULATORIO (n° prestazioni)

LE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PROGRAMMATE 2017 SARANNO OGGETTO DI SUCCESSIVA DEFINIZIONE IN FUNZIONE DELL'ACCREDITAMENTO DI CUI ALLA DD 406 DEL 21.06.2017

Contratto/Accordo contrattuale

tra

l'ASL AL, con sede legale in Alessandria, via Venezia 6, (C.F. 02190140067), rappresentata dal Direttore Generale pro tempore dr. Gilberto GENTILI, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

il soggetto giuridico Rete Villa Igea e I Cedri Hospital, con sede legale in Fara Novarese - L.go Don Guanella n. 1 (C.F. 02491830036), operante presso la sede sita in Acqui Terme Strada Moirano 2 indicata nell'allegato A), accreditata/e per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto/accordo, successivamente denominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata dall'Ing. Luigino Branda nella qualità di Presidente dell'Organo Comune della Rete Villa Igea e I Cedri Hospital, con titolo di legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

- gli articoli 8-bis, *quater* e *quinquies* del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
- con DGR n. 73 - 5504 del 03/08/2017 sono state definite le nuove regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati e a contratto, i tetti di spesa regionali e di ASL per il 2017 ed è stato approvato lo schema di contratto a valere per le strutture private (Case di cura) e di accordo contrattuale a valere per le strutture equiparate (presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78, progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis d.lgs. 502/92 e s.m.i.);
- con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. ____ del __/__/____ è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto/accordo in attuazione della citata DGR;
- il legale rappresentante della Struttura dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente;

si conviene e stipula quanto segue:

Articolo 1 – Oggetto del contratto/accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto.
2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e con oneri a carico del SSR, conformi a tipologie e volumi riassunti all'articolo 3, comma 1 e precisati nell'allegato C) parte integrante del contratto.
3. Le prestazioni devono comunque avere luogo nell'intera annualità con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda.
4. Nulla spetterà all'erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di accreditamento nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 8, ferma restando la tutela giurisdizionale.
5. Qualora per giustificato motivo l'Erogatore non possa espletare le prestazioni oggetto del contratto dovrà dare tempestiva comunicazione all'ASL, la quale informerà le Aziende dell'Area omogenea di programmazione e la Regione. Similmente si dovrà comunicare la ripresa dell'esecuzione.

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

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e di provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere ed 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. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.
2. La struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/991.
3. Ai sensi dell'articolo 1, comma 42, L. n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti di ASL e Regione che abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro.

4. In ottemperanza al regolamento approvato con decreto 2 aprile 2015, n. 79, 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.
5. La cessione del contratto a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o cambiamento di ragione sociale, subordinatamente all'adozione degli atti di competenza regionale ed aziendale.

Articolo 3 – Limiti finanziari.

1. Il valore di riferimento annuale per il 2017 della Struttura per i residenti piemontesi è pari al budget 2016 – ovvero al valore contratto 2016 per gli erogatori ambulatoriali – comprensivo del valore di riferimento per il 2° semestre 2017 determinato in misura pari al 90% della differenza fra il budget 2016 – ovvero del valore contrattato 2016 per gli erogatori ambulatoriali – ed il valore della produzione erogata dalla Struttura al 30.6.2017, quest'ultima riconosciuta anche in misura eccedente i 6/12, ma comunque non superiore al limite del 57% del budget – ovvero del valore contrattato – 2016, complessivamente inteso, del singolo erogatore.
2. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR sono riassunti i seguenti valori annui di riferimento per la Struttura:
 - a. Per prestazioni rese a residenti in regione e STR (stranieri paesi Ue/SEE/in Convenzione), ENI (Europeo Non Iscrivibile) ed STP (stranieri temporaneamente presenti) a carico del SSN ai sensi della circolare Ministero Salute n. 5 del 24.3.2000:
 - ricovero acuzie € 3.971.705,00 (di cui € 1.599.326,00 valore di riferimento per il 2° semestre 2017)
 - ricovero post acuzie € 528.295,00 (di cui € 212.734,00 valore di riferimento per il 2° semestre 2017)
 - ricovero totale € 4.500.000,00 (di cui € 1.812.060,00 valore di riferimento per il 2° semestre 2017)
 - specialistica ambulatoriale € 628.503,00 (di cui € 243.231,00 valore di riferimento per il 2° semestre 2017)
 - per recupero della mobilità passiva sulla base degli indirizzi regionali, per specifiche prestazioni/DRG definiti nell'apposita sezione dell'allegato C), si rimanda agli importi indicati nell'allegato C3 del presente contratto ex DGR 73 - 5504 del 03/08/2017.
 - b. Per prestazioni rese a residenti in altre regioni:
 - ricovero totale € 9.300.000,00, di cui € 394.752,00 per alta specialità ed € 8.905.248,00 per le rimanenti prestazioni;
 - specialistica ambulatoriale € 122.723,00.
 - c. Per gli STP (stranieri temporaneamente presenti) la cui competenza in materia sanitaria, ai sensi dell'art. 32 del Decreto Legge n. 50 del 24.04.2017, è stata trasferita dal Ministero degli Interni al Ministero della Salute, verranno riconosciuti gli importi delle prestazioni erogate secondo le indicazioni nazionali.
3. Nel caso di trasferimento da un setting assistenziale all'altro, il valore di cui al comma 2 lett. a) relativo alla specialistica ambulatoriale potrà essere incrementato con corrispondente riduzione dei valori di riferimento per il ricovero.
4. I valori di cui al comma 2 lett. a) – fatta eccezione per il budget assegnato per il recupero della mobilità passiva fuori regione – non rappresentano un limite invalicabile per l'erogatore poiché potranno essere incrementati, a chiusura dell'esercizio, attraverso la valorizzazione di prestazioni erogate in coerenza alla programmazione sanitaria dell'ASL, purchè nei limiti dei tetti di spesa, complessivi e invalicabili, assegnati alle AASSLL di residenza e del 110% del valore della produzione entro il budget/valore contrattato 2016 della singola struttura. Le valorizzazioni economiche delle prestazioni – ridotte dagli abbattimenti applicati per controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazioni – eccedenti il limite del 110% della produzione 2016 entro budget/valore contrattato della singola Struttura non saranno riconosciute, mentre quelle ricomprese in detto limite ma eventualmente eccedenti i tetti di spesa dell'ASL di residenza potranno essere riconosciute con l'applicazione di meccanismi di regressione economica, secondo le regole riportate nell'allegato B) al contratto e secondo le indicazioni di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017. Non si procede alla regressione nel caso in cui l'esubero del tetto di spesa dell'ASL di residenza per la specialistica ambulatoriale sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo dei tetti di spesa per il ricovero.
5. La remunerazione per le prestazioni erogate nel 2017 non potrà comunque essere inferiore al 95% del valore della produzione 2016 entro budget del singolo erogatore.
6. Per la somministrazione dei farmaci (File F) in coerenza alle disposizioni regionali è previsto il rimborso ai costi sostenuti dall'erogatore, o se inferiore ai prezzi di riferimento delle gare regionali, ridotti dalle eventuali quote

dovute dalle aziende farmaceutiche, in applicazione della così detta “rimborsabilità condizionata” di taluni farmaci.

7. L'erogatore prende atto dei tetti di spesa complessivi e invalicabili delle AASSLL per le prestazioni da erogare ai propri residenti da parte dei privati contrattati, definiti sul consumo storico dei residenti dell'ASL, riproporzionato ai valori complessivi di produzione entro il budget regionale.
8. L'Erogatore accetta i valori di riferimento assegnati, il tetto di spesa per ASL di residenza, i tetti di spesa per il recupero della mobilità passiva fuori regione e delle prestazioni – diverse dall'alta complessità – rese a cittadini di altre regioni, il sistema tariffario vigente nella Regione Piemonte e quello di remunerazione delle prestazioni rese, comprese le regole di regressione economica nel caso in cui l'insieme delle prestazioni erogate dal privato contrattato per il 2° semestre 2017, sommata alla remunerazione delle prestazioni erogate dalle Strutture per i residenti dell'ASL al 30.06.2017, abbia superato i limiti per ASL di residenza dei pazienti.
9. L'erogatore prende atto ed accetta l'applicazione, per il 2° semestre 2017, del sistema di valutazione della qualità con applicazione del 2,5% di premialità o di penalizzazione secondo i criteri definiti all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017. Il calcolo degli indicatori sarà effettuato utilizzando il Protocollo PNE contestualizzato a livello regionale.
10. La valorizzazione delle prestazioni avviene con la tariffa in vigore al momento dell'erogazione della prestazione, intendendosi per le prestazioni di ricovero la data di dimissione e per le prestazioni ricorrenti la data di completamento del ciclo terapeutico.
11. I valori di riferimento assegnati all'erogatore, i tetti di spesa, complessivi e invalicabili, delle AASSLL per le prestazioni da erogare ai propri residenti da parte dei privati contrattati, e i restanti tetti di spesa applicati all'erogatore, si mantengono anche in caso di variazione comunque intervenuta dei valori delle tariffe di riferimento, sia per modifica della fascia di accreditamento, sia per revisione dei tariffari regionali, intendendosi in tal caso rideterminate le prestazioni oggetto del contratto nella misura necessaria a mantenere i valori massimi fissati.

Articolo 4 – Remunerazione delle prestazioni erogate

1. Le prestazioni erogate sino al 30 giugno 2017 sono remunerate entro il 57% del budget – ovvero del valore contrattato – 2016, complessivamente inteso, ed entro il 30 ottobre sarà definito il saldo dei primi sei mesi, fatti salvi eventuali conguagli conseguenti ai successivi controlli.
2. La remunerazione a saldo della produzione 2017 per i residenti in regione avviene con le seguenti regole, considerando separatamente ricovero per acuti, ricovero per post-acuti e specialistica ambulatoriale:
 - a) nel caso in cui la valorizzazione delle prestazioni realizzate nel 2° semestre 2017 da tutti gli erogatori privati per i residenti dell'ASL – ridotti degli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre valorizzazione e di post valorizzazione – risulti inferiore rispetto ai tetti di spesa assegnati all'ASL di residenza, all'erogatore verrà corrisposta l'intera valorizzazione della produzione, entro il limite del 110% della produzione 2016 entro budget/valore contrattato;
 - b) nel caso in cui la valorizzazione delle prestazioni realizzate nel 2° semestre 2017 da tutti gli erogatori accreditati e contrattati per i residenti dell'ASL – ridotti degli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre valorizzazione e di post valorizzazione – risulti superiore ai tetti di spesa assegnati all'ASL di residenza si ridurrà il valore riconosciuto a ciascun erogatore secondo il meccanismo di regressione economica di cui all'allegato B) al contratto ed alle indicazioni di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017, in modo che la valorizzazione complessiva rientri nei limiti dei tetti di spesa dell'ASL di residenza.
3. Non saranno comunque riconosciute eccedenze di produzione oltre il 110% della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato 2016 della singola Struttura privata contrattata e la regressione non potrà, in ogni caso, determinare una remunerazione inferiore al 95% della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato del singolo erogatore.
4. Saranno esclusi dalla regressione economica i valori delle prestazioni cosiddette “protette”, corrispondenti alle prestazioni riportate nell'allegato C) al contratto secondo le indicazioni di cui all'allegato C alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017;
5. i DRG contrattati dall'ASL per il recupero della mobilità passiva, di cui all'allegato C) al presente contratto, saranno remunerati anche al di sopra del tetto del 110% della Struttura.
6. La produzione realizzata per residenti in altre regioni sarà remunerata come segue:
 - a. la produzione entro il valore di cui all'art. 3, comma 2, lett. b) viene integralmente riconosciuta;

- b. gli incrementi rispetto ai valori 2016 delle prestazioni di alta specialità saranno riconosciuti per intero;
 - c. gli eventuali incrementi di mobilità attiva su prestazioni di bassa e media complessità (rispetto alla produzione 2016) saranno eventualmente riconosciuti al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre regioni.
7. 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 5 – Erogazione di prestazioni.

1. Per una più razionale ed efficiente gestione degli accessi ai servizi, la struttura erogatrice assicura la condivisione con l'ASL delle agende di prenotazione, nei termini e secondo le modalità stabilite dall'ASL o dalla Regione.
2. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in un'apposita sezione del 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", essendo il limite giornaliero pari al numero di quelli accreditati.
4. La capacità produttiva non contrattata è utilizzabile per l'attività a regime privatistico.

Articolo 6 – Verifiche e controlli.

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza in relazione all'allegato C). L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controllo, nel rispetto della DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si impegna ad agevolare l'attività di vigilanza dell'apposita commissione ASL, nonché le ulteriori attività esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.
2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 15 giorni, il legale rappresentante della Struttura o suo delegato, può presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

Articolo 7 – Modalità di pagamento.

1. Il corrispettivo preventivato viene liquidato, a decorrere dal secondo semestre 2017, a titolo di acconto in quote mensili posticipate pari, di norma, a:
 - a) 90% di 1/12 del budget 2016 – ovvero del valore contrattato 2016 per gli erogatori ambulatoriali – o al realizzato se inferiore, fino alla definizione dei valori di riferimento di cui all'articolo 3, comma 2, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente;
 - b) Successivamente alla definizione dei valori di riferimento, pari al 100% di 1/6 del valore di riferimento 2^o semestre 2017, di cui all'articolo 3, comma 2, o al realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente;
 - c) Successivamente alla definizione del budget per recupero della mobilità passiva fuori regione, pari al 100% di 6/12 del budget assegnato per il 2^o semestre 2017, di cui all'articolo 3, comma 2, o al realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente.
2. I pagamenti a titolo di acconto devono avere luogo entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura corredata da un elenco delle prestazioni erogate nel mese di riferimento, redatto nella forma definita dall'ASL.
3. E' fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dall'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.

4. Entro il primo trimestre dell'anno successivo l'ASL verifica le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie concordate per destinazioni di residenza e per recupero di mobilità passiva fuori regione, e comunica alla Regione le informazioni necessarie ai fini della regressione economica che si definirà nei successivi trenta giorni. In caso di mancata contestazione entro tale termine, si procede alla liquidazione del saldo provvisorio della produzione erogata nei limiti pattuiti, entro 60 giorni dal ricevimento della fattura ex articolo 4 del decreto legislativo n. 231/2002 e s.m.i.. In caso di contestazione, l'ASL sospenderà la liquidazione delle partite contestate fino alla relativa definizione.
5. Il pagamento di prestazioni fatturate non esclude future contestazioni da parte dell'ASL per importi non dovuti in relazione a prestazioni che, a seguito di ulteriori controlli, risultassero rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa, nei limiti della prescrizione.
6. Gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ASL, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile. 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.
7. Gli eventuali incrementi di prestazioni di ricovero, di bassa e media complessità, rese a cittadini di altre regioni italiane rispetto alla produzione 2016, saranno riconosciuti al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre regioni, in conformità ai provvedimenti regionali in materia.
8. Gli importi indicati nella reportistica prodotta dal Sistema Informativo Regionale rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dall'Erogatore e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente secondo i protocolli approvati hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono titolo per il riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.

Articolo 8 - Sospensione e risoluzione del contratto.

1. La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto.
2. Ove una parte accerti l'inadempimento concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto sarà legittimata ad emettere diffida ad adempiere ex articolo 1454 cod. civ. E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex articolo 1218 cod. civ. della parte inadempiente.
3. In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purchè formalmente contestati, il contratto è risolto con comunicazione recettizia formulata dalla parte che ha contestato.
4. In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali del contratto, purchè contestati formalmente, il contratto può essere sospeso da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato.
5. In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente contratto, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente contratto per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.
6. In tutte le ipotesi di sospensione in cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti dell'ASL e della Regione.
7. Il contratto si intenderà altresì risolto qualora intervenga condanna definitiva per reati contro la pubblica amministrazione a carico del legale rappresentante per fatti ad esso direttamente imputabili.

Articolo 9 – Clausola di maniera.

1. 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 contratte e si obbliga ad esonerare il SSN da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questo, avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del contratto.

Articolo 10 – Clausola di salvaguardia.

1. Con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente, il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e delle tariffe alla base del presente

atto, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi, in quanto atti determinanti il contenuto del contratto. In considerazione dell'accettazione, con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore rinuncia ad eventuali azioni o impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti.

Articolo 11 – Durata, aggiornamento e rinvio normativa.

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2017 sino al 31 dicembre 2017. Non è tacitamente prorogabile.
2. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative, di carattere nazionale, senza che maggiori oneri derivino per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all'ASL.
3. Per gli aspetti non disciplinati dal contratto si rinvia al codice civile ed alla normativa di settore.

Articolo 12 – Bollo e registrazione.

1. Le spese di bollo sono in parti uguali. Ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del DPR 26 aprile 1986 n. 131 il contratto è soggetto a registrazione in caso di uso.

Articolo 13 – Foro competente, elezione di domicilio.

1. Le controversie derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto saranno devolute all'Autorità Giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Letto, approvato, e sottoscritto in due originali.

Lì, / / 2017

Per l'ASL

Per la Struttura

.....

.....

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del cod. civ. si approvano espressamente le clausole convenute negli articoli 2 (obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi), 3 (limiti finanziari), 4 (Remunerazione delle prestazioni erogate), 7 (Corrispettivo e modalità di pagamento), 9 (Clausola di maniera), 10 (Clausola di salvaguardia).

Per l'ASL

Per la Struttura

.....

.....

Allegato A) STATO DI ACCREDITAMENTO

AZIENDA RETE VILLA IGEA E I CEDRI HOSPITAL

COD. AZ. 863

SEDE FARA NOVARESE (NO) – LARGO DON GUANELLA 1

RICOVERO

STRUTTURA/E CASA DI CURA VILLA IGEA

SEDE/I OPERATIVA/E ACQUI TERME – STRADA MOIRANO 2

COD. HSP11 010641

ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE DGR N. 127-6959 DEL 05.08.2002 E DGR N.7-11159 DEL 06.04.2009

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO DGR N. 127-6959 DEL 05.08.2002 E DGR N.7-11159 DEL 06.04.2009
DD 819 DEL 19.12.2016

DISCIPLINE	P.L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	P.L. CONTRATTATI 2017
MEDICINA GENERALE	15	15	5
CHIRURGIA GENERALE	6	6	10
DS CHIRURGIA GENERALE	4	4	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	12	12	20
DS ORTOPEDIA	8	8	
RRF I°LIV	15	15	14
RRF II° LIV	20	20	12

AMBULATORIO

STRUTTURA/E CASA DI CURA VILLA IGEA

SEDE/I OPERATIVA/E ACQUI TERME

COD STS 500102

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO 127-6959 DEL 05.08.2002

AZIENDA CASA DI CURA VILLA IGEA

COD. AZ. 641

SEDE ACQUI TERME (AL)

AMBULATORIO

STRUTTURA/E CASA DI CURA VILLA IGEA

SEDE/I OPERATIVA/E ACQUI TERME

COD STS 600124

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO 127-6959 DEL 05.08.2002

Allegato B) REGOLE DI VALORIZZAZIONE DELLA PRODUZIONE RESA A RESIDENTI NELLA REGIONE AI FINI DELLA RENUMERAZIONE

1. La regressione economica si applica alle valorizzazioni delle prestazioni rese nel 2^a semestre 2017 dagli erogatori privati contrattati a favore dei residenti di una determinata ASL, quando la sommatoria delle stesse (sommata alla remunerazione delle prestazioni erogate dalle Strutture per i residenti dell'ASL al 30.06.2017) supera i tetti di spesa 2017, complessivi ed invalicabili, assegnati all'ASL per l'acquisto di prestazioni da privati contrattati a favore di propri residenti.
2. Ai fini della eventuale regressione sulla valorizzazione delle prestazioni rese nel 2^a semestre 2017 si considerano separatamente le prestazioni rese per ricovero in regime di acuzie, ricovero in regime di post acuzie e specialistica ambulatoriale.
3. I valori di produzione a base dei calcoli della regressione si assumono al netto degli abbattimenti conseguenti agli ordinari controlli effettuati sulla produzione – abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione.
4. I valori di produzione di ciascun erogatore, rideterminati come indicato al punto 3, vengono preliminarmente ricondotti ad un valore non superiore al 110% del valore della produzione 2016 entro il budget – ovvero il valore contrattato per gli erogatori ambulatoriali – fatta eccezione per i DRG contrattati dall'ASL per il recupero della mobilità passiva (di cui all'allegato C) che potranno essere remunerati anche al di sopra del tetto del 110%. Le prestazioni che saranno oggetto di riconduzione al tetto del 110% saranno individuate fra quelle prodotte, in termini temporali, successivamente al raggiungimento del tetto, escluse le prestazioni di alta specialità e quelle "protette" di cui all'allegato C).
5. Non si procede alla regressione qualora la sommatoria delle valorizzazioni delle prestazioni rese nel 2^a semestre 2017 dagli erogatori per i residenti dell'ASL (sommata alla remunerazione delle prestazioni dagli stessi erogate per i residenti della stessa ASL al 30.06.2017) risulti pari o inferiore ai tetti di spesa 2017, complessivi e invalicabili, assegnati all'ASL per i propri residenti. Non si procede altresì alla regressione nel caso in cui l'esubero del tetto di spesa di ASL per la specialistica ambulatoriale sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo dei tetti di spesa per il ricovero.
6. Sono escluse dalla procedura di regressione economica i valori di produzioni riconducibili a prestazioni di ricovero di alta specialità e quelle riconducibili a prestazioni cosiddette "protette" individuate, per il secondo semestre 2017, dalla Regione, o dall'ASL di residenza, secondo le indicazioni regionali di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017 e dettagliate all'allegato C) al contratto.
7. La sommatoria dei valori di produzione di tutti gli erogatori privati, così rideterminati e diminuiti dei valori delle produzioni cosiddette "protette", quantifica i valori soggetti a regressione, per ASL di residenza dei pazienti.
8. Gli importi di cui all'alinea precedente vengono rideterminati con applicazione sequenziale dei criteri di seguito indicati, in modo che la sommatoria delle valorizzazioni – incluse le prestazioni escluse dalla regressione – sia ricondotta entro il valore limite per le prestazioni da rendere ai residenti dell'ASL (tetti di spesa dell'ASL):
 - a) regressione massima, nell'ambito delle percentuali di seguito indicate, delle seguenti tipologie di prestazioni (con sequenza progressiva da 1 a 3).

	LEA	Bassa specialità	Media specialità
Sequenza	1	2	3
Ricovero in acuzie	20%	10%	10%
Ricovero in post acuzie	n.a.	10%	10%

	Elenco prestazioni ex DRG n. 44-3399/2016 e DM Appropriatezza
Ambulatoriale	25%

- b) in caso di insufficienza del criterio di cui alla lettera a), regressione proporzionale del valore delle prestazioni erogate da tutte le strutture.

9. L'applicazione del meccanismo di regressione economica di cui ai punti precedenti non potrà in ogni caso determinare una remunerazione inferiore al 95% del valore della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato del singolo erogatore.
10. All'esito dell'eventuale regressione economica verrà applicato ai singoli erogatori il sistema di valutazione della qualità con applicazione del 2,5% di premialità o di penalizzazione secondo i criteri definiti all'allegato C) alla DGR n. 73 - 5504 del 03/08/2017.
11. La rivalorizzazione non esclude gli ulteriori abbattimenti di remunerazione delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture nel rispetto alla normativa vigente in materia (esempio: controlli esterni del Flusso SDO, controlli automatici di III° Livello e controlli effettuati dai Nuclei di Controllo e ulteriori controlli aziendali), nel rispetto di quanto disposto all'art. 7 comma 6 del contratto.

Allegato C) PRESTAZIONI CONTRATTATE

Per il secondo semestre si assume a riferimento il 90% del case mix del 2016. L'ASL per il secondo semestre richiede le seguenti prestazioni che, se realizzate, saranno escluse dalla regressione.

Tabelle di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017

Allegato C1 A - Schema dei valori di riferimento del II Semestre 2017 (90% - Art. 3, cc. 1, 2): Acuzie

Allegato C1 B - Schema dei valori di riferimento del II Semestre 2017 (90% - Art. 3, cc. 1, 2): Post Acuzie

Allegato C1 C - Schema dei valori complessivi di riferimento del II Semestre 2017 (90% - Art. 3, cc 1,2): Ambulatoriale

Allegato C3 A - Schema ricoveri per recupero mobilità extraregione II Semestre 2017 (dettaglio per DRG): Acuzie

Allegato C3 B - Schema per recupero mobilità extraregione II Semestre 2017: Ambulatoriale

Figura 1.1 - Schema dei valori di riferimento del II Semestre 2017 (90% - Art. 3, cc. 1, 2): Acuzie**ASL Territoriale: A.S.L. ALESSANDRIA****010641-00 -CASA DI CURA VILLA IGEA**

ASL Residenza	Desc Asl Residenza	Disciplina	Strutture Prevalenti	1-ALTA	2-MEDIA	3-BASSA	4-LEA	Totale
010203	A.S.L. TORINO 3	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	NO	€ 7.086,60	€ 935,00		€ 2.523,19	€ 10.544,79
010204	A.S.L. TORINO 4	CHIRURGIA GENERALE	NO				€ 410,08	€ 410,08
010204	A.S.L. TORINO 4	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	NO		€ 769,26		€ 527,77	€ 1.297,03
010205	A.S.L. TORINO 5	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	NO	€ 15.835,92	€ 1.416,75		€ 818,12	€ 18.070,80
010206	A.S.L. VERCELLI	CHIRURGIA GENERALE	NO				€ 1.903,39	€ 1.903,39
010206	A.S.L. VERCELLI	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	NO	€ 3.598,68		€ 685,77		€ 4.284,46
010207	A.S.L. BIELLA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	NO	€ 7.197,37	€ 1.793,84		€ 3.786,01	€ 12.777,23
010208	A.S.L. NOVARA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	NO			€ 685,77	€ 818,12	€ 1.503,90
010209	A.S.L. VERBANO-CUSIO-OSSO	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	NO		€ 769,26			€ 769,26
010210	A.S.L. CUNEO 1	CHIRURGIA GENERALE	NO				€ 2.089,09	€ 2.089,09
010210	A.S.L. CUNEO 1	MEDICINA GENERALE	NO				€ 353,47	€ 353,47
010210	A.S.L. CUNEO 1	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	NO	€ 22.534,85	€ 769,26	€ 2.743,10	€ 7.871,33	€ 33.918,53
010211	A.S.L. CUNEO 2	CHIRURGIA GENERALE	NO			€ 2.954,45	€ 6.142,65	€ 9.097,09
010211	A.S.L. CUNEO 2	MEDICINA GENERALE	NO		€ 4.136,63			€ 4.136,63
010211	A.S.L. CUNEO 2	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	NO	€ 82.149,14	€ 4.100,80	€ 4.800,42	€ 22.108,07	€ 113.158,42
010212	A.S.L. ASTI	CHIRURGIA GENERALE	NO		€ 7.796,40	€ 20.260,88	€ 12.233,57	€ 40.290,86
010212	A.S.L. ASTI	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	NO	€ 235.999,94	€ 29.743,21	€ 18.515,90	€ 79.941,55	€ 364.200,60
010213	A.S.L. ALESSANDRIA	CHIRURGIA GENERALE	NO	€ 10.402,26	€ 21.122,17	€ 34.592,09	€ 60.540,19	€ 126.656,71
010213	A.S.L. ALESSANDRIA	MEDICINA GENERALE	NO	€ 11.738,79	€ 3.972,93	€ 4.485,63	€ 1.288,67	€ 21.486,02
010213	A.S.L. ALESSANDRIA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	NO	€ 460.090,06	€ 75.933,76	€ 53.260,29	€ 236.023,95	€ 825.308,07
010301	A.S.L. CITTA' DI TORINO	CHIRURGIA GENERALE	NO				€ 931,33	€ 931,33
010301	A.S.L. CITTA' DI TORINO	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	NO	€ 3.598,68		€ 685,77	€ 1.854,11	€ 6.138,57
			Totale:	€ 860.232,31	€ 153.259,27	€ 143.670,03	€ 442.146,68	€ 1.599.326,34

Figura 1.1 - Schema dei valori di riferimento del II Semestre 2017 (90% - Art. 3, cc. 1, 2): Post Acuzie**ASL Territoriale: A.S.L. ALESSANDRIA****010641-00 -CASA DI CURA VILLA IGEA**

ASL Residenza	Desc Asl Residenza	Disciplina	Strutture Prevalenti	2-MEDIA	3-BASSA	4-LEA	Totale
010203	A.S.L. TORINO 3	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE 2 LIVELLO	NO			€ 516,38	€ 516,38
010205	A.S.L. TORINO 5	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE 2 LIVELLO	NO		€ 0,00	€ 1.788,15	€ 1.788,15
010206	A.S.L. VERCELLI	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE 2 LIVELLO	NO			€ 1.088,44	€ 1.088,44
010207	A.S.L. BIELLA	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE 2 LIVELLO	NO		€ 1.978,94		€ 1.978,94
010210	A.S.L. CUNEO 1	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE 2 LIVELLO	NO		€ 1.445,87	€ 2.643,35	€ 4.089,22
010211	A.S.L. CUNEO 2	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE 2 LIVELLO	NO	€ 1.673,28	€ 3.418,37	€ 10.867,32	€ 15.958,97
010212	A.S.L. ASTI	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE 2 LIVELLO	NO	€ 1.084,40	€ 12.781,44	€ 35.302,96	€ 49.168,80
010213	A.S.L. ALESSANDRIA	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE 2 LIVELLO	NO	€ 11.304,55	€ 41.887,22	€ 84.253,41	€ 137.445,18
010301	A.S.L. CITTA' DI TORINO	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE 2 LIVELLO	NO			€ 699,71	€ 699,71
			Totale:	€ 14.062,24	€ 61.511,84	€ 137.159,71	€ 212.733,78

Figura 1.1 - Schema dei valori complessivi di riferimento del II Semestre 2017 (90% - Art. 3, cc 1,2): Ambulatoriale**ASL Territoriale: A.S.L. ALESSANDRIA****500102 - CASA DI CURA VILLA IGEA**

ASL Residenza	Desc Asl Residenza	Strutture Prevalenti	Codice Gruppo Prestazione	Descr Gruppo Prestazione	Protette (non include elenco prestazioni 'Critiche' identificate dall'ASL di residenza - 10%)	Elenco Prestazioni ex DGR n.44-339/2016 e DM Appropriatezza	ALTRO	Totale
203	A.S.L. TORINO 3	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	€ 16,65	0	€ 49,97	€ 66,62
203	A.S.L. TORINO 3	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeuti	€ 23,56	0	€ 9,79	€ 33,35
204	A.S.L. TORINO 4	NO	a141	Altri interventi ambulatoriali	0	0	€ 439,45	€ 439,45
204	A.S.L. TORINO 4	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeuti	0	0	€ 4,89	€ 4,89
205	A.S.L. TORINO 5	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	0	€ 27,24	€ 27,24
205	A.S.L. TORINO 5	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeuti	€ 31,40	0	€ 28,36	€ 59,76
206	A.S.L. VERCELLI	NO	a141	Altri interventi ambulatoriali	0	0	€ 235,20	€ 235,20
206	A.S.L. VERCELLI	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeuti	€ 7,85	0	€ 4,89	€ 12,74
207	A.S.L. BIELLA	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeuti	€ 15,70	0	€ 4,89	€ 20,59
208	A.S.L. NOVARA	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeuti	€ 15,70	0	€ 9,78	€ 25,48
209	A.S.L. VERBANO-CUSO	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeuti	€ 23,55	0	€ 4,89	€ 28,44
210	A.S.L. CUNEO 1	NO	a141	Altri interventi ambulatoriali	0	0	€ 514,70	€ 514,70
210	A.S.L. CUNEO 1	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeuti	€ 62,81	0	€ 33,76	€ 96,57
211	A.S.L. CUNEO 2	NO	a141	Altri interventi ambulatoriali	€ 290,30	0	€ 5.401,39	€ 5.691,69
211	A.S.L. CUNEO 2	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	€ 66,61	0	€ 877,71	€ 944,32
211	A.S.L. CUNEO 2	NO	a147	Prestazioni di terapia fisica	0	€ 4,93	€ 85,36	€ 90,29
211	A.S.L. CUNEO 2	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeuti	€ 848,11	0	€ 232,38	€ 1.080,49
211	A.S.L. CUNEO 2	NO			0	0	€ 588,01	€ 588,01
212	A.S.L. ASTI	NO	a141	Altri interventi ambulatoriali	€ 1.396,74	0	€ 28.061,91	€ 29.458,65

ASL Residenza	Desc Asl Residenza	Strutture Prevalenti	Codice Gruppo Prestazione	Descr Gruppo Prestazione	Protette (non include elenco prestazioni 'Critiche' identificate dall'ASL di residenza - 10%)	Elenco Prestazioni ex DGR n.44-339/2016 e DM Appropriattezza	ALTRO	Totale
212	A.S.L. ASTI	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	€ 1.319,49	0	€ 8.999,09	€ 10.318,58
212	A.S.L. ASTI	NO	a147	Prestazioni di terapia fisica	0	€ 430,18	€ 9.919,79	€ 10.349,97
212	A.S.L. ASTI	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	€ 7.193,19	0	€ 2.396,16	€ 9.589,35
212	A.S.L. ASTI	NO			0	0	€ 1.194,99	€ 1.194,99
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a141	Altri interventi ambulatoriali	€ 6.128,04	0	€ 72.331,49	€ 78.459,53
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	€ 3.862,51	0	€ 29.061,42	€ 32.923,93
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a147	Prestazioni di terapia fisica	0	€ 1.617,81	€ 27.636,94	€ 29.254,75
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	€ 22.898,77	0	€ 5.835,26	€ 28.734,03
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO			0	0	€ 2.143,40	€ 2.143,40
301	A.S.L. CITTA' DI TORINO	NO	a141	Altri interventi ambulatoriali	0	0	€ 492,55	€ 492,55
301	A.S.L. CITTA' DI TORINO	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	0	€ 136,57	€ 136,57
301	A.S.L. CITTA' DI TORINO	NO	a147	Prestazioni di terapia fisica	0	0	€ 85,36	€ 85,36
301	A.S.L. CITTA' DI TORINO	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	€ 102,09	0	€ 26,89	€ 128,98
			Totale		€ 44.303,07	€ 2.052,92	€ 196.874,48	€ 243.230,47

Schema ricoveri per recupero mobilità extraregione II Semestre 2017 (dettaglio per DRG): Acuzie

ASL Territoriale: A.S.L. ALESSANDRIA

VILLA IGEA

ASL Residenza	Desc Asl Residenza	Codice Struttura	Struttura	Codice DRG	Descr Drg	Disciplina	Macro Categoria	Struttura Prevalente per ASL Residenza	PRESTAZIONI PROTETTE		GIA' COMPRESSE NEL VALORE DI RIFERIMENTO	
									Casi II sem 2017	Valore II sem 2017	Casi II sem 2017 stimati	Valore di riferimento II sem 2017
010213	A.S.L. ALESSANDRIA	010641-00	CASA DI CURA VILLA IGEA	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1-ALTA	NO	3	30.487,65	44	395.855,35
010213	A.S.L. ALESSANDRIA	010641-00	CASA DI CURA VILLA IGEA	229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	4-LEA	NO	3	2.784,90	37	50.138,07
TOT									6	33.272,55		

Schema per recupero mobilità extraregione II Semestre 2017: Ambulatoriale

ASL Territoriale: A.S.L. ALESSANDRIA

500102 - CASA DI CURA VILLA IGEA

ASL Residenza	Desc Asl Residenza	Strutture Prevalenti	Codice Gruppo Prestazione	Descr Gruppo Prestazione	Codice Prestazione	Descr Prestazione	Macro Categoria	PRESTAZIONI PROTETTE		GIA' COMPRESSE NEL VALORE DI RIFERIMENTO	
								Prestazioni II Sem 2017	Valore II Sem 2017	Casi II sem 2017 stimati	Valore di riferimento II sem 2017
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita	Protette (non include elenco prestazioni 'Critiche' identificate dall'ASL di residenza - 10%)	47	970,83	1.107	22.898,77
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima	ALTRO	27	350,88	245	3.171,17
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a148	Altre prestazioni diagnostiche e terapeutiche	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA -	ALTRO	14	160,08	200	2.305,91

TOT	88	1.481,79
-----	----	----------

Contratto/Accordo contrattuale

tra

l'ASL AL, con sede legale in Alessandria, via Venezia 6, (C.F. 02190140067), rappresentata dal Direttore Generale pro tempore dr. Gilberto GENTILI, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società STUDIO DI RADIOLOGIA OMODEO ZORINI s.n.c. con sede legale in Tortona Piazza Delle Erbe 3 (C.F. 00521730069), 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 denominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata dal Dott. Paolo Omodeo Zorini nella qualità di Amministratore con titolo di legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

- gli articoli 8-bis, quater e quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
- con DGR n. 73 - 5504 del 03/08/2017 sono state definite le nuove regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati e a contratto, i tetti di spesa regionali e di ASL per il 2017 ed è stato approvato lo schema di contratto a valere per le strutture private (Case di cura) e di accordo contrattuale a valere per le strutture equiparate (presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78, progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis d.lgs. 502/92 e s.m.i.);
- con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. ____ del __/__/____ è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto/accordo in attuazione della citata DGR;
- il legale rappresentante della Struttura dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente;

si conviene e stipula quanto segue:

Articolo 1 – Oggetto del contratto/accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto.
2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e con oneri a carico del SSR, conformi a tipologie e volumi riassunti all'articolo 3, comma 1 e precisati nell'allegato C) parte integrante del contratto.
3. Le prestazioni devono comunque avere luogo nell'intera annualità con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda.
4. Nulla spetterà all'erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di accreditamento nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 8, ferma restando la tutela giurisdizionale.
5. Qualora per giustificato motivo l'Erogatore non possa espletare le prestazioni oggetto del contratto dovrà dare tempestiva comunicazione all'ASL, la quale informerà le Aziende dell'Area omogenea di programmazione e la Regione. Similmente si dovrà comunicare la ripresa dell'esecuzione.

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

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e di provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere ed 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. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.
2. La struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/991.
3. Ai sensi dell'articolo 1, comma 42, L. n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti di ASL e Regione che abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro.

4. In ottemperanza al regolamento approvato con decreto 2 aprile 2015, n. 79, 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.
5. La cessione del contratto a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o cambiamento di ragione sociale, subordinatamente all'adozione degli atti di competenza regionale ed aziendale.

Articolo 3 – Limiti finanziari.

1. Il valore di riferimento annuale per il 2017 della Struttura per i residenti piemontesi è pari al budget 2016 – ovvero al valore contratto 2016 per gli erogatori ambulatoriali – comprensivo del valore di riferimento per il 2° semestre 2017 determinato in misura pari al 90% della differenza fra il budget 2016 – ovvero del valore contrattato 2016 per gli erogatori ambulatoriali – ed il valore della produzione erogata dalla Struttura al 30.6.2017, quest'ultima riconosciuta anche in misura eccedente i 6/12, ma comunque non superiore al limite del 57% del budget – ovvero del valore contrattato – 2016, complessivamente inteso, del singolo erogatore.
2. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR sono riassunti i seguenti valori annui di riferimento per la Struttura:
 - a. Per prestazioni rese a residenti in regione e STR (stranieri paesi Ue/SEE/in Convenzione), ENI (Europeo Non Iscrivibile) ed STP (stranieri temporaneamente presenti) a carico del SSN ai sensi della circolare Ministero Salute n. 5 del 24.3.2000:
 - specialistica ambulatoriale € 583.577,00 (di cui € 236.768,00 valore di riferimento per il 2° semestre 2017)
 - per recupero della mobilità passiva sulla base degli indirizzi regionali, per specifiche prestazioni/DRG definiti nell'apposita sezione dell'allegato C), si rimanda agli importi indicati nell'allegato C3 del presente contratto ex DGR 73 - 5504 del 03/08/2017.
 - b. Per prestazioni rese a residenti in altre regioni:
 - specialistica ambulatoriale 200.165,00
 - c. Per gli STP (stranieri temporaneamente presenti) la cui competenza in materia sanitaria, ai sensi dell'art. 32 del Decreto Legge n. 50 del 24.04.2017, è stata trasferita dal Ministero degli Interni al Ministero della Salute, verranno riconosciuti gli importi delle prestazioni erogate secondo le indicazioni nazionali.
3. Nel caso di trasferimento da un setting assistenziale all'altro, il valore di cui al comma 2 lett. a) relativo alla specialistica ambulatoriale potrà essere incrementato con corrispondente riduzione dei valori di riferimento per il ricovero.
4. I valori di cui al comma 2 lett. a) – fatta eccezione per il budget assegnato per il recupero della mobilità passiva fuori regione – non rappresentano un limite invalicabile per l'erogatore poiché potranno essere incrementati, a chiusura dell'esercizio, attraverso la valorizzazione di prestazioni erogate in coerenza alla programmazione sanitaria dell'ASL, purchè nei limiti dei tetti di spesa, complessivi e invalicabili, assegnati alle AASSLL di residenza e del 110% del valore della produzione entro il budget/valore contrattato 2016 della singola struttura. Le valorizzazioni economiche delle prestazioni – ridotte dagli abbattimenti applicati per controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazioni – eccedenti il limite del 110% della produzione 2016 entro budget/valore contrattato della singola Struttura non saranno riconosciute, mentre quelle ricomprese in detto limite ma eventualmente eccedenti i tetti di spesa dell'ASL di residenza potranno essere riconosciute con l'applicazione di meccanismi di regressione economica, secondo le regole riportate nell'allegato B) al contratto e secondo le indicazioni di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017. Non si procede alla regressione nel caso in cui l'esubero del tetto di spesa dell'ASL di residenza per la specialistica ambulatoriale sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo dei tetti di spesa per il ricovero.
5. La remunerazione per le prestazioni erogate nel 2017 non potrà comunque essere inferiore al 95% del valore della produzione 2016 entro budget del singolo erogatore.
6. Per la somministrazione dei farmaci (File F) in coerenza alle disposizioni regionali è previsto il rimborso ai costi sostenuti dall'erogatore, o se inferiore ai prezzi di riferimento delle gare regionali, ridotti dalle eventuali quote dovute dalle aziende farmaceutiche, in applicazione della così detta "rimborsabilità condizionata" di taluni farmaci.
7. L'erogatore prende atto dei tetti di spesa complessivi e invalicabili delle AASSLL per le prestazioni da erogare ai propri residenti da parte dei privati contrattati, definiti sul consumo storico dei residenti dell'ASL, riproporzionato ai valori complessivi di produzione entro il budget regionale.

8. L'Erogatore accetta i valori di riferimento assegnati, il tetto di spesa per ASL di residenza, i tetti di spesa per il recupero della mobilità passiva fuori regione e delle prestazioni – diverse dall'alta complessità – rese a cittadini di altre regioni, il sistema tariffario vigente nella Regione Piemonte e quello di remunerazione delle prestazioni rese, comprese le regole di regressione economica nel caso in cui l'insieme delle prestazioni erogate dal privato contrattato per il 2^a semestre 2017, sommata alla remunerazione delle prestazioni erogate dalle Strutture per i residenti dell'ASL al 30.06.2017, abbia superato i limiti per ASL di residenza dei pazienti.
9. L'erogatore prende atto ed accetta l'applicazione, per il 2^a semestre 2017, del sistema di valutazione della qualità con applicazione del 2,5% di premialità o di penalizzazione secondo i criteri definiti all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017. Il calcolo degli indicatori sarà effettuato utilizzando il Protocollo PNE contestualizzato a livello regionale.
10. La valorizzazione delle prestazioni avviene con la tariffa in vigore al momento dell'erogazione della prestazione, intendendosi per le prestazioni di ricovero la data di dimissione e per le prestazioni ricorrenti la data di completamento del ciclo terapeutico.
11. I valori di riferimento assegnati all'erogatore, i tetti di spesa, complessivi e invalicabili, delle AASSLL per le prestazioni da erogare a propri residenti da parte dei privati contrattati, e i restanti tetti di spesa applicati all'erogatore, si mantengono anche in caso di variazione comunque intervenuta dei valori delle tariffe di riferimento, sia per modifica della fascia di accreditamento, sia per revisione dei tariffari regionali, intendendosi in tal caso rideterminate le prestazioni oggetto del contratto nella misura necessaria a mantenere i valori massimi fissati.

Articolo 4 – Remunerazione delle prestazioni erogate

1. Le prestazioni erogate sino al 30 giugno 2017 sono remunerare entro il 57% del budget – ovvero del valore contrattato – 2016, complessivamente inteso, ed entro il 30 ottobre sarà definito il saldo dei primi sei mesi, fatti salvi eventuali conguagli conseguenti ai successivi controlli.
2. La remunerazione a saldo della produzione 2017 per i residenti in regione avviene con le seguenti regole, considerando separatamente ricovero per acuti, ricovero per post-acuti e specialistica ambulatoriale:
 - a) nel caso in cui la valorizzazione delle prestazioni realizzate nel 2^a semestre 2017 da tutti gli erogatori privati per i residenti dell'ASL – ridotti degli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre valorizzazione e di post valorizzazione – risulti inferiore rispetto ai tetti di spesa assegnati all'ASL di residenza, all'erogatore verrà corrisposta l'intera valorizzazione della produzione, entro il limite del 110% della produzione 2016 entro budget/valore contrattato;
 - b) nel caso in cui la valorizzazione delle prestazioni realizzate nel 2^a semestre 2017 da tutti gli erogatori accreditati e contrattati per i residenti dell'ASL – ridotti degli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre valorizzazione e di post valorizzazione – risulti superiore ai tetti di spesa assegnati all'ASL di residenza si ridurrà il valore riconosciuto a ciascun erogatore secondo il meccanismo di regressione economica di cui all'allegato B) al contratto ed alle indicazioni di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017, in modo che la valorizzazione complessiva rientri nei limiti dei tetti di spesa dell'ASL di residenza.
3. Non saranno comunque riconosciute eccedenze di produzione oltre il 110% della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato 2016 della singola Struttura privata contrattata e la regressione non potrà, in ogni caso, determinare una remunerazione inferiore al 95% della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato del singolo erogatore.
4. Saranno esclusi dalla regressione economica i valori delle prestazioni cosiddette "*protette*", corrispondenti alle prestazioni riportate nell'allegato C) al contratto secondo le indicazioni di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017;
5. i DRG contrattati dall'ASL per il recupero della mobilità passiva, di cui all'allegato C) al presente contratto, saranno remunerati anche al di sopra del tetto del 110% della Struttura.
6. La produzione realizzata per residenti in altre regioni sarà remunerata come segue:
 - a. la produzione entro il valore di cui all'art. 3, comma 2, lett. b) viene integralmente riconosciuta;
 - b. gli incrementi rispetto ai valori 2016 delle prestazioni di alta specialità saranno riconosciuti per intero;
 - c. gli eventuali incrementi di mobilità attiva su prestazioni di bassa e media complessità (rispetto alla produzione 2016) saranno eventualmente riconosciuti al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre regioni.

7. 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 5 – Erogazione di prestazioni.

1. Per una più razionale ed efficiente gestione degli accessi ai servizi, la struttura erogatrice assicura la condivisione con l'ASL delle agende di prenotazione, nei termini e secondo le modalità stabilite dall'ASL o dalla Regione.
2. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in un'apposita sezione del 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", essendo il limite giornaliero pari al numero di quelli accreditati.
4. La capacità produttiva non contrattata è utilizzabile per l'attività a regime privatistico.

Articolo 6 – Verifiche e controlli.

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza in relazione all'allegato C). L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controllo, nel rispetto della DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si impegna ad agevolare l'attività di vigilanza dell'apposita commissione ASL, nonché le ulteriori attività esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.
2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 15 giorni, il legale rappresentante della Struttura o suo delegato, può presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

Articolo 7 – Modalità di pagamento.

1. Il corrispettivo preventivato viene liquidato, a decorrere dal secondo semestre 2017, a titolo di acconto in quote mensili posticipate pari, di norma, a:
 - a) 90% di 1/12 del budget 2016 – ovvero del valore contrattato 2016 per gli erogatori ambulatoriali – o del realizzato se inferiore, fino alla definizione dei valori di riferimento di cui all'articolo 3, comma 2, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente;
 - b) Successivamente alla definizione dei valori di riferimento, pari al 100% di 1/6 del valore di riferimento 2^a semestre 2017, di cui all'articolo 3, comma 2, o al realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente;
 - c) Successivamente alla definizione del budget per recupero della mobilità passiva fuori regione, pari al 100% di 6/12 del budget assegnato per il 2^a semestre 2017, di cui all'articolo 3, comma 2, o al realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente.
2. I pagamenti a titolo di acconto devono avere luogo entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura corredata da un elenco delle prestazioni erogate nel mese di riferimento, redatto nella forma definita dall'ASL.
3. E' fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dall'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.
4. Entro il primo trimestre dell'anno successivo l'ASL verifica le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie concordate per destinazioni di residenza e per recupero di mobilità passiva fuori regione, e comunica alla Regione le informazioni necessarie ai fini della regressione economica che si definirà nei successivi trenta giorni. In caso di mancata contestazione entro tale termine, si procede alla liquidazione del saldo provvisorio della produzione erogata nei limiti pattuiti, entro 60 giorni dal ricevimento della fattura ex

articolo 4 del decreto legislativo n. 231/2002 e s.m.i.. In caso di contestazione, l'ASL sospenderà la liquidazione delle partite contestate fino alla relativa definizione.

5. Il pagamento di prestazioni fatturate non esclude future contestazioni da parte dell'ASL per importi non dovuti in relazione a prestazioni che, a seguito di ulteriori controlli, risultassero rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa, nei limiti della prescrizione.
6. Gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ASL, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile. 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.
7. Gli eventuali incrementi di prestazioni di ricovero, di bassa e media complessità, rese a cittadini di altre regioni italiane rispetto alla produzione 2016, saranno riconosciuti al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre regioni, in conformità ai provvedimenti regionali in materia.
8. Gli importi indicati nella reportistica prodotta dal Sistema Informativo Regionale rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dall'Erogatore e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente secondo i protocolli approvati hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono titolo per il riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.

Articolo 8 - Sospensione e risoluzione del contratto.

1. La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto.
2. Ove una parte accerti l'inadempimento concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto sarà legittimata ad emettere diffida ad adempiere ex articolo 1454 cod. civ. E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex articolo 1218 cod. civ. della parte inadempiente.
3. In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purché formalmente contestati, il contratto è risolto con comunicazione recettizia formulata dalla parte che ha contestato.
4. In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali del contratto, purché contestati formalmente, il contratto può essere sospeso da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato.
5. In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente contratto, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente contratto per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.
6. In tutte le ipotesi di sospensione in cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti dell'ASL e della Regione.
7. Il contratto si intenderà altresì risolto qualora intervenga condanna definitiva per reati contro la pubblica amministrazione a carico del legale rappresentante per fatti ad esso direttamente imputabili.

Articolo 9 – Clausola di maniera.

1. 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 contratte e si obbliga ad esonerare il SSN da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questo, avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del contratto.

Articolo 10 – Clausola di salvaguardia.

1. Con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente, il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e delle tariffe alla base del presente atto, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi, in quanto atti determinanti il contenuto del contratto. In considerazione dell'accettazione, con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore rinuncia ad eventuali azioni o impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti.

Articolo 11 – Durata, aggiornamento e rinvio normativa.

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2017 sino al 31 dicembre 2017. Non è tacitamente prorogabile.
2. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative, di carattere nazionale, senza che maggiori oneri derivino per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all'ASL.
3. Per gli aspetti non disciplinati dal contratto si rinvia al codice civile ed alla normativa di settore.

Articolo 12 – Bollo e registrazione.

1. Le spese di bollo sono in parti uguali. Ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del DPR 26 aprile 1986 n. 131 il contratto è soggetto a registrazione in caso di uso.

Articolo 13 – Foro competente, elezione di domicilio.

1. Le controversie derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto saranno devolute all'Autorità Giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Letto, approvato, e sottoscritto in due originali.

Lì, / / 2017

Per l'ASL

Per la Struttura

.....

.....

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del cod. civ. si approvano espressamente le clausole convenute negli articoli 2 (obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi), 3 (limiti finanziari), 4 (Remunerazione delle prestazioni erogate), 7 (Corrispettivo e modalità di pagamento), 9 (Clausola di maniera), 10 (Clausola di salvaguardia).

Per l'ASL

Per la Struttura

.....

.....

Allegato A) STATO DI ACCREDITAMENTO

AZIENDA STUDIO DI RADIOLOGIA OMODEO ZORINI s.n.c.

COD. AZ. 727

SEDE TORTONA (AL) – PIAZZA DELLE ERBE 3

AMBULATORIO

STRUTTURA/E STUDIO DI RADIOLOGIA OMODEO ZORINI

SEDE/I OPERATIVA/E TORTONA - PIAZZA DELLE ERBE 3

COD STS 500086

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO D.G.R. 37-1314 del 26.7.2004

Allegato B) REGOLE DI VALORIZZAZIONE DELLA PRODUZIONE RESA A RESIDENTI NELLA REGIONE AI FINI DELLA RENUMERAZIONE

1. La regressione economica si applica alle valorizzazioni delle prestazioni rese nel 2^a semestre 2017 dagli erogatori privati contrattati a favore dei residenti di una determinata ASL, quando la sommatoria delle stesse (sommata alla remunerazione delle prestazioni erogate dalle Strutture per i residenti dell'ASL al 30.06.2017) supera i tetti di spesa 2017, complessivi ed invalicabili, assegnati all'ASL per l'acquisto di prestazioni da privati contrattati a favore di propri residenti.
2. Ai fini della eventuale regressione sulla valorizzazione delle prestazioni rese nel 2^a semestre 2017 si considerano separatamente le prestazioni rese per ricovero in regime di acuzie, ricovero in regime di post acuzie e specialistica ambulatoriale.
3. I valori di produzione a base dei calcoli della regressione si assumono al netto degli abbattimenti conseguenti agli ordinari controlli effettuati sulla produzione – abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione.
4. I valori di produzione di ciascun erogatore, rideterminati come indicato al punto 3, vengono preliminarmente ricondotti ad un valore non superiore al 110% del valore della produzione 2016 entro il budget – ovvero il valore contrattato per gli erogatori ambulatoriali – fatta eccezione per i DRG contrattati dall'ASL per il recupero della mobilità passiva (di cui all'allegato C) che potranno essere remunerati anche al di sopra del tetto del 110%. Le prestazioni che saranno oggetto di riconduzione al tetto del 110% saranno individuate fra quelle prodotte, in termini temporali, successivamente al raggiungimento del tetto, escluse le prestazioni di alta specialità e quelle "protette" di cui all'allegato C).
5. Non si procede alla regressione qualora la sommatoria delle valorizzazioni delle prestazioni rese nel 2^a semestre 2017 dagli erogatori per i residenti dell'ASL (sommata alla remunerazione delle prestazioni dagli stessi erogate per i residenti della stessa ASL al 30.06.2017) risulti pari o inferiore ai tetti di spesa 2017, complessivi e invalicabili, assegnati all'ASL per i propri residenti. Non si procede altresì alla regressione nel caso in cui l'esubero del tetto di spesa di ASL per la specialistica ambulatoriale sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo dei tetti di spesa per il ricovero.
6. Sono escluse dalla procedura di regressione economica i valori di produzioni riconducibili a prestazioni di ricovero di alta specialità e quelle riconducibili a prestazioni cosiddette "protette" individuate, per il secondo semestre 2017, dalla Regione, o dall'ASL di residenza, secondo le indicazioni regionali di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017 e dettagliate all'allegato C) al contratto.
7. La sommatoria dei valori di produzione di tutti gli erogatori privati, così rideterminati e diminuiti dei valori delle produzioni cosiddette "protette", quantifica i valori soggetti a regressione, per ASL di residenza dei pazienti.
8. Gli importi di cui all'alinea precedente vengono rideterminati con applicazione sequenziale dei criteri di seguito indicati, in modo che la sommatoria delle valorizzazioni – incluse le prestazioni escluse dalla regressione – sia ricondotta entro il valore limite per le prestazioni da rendere ai residenti dell'ASL (tetti di spesa dell'ASL):
 - a) regressione massima, nell'ambito delle percentuali di seguito indicate, delle seguenti tipologie di prestazioni (con sequenza progressiva da 1 a 3).

	LEA	Bassa specialità	Media specialità
Sequenza	1	2	3
Ricovero in acuzie	20%	10%	10%
Ricovero in post acuzie	n.a.	10%	10%

	Elenco prestazioni ex DRG n. 44-3399/2016 e DM Appropriatelyzza
Ambulatoriale	25%

- b) in caso di insufficienza del criterio di cui alla lettera a), regressione proporzionale del valore delle prestazioni erogate da tutte le strutture.

9. L'applicazione del meccanismo di regressione economica di cui ai punti precedenti non potrà in ogni caso determinare una remunerazione inferiore al 95% del valore della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato del singolo erogatore.
10. All'esito dell'eventuale regressione economica verrà applicato ai singoli erogatori il sistema di valutazione della qualità con applicazione del 2,5% di premialità o di penalizzazione secondo i criteri definiti all'allegato C) alla DGR n. 73 - 5504 del 03/08/2017.
11. La rivalorizzazione non esclude gli ulteriori abbattimenti di remunerazione delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture nel rispetto alla normativa vigente in materia (esempio: controlli esterni del Flusso SDO, controlli automatici di III° Livello e controlli effettuati dai Nuclei di Controllo e ulteriori controlli aziendali), nel rispetto di quanto disposto all'art. 7 comma 6 del contratto.

Allegato C) PRESTAZIONI CONTRATTATE

Per il secondo semestre si assume a riferimento il 90% del case mix del 2016. L'ASL per il secondo semestre richiede le seguenti prestazioni che, se realizzate, saranno escluse dalla regressione.

Tabelle di cui all'allegato C) alla DGR 73 - 5504 del 03/08/2017

Allegato C1 - Schema dei valori complessivi di riferimento del II Semestre 2017 (90% - Art. 3, cc 1,2): Ambulatoriale

Allegato C3 - Schema per recupero mobilità extraregione II Semestre 2017: Ambulatoriale

Figura 1.1 - Schema dei valori complessivi di riferimento del II Semestre 2017 (90% - Art. 3, cc 1,2): Ambulatoriale**ASL Territoriale: A.S.L. ALESSANDRIA****500086 - STUDIO RADIOLOG. OMODEO ZORINI**

ASL Residenza	Desc Asl Residenza	Strutture Prevalenti	Codice Gruppo Prestazione	Descr Gruppo Prestazione	Protette (non include elenco prestazioni 'Critiche' identificate dall'ASL di residenza - 10%)	ALTRO	Totale
203	A.S.L. TORINO 3	NO	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	€ 65,24	€ 65,24
203	A.S.L. TORINO 3	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	€ 18,22	€ 18,22
204	A.S.L. TORINO 4	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	€ 18,22	0	€ 18,22
205	A.S.L. TORINO 5	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	€ 65,04	€ 65,04
206	A.S.L. VERCELLI	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	€ 11,79	0	€ 11,79
207	A.S.L. BIELLA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	€ 21,12	€ 21,12
208	A.S.L. NOVARA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	€ 11,79	€ 49,72	€ 61,51
209	A.S.L. VERBANO-CUSO	NO	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	€ 54,25	€ 54,25
209	A.S.L. VERBANO-CUSO	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	€ 45,98	€ 45,98
210	A.S.L. CUNEO 1	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	€ 32,99	€ 32,99
211	A.S.L. CUNEO 2	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	0	€ 18,22	€ 18,22
212	A.S.L. ASTI	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	€ 18,22	€ 40,21	€ 58,43
213	A.S.L. ALESSANDRIA NO		a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	€ 33.841,33	€ 33.841,33
213	A.S.L. ALESSANDRIA NO		a143	Radiologia diagnostica altre prest.	€ 27.430,07	€ 174.694,55	€ 202.124,62
301	A.S.L. CITTA' DI TORINO		a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	0	€ 221,29	€ 221,29
301	A.S.L. CITTA' DI TORINO		a143	Radiologia diagnostica altre prest.	€ 11,79	€ 97,74	€ 109,53
Totale					€ 27.501,88	€ 209.265,90	€ 236.767,78

Schema per recupero mobilità extraregione II Semestre 2017: Ambulatoriale

ASL Territoriale: A.S.L. ALESSANDRIA

500086 - STUDIO RADIOLOG. OMODEO ZORINI

ASL Residenza	Desc Asl Residenza	Strutture Prevalenti	Codice Gruppo Prestazione	Descr Gruppo Prestazione	Codice Prestazione	Descr Prestazione	Macro Categoria	PRESTAZIONI PROTETTE		GIA' COMPRESSE NEL VALORE DI RIFERIMENTO	
								Prestazioni II Sem 2017	Valore II Sem 2017	Casi II sem 2017 stimati	Valore di riferimento II sem 2017
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	ALTRO	69	4.191,76	1.114	67.280,56
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.77.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	ALTRO	32	1.407,00	464	20.332,89
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	Protette (non include elenco prestazioni 'Critiche' identificate dall'ASL di residenza - 10%)	29	1.262,13	409	18.000,79
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi	Protette (non include elenco prestazioni 'Critiche' identificate dall'ASL di residenza - 10%)	605	604,92	332	9.429,28
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.26	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA Radiografia del bacino, Radiografia dell'anca	ALTRO	27	474,32	423	7.450,47
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a142	Radiologia diagnostica TAC RMN	87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO Tc del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo	ALTRO	6	464,38	93	6.932,00
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba	ALTRO	21	451,56	382	8.068,18
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso : fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni , retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)	ALTRO	8	370,96	153	6.668,29
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)	ALTRO	24	369,68	363	5.609,42
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.28	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA Radiografia (2 proiezioni) di: caviglia, piede [calcagno], dito del piede	ALTRO	14	241,19	240	4.255,12
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale	ALTRO	5	190,27	94	3.382,13

ASL Residenza	Desc Asl Residenza	Strutture Prevalenti	Codice Gruppo Prestazione	Descr Gruppo Prestazione	Codice Prestazione	Descr Prestazione	Macro Categoria	Prestazioni II Sem 2017	Valore II Sem 2017	Casi II sem 2017 stimati	Valore di riferimento II sem 2017
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	ALTRO	5	158,80	88	3.041,69
213	A.S.L. ALESSANDRIA	NO	a143	Radiologia diagnostica altre prest.	88.23	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO Radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano	ALTRO	9	127,09	130	1.850,50
TOT								854	10.314,04		

Deliberazione del Direttore Generale

n. _____

Letto, approvato e sottoscritto.

Parere favorevole del DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Parere favorevole del DIRETTORE SANITARIO

IL DIRETTORE GENERALE

