



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
A.S.L. TO4
di Ciriè, Chivasso ed Ivrea**

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 1015 DEL 14/08/2018

OGGETTO: APPROVAZIONE SCHEMA DI CONTRATTO EX ART. 8-QUINQUIES D.LGS. N. 502/92 CON LA SOCIETA' PROVINCIA LOMBARDO VENETA-ORDINE SAN GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI PER PRESTAZIONI 2018-2019 RELATIVE ALLE ATTIVITA' POST-ACUZIE E AMBULATORIALE CON CONTESTUALE RICONOSCIMENTO DEI VALORI DI RIFERIMENTO 2018.

Proponente: ASLTO4 - S.C. DISTRETTO SETTIMO

Numero di Proposta: 1080 del 14/08/2018

OGGETTO: APPROVAZIONE SCHEMA DI CONTRATTO EX ART. 8-QUINQUIES D.LGS. N. 502/92 CON LA SOCIETA' PROVINCIA LOMBARDO VENETA-ORDINE SAN GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRAPELLI PER PRESTAZIONI 2018-2019 RELATIVE ALLE ATTIVITA' POST-ACUZIE E AMBULATORIALE CON CONTE-
STUALE RICONOSCIMENTO DEI VALORI DI RIFERIMENTO 2018.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Lorenzo ARDISSONE
(Nominato con D.G.R. n. 7-6926 del 29 maggio 2018)

Richiamato l'art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 che disciplina la partecipazione al Servizio Sanitario Nazionale dei soggetti erogatori privati, in base al quale la Regione è tenuta, tra l'altro, a:

- definire l'applicazione degli accordi contrattuali;
- individuare i soggetti interessati;
- definire le responsabilità riservate alla Regione e quelle attribuite alle AA.SS.LL. nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;
- formulare indirizzi per i programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano Sanitario nazionale;
- individuare i criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi eccedenti il programma preventivo concordato;

Preso atto che con D.G.R. n. 1-600 del 19 novembre 2014 e con D.G.R. n. 1-924 del 23 gennaio 2015 si è approvato il programma di revisione della rete ospedaliera in attuazione della legge n. 135/2012, definendo il fabbisogno complessivo a livello di ASL ed individuando a livello regionale quello da assegnare agli erogatori privati in funzione della necessità di integrazione della capacità produttiva;

Tenuto conto che con D.G.R. n. 30-6425 del 26-1-2018 (Programmazione Sanitaria 2018. Definizione dei tetti di spesa provvisori per l'acquisto, da parte delle ASL, di prestazioni sanitarie da erogatori privati) è stato demandato a successivo provvedimento deliberativo la definizione dei tetti di spesa definiti per Asl di residenza per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori pubblici e privati confermando provvisoriamente per il periodo transitorio i tetti di spesa disposti con riguardo all'acquisto di prestazioni sanitarie di ricovero in acuzie, in post acuzie e di assistenza ambulatoriale da erogatori privati nell'allegato A), tabelle A e B, della D.G.R. 3 agosto 2017, n. 73-5504;

Richiamata la D.G.R. n. 37-7057 del 14 giugno 2018 avente per oggetto "Regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori pubblici e privati. Integrazione alla D.G.R. n. 73-5504 del 3-8-2017. Definizione dei tetti di spesa regionali ed aziendali ed approvazione dello schema di contratto per le annualità 2018-2019";

Considerato che sulla base delle indicazioni della citata D.G.R. n. 37-7057 del 14 giugno 2018 è stata emanata la Determina Dirigenziale n. 453 del 2-7-2018 (Valore annuale di Riferimento/Tetti per l'annualità 2018 delle prestazioni sanitarie di ricovero per acuzie e post-acuzie e di prestazioni ambulatoriali (incluso PS) per ciascun erogatore privato e progetti di sperimentazione gestionali ex art. 9 bis D.Lgs. 502/92 e s.m.i.) con la quale sono stati approvati i seguenti allegati:

- allegato A: Valori di riferimento/tetti di spesa 2017 post rettifica della variazione osservata per le prestazioni CAC nelle strutture che erogano attività di ricovero;
- allegato B: Valore annuale di riferimento per l'annualità 2018 delle prestazioni sanitarie per residenti della regione (inclusi gli stranieri, gli ENI e gli STP a carico del SSN);
- allegato C: Valore annuale di riferimento per l'annualità 2018 delle prestazioni sanitarie per residenti di altre regioni

ed, inoltre, è stato approvato lo schema di contratto per il biennio 2018-2019, che rettifica l'allegato B1 della D.G.R. n. 37-7057 del 14 giugno 2018;

Considerato che sulla base delle indicazioni di cui alla D.G.R. n. 37-7057 del 14-6-2018 e della D.D. n. 453 del 2-7-2018 è stato proposto da parte dell'Asl TO4 con nota del 30-07-2018 (prot. n. 68143) la sottoscrizione del contratto 2018-2019 alla Società Provincia Lombardo-Veneto – Ordine ospedaliero di San Giovanni di Dio - Fatebenefratelli con sede operativa Presidio ospedaliero riabilitativo “Beata Vergine Consolata – Via Fatebenefratelli 70 – San Maurizio Canavese per le attività di ricovero post-acuzie e ambulatoriale con valore complessivo di riferimento 2018 pari ad € 12.022.583,00;

Tenuto conto che con nota del 6-8-2018 (prot. n. 936/2018/SDG/gc in risposta alla nota dell'Asl TO4 la Società Provincia Lombardo-Veneto – Ordine ospedaliero di San Giovanni di Dio - Fatebenefratelli ha comunicato le seguenti osservazioni:

- a) variazione del nominativo del direttore di struttura;
- b) art. 2 punto 1: richiesta di inserimento della frase “così come definito al punto 3 del precedente art. 1 dopo la parola “occupazione”;
- c) valore di riferimento per le prestazioni di specialistica ambulatoriale rese a cittadini di altre regioni: modificare da € 2.417,00 in € 20.000,00;
- d) art. 8 – punto 6: richiesta “di specificare che venga salvaguardato l'importo relativo agli eventuali ricoveri in atto alla data della sospensione e per tutto il tempo dei ricoveri stessi;
- e) Allegato A – Stato di accreditamento: richiesta di integrazione del prospetto dell'Allegato A) con le indicazioni di cui alla Determina regionale n. 25 del 15 gennaio 2018 che autorizza e accredita i seguenti posti letto per l'attività di Riabilitazione funzionale di II° liv (cod. 56) 149 p.l. di ricovero ordinari e 16 di Day hospital;
- f) prestazioni protette: richiesta di inserimento per la percentuale del 30%;

Rilevato che

- le osservazioni di cui ai punti a), b) ed e) sono accolte ed inserite nel testo del contratto;
- l'osservazione di cui al punto c) non può essere accolta poiché il valore riportato € 2.1417,00 è il valore che risulta come produzione ambulatoriale effettuata nel 2017 a favore dei cittadini fuori regione come specificato dalla D.G.R. n. 37-7057 del 14-6-2018 – All. C Punto B1.1.-Ambulatoriale;
- l'osservazione di cui al punto d) non può essere accolta perchè contrasta nettamente con quanto espresso all'art. 8 punto 6 dello schema regionale approvato con D.G.R. n. 37-7057 del 14-6-2018;
- le prestazioni protette (osservazione f) faranno parte del contratto come scelta dell'Asl TO4 come meglio specificato nel punto successivo;

Valutata da parte dell'Asl TO4 l'opportunità di individuare all'interno dei setting assistenziali di post-acuzie e ambulatoriale specialistica una quota di “prestazioni protette” fino ad un massimo del 30% del valore di riferimento annuale dei residenti;

Sottolineato che i valori delle prestazioni protette sono i seguenti:

	valore	valore di riferimento annuale	percentuale
post-acuzie	€ 3.116.299,06	€ 11.250.000,00	27,7

Ritenuto di procedere all'approvazione del contratto come proposto dall'Asl TO4 alla Società Provincia Lombardo-Veneto – Ordine ospedaliero di San Giovanni di Dio - Fatebenefratelli con le note del 30-7-2018 (prot. n. 68143) con le modifiche proposte ed accettate di cui ai punti a), b) ed e) illustrate precedentemente;

Rilevato che la presente deliberazione viene proposta dal Responsabile della S.C. Distretto Settimo T.se, dott. Giovanni CARUSO, così come risulta dalla sottoscrizione apposta in calce alla presente;

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

visti il D.Lgs. 33 del 14/03/2013 e la L. n. 190 del 6/11/2012;

acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, per quanto di loro competenza, ai sensi dell'art. 3, comma 7 del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.;

DELIBERA

1. di prendere atto delle premesse che qui si intendono integralmente sottoscritte;
2. di dare atto che con D.G.R. n. 37-7057 del 14 giugno 2018 e successiva D.D. n. 453 del 2 luglio 2018 sono state fornite le indicazioni per la formulazione dei contratti con le strutture private per il biennio 2018-2019;
3. di approvare il contratto redatto secondo le indicazioni regionali come proposto dall'Asl TO4 alla Società Provincia Lombardo-Veneto – Ordine ospedaliero di San Giovanni di Dio - Fatebenefratelli con la nota del 30-7-2018 e con l'inserimento dell'elenco delle prestazioni protette con i seguenti valori complessivi di riferimento per il 2018:

	valori di riferimento annuale	
	regione	extra-regione
post-acuzie	€ 11.250.000,00	€ 400.000,00
ambulatoriale	€ 370.166,00	€ 2.417,00
	prestazioni protette	
	valori di riferimento	% del totale regionale
post-acuzie	€ 3.116.299,06	27,7

4. di dare atto che, ad intervenuta esecutività del presente provvedimento, il contratto verrà inviato per la sottoscrizione al Rappresentante Legale della Società Provincia Lombardo-Veneto – Ordine ospedaliero di San Giovanni di Dio - Fatebenefratelli e successivamente verrà trasmesso all'Assessorato Sanità della Regione Piemonte;
5. di trasmettere copia del presente atto deliberativo alla Struttura Complessa Gestione Economico-Finanziaria per quanto di competenza (autorizzazione alla spesa);
6. di effettuare la pubblicazione ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 33/2013 e dell'art. 1 c. 32 della L. 190/2012 sul sito internet aziendale nell'area 2 Amministrazione trasparente";
7. di dare atto che la struttura sarà tenuta all'osservanza delle norme in materia di tracciabilità dei flussi finanziari (L. 136/2010);
8. di trasmettere copia del presente atto deliberativo al Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 14 c. 3 della Legge Regionale n. 10 del 24-1-1995.



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
A.S.L. TO4
di Ciriè, Chivasso ed Ivrea**

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 1015 DEL 14/08/2018

**APPROVAZIONE SCHEMA DI CONTRATTO EX ART. 8-QUINQUIES D.LGS. N. 502/92
CON LA SOCIETA' PROVINCIA LOMBARDO VENETA-ORDINE SAN GIOVANNI DI
DIO FATEBENEFRAPELLI PER PRESTAZIONI 2018-2019 RELATIVE ALLE
ATTIVITA' POST-ACUZIE E AMBULATORIALE CON CONTESTUALE RICONOSCIM
ENTO DEI VALORI DI RIFERIMENTO 2018.**

PUBBLICATA ai sensi di legge a decorrere dal 21/08/2018

Ai sensi della L.R. 24/01/1995 n. 10
DICHIARATA IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA
ESECUTIVA DAL 31/08/2018

TRASMESSA al Collegio Sindacale il 16/08/2015

DICHIARAZIONE DI CONFORMITA'

Si rende copia conforme all'originale informativo sottoscritto digitalmente
da....., composta da n. (.....) fogli/facciate
Chivasso, il

Il Referente incaricato
.....

Elenco firmatari

Questo documento è stato firmato da:

CARUSO GIOVANNI - Responsabile ASLTO4 - S.C. DISTRETTO SETTIMO

PIVETTA DANIELA - Responsabile del procedimento ASLTO4 - S.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

CHIADO` ADA - Direttore DIRETTORE AMMINISTRATIVO

MARCHISIO SARA - Direttore DIRETTORE SANITARIO

ARDISSONE LORENZO - Direttore ASLTO4 - DIREZIONE GENERALE

CIOFFI EMILIA - il responsabile della pubblicazione

CONTRATTO / ACCORDO CONTRATTUALE

EX ART. 8 QUINQUIES D. LGS. N. 502/1992 PER IL BIENNIO 2018-2019

Tra

l'ASL TO4, con sede legale in Chivasso (TO), via Po n. 11., (C.F. 09736160012),
rappresentata dal Direttore Generale pro tempore Dott. Lorenzo ARDISSONE,
successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società/Ente Provincia Lombardo Veneta – Ordine San Giovanni di Dio
Fatebenefratelli, con sede legale in Via Pilastroni n. 4 Brescia, (C.F. e P. I.V.A
01647730157), titolare della struttura (Casa di cura/Presidio ex art 42, 43 L. n.
833/78) Presidio Ospedaliero Riabilitativo B.V. Consolata Fatebenefratelli. con
sede/i operativa/e in San Maurizio Canavese (TO) via Fatebenefratelli n. 70,
accreditata/e per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto/accordo,
successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata da Fra
Gennaro Simaro nella qualità di sostituto Direttore di Struttura, con titolo di legale
rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

1. gli articoli 8-bis, quater e quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano
la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504, sono state definite le regole di
finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati
accreditati e contrattati per il triennio 2017-2019, 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 e di accordo contrattuale a valere per i presidi ex artt. 42 e 43
L. 833/78 ed i progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis D. Lgs. 502/92

e s.m.i.;

3. con DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, sono stati aggiornati per il 2018-2019 i

suddetti tetti di spesa e lo schema di contratto/accordo contrattuale;

4. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. ___ del ___ / ___ / ___ è

stata disposta la sottoscrizione del presente contratto/accordo in attuazione

della citata DGR;

5. 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.

2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e a

carico del SSR, conformi a volumi riassunti all'articolo 3, e tipologie precisate

nell'allegato C) parte integrante del contratto.

3. Le prestazioni devono realizzarsi 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 e

nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 8.

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 così come definito al punto 3 del precedente art. 1, 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. 412/1991. Al personale dipendente saranno applicati i contratti di lavoro nazionali in conformità alla normativa vigente.

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

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 e della Regione, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o cambiamento di ragione sociale, subordinatamente all'adozione degli atti di competenza regionale ed aziendale.

Articolo 3 – Limiti finanziari.

1. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR per le prestazioni da rendere ai residenti nelle varie AASSLL dall'insieme degli erogatori privati contrattati sono assunti i tetti di spesa, complessivi e invalicabili, previsti dalla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057 e riportati nell'allegato B).

2. Per il 2018 sono assegnati all'Erogatore i seguenti valori di riferimento per la produzione di prestazioni da rendere a residenti in regione e, ai sensi della circolare del Ministero della Salute n. 5 del 24 marzo 2000, agli STR (stranieri paesi Ue/SEE/in Convenzione), ENI (europeo non iscrivibile) ed STP (stranieri temporaneamente presenti a carico del SSN):

a) ricovero in acuzie €. ----- ,00;

b) specialistica ambulatoriale €. 370.166,00;

3. Per il 2019 si assumono i valori di acuzie e di specialistica ambulatoriale che saranno definiti dalla Regione con riferimento a quelli negoziati per l'annualità 2018, eventualmente ridotti o incrementati del 70% della minore o maggiore produzione realizzata entro il 110% dei valori di riferimento, eventualmente riproporzionando ai limiti dei tetti di spesa regionali per setting assistenziale laddove la sommatoria delle eccedenze superi quella delle economie.

4. a) Per le prestazioni di assistenza domiciliare a favore di residenti in regione è assegnato un valore di riferimento annuo pari ad €. ---- ,00.

b) Per le prestazioni di post acuzie a favore di residenti in regione è assegnato

un valore di riferimento annuo pari ad €. 11.250.000 ,00.

5. Ai fini del recupero della mobilità passiva, per l'incremento, rispetto al precedente anno, della produzione di prestazioni definite sulla base degli indirizzi regionali nell'apposita sezione dell'allegato C), si assegna per il 2018 un tetto di spesa di €. ----- ,00.

6. Per prestazioni rese a residenti in altre regioni nel 2018:

a) per la produzione/spesa di prestazioni di alta complessità è assegnato un valore di riferimento di €;

b) per il ricovero di media e bassa complessità è assegnato un tetto di spesa/produzione di € 400.000 ,00 ;

c) per la produzione/spesa di prestazioni di specialistica ambulatoriale è assegnato un valore di riferimento di € 2.417 ,00.

7. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a , nelle more del provvedimento regionale di riordino dei finanziamenti per le funzioni assistenziali, è previsto l'importo di € ,00 - assegnato, nel caso di IRCCS, per il secondo semestre 2018 a completamento del programma sperimentale triennale 2015-2017 di ricerca applicata ex DGR 5 agosto 2015, n. 13-2022 - che rappresenta un limite massimo da verificare dall'ASL a consuntivo sulla base dei costi sostenuti, in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte.

8. Per la somministrazione dei farmaci (file F) è previsto il rimborso ai costi sostenuti dall'erogatore o, se inferiori, 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.

9. L'Erogatore accetta i tetti di spesa per ASL di residenza, i valori di riferimento

assegnati, i tetti di spesa per il recupero della mobilità passiva fuori regione, e quelli per le prestazioni diverse dall'alta complessità rese a residenti in 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 dai privati contrattati superi i limiti per ASL di residenza dei pazienti.

10. L'erogatore prende atto ed accetta l'applicazione del sistema di valutazione della qualità che potrà comportare incrementi o riduzioni del 2,5% per premialità o penalizzazione secondo i criteri definiti dalla Regione. Il calcolo degli indicatori sarà effettuato utilizzando il Protocollo PNE contestualizzato a livello regionale.

11. I tetti di spesa complessivi e invalicabili delle AASSLL, i valori di riferimento assegnati all'erogatore e i tetti di spesa per i residenti fuori regione e per il recupero della mobilità passiva 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 fissati.

Articolo 4 – Remunerazione delle prestazioni erogate

1. I valori indicati all'articolo 3, commi 2, lett. a), b), e 4, non rappresentano un limite di produzione invalicabile per l'erogatore poiché, in coerenza alla programmazione sanitaria dell'ASL, potranno essere remunerate anche prestazioni erogate oltre il suddetti valori, purché nei limiti dei tetti di spesa complessivi e invalicabili assegnati alle AASSLL di residenza e del 110% dei valori di riferimento contrattati.

2. I valori delle produzioni entro il 110% potranno comunque subire delle riduzioni per effetto del superamento dei limiti delle AASSLL di residenza e della conseguente applicazione dei meccanismi di regressione economica, secondo le regole riportate nell'allegato D) al contratto.

3. La remunerazione a saldo della produzione per i residenti in regione avviene considerando separatamente ricovero per acuti, ricovero per post-acuti e specialistica ambulatoriale comprensiva dell'assistenza domiciliare con le seguenti regole:

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

b) il valore della produzione a base delle regole di remunerazione contrattuale include gli abbattimenti in conseguenza degli ordinari controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione;

c) non saranno riconosciuti i valori economici delle prestazioni eccedenti il 110% dei valori annui di riferimento contrattati;

d) qualora i valori delle prestazioni realizzate da tutti gli erogatori per i residenti di ciascuna ASL, per ciascun setting assistenziale, risultino inferiori ai tetti di spesa assegnati alle AASSLL per i residenti, all'erogatore verrà corrisposta l'intera valorizzazione della produzione entro il limite massimo del 110% dei valori di riferimento contrattati;

e) qualora i valori delle prestazioni realizzate da tutti gli erogatori per i residenti di ciascuna ASL, per ciascun setting assistenziale, risultino superiori ai tetti di spesa assegnati alle AASSLL per i residenti, si ridurrà il

valore riconosciuto a ciascun erogatore secondo il meccanismo di regressione economica, di cui all'allegato D) al contratto, in modo che le valorizzazioni complessive rientrino nei limiti dei suddetti tetti di spesa invalicabile delle AASSLL;

f) i valori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza domiciliare sono compensabili e l'eventuale eccedenza di produzione oltre il 110% del valore di riferimento di prestazioni ambulatoriali (comprensivo dell'assistenza domiciliare) può essere compensata, e quindi economicamente riconosciuta, a fronte di una corrispondente e correlata economia entro il 110% del valore fissato per il ricovero (compensazione a livello di Erogatore);

g) non si procede alla regressione nei casi in cui gli esuberi dei tetti di spesa delle AASSLL per la specialistica ambulatoriale siano compensati da un corrispondente e correlato avanzo del ricovero (compensazione a livello di ASL);

h) saranno esclusi dalla regressione economica i valori delle prestazioni cosiddette "protette", riportate nell'allegato C) al contratto;

i) in ogni caso, per ciascun setting assistenziale, l'eventuale applicazione dei meccanismi di regressione non potrà determinare una remunerazione inferiore al valore della produzione resa entro il 95% dei valori di riferimento contrattati;

j) gli incrementi di produzione, in termini di valore rispetto al precedente anno, di prestazioni contrattate per il recupero di mobilità passiva (art. 3, comma 5, e allegato c) al contratto) saranno separatamente remunerati, entro il limite dello specifico tetto di spesa assegnato.

4. La produzione realizzata per residenti in altre regioni sarà remunerata come segue:

a) la produzione di ricovero di alta complessità e di specialistica ambulatoriale sarà riconosciuta per intero, anche oltre gli specifici valori di riferimento (art. 3, comma 6, lett. a) e c));

b) la produzione di ricovero di bassa e media complessità verrà riconosciuta entro tetto di spesa fissato all'art. 3, comma 6, lett. b), mentre l'eccedenza sarà eventualmente riconosciuta 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.

5. 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 - Modalità di pagamento.

1. Il corrispettivo preventivato viene liquidato a titolo di acconto in quote mensili posticipate pari al 90% di 1/12 dei valori di riferimento/tetti di spesa o del 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. Gli acconti per i farmaci sono pari al 90% del somministrato.

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, 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, si procede alla liquidazione del saldo provvisorio della produzione erogata, ex articolo 4 del D. Lgs. n. 231/2002 e s.m.i., entro 60 giorni dal ricevimento della fattura. 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 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 6 – Erogazione di prestazioni.

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

a) la condivisione con l'ASL delle agende di prenotazione e il monitoraggio delle prestazioni al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale;

b) l'adesione al progetto Fascicolo Sanitario Elettronico, attraverso la condivisione dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito, e la corretta gestione del consenso informato;

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

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

intesi come medi annui e il limite di occupazione giornaliero pari a quello degli accreditati.

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

Articolo 7 – Verifiche e controlli.

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza in relazione alle prestazioni contrattate. L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si 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 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 di 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 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 di riferimento, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi, in quanto 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 2018 sino al 31 dicembre 2019. Non è tacitamente prorogabile. Rientrano nel contratto anche le prestazioni rese nel corso del 2018 antecedentemente alla sottoscrizione.

2. Fatto salvo l'articolo 3, comma 3, per il 2019 si prevede la stipula di una integrazione al contratto che recepisca i valori di riferimento quantificati dalla Regione per il 2019 nonché i tetti di spesa e le prestazioni contrattate per il recupero della mobilità passiva.

3. 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.

4. 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.

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.

Li, ... / ... / 2018

Per l'ASL

Per la Struttura

.....

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), 5 (Modalità di pagamento), 9 (Clausola di manleva), 10 (Clausola di salvaguardia).

Per l'ASL

Per la Struttura

.....

Allegato A) STATO DI ACCREDITAMENTO**STATO DI ACCREDITAMENTO**

ASL TO 4

AZIENDA A.S.L. TO 4

COD. AZ. 010891

SEDE CHIVASSO (TO)

RICOVEROSTRUTTURA PRESIDIO OSPEDALIERO RIABILITATIVO "BEATA VERGINE
CONSOLATA" FATEBENEFRAPELLI .

SEDE OPERATIVA SAN MAURIZIO CANAVESE (TO) VIA FATEBENEFRAPELLI N 70

COD. HSP11 010891

ATTO DI AUTORIZZAZIONE E DI ACCREDITAMENTO:

Determina regionale n. 25 del 15 gennaio 2018: "Presidio Ospedaliero Beata Vergine

Consolata Fatebenefratelli sito in Via Fatebenefratelli n. 70 a San Maurizio Canavese

(TO): autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria e accreditamento"

DISCIPLINE	P.L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	P.L. CONTRATTATI
56 – RRF di 2° livello – RO	149	149	149
56 – RRF di 1° livello - DH	16	16	16
RRF 2° livello	165	165	165

AMBULATORIO

STRUTTURA POLIAMBULATORIO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO RIABILITATIVO

"BEATA VERDINE CONSOLATA" – FATEBENEFRAPELLI

SEDE OPERATIVA . SAN MAURIZIO CANAVESE (TO) – VIA FATEBENEFRAPELLI N. 70

COD. STP 00781

BRANCHE SPECIALISTICHE . 56, 32, U.V.A. (DGR 54-941 DEL 25/09/2000 e s.m.i.)

Allegato B) TETTI DI SPESA INVALIDICABILI PER ASL DI RESIDENZA 2018 e 2019

ASL	ACUZIE	POST ACUZIE	AMBULATORIO
ASL CITTA' DI TORINO	54.043.471	41.902.898	76.491.499
ASL TO3	27.852.743	19.316.259	35.538.514
ASL TO4	33.885.737	23.528.451	25.952.050
ASL TO5	16.124.940	9.522.846	19.018.050
ASL VC	7.120.915	6.146.463	6.275.594
ASL BI	6.068.367	2.128.646	3.998.726
ASL NO	10.337.622	14.074.825	11.496.433
ASL VCO	10.598.260	9.336.274	6.972.598
ASL CN1	8.954.326	10.279.218	3.708.503
ASL CN2	5.688.967	4.704.967	3.903.527
ASL AT	5.755.793	4.317.112	5.634.761
ASL AL	17.753.837	3.363.725	14.383.543
TOTALE ASL	204.184.978	148.621.683	213.373.799
Ausiliatrice art. 26 l. 833/78		2.404.773	2.276.290
Trasferimento Guttuari			718.144
TOTALE REGIONE	204.184.978	151.026.456	216.368.233

Allegato C) PRESTAZIONI CONTRATTATE

Assunto a riferimento il case mix del precedente anno, l'ASL richiede le seguenti prestazioni che, se realizzate, saranno escluse dall'eventuale regressione economica.

PRESTAZIONI PROTETTE *

Cod./DGR	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	ASL RESIDENZA	N. PRSTAZIONI	VAL TARIFFA	VAL. PROTETTO
TOTALE ACUZIE					
009	Malattie e traumatismi del	TO 4	4	7.990	31.961,60
011	Neoplasie del sistema	TO 4	6	10.135	60.812,20
013	Sclerosi multipla e atassia	TO 4	3	8.999	26.997,30
014	Emorragia intracranica o	TO 4	45	10.035	451.593,50
015	Malattie cerebrovascolari	TO 4	8	12.933	103.461,80
236	Fratture dell'anca e della	TO 4	74	7.897	584.411,35
244	Malattie dell'osso e	TO 4	26	4.539	118.018,20
245	Malattie dell'osso e	TO 4	162	5.764	933.825,01
248	Tendinite, miosite e borsite	TO 4	31	8.952	277.514,10
462	Riabilitazione	TO 4	95	5.555	527.704,80
521	Abuso o dipendenza da	TO 4	3	5.521	16.564,00
522	Abuso o dipendenza da	TO 4	17	5.506	93.606,80
TOTALE POST ACUZIE					3.116.299,06

TOTALE AMBULATORIO					

** Importi complessivi massimi entro il 30% dei valori contrattati per ciascun setting assistenziale. Per importi eccedenti il limite saranno considerate non protette le prestazioni indicate per ultime)*

PRESTAZIONI CONTRATTATE PER RECUPERO DELLA MOBILITÀ PASSIVA *

Cod./DGR	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	PROD 2017	PROD 2018 *	VAL. INCREMENTO *
TOTALE RICOVERO *				
TOTALE AMBULATORIO *				

** con possibilità di compensazione*

Allegato D)

REGOLE DI VALORIZZAZIONE DELLA PRODUZIONE

RESA A RESIDENTI NELLA REGIONE AI FINI DELLA REMUNERAZIONE

- 1.** La regressione economica si applica quando la sommatoria dei valori delle prestazioni erogate dall'insieme degli erogatori privati supera i tetti di spesa invalicabili assegnati alle AASSLL per l'acquisto di prestazioni da privati contrattati a favore di propri residenti.
- 2.** Ai fini della eventuale regressione si considerano separatamente le prestazioni rese per ricovero in regime di acuzie, ricovero in 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.** Vengono dapprima rimodulati i tetti di spesa di ricovero ed ambulatorio delle AASSLL in conseguenza di eventuali incrementi dei valori di riferimento dell'ambulatorio compensati da riduzioni di ricovero attuati dalle AASSLL in sede di sottoscrizione dei contratti. Gli adeguamenti sono effettuati nel rispetto dei volumi complessivi di ciascuna ASL di residenza (aggregato dei setting assistenziali) utilizzando i valori e le informazioni trasmesse dalle AASSLL di competenza territoriale.
- 5.** Vengono individuate le prestazioni contrattate per il recupero della mobilità passiva e quindi valorizzati - entro il valore complessivo specificamente contrattato (compensando di ricovero e ambulatorio) - gli incrementi di valore sul precedente anno, compensando ricovero ed ambulatorio. Le prestazioni

valorizzate vengono escluse dai successivi calcoli e il corrispondente valore sarà infine aggiunto a quello risultante post regressione.

6. Le restanti prestazioni sono categorizzate singolarmente, ai fini dell'eventuale regressione, con le necessarie specifiche, secondo le macrocategorie previste dall'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017, dall'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057 e dall'allegato C) al contratto.

7. Si effettuano le compensazioni a livello di singolo erogatore tra le eccedenze dei valori di produzione dell'ambulatorio (compresa l'assistenza domiciliare) e l'eventuale residuo del tetto di ricovero (acuzie e postacuzie), riconoscendo eventuali eccedenze oltre il 110% del valore di ambulatorio se compensate da corrispondente economia entro il 110% del ricovero.

8. Vengono scartate le prestazioni, da ultimo erogate in ordine temporale, per importi pari alle eventuali eccedenze non compensate, escludendo (dallo scarto) quelle di alta specialità e quelle protette di cui all'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017, all'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057 , e all'allegato C) al contratto.

9. Vengono di conseguenza rimodulati i tetti di spesa delle AASSLL di residenza interessate dalle compensazioni, tenendo altresì conto dell'assistenza domiciliare.

10. I valori della produzione degli erogatori non interessati alla compensazione vengono eventualmente ricondotti al 110% dei valori di riferimento.

11. Sono scartate le prestazioni da ultimo erogate in ordine temporale per importi pari alle eccedenze, escludendo (dallo scarto) quelle di alta specialità e quelle protette di cui all'allegato C).

12. Le sommatorie delle produzioni di tutti gli erogatori per ciascuna ASL di

residenza e setting assistenziale sono confrontate con i tetti di spesa invalicabili per ASL di residenza e setting assistenziale (rimodulati a seguito delle compensazioni) al fine di individuare l'entità degli eventuali importi di regressione.

13. Si effettuano le possibili compensazioni a livello di ASL di residenza, nei casi in cui l'esubero del tetto di spesa di ASL per la specialistica ambulatoriale (compresa l'assistenza domiciliare) sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo del ricovero in acuzie e/o post acuzie.

14. Vengono di conseguenza rimodulati i tetti di spesa delle AASSLL di residenza interessate e quindi, per differenza, definiti gli importi di regressione complessiva di ciascuna ASL per setting assistenziale.

15. Secondo necessità, alle produzioni interessate sono consequenzialmente applicati i seguenti criteri di regressione, sino al raggiungimento degli importi (calcolati al precedente punto) necessari a ricondurre i valori delle produzioni remunerabili entro i limiti dei tetti dell'ASL di residenza, escludendo, di volta in volta, dalle produzioni interessate i valori delle prestazioni protette individuate dall'allegato C) alla DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017, all'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, o dall'ASL nell'allegato C) al contratto.

RICOVERO IN ACUZIE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	LEA	20%
II	BASSA SPECIALITA'	10%
III	MEDIA SPECIALITA'	10%
IV	TUTTE LE PRESTAZIONE NON PROTETTE	proporzionale
RICOVERO IN POST ACUZIE		

ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	BASSA SPECIALITA'	10%
II	MEDIA SPECIALITA'	10%
III	TUTTE LE PRESTAZIONI NON PROTETTE	proporzionale

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	DGR N. 44-3399/2016 E DM APPROPRIATEZZA	15%
II	TUTTE LE PRESTAZIONI NON PROTETTE	proporzionale

16. L'applicazione dei meccanismi di regressione economica di cui ai punti precedenti non potrà in ogni caso determinare remunerazioni inferiori al 95% dei valori di riferimento assegnati all'erogatore. Tale livello di garanzia, in assenza di disponibilità residue del tetto complessivo per residenti del SSR (aggregato dei tetti di ASL per residenti ridotto dalla produzione complessiva post regressione economica), sarà assicurato riducendo proporzionalmente, per ciascuna ASL di residenza, le eccedenze di produzione - post regressione economica - quantificate rispetto alla valore di riferimento negoziato.

17. Secondo il seguente ordine consequenziale si provvede al riutilizzo delle eventuali disponibilità residue del tetto complessivo per residenti del SSR

RIUTILIZZO DEI RESIDUI

ORDINE	FINALITA'
I	Assicurare il livello di garanzia di regressione massima del 95%
II	Remunerare le prestazioni di alta complessità abbattute
III	Ridurre proporzionalmente il livello di regressione ambulatoriale

18. Gli importi valorizzati al 3. per recupero della mobilità passiva sono aggiunti a quelli risultanti dalla regressione per definire l'importo della remunerazione complessiva.