



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

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 152 DEL 23/02/2024

OGGETTO: RECEPIMENTO DELLE REGOLE DI FINANZIAMENTO PER L'ACQUISTO DI PRESTAZIONI SANITARIE DA EROGATORI PRIVATI PER GLI ANNI 2024-2025-2026 ED ASSEGNAZIONE DEI TETTI DI SPESA, APPROVAZIONE DELLO SCHEMA DI CONTRATTO PER PRESTAZIONI DI RICOVERO, SPECIALISTICA AMBULATORIALE.

Proponente: ASL TO4 - DIREZIONE GENERALE

Numero di Proposta: 153 del 13/02/2024

OGGETTO: RECEPIMENTO DELLE REGOLE DI FINANZIAMENTO PER L'ACQUISTO DI PRESTAZIONI SANITARIE DA EROGATORI PRIVATI PER GLI ANNI 2024-2025-2026 ED ASSEGNAZIONE DEI TETTI DI SPESA, APPROVAZIONE DELLO SCHEMA DI CONTRATTO PER PRESTAZIONI DI RICOVERO, SPECIALISTICA AMBULATORIALE.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Stefano SCARPETTA
(Nominato con D.G.R. n. 21-3303 del 28 maggio 2021)

Premesso che:

- l'art. 8-quinquies del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.i., prevede che la Regione e le AA.SS.LL., definiscano accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipolino contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indichino, tra l'altro:
 - a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;
 - b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima ASL, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;
 - c) i requisiti del servizio da rendere;
 - d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo;
 - e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno dell'appropriatezza e della qualità della assistenza prestata e rese;
- l'art. 8-sexies del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. prevede che "Le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell'ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento. Ai fini della determinazione del finanziamento globale delle singole strutture, le funzioni assistenziali di cui al comma 2 sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, mentre le attività di cui al comma 4 sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione";

Vista la proroga al 31 marzo 2024 delle procedure introdotte dal D.M. Salute 19 dicembre 2022 e la previsione, nelle more dell'attuazione delle disposizioni relative all'adeguamento degli ordinamenti regionali, dell'applicazione dei precedenti criteri ai fini dell'accreditamento e la stipula degli accordi contrattuali con le strutture private accreditate;

Considerato che gli accordi contrattuali stipulati prima dell'adeguamento degli ordinamenti regionali ai sensi del citato D.M. Salute 19 dicembre 2022, restano efficaci fino alla scadenza contrattualmente stabilita;

Vista la DGR n. 17-8103/2024 del 22/01/2024 ad oggetto: "Regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per gli anni 2024-2025-2026 ed assegnazione dei tetti di spesa. Recepimento dell'Accordo sottoscritto tra la Direzione regionale Sanità e le Associazioni degli Erogatori sanitari privati. Approvazione dello schema di contratto per prestazioni di ricovero, specialistica ambulatoriale, attività domiciliare" con cui la Regione Piemonte definisce le regole per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per gli anni 2024-2025-2026 ed il finanziamento del tetto di spesa;

Atto sottoscritto digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate

Dato atto che la regolamentazione dell'attività di CAVS e l'attribuzione dei relativi budget saranno oggetto di successivo provvedimento;

Vista la DGR n. 14-8045 del 29/12/2023 ad oggetto: "Procedura per la riconversione di posti letto accreditati e contrattualizzati di riabilitazione e lungodegenza neuropsichiatrica in posti letto extra ospedalieri delle case di cura neuropsichiatriche" con cui la Regione provvede a definire una procedura di riconversione di posti letto di post-acuzie ospedaliera neuropsichiatrica e di CAVS ad indirizzo neuropsichiatrico in posti letto psichiatrici territoriali nelle seguenti tipologie di setting e relative tariffe: SA1: Strutture extra ospedaliere psichiatriche a carattere terapeutico-riabilitativo intensivo per l'accoglienza di utenti nell'immediata sub-acuzie (euro 189/die); PA2: Strutture extra ospedaliere psichiatriche a carattere terapeutico-riabilitativo estensivo per l'accoglienza di utenti nell'immediata post acuzie (euro 150/die);

Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 120 dell'8/02/2024 ad oggetto:"Assegnazione budget anno 2024/2025 struttura privata accreditata Ville Turina Amione. approvazione schema di contratto" con cui si recepisce la succitata DGR e si approva la ripartizione del budget assegnato alla Struttura in oggetto, unitamente allo schema di contratto;

Visto lo schema di contratto approvato con la succitata DGR n. 17-8103/2024 del 22/01/2024;

Considerato opportuno sottoscrivere con le Strutture, afferenti al territorio dell'ASL TO4, per la contrattualizzazione della loro attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale, incluse in regime di lungodegenza e riabilitazione, e specificatamente con le strutture:

- Struttura CASA DI CURA VILLA IDA - SANTA CROCE SRL
- Struttura POLICLINICO DI MONZA -EPOREDIESE
- Struttura CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA
- Struttura VILLA GRAZIA
- Struttura ISTITUTO MALPIGHI
- Struttura BEATA VERGINE CONSOLATA
- Struttura SAAPA S.P.A.;

Considerato opportuno individuare, in allegato al singolo contratto, le prestazioni ambulatoriali e di ricovero che risultano essere maggiormente richieste, per le quali l'ASLTO4 ha particolare necessità specifiche in riferimento ai tempi di attesa, di cui rilevi il fabbisogno nella sua funzione di tutela;

Rilevato che la presente deliberazione viene proposta dalla S.C. Governo Clinico, in Staff alla Direzione Sanitaria Aziendale, nella persona del Direttore Sanitario Dott. Alessandro GIRARDI, 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;

Visto il D.Lgs. 33 del 14/03/2013;

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 approvare lo schema tipo di contratto ex art. 8 quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., Allegato - A) alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale del presente atto, per la contrattualizzazione delle seguenti strutture:
 - Struttura CASA DI CURA VILLA IDA - SANTA CROCE SRL
 - Struttura POLICLINICO DI MONZA -EPOREDIESE
 - Struttura CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA
 - Struttura VILLA GRAZIA
 - Struttura ISTITUTO MALPIGHI
 - Struttura BEATA VERGINE CONSOLATA
 - Struttura SAAPA S.P.A.;
2. Di prendere atto della ripartizione del budget come definito dalla DGR n. 17-8103/2024 del 22/01/2024 Allegato - B) alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale del presente atto;
3. Di autorizzare il Direttore Sanitario alla sottoscrizione dei contratti con le Strutture Private accreditate sopra richiamate;
4. Di prevedere che la spesa sarà imputata ai conti economici seguenti:
 - specialistica ambulatoriale**
residenti in Regione conto economico 3 10 04 19/ 3 10 04 84/3 10 18 42 per euro 8.249.156,66
residenti fuori Regione conto economico 3 10 04 85/3 10 18 43 per euro 424.171,57
 - Ricoveri in acuzie/ in post acuzie**
residenti in Regione conto economico 3 10 04 71/3 10 04 72/3 10 18 13 per euro 41.297.293,58
residenti fuori Regione conto economico 3 10 04 78/3 10 03 60 per euro 4.446.775,18;
1. Di effettuare la pubblicazione ai sensi del D.Lgs. 33/2013 sul sito internet aziendale nell'area "Amministrazione trasparente";
2. Di dare atto che la Struttura affidataria è tenuta all'osservanza delle norme in materia di tracciabilità dei flussi finanziari, in ottemperanza alle prescrizioni di cui alla legge 136/2010;
3. Di trasmettere copia del presente atto deliberativo al Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 14, comma 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. 152 DEL 23/02/2024

**RECEPIMENTO DELLE REGOLE DI FINANZIAMENTO PER L'ACQUISTO DI
PRESTAZIONI SANITARIE DA EROGATORI PRIVATI PER GLI ANNI 2024-2025-2026
ED ASSEGNAZIONE DEI TETTI DI SPESA, APPROVAZIONE DELLO SCHEMA DI
CONTRATTO PER PRESTAZIONI DI RICOVERO, SPECIALISTICA AMBULATORIAL
E.**

PUBBLICATA ai sensi di legge a decorrere dal 28/02/2024

Ai sensi della L.R. 24/01/1995 n. 10
DICHIARATA IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA
ESECUTIVA DAL 09/03/2024

TRASMESSA al Collegio Sindacale il 23/02/2024

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:

CAVILOLO CRISTIANA - Responsabile del procedimento ASL TO4 - DIREZIONE GENERALE

GIRARDI ALESSANDRO - Direttore ASL TO4 - DIREZIONE GENERALE

GHIGNONE ENRICO - Direttore ASL TO4 - S.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

LOSS ROBIN STEFANO - Direttore DIRETTORE AMMINISTRATIVO

GIRARDI ALESSANDRO - Direttore DIRETTORE SANITARIO

SCARPETTA STEFANO PIERO - Il Direttore Generale ASL TO4 - DIREZIONE GENERALE

ORTOLANO CARMELA ORNELLA - il responsabile della pubblicazione

BUDGET 2024-2026

ALLEGATO B)

Cod. Strutt.	STRUTTURA	Tipo mob	RICOVERO	AMBULATORIO	di cui ambulatorio ex art. 26	di cui domiciliare	budget totale
204	SAAPA S.P.A	R	8.324.600,98				8.324.600,98
204		N					
622	CASA DI CURA VILLA IDA - SANTA CROCE SRL	R	5.784.198,84				6.014.967,39
622		N	230.768,55				
626	POLICLINICO DI MONZA - EPOREDIESE	R	8.926.809,01	4.347.458,79			17.455.469,33
626		N	3.816.407,40	364.794,13			
644	VILLA GRAZIA	R	7.022.956,44	332.009,02			7.554.765,07
644		N	199.799,61				
705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA (ex NUOVA LAMP)	R		1.347.328,72			1.391.150,77
705		N		43.822,05			
717	ISTITUTO MALPIGHI	R		1.847.664,92			1.857.362,19
717		N		9.697,27			
991	BEATA VERGINE CONSOLATA	R	11.238.728,31	374.695,21			12.018.880,87
991		N	399.599,23	5.858,12			

ALLEGATO A)

SCHEMA DI CONTRATTO PER GLI ANNI 2024 – 2026 EX ART. 8 QUINQUIES D.LGS. N. 502/1992 e s.m.i.

Tra

l'ASL TO4, con sede legale in Torino, Via Po 11 Chivasso (C.F. 09736160012) rappresentata dal Direttore Sanitario Dr. Alessandro Girardi delegato alla sottoscrizione del presente contratto, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società Malpighi Centro Diagnostico s.r.l, con sede legale in in Via Italia 12 Chivasso (TO), (C.F. 01089030017), titolare della struttura con sede operativa in Via Italia 12 Chivasso (TO), indicata nell'allegato 1, accreditata per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto, successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata da Dott. Bo Giovanni nella qualità di Amministratore Unico, con titolo di legale rappresentanza.

Premesso che:

1. gli articoli 8-bis, ter, quater e quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con D.G.R. n. 17-8103/2024 del 22 /01 / 2024 sono stati approvati, per gli anni 2024-2026, le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati, il budget nonché lo schema di contratto a valere per le strutture private e per i presidi/IRCCS ex artt. 42 e 43 L. 833/1978;
3. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. _____ del ___ /___ /_____ è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto in attuazione della citata D.G.R.;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto

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, comma 1 e di cui ai seguenti setting:

RESIDENTI IN REGIONE

- I. ricovero in regime di acuzie e post-acuzie
- II. specialistica ambulatoriale
- III. cure domiciliari riabilitative (su specifici progetti concordati con l'Asl)
- IV. ambulatoriale ex art. 26 L. 833/1978

RESIDENTI FUORI REGIONE

- I. ricovero in regime di acuzie e post-acuzie
- II. specialistica ambulatoriale

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

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

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

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

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

- l'erogazione delle prestazioni sanitarie secondo le modalità organizzative stabilite, con riguardo alle strutture private accreditate e contrattualizzate con il SSR, dalla DGR n. 17-8103/2024 del 22/01/2024 avente ad oggetto: “Regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per gli anni 2024-2025- 2026 ed assegnazione dei tetti di spesa. Recepimento dell'Accordo sottoscritto tra la Direzione regionale Sanità e le Associazioni degli Erogatori sanitari privati. Approvazione dello schema di contratto per prestazioni di ricovero, specialistica ambulatoriale, attività domiciliare”;
- la condivisione con le ASL di tutte le agende di prenotazione relative alle prime visite e altre prestazioni di primo accesso, al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale nei termini e nelle modalità di cui alla DGR n. 4-4878 del 14 aprile 2022 e s.m.i.; le eventuali prime visite e prestazioni di primo accesso erogate in assenza di un appuntamento programmato sul sistema CUP regionale non saranno valorizzate ai fini della remunerazione economico-finanziaria, fatta salva l'impossibilità ad avviare il sistema non addebitabile all'erogatore e fatto salvo quanto previsto dagli atti regionali in materia in ordine alle modalità di attuazione del controllo di valorizzazione economico-finanziaria delle prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture private accreditate e contrattualizzate;
- l'adesione al progetto Fascicolo Sanitario Elettronico, attraverso la condivisione dei dati e documenti digitali di tipo sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito, e la corretta gestione del consenso informato.

4. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in apposita sezione nel proprio sito denominata “Liste di attesa”, i criteri di formazione delle liste di attesa, i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata, nonché, in altra sezione, i bilanci certificati (o conto economico nel caso di Enti, anche religiosi, o di strutture facenti parte di gruppi societari) - redatti secondo uno schema tipo

conforme ai principi civilistici ai sensi del D.M. 2 aprile 2015 n. 70 - e i dati sugli aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attività medica svolta.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 3 – Budget

1. Per gli anni 2024-2025-2026, in relazione alle risorse finanziarie programmate per le prestazioni da rendere dall'Erogatore per conto e a carico del SSR, nei limiti dei posti letto/branche specialistiche ambulatoriali accreditati indicati nell'allegato A), sono assegnati all'Erogatore i seguenti budget suddivisi per tipologia di setting assistenziali, per ciascuna annualità:

SETTING	RESIDENTI IN REGIONE (inclusi, secondo la circolare del Ministero della Salute n. 5 del 24.3.2000, STR, ENI, STP)	RESIDENTI FUORI REGIONE
Ricovero acuzie e post-acuzie	€ -	€ -
Specialistica ambulatoriale	€ 1.847.664,92	€ 9.697,27
Cure domiciliari riabilitative		
Ambulatoriale ex art. 26 L. 833/1978		

L'Asl si riserva di richiedere, all'interno del budget, l'esecuzione di prestazioni specifiche di cui rilevi il fabbisogno nella sua funzione di tutela (v. tabella allegato A1).

2. Il budget ambulatoriale è al lordo del ticket.

3. Nell'ambito della stessa struttura, sono ammesse le seguenti compensazioni:

- all'interno del budget regionale, da ricovero verso attività ambulatoriale in presenza di economie del setting di ricovero (non viceversa);
- all'interno del budget regionale, fra le prestazioni domiciliari e ambulatoriali ex art. 26 L. 833/1978 con quelle ambulatoriali e viceversa, in presenza di economie per tali setting;
- all'interno del budget extraregionale da ricovero verso attività ambulatoriale e viceversa in presenza di economie di uno o dell'altro setting;
- nell'ambito dei budget regionale ed extraregionale, esclusivamente tra medesimi setting assistenziali (ricovero su ricovero, ambulatorio su ambulatorio) o tra ricovero verso ambulatorio (non viceversa), in presenza di economie. In ogni caso l'eccedenza di ricovero regionale è compensabile unicamente in presenza di economie di ricovero extraregionale.

4. Eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno riconosciute al termine della procedura di compensazione della mobilità interregionale, nella misura in cui siano valorizzate all'interno della stessa e, comunque, entro e non oltre il tetto massimo complessivo di spesa regionale per prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, fissato annualmente dalla DGR di riferimento, al fine del rispetto del limite di spesa di cui all'art. 15, c. 14 del D.L. n. 95/2012 e s.m.i..

5. Le eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno oggetto di regressione tariffaria fino al raggiungimento del predetto importo mediante riduzione in misura proporzionale alle eccedenze di produzione della singola struttura, partendo dalle prestazioni di bassa e media complessità in ricovero ordinario, seguite da quelle potenzialmente inappropriate erogate in regime ambulatoriale (escludendo quelle di medicina nucleare, dialisi ed oncologiche).

6. Sono ammesse le compensazioni fra strutture del medesimo gruppo societario, mantenendo la distinzione per setting secondo le modalità di cui ai commi precedenti ed il richiamo alle regole generali di abbattimento del valore della produzione in caso di superamento di ciascuno.

7. Trasferimenti parziali di attività e correlato budget tra strutture appartenenti al medesimo gruppo societario sono ammessi previa richiesta formulata entro il 31 maggio di ogni anno, fatte salve le esigenze della programmazione e con il parere favorevole delle aziende sanitarie interessate.

8. Sono riconoscibili al di fuori del budget assegnato unicamente le eventuali prestazioni contrattualizzate, sulla base delle indicazioni regionali, per il recupero delle liste di attesa.

9. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a progetti di ricerca applicata, funzioni di emergenza urgenza o di ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza è previsto l'importo annuale di €0..... per ciascuna delle annualità interessate dal presente contratto.

10. L'erogatore dichiara di conoscere ed accetta:

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

Art. 4 - Regole di remunerazione

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

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

3. L'Erogatore avrà diritto al riconoscimento della produzione annualmente erogata entro il limite massimo delle risorse allo stesso assegnate, salvo quanto previsto all'art. 3. Nulla spetterà all'Erogatore, quale compenso, indennizzo o risarcimento comunque denominato, per le prestazioni rese dalla Struttura in carenza di autorizzazione/accreditamento o dei relativi requisiti, nonché a seguito di sospensione/revoca dei titoli menzionati e di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 7.

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

Art. 5 - Modalità di pagamento e cessione del credito

1. I soggetti erogatori emettono fatture mensili di acconto, a seguito dell'ordine trasmesso dall'Azienda tramite il sistema NSO pari al 95% di 1/12 del budget.

È consentita l'emissione di una fattura a saldo delle prestazioni erogate alla scadenza del primo semestre dell'anno in misura complessivamente non superiore al 57% del budget, con la dicitura "salvo conguaglio" (o la richiesta di nota di credito da parte dell'azienda, qualora la produzione della struttura nel periodo sia stata inferiore al 95% del budget). Il documento contabile a conguaglio dell'annualità, emesso previo ricevimento dell'ordine elettronico dell'ASL, viene liquidato a seguito dei controlli effettuati circa l'osservanza del contratto.

2. Per il finanziamento dedicato all'esercizio di specifiche funzioni sono corrisposti, sulla base di apposita fattura emessa dall'Erogatore, acconti mensili pari a 1/12 del valore assegnato

come limite annuo massimo attribuito. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo, l'ASL effettua una verifica a consuntivo dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte ed eroga il conguaglio.

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

4. L'ASL emette l'ordine, di norma annuale, tramite il sistema NSO in modo da garantire la regolarità dei pagamenti.

5. I pagamenti devono aver luogo nel termine di 60 giorni dal ricevimento della fattura, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 231/2002 e s.m.i.

6. I ritardi di pagamento dovuti ad errori o incompletezza dei dati nelle fatture, tempestivamente segnalati dall'ASL, non sono imputabili a quest'ultima, per cui il termine di pagamento decorre interamente dalla trasmissione della fattura con le dovute rettifiche/integrazioni.

7. Gli importi versati dall'ASL e non dovuti sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile.

8. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno all'occorrenza essere compensate con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa.

9. È fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere totalmente o parzialmente i pagamenti, comunicandolo previamente e formalmente alla Struttura, nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dell'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. Le partite contestate devono essere comunque definite entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.

10. La cessione del credito vantato nei confronti dell'ASL, ferma la forma richiesta dall'art. 69 R.D. 18 novembre 1923, n. 2440, produce effetti nei confronti di quest'ultima solo a seguito di notificazione della cessione alla medesima e di espressa accettazione da parte di essa, applicandosi l'art. 117, comma 4-bis, del D.L. 19 maggio 2020 n. 34 (conv. con L. 17 luglio 2020, n. 77).

11. La misura degli interessi moratori di cui al D.Lgs. 9 ottobre 2002, n. 231 non può essere superiore al tasso legale stabilito con decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze non aumentato dei punti percentuali. In caso di cessione del credito da parte della Struttura, quest'ultima si impegna ad accollarsi il debito dell'ASL avente ad oggetto il pagamento degli interessi moratori in esame che possano sorgere successivamente alla cessione.

In ogni caso la Struttura si impegna ad emettere nota di credito sulle fatture oggetto di cessione qualora l'ASL lo richieda per la parte di produzione non effettuata.

Art. 6 - Verifiche e controlli

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza rispetto alle prestazioni contrattate. L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della D.G.R. 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si obbliga a consentire lo svolgimento dell'attività di vigilanza dell'apposita

Commissione ASL, a pena di risoluzione del contratto secondo la previsione di cui all'art. 7, comma 5, lett. e).

L'Erogatore si impegna altresì ad agevolare l'attività di vigilanza stessa, nonché quelle ulteriori esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 10 giorni, il legale rappresentante della Struttura, o suo delegato, può presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

3. L'ASL verifica il puntuale e corretto adempimento, da parte dell'Erogatore, dell'obbligo di cui all'art. 2, comma 4, di pubblicare il bilancio ed i dati relativi alle liste di attesa sul suo sito web, così come previsto dall'art. 41, comma 6, del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33.

Art. 7 – Sospensione e risoluzione del contratto

1. In caso di grave inadempimento, anche parziale, di obbligazioni nascenti dal contratto, e previa contestazione formale, la parte può sospendere l'efficacia del contratto o di parte di esso da un minimo di 3 mesi ad un massimo di 12 mesi, inviando comunicazione formale che indichi altresì la durata della sospensione.

2. La revoca dell'autorizzazione o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto. Sono fatte salve ulteriori cause di sospensione e di risoluzione del contratto previste dalla legge. La revoca o la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento relativa a determinati p.l. contrattualizzati o a determinate branche specialistiche contrattualizzate determinano la contestuale riduzione del budget relativo ai p.l. o alle branche specialistiche oggetto di sospensione/revoca da parte della Direzione Sanità, fatto salvo per queste ultime diverse valutazioni da parte dell'Asl sulla base del suo fabbisogno.

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

4. La Struttura si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo (tracciati C, SDO ed ulteriori flussi previsti dalla normativa vigente), nei confronti dell'ASL e del SSR secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'Erogatore è motivo di risoluzione del contratto. Le prestazioni domiciliari riabilitative erogate devono essere inserite nel Portale regionale FARSIAD-RP per soddisfare il debito informativo ministeriale e regionale del flusso SIAD "Sistema Informativo Assistenza Domiciliare" istituito con il D.M. 17 dicembre 2008 e con la D.G.R. 2 agosto 2010, n. 69-481.

5. Il presente contratto si intenderà risolto *ope iuris* qualora intervenga una o più delle ipotesi di seguito indicate:

- a) l'emersione di precedenti condanne penali, o sopravvenienza di nuove condanne penali, di carattere definitivo per uno o più reati di cui all'art. 94 del D.Lgs. 31 marzo 2023, n. 36 nei confronti dei soggetti indicati da tale articolo;
- b) l'accertamento o la sopravvenienza, con riferimento ai soggetti indicati dall'art. 85 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159, di cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159 e s.m.i., o in caso di ricevimento della comunicazione antimafia o di sussistenza di un tentativo di infiltrazione mafiosa accertato dall'informativa antimafia interdittiva ex art. 84 del medesimo decreto;
- c) violazione accertata definitivamente delle norme in materia di protezione infortunistica, sicurezza sui luoghi di lavoro idonea ad incidere gravemente sull'esecuzione delle prestazioni sanitarie;
- d) ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni;
- e) impedimento al controllo esercitato dalle Aziende Sanitarie competenti per territorio o dalle Commissioni di Vigilanza situate nel territorio aziendale.

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

Articolo 8 - Clausola di salvaguardia

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

Articolo 9 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2026.
2. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative di carattere nazionale o regionale, senza che derivino maggiori oneri per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze, e purché le stesse siano legate all'erogazione di prestazioni sanitarie per conto del SSR, l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante comunicazione formale all'ASL e alla Regione.

Articolo 10 – Bollo, registrazione e pubblicazione

1. Il presente contratto è soggetto ad imposta di bollo ai sensi dell'art. 2, comma 1, del D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642 e successive modificazioni e la relativa spesa è divisa in parti uguali.
2. È inoltre soggetto a registrazione solo in caso d'uso ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.P.R. 26 aprile 1986, n. 131.

3. Il presente contratto è soggetto a pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda Sanitaria, nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente.

Art. 11 - Foro competente

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

Letto, confermato e sottoscritto

Per l'ASL

Per l'Erogatore

.....

.....

Il presente documento è sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82

Il file contenente il testo del contratto, successivamente alla sottoscrizione con firma digitale in corso di validità, dovrà essere trasmesso via PEC a regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it

ALLEGATO A1) STATO DI ACCREDITAMENTO

AZIENDA: Malpighi Centro Diagnostico s.r.l.

COD. AZ.: 500048

SEDE Via Italia 12- 10034 Chivasso

AMBULATORIO

STRUTTURA

SEDE OPERATIVA: Via Italia 12- 10034 Chivasso

COD. STP: 500048

ATTO DI ACCREDITAMENTO DGR N. 46-8799 DEL 25 marzo 2003

BRANCHE SPECIALISTICHE ACCREDITATE	BRANCHE SPECIALISTICHE CONTRATTATE	EVENTUALI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI RICHIESTE ALL'INTERNO DELLE DISCIPLINE ACCREDITATE E DEL BUDGET ASSEGNATO
08 - CARDIOLOGIA		88.72.6 - ECOCARDIOGRAFIA 88.73.5 - ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica 88.77.2 - ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica 89.41 - TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE - Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1) 89.50 - ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO - Dispositivi analogici (Holter) 89.7 - VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -
19 - ENDOCRINOLOGIA		89.7 - VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -
36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		89.7 - VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -
37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA		89.7 - VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -
38 - OTORINOLARINGOIATRIA		89.7 - VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita - 95.41.1 - ESAME AUDIOMETRICO TONALE - 95.41.3 - AUDIOMETRIA AUTOMATICA -

		95.42 - IMPEDENZOMETRIA -
43 - UROLOGIA		89.7 - VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -
69 - DIAGNOSTICA PER IMMAGINI		88.73.5 - ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica 88.74.1 - ECOGRAFIA DELLADDOME SUPERIORE Incluso : fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni , retroperitoneo Escluso: Ecografia dell addome completo (88.76.1) 88.75.1 - ECOGRAFIA DELLADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile Escluso : Ecografia dell addome completo (88.76.1) 88.75.3 - ECOGRAFIA RENO-VESCICALE 88.76.1 - ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO 88.76.2 - ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI - Aorta addominale, grossi vasi addominali e linfonodi paravasali 88.76.3 - ECOCOLOR DOPPLER DELLAORTA DEGLI ASSI ILIACO-FEMORALI 88.77.2 - ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica 88.79.1 - ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO 88.79.2 - STUDIO ECOGRAFICO DEL BACINO - Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell anca 88.79.3 - ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE 88.79.7 - ECOGRAFIA TRANSVAGINALE 88.79.9 - ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE
98 - LAB. ANALISI		

ALLEGATO A)

SCHEMA DI CONTRATTO PER GLI ANNI 2024 – 2026 EX ART. 8 QUINQUIES D.LGS. N. 502/1992 e s.m.i.

Tra

l'ASL TO4, con sede legale in Torino, Via Po 11 Chivasso (C.F. 09736160012) rappresentata dal Direttore Sanitario Dr. Alessandro Girardi delegato alla sottoscrizione del presente contratto, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

C.D.C. - SOCIETA' PER AZIONI, C.F.03784000014, sede legale in TORINO, Via Cernaia, 20 accreditata per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto, successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata dal Dr. Luigi Bocchiotti nella qualità di Amministratore Delegato, con titolo di legale rappresentanza ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

1. gli articoli 8-bis, ter, quater e quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con D.G.R. n. 17-8103/2024 del 22 /01 / 2024 sono stati approvati, per gli anni 2024-2026, le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati, il budget nonché lo schema di contratto a valere per le strutture private e per i presidi/IRCCS ex artt. 42 e 43 L. 833/1978;
3. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. _____ del ___ / ___ / _____ è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto in attuazione della citata D.G.R.;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto

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, comma 1 e di cui ai seguenti setting:

RESIDENTI IN REGIONE

- I. ricovero in regime di acuzie e post-acuzie
- II. specialistica ambulatoriale
- III. cure domiciliari riabilitative (su specifici progetti concordati con l'Asl)
- IV. ambulatoriale ex art. 26 L. 833/1978

RESIDENTI FUORI REGIONE

- I. ricovero in regime di acuzie e post-acuzie

II. specialistica ambulatoriale

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

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

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

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

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

- l'erogazione delle prestazioni sanitarie secondo le modalità organizzative stabilite, con riguardo alle strutture private accreditate e contrattualizzate con il SSR, dalla DGR n. 17-8103/2024 del 22/01/2024 avente ad oggetto: "Regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per gli anni 2024-2025- 2026 ed assegnazione dei tetti di spesa. Recepimento dell'Accordo sottoscritto tra la Direzione regionale Sanità e le Associazioni degli Erogatori sanitari privati. Approvazione dello schema di contratto per prestazioni di ricovero, specialistica ambulatoriale, attività domiciliare";
- la condivisione con le ASL di tutte le agende di prenotazione relative alle prime visite e altre prestazioni di primo accesso, al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale nei termini e nelle modalità di cui alla DGR n. 4-4878 del 14 aprile 2022 e s.m.i.; le eventuali prime visite e prestazioni di primo accesso erogate in assenza di un appuntamento programmato sul sistema CUP regionale non saranno valorizzate ai fini della remunerazione economico-finanziaria, fatta salva l'impossibilità ad avviare il sistema non addebitabile all'erogatore e fatto salvo quanto previsto dagli atti regionali in materia in ordine alle modalità di attuazione del controllo di valorizzazione economico-finanziaria delle prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture private accreditate e contrattualizzate;
- l'adesione al progetto Fascicolo Sanitario Elettronico, attraverso la condivisione dei dati e documenti digitali di tipo sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito, e la corretta gestione del consenso informato.

4. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in apposita sezione nel proprio sito denominata "Liste di attesa", i criteri di formazione delle liste di attesa, i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata, nonché, in altra sezione, i bilanci certificati (o conto economico nel caso di Enti, anche religiosi, o di strutture facenti parte di gruppi societari) - redatti secondo uno schema tipo

conforme ai principi civilistici ai sensi del D.M. 2 aprile 2015 n. 70 - e i dati sugli aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attività medica svolta.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 3 – Budget

1. Per gli anni 2024-2025-2026, in relazione alle risorse finanziarie programmate per le prestazioni da rendere dall'Erogatore per conto e a carico del SSR, nei limiti dei posti letto/branche specialistiche ambulatoriali accreditati indicati nell'allegato A), sono assegnati all'Erogatore i seguenti budget suddivisi per tipologia di setting assistenziali, per ciascuna annualità:

SETTING	RESIDENTI IN REGIONE (inclusi, secondo la circolare del Ministero della Salute n. 5 del 24.3.2000, STR, ENI, STP)	RESIDENTI FUORI REGIONE
Ricovero acuzie e post-acuzie	€ -	€ -
Specialistica ambulatoriale	€ 1.347.328,72	€ 43.822,05
Cure domiciliari riabilitative		
Ambulatoriale ex art. 26 L. 833/1978		

L'Asl si riserva di richiedere, all'interno del budget, l'esecuzione di prestazioni specifiche di cui rilevi il fabbisogno nella sua funzione di tutela (v. tabella allegato A1).

2. Il budget ambulatoriale è al lordo del ticket.

3. Nell'ambito della stessa struttura, sono ammesse le seguenti compensazioni:

- all'interno del budget regionale, da ricovero verso attività ambulatoriale in presenza di economie del setting di ricovero (non viceversa);
- all'interno del budget regionale, fra le prestazioni domiciliari e ambulatoriali ex art. 26 L. 833/1978 con quelle ambulatoriali e viceversa, in presenza di economie per tali setting;
- all'interno del budget extraregionale da ricovero verso attività ambulatoriale e viceversa in presenza di economie di uno o dell'altro setting;
- nell'ambito dei budget regionale ed extraregionale, esclusivamente tra medesimi setting assistenziali (ricovero su ricovero, ambulatorio su ambulatorio) o tra ricovero verso ambulatorio (non viceversa), in presenza di economie. In ogni caso l'eccedenza di ricovero regionale è compensabile unicamente in presenza di economie di ricovero extraregionale.

4. Eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno riconosciute al termine della procedura di compensazione della mobilità interregionale, nella misura in cui siano valorizzate all'interno della stessa e, comunque, entro e non oltre il tetto massimo complessivo di spesa regionale per prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, fissato annualmente dalla DGR di riferimento, al fine del rispetto del limite di spesa di cui all'art. 15, c. 14 del D.L. n. 95/2012 e s.m.i..

5. Le eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno oggetto di regressione tariffaria fino al raggiungimento del predetto importo mediante riduzione in misura proporzionale alle eccedenze di produzione della singola struttura, partendo dalle prestazioni di bassa e media complessità in ricovero ordinario, seguite da quelle potenzialmente inappropriate erogate in regime ambulatoriale (escludendo quelle di medicina nucleare, dialisi ed oncologiche).

6. Sono ammesse le compensazioni fra strutture del medesimo gruppo societario, mantenendo la distinzione per setting secondo le modalità di cui ai commi precedenti ed il richiamo alle regole generali di abbattimento del valore della produzione in caso di superamento di ciascuno.

7. Trasferimenti parziali di attività e correlato budget tra strutture appartenenti al medesimo gruppo societario sono ammessi previa richiesta formulata entro il 31 maggio di ogni anno, fatte salve le esigenze della programmazione e con il parere favorevole delle aziende sanitarie interessate.

8. Sono riconoscibili al di fuori del budget assegnato unicamente le eventuali prestazioni contrattualizzate, sulla base delle indicazioni regionali, per il recupero delle liste di attesa.

9. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a progetti di ricerca applicata, funzioni di emergenza urgenza o di ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza è previsto l'importo annuale di €0..... per ciascuna delle annualità interessate dal presente contratto.

10. L'erogatore dichiara di conoscere ed accetta:

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

Art. 4 - Regole di remunerazione

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

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

3. L'Erogatore avrà diritto al riconoscimento della produzione annualmente erogata entro il limite massimo delle risorse allo stesso assegnate, salvo quanto previsto all'art. 3. Nulla spetterà all'Erogatore, quale compenso, indennizzo o risarcimento comunque denominato, per le prestazioni rese dalla Struttura in carenza di autorizzazione/accreditamento o dei relativi requisiti, nonché a seguito di sospensione/revoca dei titoli menzionati e di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 7.

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

Art. 5 - Modalità di pagamento e cessione del credito

1. I soggetti erogatori emettono fatture mensili di acconto, a seguito dell'ordine trasmesso dall'Azienda tramite il sistema NSO pari al 95% di 1/12 del budget.

È consentita l'emissione di una fattura a saldo delle prestazioni erogate alla scadenza del primo semestre dell'anno in misura complessivamente non superiore al 57% del budget, con la dicitura "salvo conguaglio" (o la richiesta di nota di credito da parte dell'azienda, qualora la produzione della struttura nel periodo sia stata inferiore al 95% del budget). Il documento contabile a conguaglio dell'annualità, emesso previo ricevimento dell'ordine elettronico dell'ASL, viene liquidato a seguito dei controlli effettuati circa l'osservanza del contratto.

2. Per il finanziamento dedicato all'esercizio di specifiche funzioni sono corrisposti, sulla base di apposita fattura emessa dall'Erogatore, acconti mensili pari a 1/12 del valore assegnato

come limite annuo massimo attribuito. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo, l'ASL effettua una verifica a consuntivo dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte ed eroga il conguaglio.

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

4. L'ASL emette l'ordine, di norma annuale, tramite il sistema NSO in modo da garantire la regolarità dei pagamenti.

5. I pagamenti devono aver luogo nel termine di 60 giorni dal ricevimento della fattura, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 231/2002 e s.m.i.

6. I ritardi di pagamento dovuti ad errori o incompletezza dei dati nelle fatture, tempestivamente segnalati dall'ASL, non sono imputabili a quest'ultima, per cui il termine di pagamento decorre interamente dalla trasmissione della fattura con le dovute rettifiche/integrazioni.

7. Gli importi versati dall'ASL e non dovuti sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile.

8. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno all'occorrenza essere compensate con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa.

9. È fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere totalmente o parzialmente i pagamenti, comunicandolo previamente e formalmente alla Struttura, nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dell'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. Le partite contestate devono essere comunque definite entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.

10. La cessione del credito vantato nei confronti dell'ASL, ferma la forma richiesta dall'art. 69 R.D. 18 novembre 1923, n. 2440, produce effetti nei confronti di quest'ultima solo a seguito di notificazione della cessione alla medesima e di espressa accettazione da parte di essa, applicandosi l'art. 117, comma 4-bis, del D.L. 19 maggio 2020 n. 34 (conv. con L. 17 luglio 2020, n. 77).

11. La misura degli interessi moratori di cui al D.Lgs. 9 ottobre 2002, n. 231 non può essere superiore al tasso legale stabilito con decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze non aumentato dei punti percentuali. In caso di cessione del credito da parte della Struttura, quest'ultima si impegna ad accollarsi il debito dell'ASL avente ad oggetto il pagamento degli interessi moratori in esame che possano sorgere successivamente alla cessione.

In ogni caso la Struttura si impegna ad emettere nota di credito sulle fatture oggetto di cessione qualora l'ASL lo richieda per la parte di produzione non effettuata.

Art. 6 - Verifiche e controlli

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza rispetto alle prestazioni contrattate. L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della D.G.R. 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si obbliga a consentire lo svolgimento dell'attività di vigilanza dell'apposita

Commissione ASL, a pena di risoluzione del contratto secondo la previsione di cui all'art. 7, comma 5, lett. e).

L'Erogatore si impegna altresì ad agevolare l'attività di vigilanza stessa, nonché quelle ulteriori esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 10 giorni, il legale rappresentante della Struttura, o suo delegato, può presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

3. L'ASL verifica il puntuale e corretto adempimento, da parte dell'Erogatore, dell'obbligo di cui all'art. 2, comma 4, di pubblicare il bilancio ed i dati relativi alle liste di attesa sul suo sito web, così come previsto dall'art. 41, comma 6, del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33.

Art. 7 – Sospensione e risoluzione del contratto

1. In caso di grave inadempimento, anche parziale, di obbligazioni nascenti dal contratto, e previa contestazione formale, la parte può sospendere l'efficacia del contratto o di parte di esso da un minimo di 3 mesi ad un massimo di 12 mesi, inviando comunicazione formale che indichi altresì la durata della sospensione.

2. La revoca dell'autorizzazione o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto. Sono fatte salve ulteriori cause di sospensione e di risoluzione del contratto previste dalla legge. La revoca o la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento relativa a determinati p.l. contrattualizzati o a determinate branche specialistiche contrattualizzate determinano la contestuale riduzione del budget relativo ai p.l. o alle branche specialistiche oggetto di sospensione/revoca da parte della Direzione Sanità, fatto salvo per queste ultime diverse valutazioni da parte dell'Asl sulla base del suo fabbisogno.

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

4. La Struttura si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo (tracciati C, SDO ed ulteriori flussi previsti dalla normativa vigente), nei confronti dell'ASL e del SSR secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'Erogatore è motivo di risoluzione del contratto. Le prestazioni domiciliari riabilitative erogate devono essere inserite nel Portale regionale FARSIAD-RP per soddisfare il debito informativo ministeriale e regionale del flusso SIAD "Sistema Informativo Assistenza Domiciliare" istituito con il D.M. 17 dicembre 2008 e con la D.G.R. 2 agosto 2010, n. 69-481.

5. Il presente contratto si intenderà risolto *ope iuris* qualora intervenga una o più delle ipotesi di seguito indicate:

- a) l'emersione di precedenti condanne penali, o sopravvenienza di nuove condanne penali, di carattere definitivo per uno o più reati di cui all'art. 94 del D.Lgs. 31 marzo 2023, n. 36 nei confronti dei soggetti indicati da tale articolo;
- b) l'accertamento o la sopravvenienza, con riferimento ai soggetti indicati dall'art. 85 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159, di cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159 e s.m.i., o in caso di ricevimento della comunicazione antimafia o di sussistenza di un tentativo di infiltrazione mafiosa accertato dall'informativa antimafia interdittiva ex art. 84 del medesimo decreto;
- c) violazione accertata definitivamente delle norme in materia di protezione infortunistica, sicurezza sui luoghi di lavoro idonea ad incidere gravemente sull'esecuzione delle prestazioni sanitarie;
- d) ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni;
- e) impedimento al controllo esercitato dalle Aziende Sanitarie competenti per territorio o dalle Commissioni di Vigilanza situate nel territorio aziendale.

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

Articolo 8 - Clausola di salvaguardia

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

Articolo 9 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2026.
2. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative di carattere nazionale o regionale, senza che derivino maggiori oneri per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze, e purché le stesse siano legate all'erogazione di prestazioni sanitarie per conto del SSR, l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante comunicazione formale all'ASL e alla Regione.

Articolo 10 – Bollo, registrazione e pubblicazione

1. Il presente contratto è soggetto ad imposta di bollo ai sensi dell'art. 2, comma 1, del D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642 e successive modificazioni e la relativa spesa è divisa in parti uguali.
2. È inoltre soggetto a registrazione solo in caso d'uso ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.P.R. 26 aprile 1986, n. 131.

3. Il presente contratto è soggetto a pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda Sanitaria, nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente.

Art. 11 - Foro competente

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

Letto, confermato e sottoscritto

Per l'ASL

Per l'Erogatore

.....

.....

Il presente documento è sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82

Il file contenente il testo del contratto, successivamente alla sottoscrizione con firma digitale in corso di validità, dovrà essere trasmesso via PEC a regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it

**ALLEGATO A1) STATO DI ACCREDITAMENTO
AMBULATORIO**

AZIENDA: C.D.C. S.p.A. – SETTIMO TORINESE

COD. AZ.:500047

SEDE : Corso Regina Margherita 136 –10152 Torino

AMBULATORIO:

COD. AZ. : 500047

SEDE: SETTIMO TORINESE –Via Cavour 38/a

SEDE OPERATIVA: SETTIMO –VIA CAVOUR 38/A

COD. STP: 500047

ATTO DI ACCREDITAMENTO : DGR 77-10135 DEL 28/07/2003- DD 1714/A1414E/2023 del
19/10/2023

BRANCHE SPECIALISTICHE ACCREDITATE	BRANCHE SPECIALISTICHE CONTRATTATE	EVENTUALI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI RICHIESTE ALL'INTERNO DELLE DISCIPLINE ACCREDITATE E DEL BUDGET ASSEGNATO
69 - DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	69 - DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	88.73.5 - ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica 88.74.1 - ECOGRAFIA DELLADDOME SUPERIORE Incluso : fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni , retro peritoneo Escluso: Ecografia dell addome completo (88.76.1) 88.75.1 - ECOGRAFIA DELLADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile Escluso : Ecografia dell addome completo (88.76.1) 88.76.1 - ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO 88.76.3 - ECOCOLOR DOPPLER DELLAORTA DEGLI ASSI ILIACO-FEMORALI 88.77.2 - ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica 88.79.3 - ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE 88.79.9 - ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE
32-NEUROLOGIA		93.08.1 - ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] - Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo - Escluso: EMG dell occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), - quello

		con polisonnogramma (89.17) 89.13 - VISITA NEUROLOGICA -
37-OSTETRICIA E GINECOLOGIA		89.26 - VISITA GINECOLOGICA - Visita ostetrico-ginecologica/andrologica, Esame pelvico
68-PNEUMOLOGIA		89.7 - VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita – 89.37.1 - SPIROMETRIA SEMPLICE - 89.37.2 - SPIROMETRIA GLOBALE -
43-UROLOGIA		89.7 - VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -
08 - CARDIOLOGIA		89.7 - VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita – 88.72.6 - ECOCARDIOGRAFIA 89.41 - TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE - Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)

ALLEGATO A)

SCHEMA DI CONTRATTO PER GLI ANNI 2024 – 2026 EX ART. 8 QUINQUIES D.LGS. N. 502/1992 e s.m.i.

Tra

l'ASL TO4, con sede legale in Torino, Via Po 11 Chivasso (C.F. 09736160012) rappresentata dal Direttore Sanitario Dr. Alessandro Girardi delegato alla sottoscrizione del presente contratto, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società Policlinico di Monza – Casa di Cura Privata S.p.a, con sede legale in Novara, Via Passalacqua n. 10 e sede operativa in Via Castiglia n. 27 a Ivrea (TO) Clinica Eporediese, (C.F.11514130159), titolare della struttura con sede operativa indicata nell'allegato 1, accreditata per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto, successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata da Massimo Antonino De Salvo nella qualità di Legale Rappresentante, con titolo di legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale

Premesso che:

1. gli articoli 8-bis, ter, quater e quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con D.G.R. n. 17-8103/2024 del 22 /01 / 2024 sono stati approvati, per gli anni 2024-2026, le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati, il budget nonché lo schema di contratto a valere per le strutture private e per i presidi/IRCCS ex artt. 42 e 43 L. 833/1978;
3. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. _____ del ___ /___ /_____ è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto in attuazione della citata D.G.R.;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto

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, comma 1 e di cui ai seguenti setting:

RESIDENTI IN REGIONE

- I. ricovero in regime di acuzie e post-acuzie
- II. specialistica ambulatoriale
- III. cure domiciliari riabilitative (su specifici progetti concordati con l'Asl)
- IV. ambulatoriale ex art. 26 L. 833/1978

RESIDENTI FUORI REGIONE

I. ricovero in regime di acuzie e post-acuzie

II. specialistica ambulatoriale

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

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

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

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

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

- l'erogazione delle prestazioni sanitarie secondo le modalità organizzative stabilite, con riguardo alle strutture private accreditate e contrattualizzate con il SSR, dalla DGR n. 17-8103/2024 del 22/01/2024 avente ad oggetto: "Regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per gli anni 2024-2025- 2026 ed assegnazione dei tetti di spesa. Recepimento dell'Accordo sottoscritto tra la Direzione regionale Sanità e le Associazioni degli Erogatori sanitari privati. Approvazione dello schema di contratto per prestazioni di ricovero, specialistica ambulatoriale, attività domiciliare";
- la condivisione con le ASL di tutte le agende di prenotazione relative alle prime visite e altre prestazioni di primo accesso, al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale nei termini e nelle modalità di cui alla DGR n. 4-4878 del 14 aprile 2022 e s.m.i.; le eventuali prime visite e prestazioni di primo accesso erogate in assenza di un appuntamento programmato sul sistema CUP regionale non saranno valorizzate ai fini della remunerazione economico-finanziaria, fatta salva l'impossibilità ad avviare il sistema non addebitabile all'erogatore e fatto salvo quanto previsto dagli atti regionali in materia in ordine alle modalità di attuazione del controllo di valorizzazione economico-finanziaria delle prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture private accreditate e contrattualizzate;
- l'adesione al progetto Fascicolo Sanitario Elettronico, attraverso la condivisione dei dati e documenti digitali di tipo sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito, e la corretta gestione del consenso informato.

4. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in apposita sezione nel proprio sito denominata "Liste di attesa", i criteri di formazione delle liste di attesa, i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata, nonché, in altra sezione, i bilanci certificati (o conto economico nel caso di Enti,

anche religiosi, o di strutture facenti parte di gruppi societari) - redatti secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici ai sensi del D.M. 2 aprile 2015 n. 70 - e i dati sugli aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attività medica svolta.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 3 – Budget

1. Per gli anni 2024-2025-2026, in relazione alle risorse finanziarie programmate per le prestazioni da rendere dall'Erogatore per conto e a carico del SSR, nei limiti dei posti letto/branche specialistiche ambulatoriali accreditati indicati nell'allegato A), sono assegnati all'Erogatore i seguenti budget suddivisi per tipologia di setting assistenziali, per ciascuna annualità:

SETTING	RESIDENTI IN REGIONE (inclusi, secondo la circolare del Ministero della Salute n. 5 del 24.3.2000, STR, ENI, STP)	RESIDENTI FUORI REGIONE
Ricovero acuzie e post-acuzie	€ 8.926.809,01	€ 3.816.407,40
Specialistica ambulatoriale	€ 4.347.458,79	€ 364.794,13
Cure domiciliari riabilitative		
Ambulatoriale ex art. 26 L. 833/1978		

L'Asl si riserva di richiedere, all'interno del budget, l'esecuzione di prestazioni specifiche di cui rilevi il fabbisogno nella sua funzione di tutela (v. tabella allegato A1).

2. Il budget ambulatoriale è al lordo del ticket.

3. Nell'ambito della stessa struttura, sono ammesse le seguenti compensazioni:

- all'interno del budget regionale, da ricovero verso attività ambulatoriale in presenza di economie del setting di ricovero (non viceversa);
- all'interno del budget regionale, fra le prestazioni domiciliari e ambulatoriali ex art. 26 L. 833/1978 con quelle ambulatoriali e viceversa, in presenza di economie per tali setting;
- all'interno del budget extraregionale da ricovero verso attività ambulatoriale e viceversa in presenza di economie di uno o dell'altro setting;
- nell'ambito dei budget regionale ed extraregionale, esclusivamente tra medesimi setting assistenziali (ricovero su ricovero, ambulatorio su ambulatorio) o tra ricovero verso ambulatorio (non viceversa), in presenza di economie. In ogni caso l'eccedenza di ricovero regionale è compensabile unicamente in presenza di economie di ricovero extraregionale.

4. Eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno riconosciute al termine della procedura di compensazione della mobilità interregionale, nella misura in cui siano valorizzate all'interno della stessa e, comunque, entro e non oltre il tetto massimo complessivo di spesa regionale per prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, fissato annualmente dalla DGR di riferimento, al fine del rispetto del limite di spesa di cui all'art. 15, c. 14 del D.L. n. 95/2012 e s.m.i..

5. Le eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno oggetto di regressione tariffaria fino al raggiungimento del predetto importo mediante riduzione in misura proporzionale alle eccedenze di produzione della singola struttura, partendo dalle prestazioni di bassa e media complessità in ricovero ordinario, seguite da quelle potenzialmente inappropriate erogate in regime ambulatoriale (escludendo quelle di medicina nucleare, dialisi ed oncologiche).

6. Sono ammesse le compensazioni fra strutture del medesimo gruppo societario, mantenendo la distinzione per setting secondo le modalità di cui ai commi precedenti ed il richiamo alle regole generali di abbattimento del valore della produzione in caso di superamento di ciascuno.

7. Trasferimenti parziali di attività e correlato budget tra strutture appartenenti al medesimo gruppo societario sono ammessi previa richiesta formulata entro il 31 maggio di ogni anno, fatte salve le esigenze della programmazione e con il parere favorevole delle aziende sanitarie interessate.

8. Sono riconoscibili al di fuori del budget assegnato unicamente le eventuali prestazioni contrattualizzate, sulla base delle indicazioni regionali, per il recupero delle liste di attesa.

9. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a progetti di ricerca applicata, funzioni di emergenza urgenza o di ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza è previsto l'importo annuale di €0..... per ciascuna delle annualità interessate dal presente contratto.

10. L'erogatore dichiara di conoscere ed accetta:

- l'applicazione del sistema dei controlli di cui alla D.G.R. 30 dicembre 2013, n. 13-6981 e s.m.i.;

- l'applicazione del sistema dei controlli di qualità ed appropriatezza dei ricoveri previsti dall'art. 79 comma 1 septies D.L. 112/2008, convertito con la Legge n. 133/2008, e dal DM 10 dicembre 2009, così come declinati nei provvedimenti attuativi regionali di riferimento.

Art. 4 - Regole di remunerazione

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

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

3. L'Erogatore avrà diritto al riconoscimento della produzione annualmente erogata entro il limite massimo delle risorse allo stesso assegnate, salvo quanto previsto all'art. 3. Nulla spetterà all'Erogatore, quale compenso, indennizzo o risarcimento comunque denominato, per le prestazioni rese dalla Struttura in carenza di autorizzazione/accreditamento o dei relativi requisiti, nonché a seguito di sospensione/revoca dei titoli menzionati e di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 7.

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

Art. 5 - Modalità di pagamento e cessione del credito

1. I soggetti erogatori emettono fatture mensili di acconto, a seguito dell'ordine trasmesso dall'Azienda tramite il sistema NSO pari al 95% di 1/12 del budget.

È consentita l'emissione di una fattura a saldo delle prestazioni erogate alla scadenza del primo semestre dell'anno in misura complessivamente non superiore al 57% del budget, con la dicitura "salvo conguaglio" (o la richiesta di nota di credito da parte dell'azienda, qualora la produzione della struttura nel periodo sia stata inferiore al 95% del budget). Il documento contabile a conguaglio dell'annualità, emesso previo ricevimento dell'ordine elettronico dell'ASL, viene liquidato a seguito dei controlli effettuati circa l'osservanza del contratto.

2. Per il finanziamento dedicato all'esercizio di specifiche funzioni sono corrisposti, sulla base di apposita fattura emessa dall'Erogatore, acconti mensili pari a 1/12 del valore assegnato come limite annuo massimo attribuito. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo, l'ASL effettua una verifica a consuntivo dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte ed eroga il conguaglio.
 3. La produzione ambulatoriale viene liquidata dall'ASL previa detrazione degli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti.
 4. L'ASL emette l'ordine, di norma annuale, tramite il sistema NSO in modo da garantire la regolarità dei pagamenti.
 5. I pagamenti devono aver luogo nel termine di 60 giorni dal ricevimento della fattura, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 231/2002 e s.m.i.
 6. I ritardi di pagamento dovuti ad errori o incompletezza dei dati nelle fatture, tempestivamente segnalati dall'ASL, non sono imputabili a quest'ultima, per cui il termine di pagamento decorre interamente dalla trasmissione della fattura con le dovute rettifiche/integrazioni.
 7. Gli importi versati dall'ASL e non dovuti sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile.
 8. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno all'occorrenza essere compensate con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa.
 9. È fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere totalmente o parzialmente i pagamenti, comunicandolo previamente e formalmente alla Struttura, nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dell'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. Le partite contestate devono essere comunque definite entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.
 10. La cessione del credito vantato nei confronti dell'ASL, ferma la forma richiesta dall'art. 69 R.D. 18 novembre 1923, n. 2440, produce effetti nei confronti di quest'ultima solo a seguito di notificazione della cessione alla medesima e di espressa accettazione da parte di essa, applicandosi l'art. 117, comma 4-bis, del D.L. 19 maggio 2020 n. 34 (conv. con L. 17 luglio 2020, n. 77).
 11. La misura degli interessi moratori di cui al D.Lgs. 9 ottobre 2002, n. 231 non può essere superiore al tasso legale stabilito con decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze non aumentato dei punti percentuali. In caso di cessione del credito da parte della Struttura, quest'ultima si impegna ad accollarsi il debito dell'ASL avente ad oggetto il pagamento degli interessi moratori in esame che possano sorgere successivamente alla cessione.
- In ogni caso la Struttura si impegna ad emettere nota di credito sulle fatture oggetto di cessione qualora l'ASL lo richieda per la parte di produzione non effettuata.

Art. 6 - Verifiche e controlli

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza rispetto alle prestazioni contrattate. L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel

rispetto della D.G.R. 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si obbliga a consentire lo svolgimento dell'attività di vigilanza dell'apposita Commissione ASL, a pena di risoluzione del contratto secondo la previsione di cui all'art. 7, comma 5, lett. e).

L'Erogatore si impegna altresì ad agevolare l'attività di vigilanza stessa, nonché quelle ulteriori esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 10 giorni, il legale rappresentante della Struttura, o suo delegato, può presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

3. L'ASL verifica il puntuale e corretto adempimento, da parte dell'Erogatore, dell'obbligo di cui all'art. 2, comma 4, di pubblicare il bilancio ed i dati relativi alle liste di attesa sul suo sito web, così come previsto dall'art. 41, comma 6, del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33.

Art. 7 – Sospensione e risoluzione del contratto

1. In caso di grave inadempimento, anche parziale, di obbligazioni nascenti dal contratto, e previa contestazione formale, la parte può sospendere l'efficacia del contratto o di parte di esso da un minimo di 3 mesi ad un massimo di 12 mesi, inviando comunicazione formale che indichi altresì la durata della sospensione.

2. La revoca dell'autorizzazione o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto. Sono fatte salve ulteriori cause di sospensione e di risoluzione del contratto previste dalla legge. La revoca o la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento relativa a determinati p.l. contrattualizzati o a determinate branche specialistiche contrattualizzate determinano la contestuale riduzione del budget relativo ai p.l. o alle branche specialistiche oggetto di sospensione/revoca da parte della Direzione Sanità, fatto salvo per queste ultime diverse valutazioni da parte dell'Asl sulla base del suo fabbisogno.

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

4. La Struttura si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo (tracciati C, SDO ed ulteriori flussi previsti dalla normativa vigente), nei confronti dell'ASL e del SSR secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'Erogatore è motivo di risoluzione del contratto. Le prestazioni domiciliari riabilitative erogate devono essere inserite nel Portale regionale FARSIAD-RP per soddisfare il debito informativo ministeriale e regionale del flusso SIAD "Sistema Informativo Assistenza Domiciliare" istituito con il D.M. 17 dicembre 2008 e con la D.G.R. 2 agosto 2010, n. 69-481.

5. Il presente contratto si intenderà risolto *ope iuris* qualora intervenga una o più delle ipotesi di seguito indicate:

- a) l'emersione di precedenti condanne penali, o sopravvenienza di nuove condanne penali, di carattere definitivo per uno o più reati di cui all'art. 94 del D.Lgs. 31 marzo 2023, n. 36 nei confronti dei soggetti indicati da tale articolo;
- b) l'accertamento o la sopravvenienza, con riferimento ai soggetti indicati dall'art. 85 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159, di cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159 e s.m.i., o in caso di ricevimento della comunicazione antimafia o di sussistenza di un tentativo di infiltrazione mafiosa accertato dall'informativa antimafia interdittiva ex art. 84 del medesimo decreto;
- c) violazione accertata definitivamente delle norme in materia di protezione infortunistica, sicurezza sui luoghi di lavoro idonea ad incidere gravemente sull'esecuzione delle prestazioni sanitarie;
- d) ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni;
- e) impedimento al controllo esercitato dalle Aziende Sanitarie competenti per territorio o dalle Commissioni di Vigilanza situate nel territorio aziendale.

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

Articolo 8 - Clausola di salvaguardia

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

Articolo 9 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2026.
2. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative di carattere nazionale o regionale, senza che derivino maggiori oneri per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze, e purché le stesse siano legate all'erogazione di prestazioni sanitarie per conto del SSR, l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante comunicazione formale all'ASL e alla Regione.

Articolo 10 – Bollo, registrazione e pubblicazione

1. Il presente contratto è soggetto ad imposta di bollo ai sensi dell'art. 2, comma 1, del D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642 e successive modificazioni e la relativa spesa è divisa in parti uguali.
2. È inoltre soggetto a registrazione solo in caso d'uso ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.P.R. 26 aprile 1986, n. 131.

3. Il presente contratto è soggetto a pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda Sanitaria, nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente.

Art. 11 - Foro competente

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

Letto, confermato e sottoscritto

Per l'ASL

Per l'Erogatore

.....

.....

Il presente documento è sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82

Il file contenente il testo del contratto, successivamente alla sottoscrizione con firma digitale in corso di validità, dovrà essere trasmesso via PEC a regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it

ALLEGATO A1) STATO DI ACCREDITAMENTO

AZIENDA Casa di Cura Policlinico di Monza - B.I. presidio Policlinico di Monza-Casa di Cura Privata S.p.A.

COD. AZ. 010622

SEDE Via Passalacqua n. 10, 28100 NOVARA

RICOVERO

STRUTTURA Casa di Cura Policlinico di Monza - B.I. presidio Policlinico di Monza-Casa di Cura Privata S.p.A.

con sede operativa Clinica Eporediese

SEDE OPERATIVA Via Castiglia n. 27, 10015 IVREA

COD. HSP11 010616 00

ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE D.D. n. 923 del 29/12/2016

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO D.D. n. 923 del 29/12/2016

DISCIPLINE OSPEDALIERE	P.L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	P.L. CONTRATTATI 2022	EVENTUALI PRESTAZIONI OSPEDALIERE CONTRATTATE (DRG, MDC) RICHIESTE ALL'INTERNO DELLE DISCIPLINE ACCREDITATE E DEL BUDGET ASSEGNATO
MEDICINA GENERALE	15	10	7	
CHIRURGIA VASCOLARE	10	10	8	
NEUROCHIRURGIA	10	10	0	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	15	15	15	
UROLOGIA	10	10	10	
R.R.F. DI I LIVELLO	20	20	11	

AMBULATORIO

AZIENDA Casa di Cura Policlinico di Monza - B.I. presidio Policlinico di Monza-Casa di Cura Privata S.p.A.

COD. AZ. 010622

SEDE Via Passalacqua n. 10, 28100 NOVARA

BRANCHE SPECIALISTICHE ACCREDITATE	BRANCHE SPECIALISTICHE CONTRATTATE	EVENTUALI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI RICHIESTE ALL'INTERNO DELLE DISCIPLINE ACCREDITATE E DEL BUDGET ASSEGNATO
69 - DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	69 - DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	88.73.5 - ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica 88.74.1 - ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso : fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni , retro peritoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1) 88.75.1 - ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile Escluso : Ecografia dell'addome completo (88.76.1) 88.76.1 - ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO 88.76.3 - ECOCOLOR DOPPLER DELLAORTA DEGLI ASSI ILIACO-FEMORALI 88.77.2 - ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica 88.79.3 - ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE 88.79.9 - ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE
08 - CARDIOLOGIA		89.7 - VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita – 88.72.6 - ECOCARDIOGRAFIA 89.41 - TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE - Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)
09 - CHIRURGIA GENERALE		89.7 - VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita
14 - CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA		89.7 - VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita 88.77.2 - ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE,

		ARTERIOSA O VENOSA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
34 - OCULISTICA		95.02 - ESAME COMPLESSIVO DELLOCCHIO - Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo 95.09.1 - ESAME DEL FUNDUS OCULI - 13.19.1 - INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE COMPRESI GLI ESAMI E VISITE PREOPERATORI E I CONTROLLI POSTOPERATORI
36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		89.7 - VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita
43 - UROLOGIA		89.7 - VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -
98 - LAB. ANALISI		

ALLEGATO A)

SCHEMA DI CONTRATTO PER GLI ANNI 2024 – 2026 EX ART. 8 QUINQUIES D.LGS. N. 502/1992 e s.m.i.

Tra

l'ASL TO4, con sede legale in Torino, Via Po 11 Chivasso (C.F. 09736160012) rappresentata dal Direttore Sanitario Dr. Alessandro Girardi delegato alla sottoscrizione del presente contratto, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società 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 operativa in San Maurizio Canavese (TO) via Fatebenefratelli n. 70, come indicato nell'allegato 1, accreditata per l'erogazione delle prestazioni oggetto dell' accordo, successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata dal legale rappresentante protempore , con titolo di legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

1. gli articoli 8-bis, ter, quater e quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con D.G.R. n. 17-8103/2024 del 22 /01 / 2024 sono stati approvati, per gli anni 2024-2026, le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati, il budget nonché lo schema di contratto a valere per le strutture private e per i presidi/IRCCS ex artt. 42 e 43 L. 833/1978;
3. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. _____ del ___ /___ /_____ è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto in attuazione della citata D.G.R.;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto

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, comma 1 e di cui ai seguenti setting:

RESIDENTI IN REGIONE

- I. ricovero in regime di acuzie e post-acuzie
- II. specialistica ambulatoriale
- III. cure domiciliari riabilitative (su specifici progetti concordati con l'Asl)
- IV. ambulatoriale ex art. 26 L. 833/1978

RESIDENTI FUORI REGIONE

I. ricovero in regime di acuzie e post-acuzie

II. specialistica ambulatoriale

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

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

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

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

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

- l'erogazione delle prestazioni sanitarie secondo le modalità organizzative stabilite, con riguardo alle strutture private accreditate e contrattualizzate con il SSR, dalla DGR n. 17-8103/2024 del 22/01/2024 avente ad oggetto: "Regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per gli anni 2024-2025- 2026 ed assegnazione dei tetti di spesa. Recepimento dell'Accordo sottoscritto tra la Direzione regionale Sanità e le Associazioni degli Erogatori sanitari privati. Approvazione dello schema di contratto per prestazioni di ricovero, specialistica ambulatoriale, attività domiciliare";
- la condivisione con le ASL di tutte le agende di prenotazione relative alle prime visite e altre prestazioni di primo accesso, al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale nei termini e nelle modalità di cui alla DGR n. 4-4878 del 14 aprile 2022 e s.m.i.; le eventuali prime visite e prestazioni di primo accesso erogate in assenza di un appuntamento programmato sul sistema CUP regionale non saranno valorizzate ai fini della remunerazione economico-finanziaria, fatta salva l'impossibilità ad avviare il sistema non addebitabile all'erogatore e fatto salvo quanto previsto dagli atti regionali in materia in ordine alle modalità di attuazione del controllo di valorizzazione economico-finanziaria delle prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture private accreditate e contrattualizzate;
- l'adesione al progetto Fascicolo Sanitario Elettronico, attraverso la condivisione dei dati e documenti digitali di tipo sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito, e la corretta gestione del consenso informato.

4. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in apposita sezione nel proprio sito denominata "Liste di attesa", i criteri di formazione delle liste di attesa, i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di

prestazione erogata, nonché, in altra sezione, i bilanci certificati (o conto economico nel caso di Enti, anche religiosi, o di strutture facenti parte di gruppi societari) - redatti secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici ai sensi del D.M. 2 aprile 2015 n. 70 - e i dati sugli aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attività medica svolta.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 3 – Budget

1. Per gli anni 2024-2025-2026, in relazione alle risorse finanziarie programmate per le prestazioni da rendere dall'Erogatore per conto e a carico del SSR, nei limiti dei posti letto/branche specialistiche ambulatoriali accreditati indicati nell'allegato A), sono assegnati all'Erogatore i seguenti budget suddivisi per tipologia di setting assistenziali, per ciascuna annualità:

SETTING	RESIDENTI IN REGIONE (inclusi, secondo la circolare del Ministero della Salute n. 5 del 24.3.2000, STR, ENI, STP)	RESIDENTI FUORI REGIONE
Ricovero acuzie e post-acuzie	€ 11.238.728,31	€ 399.599,23
Specialistica ambulatoriale	€ 374.695,21	€ 5.858,12
Cure domiciliari riabilitative	-	
Ambulatoriale ex art. 26 L. 833/1978	-	

L'Asl si riserva di richiedere, all'interno del budget, l'esecuzione di prestazioni specifiche di cui rilevi il fabbisogno nella sua funzione di tutela (v. tabella allegato A1).

2. Il budget ambulatoriale è al lordo del ticket.

3. Nell'ambito della stessa struttura, sono ammesse le seguenti compensazioni:

- all'interno del budget regionale, da ricovero verso attività ambulatoriale in presenza di economie del setting di ricovero (non viceversa);
- all'interno del budget regionale, fra le prestazioni domiciliari e ambulatoriali ex art. 26 L. 833/1978 con quelle ambulatoriali e viceversa, in presenza di economie per tali setting;
- all'interno del budget extraregionale da ricovero verso attività ambulatoriale e viceversa in presenza di economie di uno o dell'altro setting;
- nell'ambito dei budget regionale ed extraregionale, esclusivamente tra medesimi setting assistenziali (ricovero su ricovero, ambulatorio su ambulatorio) o tra ricovero verso ambulatorio (non viceversa), in presenza di economie. In ogni caso l'eccedenza di ricovero regionale è compensabile unicamente in presenza di economie di ricovero extraregionale.

4. Eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno riconosciute al termine della procedura di compensazione della mobilità interregionale, nella misura in cui siano valorizzate all'interno della stessa e, comunque, entro e non oltre il tetto massimo complessivo di spesa regionale per prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, fissato annualmente dalla DGR di riferimento, al fine del rispetto del limite di spesa di cui all'art. 15, c. 14 del D.L. n. 95/2012 e s.m.i..

5. Le eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno oggetto di regressione tariffaria fino al raggiungimento del predetto importo mediante riduzione in misura proporzionale alle eccedenze di produzione della singola struttura, partendo dalle prestazioni di bassa e media complessità in ricovero ordinario, seguite da quelle potenzialmente inappropriate erogate in regime ambulatoriale (escludendo quelle di medicina nucleare, dialisi ed oncologiche).

6. Sono ammesse le compensazioni fra strutture del medesimo gruppo societario, mantenendo la distinzione per setting secondo le modalità di cui ai commi precedenti ed il richiamo alle regole generali di abbattimento del valore della produzione in caso di superamento di ciascuno.

7. Trasferimenti parziali di attività e correlato budget tra strutture appartenenti al medesimo gruppo societario sono ammessi previa richiesta formulata entro il 31 maggio di ogni anno, fatte salve le esigenze della programmazione e con il parere favorevole delle aziende sanitarie interessate.

8. Sono riconoscibili al di fuori del budget assegnato unicamente le eventuali prestazioni contrattualizzate, sulla base delle indicazioni regionali, per il recupero delle liste di attesa.

9. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a progetti di ricerca applicata, funzioni di emergenza urgenza o di ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza è previsto l'importo annuale di €0..... per ciascuna delle annualità interessate dal presente contratto.

10. L'erogatore dichiara di conoscere ed accetta:

- l'applicazione del sistema dei controlli di cui alla D.G.R. 30 dicembre 2013, n. 13-6981 e s.m.i.;

- l'applicazione del sistema dei controlli di qualità ed appropriatezza dei ricoveri previsti dall'art. 79 comma 1 septies D.L. 112/2008, convertito con la Legge n. 133/2008, e dal DM 10 dicembre 2009, così come declinati nei provvedimenti attuativi regionali di riferimento.

Art. 4 - Regole di remunerazione

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

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

3. L'Erogatore avrà diritto al riconoscimento della produzione annualmente erogata entro il limite massimo delle risorse allo stesso assegnate, salvo quanto previsto all'art. 3. Nulla spetterà all'Erogatore, quale compenso, indennizzo o risarcimento comunque denominato, per le prestazioni rese dalla Struttura in carenza di autorizzazione/accreditamento o dei relativi requisiti, nonché a seguito di sospensione/revoca dei titoli menzionati e di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 7.

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

Art. 5 - Modalità di pagamento e cessione del credito

1. I soggetti erogatori emettono fatture mensili di acconto, a seguito dell'ordine trasmesso dall'Azienda tramite il sistema NSO pari al 95% di 1/12 del budget.

È consentita l'emissione di una fattura a saldo delle prestazioni erogate alla scadenza del primo semestre dell'anno in misura complessivamente non superiore al 57% del budget, con la dicitura "salvo conguaglio" (o la richiesta di nota di credito da parte dell'azienda, qualora la

produzione della struttura nel periodo sia stata inferiore al 95% del budget). Il documento contabile a conguaglio dell'annualità, emesso previo ricevimento dell'ordine elettronico dell'ASL, viene liquidato a seguito dei controlli effettuati circa l'osservanza del contratto.

2. Per il finanziamento dedicato all'esercizio di specifiche funzioni sono corrisposti, sulla base di apposita fattura emessa dall'Erogatore, acconti mensili pari a 1/12 del valore assegnato come limite annuo massimo attribuito. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo, l'ASL effettua una verifica a consuntivo dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte ed eroga il conguaglio.

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

4. L'ASL emette l'ordine, di norma annuale, tramite il sistema NSO in modo da garantire la regolarità dei pagamenti.

5. I pagamenti devono aver luogo nel termine di 60 giorni dal ricevimento della fattura, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 231/2002 e s.m.i.

6. I ritardi di pagamento dovuti ad errori o incompletezza dei dati nelle fatture, tempestivamente segnalati dall'ASL, non sono imputabili a quest'ultima, per cui il termine di pagamento decorre interamente dalla trasmissione della fattura con le dovute rettifiche/integrazioni.

7. Gli importi versati dall'ASL e non dovuti sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile.

8. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno all'occorrenza essere compensate con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa.

9. È fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere totalmente o parzialmente i pagamenti, comunicandolo previamente e formalmente alla Struttura, nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dell'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. Le partite contestate devono essere comunque definite entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.

10. La cessione del credito vantato nei confronti dell'ASL, ferma la forma richiesta dall'art. 69 R.D. 18 novembre 1923, n. 2440, produce effetti nei confronti di quest'ultima solo a seguito di notificazione della cessione alla medesima e di espressa accettazione da parte di essa, applicandosi l'art. 117, comma 4-bis, del D.L. 19 maggio 2020 n. 34 (conv. con L. 17 luglio 2020, n. 77).

11. La misura degli interessi moratori di cui al D.Lgs. 9 ottobre 2002, n. 231 non può essere superiore al tasso legale stabilito con decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze non aumentato dei punti percentuali. In caso di cessione del credito da parte della Struttura, quest'ultima si impegna ad accollarsi il debito dell'ASL avente ad oggetto il pagamento degli interessi moratori in esame che possano sorgere successivamente alla cessione.

In ogni caso la Struttura si impegna ad emettere nota di credito sulle fatture oggetto di cessione qualora l'ASL lo richieda per la parte di produzione non effettuata.

Art. 6 - Verifiche e controlli

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza rispetto alle prestazioni contrattate. L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della D.G.R. 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si obbliga a consentire lo svolgimento dell'attività di vigilanza dell'apposita Commissione ASL, a pena di risoluzione del contratto secondo la previsione di cui all'art. 7, comma 5, lett. e).

L'Erogatore si impegna altresì ad agevolare l'attività di vigilanza stessa, nonché quelle ulteriori esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 10 giorni, il legale rappresentante della Struttura, o suo delegato, può presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

3. L'ASL verifica il puntuale e corretto adempimento, da parte dell'Erogatore, dell'obbligo di cui all'art. 2, comma 4, di pubblicare il bilancio ed i dati relativi alle liste di attesa sul suo sito web, così come previsto dall'art. 41, comma 6, del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33.

Art. 7 – Sospensione e risoluzione del contratto

1. In caso di grave inadempimento, anche parziale, di obbligazioni nascenti dal contratto, e previa contestazione formale, la parte può sospendere l'efficacia del contratto o di parte di esso da un minimo di 3 mesi ad un massimo di 12 mesi, inviando comunicazione formale che indichi altresì la durata della sospensione.

2. La revoca dell'autorizzazione o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto. Sono fatte salve ulteriori cause di sospensione e di risoluzione del contratto previste dalla legge. La revoca o la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento relativa a determinati p.l. contrattualizzati o a determinate branche specialistiche contrattualizzate determinano la contestuale riduzione del budget relativo ai p.l. o alle branche specialistiche oggetto di sospensione/revoca da parte della Direzione Sanità, fatto salvo per queste ultime diverse valutazioni da parte dell'Asl sulla base del suo fabbisogno.

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

4. La Struttura si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo (tracciati C, SDO ed ulteriori flussi previsti dalla normativa vigente), nei confronti dell'ASL e del SSR secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'Erogatore è motivo di risoluzione del contratto. Le prestazioni domiciliari riabilitative erogate devono essere inserite nel Portale regionale FARSIAD-RP per soddisfare il debito informativo ministeriale e regionale del flusso SIAD

“Sistema Informativo Assistenza Domiciliare” istituito con il D.M. 17 dicembre 2008 e con la D.G.R. 2 agosto 2010, n. 69-481.

5. Il presente contratto si intenderà risolto *ope iuris* qualora intervenga una o più delle ipotesi di seguito indicate:

- a) l'emersione di precedenti condanne penali, o sopravvenienza di nuove condanne penali, di carattere definitivo per uno o più reati di cui all'art. 94 del D.Lgs. 31 marzo 2023, n. 36 nei confronti dei soggetti indicati da tale articolo;
- b) l'accertamento o la sopravvenienza, con riferimento ai soggetti indicati dall'art. 85 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159, di cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159 e s.m.i., o in caso di ricevimento della comunicazione antimafia o di sussistenza di un tentativo di infiltrazione mafiosa accertato dall'informativa antimafia interdittiva ex art. 84 del medesimo decreto;
- c) violazione accertata definitivamente delle norme in materia di protezione infortunistica, sicurezza sui luoghi di lavoro idonea ad incidere gravemente sull'esecuzione delle prestazioni sanitarie;
- d) ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni;
- e) impedimento al controllo esercitato dalle Aziende Sanitarie competenti per territorio o dalle Commissioni di Vigilanza situate nel territorio aziendale.

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

Articolo 8 - Clausola di salvaguardia

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

Articolo 9 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2026.
2. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative di carattere nazionale o regionale, senza che derivino maggiori oneri per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze, e purché le stesse siano legate all'erogazione di prestazioni sanitarie per conto del SSR, l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante comunicazione formale all'ASL e alla Regione.

Articolo 10 – Bollo, registrazione e pubblicazione

1. Il presente contratto è soggetto ad imposta di bollo ai sensi dell'art. 2, comma 1, del D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642 e successive modificazioni e la relativa spesa è divisa in parti uguali.
2. È inoltre soggetto a registrazione solo in caso d'uso ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.P.R. 26 aprile 1986, n. 131.
3. Il presente contratto è soggetto a pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda Sanitaria, nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente.

Art. 11 - Foro competente

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

Letto, confermato e sottoscritto

Per l'ASL

Per l'Erogatore

.....

.....

Il presente documento è sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82

Il file contenente il testo del contratto, successivamente alla sottoscrizione con firma digitale in corso di validità, dovrà essere trasmesso via PEC a regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it

ALLEGATO A1) STATO DI ACCREDITAMENTO

COD. AZ.: 010891

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 OSPEDALIERE	P.L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	P.L. CONTRATTATI 2024	EVENTUALI PRESTAZIONI OSPEDALIERE CONTRATTATE (DRG, MDC) RICHIESTE ALL'INTERNO DELLE DISCIPLINE ACCREDITATE E DEL BUDGET ASSEGNATO
RRF di 2° livello - RO	149	149	149	
RRF di 1° livello - DH	16	16	16	
RRF 2° livello	165	165	165	

AMBULATORIO

STRUTTURA: PRESIDIO OSPEDALIERO RIABILITATIVO "BEATA VERGINE
CONSOLATA" FATEBENEFRAPELLI .

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

COD. HSP11: 010891

BRANCHE SPECIALISTICHE ACCREDITATE	BRANCHE SPECIALISTICHE CONTRATTATE	EVENTUALI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI RICHIESTE ALL'INTERNO DELLE DISCIPLINE ACCREDITATE E DEL BUDGET ASSEGNATO
32 - NEUROLOGIA		89.13 - VISITA NEUROLOGICA
56 - MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI MOTULESI E NEUROLESI		89.7 - VISITA GENERALE
99 - ALTRE PRESTAZIONI		89.07 - CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO - Valutazione interdisciplinare sul paziente erogata dal GIC

ALLEGATO A)

SCHEMA DI CONTRATTO PER GLI ANNI 2024 – 2026 EX ART. 8 QUINQUIES D.LGS. N. 502/1992 e s.m.i.

Tra

l'ASL TO4, con sede legale in Torino, Via Po 11 Chivasso (C.F. 09736160012) rappresentata dal Direttore Sanitario Dr. Alessandro Girardi delegato alla sottoscrizione del presente contratto, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società SAAPA S.p.A. con sede legale in Settimo Torinese Via Santa Cristina n. 3 (P. IVA 08507160011), titolare della struttura con sede operativa indicate nell'allegato 1, accreditata per l'erogazione delle prestazioni oggetto del accordo, successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata da Alessandro Rossi nella qualità di Amministratore Unico, con titolo di legale rappresentanza

Premesso che:

1. gli articoli 8-bis, ter, quater e quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con D.G.R. n. 17-8103/2024 del 22 /01 / 2024 sono stati approvati, per gli anni 2024-2026, le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati, il budget nonché lo schema di contratto a valere per le strutture private e per i presidi/IRCCS ex artt. 42 e 43 L. 833/1978;
3. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. _____ del ___ /___ /_____ è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto in attuazione della citata D.G.R.;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto

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, comma 1 e di cui ai seguenti setting:

RESIDENTI IN REGIONE

- I. ricovero in regime di acuzie e post-acuzie
- II. specialistica ambulatoriale
- III. cure domiciliari riabilitative (su specifici progetti concordati con l'Asl)
- IV. ambulatoriale ex art. 26 L. 833/1978

RESIDENTI FUORI REGIONE

- I. ricovero in regime di acuzie e post-acuzie
- II. specialistica ambulatoriale

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

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

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

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

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

- l'erogazione delle prestazioni sanitarie secondo le modalità organizzative stabilite, con riguardo alle strutture private accreditate e contrattualizzate con il SSR, dalla DGR n. 17-8103/2024 del 22/01/2024 avente ad oggetto: “Regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per gli anni 2024-2025- 2026 ed assegnazione dei tetti di spesa. Recepimento dell'Accordo sottoscritto tra la Direzione regionale Sanità e le Associazioni degli Erogatori sanitari privati. Approvazione dello schema di contratto per prestazioni di ricovero, specialistica ambulatoriale, attività domiciliare”;
- la condivisione con le ASL di tutte le agende di prenotazione relative alle prime visite e altre prestazioni di primo accesso, al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale nei termini e nelle modalità di cui alla DGR n. 4-4878 del 14 aprile 2022 e s.m.i.; le eventuali prime visite e prestazioni di primo accesso erogate in assenza di un appuntamento programmato sul sistema CUP regionale non saranno valorizzate ai fini della remunerazione economico-finanziaria, fatta salva l'impossibilità ad avviare il sistema non addebitabile all'erogatore e fatto salvo quanto previsto dagli atti regionali in materia in ordine alle modalità di attuazione del controllo di valorizzazione economico-finanziaria delle prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture private accreditate e contrattualizzate;
- l'adesione al progetto Fascicolo Sanitario Elettronico, attraverso la condivisione dei dati e documenti digitali di tipo sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito, e la corretta gestione del consenso informato.

4. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in apposita sezione nel proprio sito denominata “Liste di attesa”, i criteri di formazione delle liste di attesa, i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata, nonché, in altra sezione, i bilanci certificati (o conto economico nel caso di Enti, anche religiosi, o di strutture facenti parte di gruppi societari) - redatti secondo uno schema tipo

conforme ai principi civilistici ai sensi del D.M. 2 aprile 2015 n. 70 - e i dati sugli aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attività medica svolta.

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

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

7. La Struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non 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 di categoria del settore privato in conformità alla normativa vigente.

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

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

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

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

Art. 3 – Budget

1. Per gli anni 2024-2025-2026, in relazione alle risorse finanziarie programmate per le prestazioni da rendere dall'Erogatore per conto e a carico del SSR, nei limiti dei posti letto/branche specialistiche ambulatoriali accreditati indicati nell'allegato A), sono assegnati all'Erogatore i seguenti budget suddivisi per tipologia di setting assistenziali, per ciascuna annualità:

SETTING	RESIDENTI IN REGIONE (inclusi, secondo la circolare del Ministero della Salute n. 5 del 24.3.2000, STR, ENI, STP)	RESIDENTI FUORI REGIONE
Ricovero acuzie e post-acuzie	€ 8.324.600,98	€ -
Specialistica ambulatoriale	€ -	€ -
Cure domiciliari riabilitative		
Ambulatoriale ex art. 26 L. 833/1978		

L'Asl si riserva di richiedere, all'interno del budget, l'esecuzione di prestazioni specifiche di cui rilevi il fabbisogno nella sua funzione di tutela (v. tabella allegato A1).

2. Il budget ambulatoriale è al lordo del ticket.

3. Nell'ambito della stessa struttura, sono ammesse le seguenti compensazioni:

- all'interno del budget regionale, da ricovero verso attività ambulatoriale in presenza di economie del setting di ricovero (non viceversa);
- all'interno del budget regionale, fra le prestazioni domiciliari e ambulatoriali ex art. 26 L. 833/1978 con quelle ambulatoriali e viceversa, in presenza di economie per tali setting;
- all'interno del budget extraregionale da ricovero verso attività ambulatoriale e viceversa in presenza di economie di uno o dell'altro setting;
- nell'ambito dei budget regionale ed extraregionale, esclusivamente tra medesimi setting assistenziali (ricovero su ricovero, ambulatorio su ambulatorio) o tra ricovero verso ambulatorio (non viceversa), in presenza di economie. In ogni caso l'eccedenza di ricovero regionale è compensabile unicamente in presenza di economie di ricovero extraregionale.

4. Eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno riconosciute al termine della procedura di compensazione della mobilità interregionale, nella misura in cui siano valorizzate all'interno della stessa e, comunque, entro e non oltre il tetto massimo complessivo di spesa regionale per prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, fissato annualmente dalla DGR di riferimento, al fine del rispetto del limite di spesa di cui all'art. 15, c. 14 del D.L. n. 95/2012 e s.m.i..

5. Le eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno oggetto di regressione tariffaria fino al raggiungimento del predetto importo mediante riduzione in misura proporzionale alle eccedenze di produzione della singola struttura, partendo dalle prestazioni di bassa e media complessità in ricovero ordinario, seguite da quelle potenzialmente inappropriate erogate in regime ambulatoriale (escludendo quelle di medicina nucleare, dialisi ed oncologiche).

6. Sono ammesse le compensazioni fra strutture del medesimo gruppo societario, mantenendo la distinzione per setting secondo le modalità di cui ai commi precedenti ed il richiamo alle regole generali di abbattimento del valore della produzione in caso di superamento di ciascuno.

7. Trasferimenti parziali di attività e correlato budget tra strutture appartenenti al medesimo gruppo societario sono ammessi previa richiesta formulata entro il 31 maggio di ogni anno, fatte salve le esigenze della programmazione e con il parere favorevole delle aziende sanitarie interessate.

8. Sono riconoscibili al di fuori del budget assegnato unicamente le eventuali prestazioni contrattualizzate, sulla base delle indicazioni regionali, per il recupero delle liste di attesa.

9. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a progetti di ricerca applicata, funzioni di emergenza urgenza o di ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza è previsto l'importo annuale di €0..... per ciascuna delle annualità interessate dal presente contratto.

10. L'erogatore dichiara di conoscere ed accetta:

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

Art. 4 - Regole di remunerazione

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

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

3. L'Erogatore avrà diritto al riconoscimento della produzione annualmente erogata entro il limite massimo delle risorse allo stesso assegnate, salvo quanto previsto all'art. 3. Nulla spetterà all'Erogatore, quale compenso, indennizzo o risarcimento comunque denominato, per le prestazioni rese dalla Struttura in carenza di autorizzazione/accreditamento o dei relativi requisiti, nonché a seguito di sospensione/revoca dei titoli menzionati e di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 7.

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

Art. 5 - Modalità di pagamento e cessione del credito

1. I soggetti erogatori emettono fatture mensili di acconto, a seguito dell'ordine trasmesso dall'Azienda tramite il sistema NSO pari al 95% di 1/12 del budget.

È consentita l'emissione di una fattura a saldo delle prestazioni erogate alla scadenza del primo semestre dell'anno in misura complessivamente non superiore al 57% del budget, con la dicitura "salvo conguaglio" (o la richiesta di nota di credito da parte dell'azienda, qualora la produzione della struttura nel periodo sia stata inferiore al 95% del budget). Il documento contabile a conguaglio dell'annualità, emesso previo ricevimento dell'ordine elettronico dell'ASL, viene liquidato a seguito dei controlli effettuati circa l'osservanza del contratto.

2. Per il finanziamento dedicato all'esercizio di specifiche funzioni sono corrisposti, sulla base di apposita fattura emessa dall'Erogatore, acconti mensili pari a 1/12 del valore assegnato

come limite annuo massimo attribuito. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo, l'ASL effettua una verifica a consuntivo dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte ed eroga il conguaglio.

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

4. L'ASL emette l'ordine, di norma annuale, tramite il sistema NSO in modo da garantire la regolarità dei pagamenti.

5. I pagamenti devono aver luogo nel termine di 60 giorni dal ricevimento della fattura, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 231/2002 e s.m.i.

6. I ritardi di pagamento dovuti ad errori o incompletezza dei dati nelle fatture, tempestivamente segnalati dall'ASL, non sono imputabili a quest'ultima, per cui il termine di pagamento decorre interamente dalla trasmissione della fattura con le dovute rettifiche/integrazioni.

7. Gli importi versati dall'ASL e non dovuti sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile.

8. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno all'occorrenza essere compensate con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa.

9. È fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere totalmente o parzialmente i pagamenti, comunicandolo previamente e formalmente alla Struttura, nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dell'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. Le partite contestate devono essere comunque definite entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.

10. La cessione del credito vantato nei confronti dell'ASL, ferma la forma richiesta dall'art. 69 R.D. 18 novembre 1923, n. 2440, produce effetti nei confronti di quest'ultima solo a seguito di notificazione della cessione alla medesima e di espressa accettazione da parte di essa, applicandosi l'art. 117, comma 4-bis, del D.L. 19 maggio 2020 n. 34 (conv. con L. 17 luglio 2020, n. 77).

11. La misura degli interessi moratori di cui al D.Lgs. 9 ottobre 2002, n. 231 non può essere superiore al tasso legale stabilito con decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze non aumentato dei punti percentuali. In caso di cessione del credito da parte della Struttura, quest'ultima si impegna ad accollarsi il debito dell'ASL avente ad oggetto il pagamento degli interessi moratori in esame che possano sorgere successivamente alla cessione.

In ogni caso la Struttura si impegna ad emettere nota di credito sulle fatture oggetto di cessione qualora l'ASL lo richieda per la parte di produzione non effettuata.

Art. 6 - Verifiche e controlli

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza rispetto alle prestazioni contrattate. L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della D.G.R. 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si obbliga a consentire lo svolgimento dell'attività di vigilanza dell'apposita

Commissione ASL, a pena di risoluzione del contratto secondo la previsione di cui all'art. 7, comma 5, lett. e).

L'Erogatore si impegna altresì ad agevolare l'attività di vigilanza stessa, nonché quelle ulteriori esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 10 giorni, il legale rappresentante della Struttura, o suo delegato, può presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

3. L'ASL verifica il puntuale e corretto adempimento, da parte dell'Erogatore, dell'obbligo di cui all'art. 2, comma 4, di pubblicare il bilancio ed i dati relativi alle liste di attesa sul suo sito web, così come previsto dall'art. 41, comma 6, del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33.

Art. 7 – Sospensione e risoluzione del contratto

1. In caso di grave inadempimento, anche parziale, di obbligazioni nascenti dal contratto, e previa contestazione formale, la parte può sospendere l'efficacia del contratto o di parte di esso da un minimo di 3 mesi ad un massimo di 12 mesi, inviando comunicazione formale che indichi altresì la durata della sospensione.

2. La revoca dell'autorizzazione o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto. Sono fatte salve ulteriori cause di sospensione e di risoluzione del contratto previste dalla legge. La revoca o la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento relativa a determinati p.l. contrattualizzati o a determinate branche specialistiche contrattualizzate determinano la contestuale riduzione del budget relativo ai p.l. o alle branche specialistiche oggetto di sospensione/revoca da parte della Direzione Sanità, fatto salvo per queste ultime diverse valutazioni da parte dell'Asl sulla base del suo fabbisogno.

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

4. La Struttura si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo (tracciati C, SDO ed ulteriori flussi previsti dalla normativa vigente), nei confronti dell'ASL e del SSR secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'Erogatore è motivo di risoluzione del contratto. Le prestazioni domiciliari riabilitative erogate devono essere inserite nel Portale regionale FARSIAD-RP per soddisfare il debito informativo ministeriale e regionale del flusso SIAD "Sistema Informativo Assistenza Domiciliare" istituito con il D.M. 17 dicembre 2008 e con la D.G.R. 2 agosto 2010, n. 69-481.

5. Il presente contratto si intenderà risolto *ope iuris* qualora intervenga una o più delle ipotesi di seguito indicate:

- a) l'emersione di precedenti condanne penali, o sopravvenienza di nuove condanne penali, di carattere definitivo per uno o più reati di cui all'art. 94 del D.Lgs. 31 marzo 2023, n. 36 nei confronti dei soggetti indicati da tale articolo;
- b) l'accertamento o la sopravvenienza, con riferimento ai soggetti indicati dall'art. 85 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159, di cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159 e s.m.i., o in caso di ricevimento della comunicazione antimafia o di sussistenza di un tentativo di infiltrazione mafiosa accertato dall'informativa antimafia interdittiva ex art. 84 del medesimo decreto;
- c) violazione accertata definitivamente delle norme in materia di protezione infortunistica, sicurezza sui luoghi di lavoro idonea ad incidere gravemente sull'esecuzione delle prestazioni sanitarie;
- d) ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni;
- e) impedimento al controllo esercitato dalle Aziende Sanitarie competenti per territorio o dalle Commissioni di Vigilanza situate nel territorio aziendale.

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

Articolo 8 - Clausola di salvaguardia

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

Articolo 9 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2026.
2. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative di carattere nazionale o regionale, senza che derivino maggiori oneri per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze, e purché le stesse siano legate all'erogazione di prestazioni sanitarie per conto del SSR, l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante comunicazione formale all'ASL e alla Regione.

Articolo 10 – Bollo, registrazione e pubblicazione

1. Il presente contratto è soggetto ad imposta di bollo ai sensi dell'art. 2, comma 1, del D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642 e successive modificazioni e la relativa spesa è divisa in parti uguali.
2. È inoltre soggetto a registrazione solo in caso d'uso ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.P.R. 26 aprile 1986, n. 131.

3. Il presente contratto è soggetto a pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda Sanitaria, nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente.

Art. 11 - Foro competente

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

Letto, confermato e sottoscritto

Per l'ASL

Per l'Erogatore

.....

.....

Il presente documento è sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82

Il file contenente il testo del contratto, successivamente alla sottoscrizione con firma digitale in corso di validità, dovrà essere trasmesso via PEC a regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it

ALLEGATO A1) STATO DI ACCREDITAMENTO

AZIENDA: SAAPA -OSPEDALE CIVICODI SETTIMO T.SE

COD. AZ. : 010023 04

SEDE: VIA SANTA CRISTINA 3

RICOVERO

COD. HSP11: 010023 04

ATTO DI AUTORIZZAZIONE: D.D. 116/A1414C/2021 del 29/01/2021

DISCIPLINE OSPEDALIERE	P.L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	P.L. CONTRATTATI 2022	EVENTUALI PRESTAZIONI OSPEDALIERE CONTRATTATE (DRG, MDC) RICHIESTE ALL'INTERNO DELLE DISCIPLINE ACCREDITATE E DEL BUDGET ASSEGNATO
RIABILITAZIONE	59	59	50	
LUNGODEGENZA	82	82	70	
CAVS	94	94	80	

ALLEGATO A)

SCHEMA DI CONTRATTO PER GLI ANNI 2024 – 2026 EX ART. 8 QUINQUIES D.LGS. N. 502/1992 e s.m.i.

Tra

l'ASL TO4, con sede legale in Torino, Via Po 11 Chivasso (C.F. 09736160012) rappresentata dal Direttore Sanitario Dr. Alessandro Girardi delegato alla sottoscrizione del presente contratto, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società VILLA GRAZIA SRL, (P.iva 02137900011), con sede legale in in San Carlo C.se, Strada Poligono n. 2, , titolare della struttura con sede operativa indicata nell'allegato 1, accreditata per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto, successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata da Giacomina REMONDINO nella qualità di legale rappresentante, con titolo di legale rappresentanza

Premesso che:

1. gli articoli 8-bis, ter, quater e quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con D.G.R. n. 17-8103/2024 del 22 /01 / 2024 sono stati approvati, per gli anni 2024-2026, le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati, il budget nonché lo schema di contratto a valere per le strutture private e per i presidi/IRCCS ex artt. 42 e 43 L. 833/1978;
3. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. _____ del ___ /___ /_____ è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto in attuazione della citata D.G.R.;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto

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, comma 1 e di cui ai seguenti setting:

RESIDENTI IN REGIONE

- I. ricovero in regime di acuzie e post-acuzie
- II. specialistica ambulatoriale
- III. cure domiciliari riabilitative (su specifici progetti concordati con l'Asl)
- IV. ambulatoriale ex art. 26 L. 833/1978

RESIDENTI FUORI REGIONE

- I. ricovero in regime di acuzie e post-acuzie
- II. specialistica ambulatoriale

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

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

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

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

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

- l'erogazione delle prestazioni sanitarie secondo le modalità organizzative stabilite, con riguardo alle strutture private accreditate e contrattualizzate con il SSR, dalla DGR n. 17-8103/2024 del 22/01/2024 avente ad oggetto: “Regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per gli anni 2024-2025- 2026 ed assegnazione dei tetti di spesa. Recepimento dell'Accordo sottoscritto tra la Direzione regionale Sanità e le Associazioni degli Erogatori sanitari privati. Approvazione dello schema di contratto per prestazioni di ricovero, specialistica ambulatoriale, attività domiciliare”;
- la condivisione con le ASL di tutte le agende di prenotazione relative alle prime visite e altre prestazioni di primo accesso, al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale nei termini e nelle modalità di cui alla DGR n. 4-4878 del 14 aprile 2022 e s.m.i.; le eventuali prime visite e prestazioni di primo accesso erogate in assenza di un appuntamento programmato sul sistema CUP regionale non saranno valorizzate ai fini della remunerazione economico-finanziaria, fatta salva l'impossibilità ad avviare il sistema non addebitabile all'erogatore e fatto salvo quanto previsto dagli atti regionali in materia in ordine alle modalità di attuazione del controllo di valorizzazione economico-finanziaria delle prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture private accreditate e contrattualizzate;
- l'adesione al progetto Fascicolo Sanitario Elettronico, attraverso la condivisione dei dati e documenti digitali di tipo sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito, e la corretta gestione del consenso informato.

4. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in apposita sezione nel proprio sito denominata “Liste di attesa”, i criteri di formazione delle liste di attesa, i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata, nonché, in altra sezione, i bilanci certificati (o conto economico nel caso di Enti, anche religiosi, o di strutture facenti parte di gruppi societari) - redatti secondo uno schema tipo

conforme ai principi civilistici ai sensi del D.M. 2 aprile 2015 n. 70 - e i dati sugli aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attività medica svolta.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 3 – Budget

1. Per gli anni 2024-2025-2026, in relazione alle risorse finanziarie programmate per le prestazioni da rendere dall'Erogatore per conto e a carico del SSR, nei limiti dei posti letto/branche specialistiche ambulatoriali accreditati indicati nell'allegato A), sono assegnati all'Erogatore i seguenti budget suddivisi per tipologia di setting assistenziali, per ciascuna annualità:

SETTING	RESIDENTI IN REGIONE (inclusi, secondo la circolare del Ministero della Salute n. 5 del 24.3.2000, STR, ENI, STP)	RESIDENTI FUORI REGIONE
Ricovero acuzie e post-acuzie	€ 7.022.956,44	€ 199.799,61
Specialistica ambulatoriale	€ 332.009,02	€
Cure domiciliari riabilitative		
Ambulatoriale ex art. 26 L. 833/1978		

L'Asl si riserva di richiedere, all'interno del budget, l'esecuzione di prestazioni specifiche di cui rilevi il fabbisogno nella sua funzione di tutela (v. tabella allegato A1).

2. Il budget ambulatoriale è al lordo del ticket.

3. Nell'ambito della stessa struttura, sono ammesse le seguenti compensazioni:

- all'interno del budget regionale, da ricovero verso attività ambulatoriale in presenza di economie del setting di ricovero (non viceversa);
- all'interno del budget regionale, fra le prestazioni domiciliari e ambulatoriali ex art. 26 L. 833/1978 con quelle ambulatoriali e viceversa, in presenza di economie per tali setting;
- all'interno del budget extraregionale da ricovero verso attività ambulatoriale e viceversa in presenza di economie di uno o dell'altro setting;
- nell'ambito dei budget regionale ed extraregionale, esclusivamente tra medesimi setting assistenziali (ricovero su ricovero, ambulatorio su ambulatorio) o tra ricovero verso ambulatorio (non viceversa), in presenza di economie. In ogni caso l'eccedenza di ricovero regionale è compensabile unicamente in presenza di economie di ricovero extraregionale.

4. Eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno riconosciute al termine della procedura di compensazione della mobilità interregionale, nella misura in cui siano valorizzate all'interno della stessa e, comunque, entro e non oltre il tetto massimo complessivo di spesa regionale per prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, fissato annualmente dalla DGR di riferimento, al fine del rispetto del limite di spesa di cui all'art. 15, c. 14 del D.L. n. 95/2012 e s.m.i..

5. Le eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno oggetto di regressione tariffaria fino al raggiungimento del predetto importo mediante riduzione in misura proporzionale alle eccedenze di produzione della singola struttura, partendo dalle prestazioni di bassa e media complessità in ricovero ordinario, seguite da quelle potenzialmente inappropriate erogate in regime ambulatoriale (escludendo quelle di medicina nucleare, dialisi ed oncologiche).

6. Sono ammesse le compensazioni fra strutture del medesimo gruppo societario, mantenendo la distinzione per setting secondo le modalità di cui ai commi precedenti ed il richiamo alle regole generali di abbattimento del valore della produzione in caso di superamento di ciascuno.

7. Trasferimenti parziali di attività e correlato budget tra strutture appartenenti al medesimo gruppo societario sono ammessi previa richiesta formulata entro il 31 maggio di ogni anno, fatte salve le esigenze della programmazione e con il parere favorevole delle aziende sanitarie interessate.

8. Sono riconoscibili al di fuori del budget assegnato unicamente le eventuali prestazioni contrattualizzate, sulla base delle indicazioni regionali, per il recupero delle liste di attesa.

9. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a progetti di ricerca applicata, funzioni di emergenza urgenza o di ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza è previsto l'importo annuale di €0..... per ciascuna delle annualità interessate dal presente contratto.

10. L'erogatore dichiara di conoscere ed accetta:

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

Art. 4 - Regole di remunerazione

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

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

3. L'Erogatore avrà diritto al riconoscimento della produzione annualmente erogata entro il limite massimo delle risorse allo stesso assegnate, salvo quanto previsto all'art. 3. Nulla spetterà all'Erogatore, quale compenso, indennizzo o risarcimento comunque denominato, per le prestazioni rese dalla Struttura in carenza di autorizzazione/accreditamento o dei relativi requisiti, nonché a seguito di sospensione/revoca dei titoli menzionati e di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 7.

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

Art. 5 - Modalità di pagamento e cessione del credito

1. I soggetti erogatori emettono fatture mensili di acconto, a seguito dell'ordine trasmesso dall'Azienda tramite il sistema NSO pari al 95% di 1/12 del budget.

È consentita l'emissione di una fattura a saldo delle prestazioni erogate alla scadenza del primo semestre dell'anno in misura complessivamente non superiore al 57% del budget, con la dicitura "salvo conguaglio" (o la richiesta di nota di credito da parte dell'azienda, qualora la produzione della struttura nel periodo sia stata inferiore al 95% del budget). Il documento contabile a conguaglio dell'annualità, emesso previo ricevimento dell'ordine elettronico dell'ASL, viene liquidato a seguito dei controlli effettuati circa l'osservanza del contratto.

2. Per il finanziamento dedicato all'esercizio di specifiche funzioni sono corrisposti, sulla base di apposita fattura emessa dall'Erogatore, acconti mensili pari a 1/12 del valore assegnato

come limite annuo massimo attribuito. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo, l'ASL effettua una verifica a consuntivo dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte ed eroga il conguaglio.

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

4. L'ASL emette l'ordine, di norma annuale, tramite il sistema NSO in modo da garantire la regolarità dei pagamenti.

5. I pagamenti devono aver luogo nel termine di 60 giorni dal ricevimento della fattura, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 231/2002 e s.m.i.

6. I ritardi di pagamento dovuti ad errori o incompletezza dei dati nelle fatture, tempestivamente segnalati dall'ASL, non sono imputabili a quest'ultima, per cui il termine di pagamento decorre interamente dalla trasmissione della fattura con le dovute rettifiche/integrazioni.

7. Gli importi versati dall'ASL e non dovuti sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile.

8. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno all'occorrenza essere compensate con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa.

9. È fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere totalmente o parzialmente i pagamenti, comunicandolo previamente e formalmente alla Struttura, nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dell'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. Le partite contestate devono essere comunque definite entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.

10. La cessione del credito vantato nei confronti dell'ASL, ferma la forma richiesta dall'art. 69 R.D. 18 novembre 1923, n. 2440, produce effetti nei confronti di quest'ultima solo a seguito di notificazione della cessione alla medesima e di espressa accettazione da parte di essa, applicandosi l'art. 117, comma 4-bis, del D.L. 19 maggio 2020 n. 34 (conv. con L. 17 luglio 2020, n. 77).

11. La misura degli interessi moratori di cui al D.Lgs. 9 ottobre 2002, n. 231 non può essere superiore al tasso legale stabilito con decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze non aumentato dei punti percentuali. In caso di cessione del credito da parte della Struttura, quest'ultima si impegna ad accollarsi il debito dell'ASL avente ad oggetto il pagamento degli interessi moratori in esame che possano sorgere successivamente alla cessione.

In ogni caso la Struttura si impegna ad emettere nota di credito sulle fatture oggetto di cessione qualora l'ASL lo richieda per la parte di produzione non effettuata.

Art. 6 - Verifiche e controlli

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza rispetto alle prestazioni contrattate. L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della D.G.R. 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si obbliga a consentire lo svolgimento dell'attività di vigilanza dell'apposita

Commissione ASL, a pena di risoluzione del contratto secondo la previsione di cui all'art. 7, comma 5, lett. e).

L'Erogatore si impegna altresì ad agevolare l'attività di vigilanza stessa, nonché quelle ulteriori esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 10 giorni, il legale rappresentante della Struttura, o suo delegato, può presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

3. L'ASL verifica il puntuale e corretto adempimento, da parte dell'Erogatore, dell'obbligo di cui all'art. 2, comma 4, di pubblicare il bilancio ed i dati relativi alle liste di attesa sul suo sito web, così come previsto dall'art. 41, comma 6, del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33.

Art. 7 – Sospensione e risoluzione del contratto

1. In caso di grave inadempimento, anche parziale, di obbligazioni nascenti dal contratto, e previa contestazione formale, la parte può sospendere l'efficacia del contratto o di parte di esso da un minimo di 3 mesi ad un massimo di 12 mesi, inviando comunicazione formale che indichi altresì la durata della sospensione.

2. La revoca dell'autorizzazione o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto. Sono fatte salve ulteriori cause di sospensione e di risoluzione del contratto previste dalla legge. La revoca o la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento relativa a determinati p.l. contrattualizzati o a determinate branche specialistiche contrattualizzate determinano la contestuale riduzione del budget relativo ai p.l. o alle branche specialistiche oggetto di sospensione/revoca da parte della Direzione Sanità, fatto salvo per queste ultime diverse valutazioni da parte dell'Asl sulla base del suo fabbisogno.

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

4. La Struttura si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo (tracciati C, SDO ed ulteriori flussi previsti dalla normativa vigente), nei confronti dell'ASL e del SSR secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'Erogatore è motivo di risoluzione del contratto. Le prestazioni domiciliari riabilitative erogate devono essere inserite nel Portale regionale FARSIAD-RP per soddisfare il debito informativo ministeriale e regionale del flusso SIAD "Sistema Informativo Assistenza Domiciliare" istituito con il D.M. 17 dicembre 2008 e con la D.G.R. 2 agosto 2010, n. 69-481.

5. Il presente contratto si intenderà risolto *ope iuris* qualora intervenga una o più delle ipotesi di seguito indicate:

- a) l'emersione di precedenti condanne penali, o sopravvenienza di nuove condanne penali, di carattere definitivo per uno o più reati di cui all'art. 94 del D.Lgs. 31 marzo 2023, n. 36 nei confronti dei soggetti indicati da tale articolo;
- b) l'accertamento o la sopravvenienza, con riferimento ai soggetti indicati dall'art. 85 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159, di cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159 e s.m.i., o in caso di ricevimento della comunicazione antimafia o di sussistenza di un tentativo di infiltrazione mafiosa accertato dall'informativa antimafia interdittiva ex art. 84 del medesimo decreto;
- c) violazione accertata definitivamente delle norme in materia di protezione infortunistica, sicurezza sui luoghi di lavoro idonea ad incidere gravemente sull'esecuzione delle prestazioni sanitarie;
- d) ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni;
- e) impedimento al controllo esercitato dalle Aziende Sanitarie competenti per territorio o dalle Commissioni di Vigilanza situate nel territorio aziendale.

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

Articolo 8 - Clausola di salvaguardia

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

Articolo 9 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2026.
2. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative di carattere nazionale o regionale, senza che derivino maggiori oneri per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze, e purché le stesse siano legate all'erogazione di prestazioni sanitarie per conto del SSR, l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante comunicazione formale all'ASL e alla Regione.

Articolo 10 – Bollo, registrazione e pubblicazione

1. Il presente contratto è soggetto ad imposta di bollo ai sensi dell'art. 2, comma 1, del D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642 e successive modificazioni e la relativa spesa è divisa in parti uguali.
2. È inoltre soggetto a registrazione solo in caso d'uso ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.P.R. 26 aprile 1986, n. 131.

3. Il presente contratto è soggetto a pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda Sanitaria, nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente.

Art. 11 - Foro competente

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

Letto, confermato e sottoscritto

Per l'ASL

Per l'Erogatore

.....

.....

Il presente documento è sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82

Il file contenente il testo del contratto, successivamente alla sottoscrizione con firma digitale in corso di validità, dovrà essere trasmesso via PEC a regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it

**ALLEGATO A1) STATO DI ACCREDITAMENTO
RICOVERO**

AZIENDA VILLA GRAZIA SRL

COD. AZ. 01064400

SEDE SAN CARLO C.SE – STRADA POLIGONO N. 2

STRUTTURA/E VILLA GRAZIA SRL

SEDE/I OPERATIVA/E SAN CARLO C.SE – STRADA POLIGONO N. 2

COD. HSP11 01064400

ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE : DETERMINAZIONE N. 33 DEL 19.01.2017

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO: DETERMINAZIONE N. 33 DEL 19.1.2017

DISCIPLINE OSPEDALIERE	P.L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	P.L. CONTRATTATI 2022	EVENTUALI PRESTAZIONI OSPEDALIERE CONTRATTATE (DRG, MDC) RICHIESTE ALL'INTERNO DELLE DISCIPLINE ACCREDITATE E DEL BUDGET ASSEGNATO
RRF 1 LIVELLO	40	40	40	
RRF 2 LIVELLO	20	20	20	
RRF 1 LIVELLO	10			
LUNGODEGENZA	90	90	90	
CAVS	60	60	60	

AMBULATORIO

AZIENDA VILLA GRAZIA SRL

COD. AZ. 01064400

SEDE SAN CARLO C.SE – STRADA POLIGONO N. 2

STRUTTURA: VILLA GRAZIA SRL

SEDE OPERATIVA: SAN CARLO C.SE – STRADA POLIGONO N. 2

COD. HSP11 01064400

ATTO DI AUTORIZZAZIONE : DETERMINAZIONE N. 33 DEL 19.01.2017

ATTO DI ACCREDITAMENTO: DETERMINAZIONE N. 33 DEL 19.1.2017

BRANCHE SPECIALISTICHE ACCREDITATE	BRANCHE SPECIALISTICHE CONTRATTATE	EVENTUALI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI RICHIESTE ALL'INTERNO DELLE DISCIPLINE ACCREDITATE E DEL BUDGET ASSEGNATO
69 - DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	69 - DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	88.73.5 - ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica 88.74.1 - ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso : fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni , retro peritoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1) 88.75.1 - ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile Escluso : Ecografia dell'addome completo (88.76.1) 88.76.1 - ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO 88.76.3 - ECOCOLOR DOPPLER DELLAORTA DEGLI ASSI ILIACO-FEMORALI 88.77.2 - ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica 88.79.3 - ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE 88.79.9 - ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE

ALLEGATO A)

SCHEMA DI CONTRATTO PER GLI ANNI 2024 – 2026 EX ART. 8 QUINQUIES D.LGS. N. 502/1992 e s.m.i.

Tra

l'ASL TO4, con sede legale in Torino, Via Po 11 Chivasso (C.F. 09736160012) rappresentata dal Direttore Sanitario Dr. Alessandro Girardi delegato alla sottoscrizione del presente contratto, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società SANTA CROCE SRL, con sede legale in TORINO –Via O. Revel, 6 -10121,(C.F. 04290680018), titolare della struttura con sede operativa indicata nell'allegato 1, accreditata per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto, successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata dal legale rappresentante protempore nella qualità di legale rappresentante, con titolo di legale rappresentanza

Premesso che:

1. gli articoli 8-bis, ter, quater e quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con D.G.R. n. 17-8103/2024 del 22 /01 / 2024 sono stati approvati, per gli anni 2024-2026, le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati, il budget nonché lo schema di contratto a valere per le strutture private e per i presidi/IRCCS ex artt. 42 e 43 L. 833/1978;
3. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. _____ del ___ /___ /_____ è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto in attuazione della citata D.G.R.;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto

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, comma 1 e di cui ai seguenti setting:

RESIDENTI IN REGIONE

- I. ricovero in regime di acuzie e post-acuzie
- II. specialistica ambulatoriale
- III. cure domiciliari riabilitative (su specifici progetti concordati con l'Asl)
- IV. ambulatoriale ex art. 26 L. 833/1978

RESIDENTI FUORI REGIONE

- I. ricovero in regime di acuzie e post-acuzie
- II. specialistica ambulatoriale

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

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

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

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

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

- l'erogazione delle prestazioni sanitarie secondo le modalità organizzative stabilite, con riguardo alle strutture private accreditate e contrattualizzate con il SSR, dalla DGR n. 17-8103/2024 del 22/01/2024 avente ad oggetto: “Regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per gli anni 2024-2025- 2026 ed assegnazione dei tetti di spesa. Recepimento dell'Accordo sottoscritto tra la Direzione regionale Sanità e le Associazioni degli Erogatori sanitari privati. Approvazione dello schema di contratto per prestazioni di ricovero, specialistica ambulatoriale, attività domiciliare”;
- la condivisione con le ASL di tutte le agende di prenotazione relative alle prime visite e altre prestazioni di primo accesso, al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale nei termini e nelle modalità di cui alla DGR n. 4-4878 del 14 aprile 2022 e s.m.i.; le eventuali prime visite e prestazioni di primo accesso erogate in assenza di un appuntamento programmato sul sistema CUP regionale non saranno valorizzate ai fini della remunerazione economico-finanziaria, fatta salva l'impossibilità ad avviare il sistema non addebitabile all'erogatore e fatto salvo quanto previsto dagli atti regionali in materia in ordine alle modalità di attuazione del controllo di valorizzazione economico-finanziaria delle prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture private accreditate e contrattualizzate;
- l'adesione al progetto Fascicolo Sanitario Elettronico, attraverso la condivisione dei dati e documenti digitali di tipo sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito, e la corretta gestione del consenso informato.

4. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in apposita sezione nel proprio sito denominata “Liste di attesa”, i criteri di formazione delle liste di attesa, i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata, nonché, in altra sezione, i bilanci certificati (o conto economico nel caso di Enti, anche religiosi, o di strutture facenti parte di gruppi societari) - redatti secondo uno schema tipo

conforme ai principi civilistici ai sensi del D.M. 2 aprile 2015 n. 70 - e i dati sugli aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attività medica svolta.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 3 – Budget

1. Per gli anni 2024-2025-2026, in relazione alle risorse finanziarie programmate per le prestazioni da rendere dall'Erogatore per conto e a carico del SSR, nei limiti dei posti letto/branche specialistiche ambulatoriali accreditati indicati nell'allegato A), sono assegnati all'Erogatore i seguenti budget suddivisi per tipologia di setting assistenziali, per ciascuna annualità:

SETTING	RESIDENTI IN REGIONE (inclusi, secondo la circolare del Ministero della Salute n. 5 del 24.3.2000, STR, ENI, STP)	RESIDENTI FUORI REGIONE
Ricovero acuzie e post-acuzie	€ 5.784.198,84	€ 230.768,55
Specialistica ambulatoriale	€ -	€-
Cure domiciliari riabilitative		
Ambulatoriale ex art. 26 L. 833/1978		

L'Asl si riserva di richiedere, all'interno del budget, l'esecuzione di prestazioni specifiche di cui rilevi il fabbisogno nella sua funzione di tutela (v. tabella allegato A1).

2. Il budget ambulatoriale è al lordo del ticket.

3. Nell'ambito della stessa struttura, sono ammesse le seguenti compensazioni:

- all'interno del budget regionale, da ricovero verso attività ambulatoriale in presenza di economie del setting di ricovero (non viceversa);
- all'interno del budget regionale, fra le prestazioni domiciliari e ambulatoriali ex art. 26 L. 833/1978 con quelle ambulatoriali e viceversa, in presenza di economie per tali setting;
- all'interno del budget extraregionale da ricovero verso attività ambulatoriale e viceversa in presenza di economie di uno o dell'altro setting;
- nell'ambito dei budget regionale ed extraregionale, esclusivamente tra medesimi setting assistenziali (ricovero su ricovero, ambulatorio su ambulatorio) o tra ricovero verso ambulatorio (non viceversa), in presenza di economie. In ogni caso l'eccedenza di ricovero regionale è compensabile unicamente in presenza di economie di ricovero extraregionale.

4. Eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno riconosciute al termine della procedura di compensazione della mobilità interregionale, nella misura in cui siano valorizzate all'interno della stessa e, comunque, entro e non oltre il tetto massimo complessivo di spesa regionale per prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, fissato annualmente dalla DGR di riferimento, al fine del rispetto del limite di spesa di cui all'art. 15, c. 14 del D.L. n. 95/2012 e s.m.i..

5. Le eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno oggetto di regressione tariffaria fino al raggiungimento del predetto importo mediante riduzione in misura proporzionale alle eccedenze di produzione della singola struttura, partendo dalle prestazioni di bassa e media complessità in ricovero ordinario, seguite da quelle potenzialmente inappropriate erogate in regime ambulatoriale (escludendo quelle di medicina nucleare, dialisi ed oncologiche).

6. Sono ammesse le compensazioni fra strutture del medesimo gruppo societario, mantenendo la distinzione per setting secondo le modalità di cui ai commi precedenti ed il richiamo alle regole generali di abbattimento del valore della produzione in caso di superamento di ciascuno.

7. Trasferimenti parziali di attività e correlato budget tra strutture appartenenti al medesimo gruppo societario sono ammessi previa richiesta formulata entro il 31 maggio di ogni anno, fatte salve le esigenze della programmazione e con il parere favorevole delle aziende sanitarie interessate.

8. Sono riconoscibili al di fuori del budget assegnato unicamente le eventuali prestazioni contrattualizzate, sulla base delle indicazioni regionali, per il recupero delle liste di attesa.

9. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a progetti di ricerca applicata, funzioni di emergenza urgenza o di ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza è previsto l'importo annuale di €0..... per ciascuna delle annualità interessate dal presente contratto.

10. L'erogatore dichiara di conoscere ed accetta:

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

Art. 4 - Regole di remunerazione

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

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

3. L'Erogatore avrà diritto al riconoscimento della produzione annualmente erogata entro il limite massimo delle risorse allo stesso assegnate, salvo quanto previsto all'art. 3. Nulla spetterà all'Erogatore, quale compenso, indennizzo o risarcimento comunque denominato, per le prestazioni rese dalla Struttura in carenza di autorizzazione/accreditamento o dei relativi requisiti, nonché a seguito di sospensione/revoca dei titoli menzionati e di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 7.

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

Art. 5 - Modalità di pagamento e cessione del credito

1. I soggetti erogatori emettono fatture mensili di acconto, a seguito dell'ordine trasmesso dall'Azienda tramite il sistema NSO pari al 95% di 1/12 del budget.

È consentita l'emissione di una fattura a saldo delle prestazioni erogate alla scadenza del primo semestre dell'anno in misura complessivamente non superiore al 57% del budget, con la dicitura "salvo conguaglio" (o la richiesta di nota di credito da parte dell'azienda, qualora la produzione della struttura nel periodo sia stata inferiore al 95% del budget). Il documento contabile a conguaglio dell'annualità, emesso previo ricevimento dell'ordine elettronico dell'ASL, viene liquidato a seguito dei controlli effettuati circa l'osservanza del contratto.

2. Per il finanziamento dedicato all'esercizio di specifiche funzioni sono corrisposti, sulla base di apposita fattura emessa dall'Erogatore, acconti mensili pari a 1/12 del valore assegnato

come limite annuo massimo attribuito. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo, l'ASL effettua una verifica a consuntivo dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte ed eroga il conguaglio.

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

4. L'ASL emette l'ordine, di norma annuale, tramite il sistema NSO in modo da garantire la regolarità dei pagamenti.

5. I pagamenti devono aver luogo nel termine di 60 giorni dal ricevimento della fattura, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 231/2002 e s.m.i.

6. I ritardi di pagamento dovuti ad errori o incompletezza dei dati nelle fatture, tempestivamente segnalati dall'ASL, non sono imputabili a quest'ultima, per cui il termine di pagamento decorre interamente dalla trasmissione della fattura con le dovute rettifiche/integrazioni.

7. Gli importi versati dall'ASL e non dovuti sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile.

8. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno all'occorrenza essere compensate con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa.

9. È fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere totalmente o parzialmente i pagamenti, comunicandolo previamente e formalmente alla Struttura, nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dell'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. Le partite contestate devono essere comunque definite entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.

10. La cessione del credito vantato nei confronti dell'ASL, ferma la forma richiesta dall'art. 69 R.D. 18 novembre 1923, n. 2440, produce effetti nei confronti di quest'ultima solo a seguito di notificazione della cessione alla medesima e di espressa accettazione da parte di essa, applicandosi l'art. 117, comma 4-bis, del D.L. 19 maggio 2020 n. 34 (conv. con L. 17 luglio 2020, n. 77).

11. La misura degli interessi moratori di cui al D.Lgs. 9 ottobre 2002, n. 231 non può essere superiore al tasso legale stabilito con decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze non aumentato dei punti percentuali. In caso di cessione del credito da parte della Struttura, quest'ultima si impegna ad accollarsi il debito dell'ASL avente ad oggetto il pagamento degli interessi moratori in esame che possano sorgere successivamente alla cessione.

In ogni caso la Struttura si impegna ad emettere nota di credito sulle fatture oggetto di cessione qualora l'ASL lo richieda per la parte di produzione non effettuata.

Art. 6 - Verifiche e controlli

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza rispetto alle prestazioni contrattate. L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della D.G.R. 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si obbliga a consentire lo svolgimento dell'attività di vigilanza dell'apposita

Commissione ASL, a pena di risoluzione del contratto secondo la previsione di cui all'art. 7, comma 5, lett. e).

L'Erogatore si impegna altresì ad agevolare l'attività di vigilanza stessa, nonché quelle ulteriori esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 10 giorni, il legale rappresentante della Struttura, o suo delegato, può presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

3. L'ASL verifica il puntuale e corretto adempimento, da parte dell'Erogatore, dell'obbligo di cui all'art. 2, comma 4, di pubblicare il bilancio ed i dati relativi alle liste di attesa sul suo sito web, così come previsto dall'art. 41, comma 6, del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33.

Art. 7 – Sospensione e risoluzione del contratto

1. In caso di grave inadempimento, anche parziale, di obbligazioni nascenti dal contratto, e previa contestazione formale, la parte può sospendere l'efficacia del contratto o di parte di esso da un minimo di 3 mesi ad un massimo di 12 mesi, inviando comunicazione formale che indichi altresì la durata della sospensione.

2. La revoca dell'autorizzazione o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto. Sono fatte salve ulteriori cause di sospensione e di risoluzione del contratto previste dalla legge. La revoca o la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento relativa a determinati p.l. contrattualizzati o a determinate branche specialistiche contrattualizzate determinano la contestuale riduzione del budget relativo ai p.l. o alle branche specialistiche oggetto di sospensione/revoca da parte della Direzione Sanità, fatto salvo per queste ultime diverse valutazioni da parte dell'Asl sulla base del suo fabbisogno.

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

4. La Struttura si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo (tracciati C, SDO ed ulteriori flussi previsti dalla normativa vigente), nei confronti dell'ASL e del SSR secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'Erogatore è motivo di risoluzione del contratto. Le prestazioni domiciliari riabilitative erogate devono essere inserite nel Portale regionale FARSIAD-RP per soddisfare il debito informativo ministeriale e regionale del flusso SIAD "Sistema Informativo Assistenza Domiciliare" istituito con il D.M. 17 dicembre 2008 e con la D.G.R. 2 agosto 2010, n. 69-481.

5. Il presente contratto si intenderà risolto *ope iuris* qualora intervenga una o più delle ipotesi di seguito indicate:

- a) l'emersione di precedenti condanne penali, o sopravvenienza di nuove condanne penali, di carattere definitivo per uno o più reati di cui all'art. 94 del D.Lgs. 31 marzo 2023, n. 36 nei confronti dei soggetti indicati da tale articolo;
- b) l'accertamento o la sopravvenienza, con riferimento ai soggetti indicati dall'art. 85 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159, di cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159 e s.m.i., o in caso di ricevimento della comunicazione antimafia o di sussistenza di un tentativo di infiltrazione mafiosa accertato dall'informativa antimafia interdittiva ex art. 84 del medesimo decreto;
- c) violazione accertata definitivamente delle norme in materia di protezione infortunistica, sicurezza sui luoghi di lavoro idonea ad incidere gravemente sull'esecuzione delle prestazioni sanitarie;
- d) ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni;
- e) impedimento al controllo esercitato dalle Aziende Sanitarie competenti per territorio o dalle Commissioni di Vigilanza situate nel territorio aziendale.

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

Articolo 8 - Clausola di salvaguardia

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

Articolo 9 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2026.
2. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative di carattere nazionale o regionale, senza che derivino maggiori oneri per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze, e purché le stesse siano legate all'erogazione di prestazioni sanitarie per conto del SSR, l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante comunicazione formale all'ASL e alla Regione.

Articolo 10 – Bollo, registrazione e pubblicazione

1. Il presente contratto è soggetto ad imposta di bollo ai sensi dell'art. 2, comma 1, del D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642 e successive modificazioni e la relativa spesa è divisa in parti uguali.
2. È inoltre soggetto a registrazione solo in caso d'uso ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.P.R. 26 aprile 1986, n. 131.

3. Il presente contratto è soggetto a pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda Sanitaria, nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente.

Art. 11 - Foro competente

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

Letto, confermato e sottoscritto

Per l'ASL

Per l'Erogatore

.....

.....

Il presente documento è sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82

Il file contenente il testo del contratto, successivamente alla sottoscrizione con firma digitale in corso di validità, dovrà essere trasmesso via PEC a regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it

ALLEGATO A1) STATO DI ACCREDITAMENTO

AZIENDA: SANTA CROCE SRL

COD. AZ.: 010622

SEDE TORINO – VIA O. REVEL 6 - 10121

RICOVERO

STRUTTURA: CASA DI CURA VILLA IDA

SEDE OPERATIVA: LANZO T.SE – VIA A. DI CHALLANT 23

COD. HSP11: 010622

ATTO DI AUTORIZZAZIONE - D.G.R. 13-2022 del 05.08.2015

ATTO DI ACCREDITAMENTO - D.G.R. 13-7470 del 28.10.2002

DISCIPLINE OSPEDALIERE	P.L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	P.L. CONTRATTATI 2022	EVENTUALI PRESTAZIONI OSPEDALIERE CONTRATTATE (DRG, MDC) RICHIESTE ALL'INTERNO DELLE DISCIPLINE ACCREDITATE E DEL BUDGET ASSEGNATO
RRF 1 LIVELLO	15	15	15	
RRF 2 LIVELLO	55	55	55	
LUNGODEGENZA	30	30	30	
CAVS	30	30	30	