

Repertorio
n. 106 del 02/05/2018

ALLEGATO B)

Accordo contrattuale

tra

l'ASL TO4 con sede legale in Chivasso, via Po n. 11, (C.F. 09736160012)

rappresentata dal Direttore Generale pro tempore Dott. Lorenzo Ardissoni;

di seguito denominata "Azienda Sanitaria Locale" o "ASL"

e

la Società SAAPA S.p.A. con sede legale in Settimo Torinese Via Santa Cristina n. 3

(P. IVA 08507160011) rappresentata dalla Dott.ssa Gabriella Gianoglio;

di seguito denominata "Società"

premesse 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. 519 del 24 / 04 /2018 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 della normativa vigente;	
	l'articolo 9-bis del D.Lgs. n.502/1992 e s.m.i. disciplina la partecipazione al Servizio	
	Sanitario Nazionale delle Sperimentazioni gestionali;	
	con la L.R. 23.5.2008 n. 12, la Regione Piemonte prevedeva, ai sensi dell'articolo 9-	
	bis del D. Lgs. 502/1992, la costituzione di una "società mista tra le ASL interessate	
	e le società Azienda Sviluppo Multiservizi, Cooperativa Sociale P.G. Frassati onlus o	
	loro aventi causa per la gestione dell'immobile oggetto della sperimentazione	
	gestionale ai fini sia sanitari sia socio-sanitari, di durata quinquennale, prorogabile	
	dalla Giunta regionale di cinque anni in cinque anni sino al compimento del piano	
	finanziario approvato dalla Giunta regionale";	
	con D.G.R. n.20-10663, del 2 febbraio 2009, la Regione Piemonte autorizzava le	
	Aziende sanitarie locali TO4 e TO2 alla realizzazione del progetto di	
	sperimentazione gestionale presentato per la gestione sia a fini sanitari che socio-	
	sanitari della struttura sita in Settimo Torinese, Via Santa Cristina 3, attraverso la	
	S.A.A.P.A. S.p.A., società mista a prevalente capitale pubblico;	
	con deliberazione n. 1-600 del 19 novembre 2014, successivamente integrata con	
	deliberazione n. 1-924 del 23 gennaio 2015, la Giunta regionale approvava il	
	programma di revisione della rete ospedaliera regionale piemontese, il quale sulla	
	base degli standard di cui alla legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016,	
	definiva il fabbisogno complessivo di prestazioni sanitarie, a livello aziendale,	
	nonchè, a livello regionale, il fabbisogno di posti letto di acuzie e di post-acuzie da	
	assegnare agli erogatori privati ad integrazione della capacità produttiva pubblica;	
	con richiamo alle precedenti DGR n. 23-264 del 28.8.2014, n. 58 - 869 del	
	2	

29.12.2014, n. 67-1716 del 6 luglio 2015, successivamente modificata ed integrata dalle Deliberazioni di Giunta regionale n. 72 - 1997 del 31.7.2015, n. 13-2022 del 5 agosto 2015, n. 77-2775 del 29 dicembre 2015, n. 30-3016 del 7 marzo 2016 e n. 12-3730 del 27 luglio 2016, la Giunta Regionale, con Deliberazione del 14 novembre 2016, n. 27-4198 recante ad oggetto "Approvazione della proroga in sanatoria dei termini previsti dalla d.g.r. n. 12-3730 del 27 luglio 2016 per l'avvio del complessivo assetto dei posti letto contrattati di cui alla d.g.r. n. 67-1716 del 6 luglio 2015 e s.m.i." prorogava la sperimentazione gestionale in corso sino alla data del 31/12/2016 in attesa di completamento delle procedure di accreditamento ed autorizzazione. Rilevato che la stessa DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504, al punto 15 del dispositivo demanda "alle AASSLL Città di Torino e TO4 socie della società S.A.A.P.A. S.p.A., ogni adempimento connesso alla revisione del programma di sperimentazione gestionale relativo alla gestione dell'ospedale di Settimo T.se in coerenza ai p.l. accreditati e contrattati, prorogando il programma, ai sensi dell'art. 23 comma 6 L.R. 12/2008 e s.m.i., per il tempo necessario all'adeguamento degli atti societari, e comunque non oltre il 31.12.2017.

Rilevato che le specializzazioni (Riabilitazione e Recupero Funzionale e Lungo Degenza), attive presso la struttura dell'Ospedale civico di Settimo Torinese e gestite nell'ambito della sperimentazione gestionale sono classificate, a seguito di determinazione dirigenziale n. 518 del 29/7/2010, con specifico codice di "struttura a gestione diretta" HSP 11 010023 bis 04 e pertanto considerata parte integrante, seppure distinta dai presidi ASL, della rete ospedaliera pubblica.

Preso atto che la società SAAPA, in ottemperanza a quanto previsto dalla deliberazione della Regione Piemonte n. 1-600 del 19 novembre 2014, successivamente integrata con deliberazione n. 1-924 del 23 gennaio 2015, relative

	all'approvazione del programma di revisione della rete ospedaliera regionale	
	piemontese ha richiesto l'autorizzazione e l'accreditamento per n.235 così suddivisi:	
	RRF 59 - LD 82 - CAVS 94	
	e ha attivato, nelle more dell'ottenimento della nuova autorizzazione e	
	dell'accreditamento, la conseguente riorganizzazione dei posti letto e dei servizi	
	medici e assistenziali a decorrere dal 1 gennaio 2017 compresa la ricoverione	
	dell'attività di Dimissione Protetta in ricoveri CAVS.	
	Considerato che non risulta possibile per SAAPA esercitare attività non	
	ricomprese nel progetto di sperimentazione gestionale e che pertanto eventuali	
	posti letto autorizzati e accreditati ma non utilizzati non potranno essere	
	destinati ad altre attività di tipo privatistico non comprese nel progetto di	
	sperimentazione gestionale;	
	Valutato che il fabbisogno effettivo fino ad ora riscontrato in termini di	
	domanda di ricovero da parte delle AASSLL socie (e solo in piccola parte da altre	
	ASL Piemontesi) ha sempre comportato un tasso di occupazione della struttura	
	superiore al 95%.	
	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	

4. 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. 412/1991.

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. 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 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 comprensivo del valore di riferimento per il 2 ^a	
	semestre 2017 determinato in misura pari al 90% della differenza fra il budget	
	2016 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 2016 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 €. (di cui €.....valore di riferimento per il 2 ^a semestre	
	2017)	
	- ricovero post acuzie €. 8.332.950,00 (di cui €3.224.852,00 valore di	
	riferimento per il 2 ^a semestre 2017)	
	- ricovero totale €. 8.332.950,00 (di cui €3.224.852,00 valore di riferimento	
	per il 2 ^a semestre 2017)	
	- specialistica ambulatoriale €. (di cui €... valore di riferimento per il 2 ^a	
	sem. 2017)	
	6	

- per recupero della mobilità passiva sulla base degli indirizzi regionali, per

specifiche prestazioni/DRG definiti nell'apposita sezione dell'allegato C), €. . . .

b) per prestazioni rese a residenti in altre regioni:

- ricovero totale €.,00, di cui: €. . . .,00 per alta specialità ed €. . . .

.,00 per le rimanenti prestazioni;

- specialistica ambulatoriale €.,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 24/4/2017, 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 passività 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/ 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/ 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 2017.	
	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 le prestazioni di CAVS è previsto l'importo di € 3.233.900 ,00 assegnato	
	per l'annualità 2017 .	
	7. 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.	
	8. 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.	
	9. 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	
	8	

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.

10. 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 2017. Il calcolo degli indicatori sarà effettuato utilizzando il Protocollo PNE contestualizzato a livello regionale.

11. 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.

12. 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% dei tetti di spesa massimi contrattati per il 2016 secondo le previgenti regole del contratto 2014-2016 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 ;	
	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 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/ 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/ del	
	singolo erogatore.	
	4. Saranno esclusi dalla regressione economica i valori delle prestazioni	
	10	

cosiddette “protette”, corrispondenti alle prestazioni riportate nell'allegato C)

al contratto secondo le indicazioni di cui all'allegato C) alla DGR 73-5504 del 2017;

5. 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 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.

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

2. 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.	
	3. La capacità produttiva non contrattata è utilizzabile dalle ASL socie per esigenze dovute a emergenze sanitarie e conseguente necessità di maggiore rotazione su posti letto per acuzie e sarà regolata con apposita convenzione	
	4. 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 controlli, 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 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	
	12	

	6/12 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	
	mezzo 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, dell'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
		14

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. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. In tutte le ipotesi di sospensione di cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti dell'ASL e della Regione.
6. 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 manleva.

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 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.

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 normativo.

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.

Li, 24 / 04 / 2018

Per l'ASL

Per la Struttura

Il Direttore Generale

Il Legale Rappresentante

Dr.Lorenzo Ardisson

Dr.ssa Gabriella Gianoglio

Ai sensi e per gli effetti dell'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), 6 (Corrispettivo e modalità di pagamento), 8 (Clausola di manleva), 9 (Clausola di salvaguardia).

Per l'ASL

Per la Struttura

Il Direttore Generale

Il Legale Rappresentante

Dr.Lorenzo Ardisson

Dr.ssa Gabriella Gianoglio

Allegato A) **STATO DI ACCREDITAMENTO (IN FASE DI ACCREDITAMENTO)**

AZIENDA: SAAPA - OSPEDALE CIVICO DI SETTIMO T.SE

COD. AZ. SEDE VIA SANTA CRISTINA 3

RICOVERO

STRUTTURA/E

SEDE/I OPERATIVA/E

COD. HSP11 HSP 11010023 04

ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE ..PROCEDURE IN CORSO

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO ...PROCEDURE IN CORSO

DISCIPLINE	P.L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	P.L. CONTRATTATI 2017 85%
60 RRF	59*	59*	50
56 LD	82*	82*	70
CAVS	94*	94*	80

***PROCEDURE DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO IN CORSO DI DEFINIZIONE**

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^ 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 ed 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 DGR73-5504 del 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 DGR 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/ 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 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.

[illegible]