REGIONE PIEMONTE

GIUNTA REGIONALE

Verbale n. 205 Adunanza 2 luglio 2013

L'anno duemilatredici il giorno 2 del mese di luglio alle ore 14:20 in Torino presso la Sede della Regione, Piazza Castello n.165, nella apposita sala delle adunanze di Giunta, si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di Roberto COTA Presidente, Gilberto PICHETTO FRATIN Vicepresidente e degli Assessori Barbara BONINO, Ugo CAVALLERA, Michele COPPOLA, Riccardo MOLINARI, Claudia PORCHIETTO, Giovanna QUAGLIA, Roberto RAVELLO, Claudio SACCHETTO, ~~Alberto CIRIO, Agostino GHIGLIA, Gian Luca VIGNALE,~~ con l'assistenza di Guido ODICINO nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

Sono assenti gli Assessori: CIRIO, GHIGLIA, VIGNALE

(Omissis)

D.G.R. n. 13 - 6038

OGGETTO:

Definizione criteri e modalita' per la determinazione dei volumi di attivita' e dei tetti di spesa per l'anno 2013 degli erogatori privati e di quelli equiparati a quelli pubblici.

A relazione dell' Assessore CAVALLERA:

Premesso che, come previsto dall'articolo 15, comma 20, del d.l. n. 95/2012, convertito, con modificazioni, nella legge n. 135/2012, è necessaria la prosecuzione dell'azione di controllo della spesa sanitaria, intrapresa con il Piano di riqualificazione del SSR e di riequilibrio economico (Piano di rientro) 2010-2012, sottoscritto il 29/07/2010 (D.G.R. n. 1-415 del 02/08/2010) e integrato da un successivo Addendum (D.G.R. n. 44-1615 del 28/02/2011 e n. 49-1985 del 29/04/2011), al fine di non compromettere l'attribuzione in via definitiva delle risorse finanziarie, in termini di competenza e di cassa, condizionate alla piena attuazione del Piano di rientro stesso.

Rilevato che, a tal fine, è in corso di definizione il Programma Operativo 2013-2015 che intende proseguire e rafforzare l'azione di controllo della spesa sanitaria, continuando a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza.

Constatato che tra le azioni previste da detto Programma operativo alcune riguardano il rapporto con gli erogatori privati accreditate e gli Istituti equiparati a quelli pubblici con la definizione degli interventi necessari per dare attuazione a quanto previsto dal D. L. 06/07/2012 n. 95 convertito in legge n. 135 del 07/08/2012.

Rilevato che l'art. 15 comma 14 del D.L. 6 luglio 2012 n. 95 convertito in legge 7 agosto 2012 n. 135 prevede che " a tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5

per cento per l'anno 2012,dell' 1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014." L'ultimo capoverso di detto comma precisa che comunque il livello di spesa determinatosi per il 2012 a seguito dell'applicazione della misura di contenimento su indicata costituisce il livello di spesa per gli acquisti delle prestazioni sanitarie presso gli operatori privati accreditati su cui le regioni adottano a decorrere dall'anno 2013 tutte le misure necessarie a garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati ai sensi dell'art. 17, comma 1,lettera a) del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111.

Rilevato inoltre che con il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 18 ottobre 2012, in applicazione dell'articolo 15, commi 15,16,17, e 18 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95,convertito,con modificazioni, in legge 7 agosto 2012 n. 135, sono state determinate le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di specialistica ambulatoriale, valide dalla data di entrata in vigore del decreto e fino al 31 dicembre 2014. Il comma 17 dell'articolo 15 del decreto-legge succitato prevede che per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni le tariffe massime di detto decreto costituiscano un limite invalicabile.

Preso atto che il programma operativo in corso di definizione prevede per l'anno 2013, applicando l'ultimo capoverso del comma 14 dell'art.15 del D.L. 6 luglio 2012 n. 95 convertito in legge 7 agosto 2012 n. 135, una riduzione dei costi per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori suddetti di circa 30,00 Mln. rispetto al costo risultante dal consuntivo IV° trimestre 2012 .

Che dette economie devono essere ottenute per 14,4 Mln. con la riduzione, alle tariffe vigenti nel 2012, degli importi contrattuali e per circa 16 Mln. dalla applicazione delle tariffe previste dal Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 18 ottobre 2012 che saranno applicate dal primo luglio 2013.

Constatato che con D.G.R. n. 58-3079 del 5 dicembre 2011 è stata definita, in attuazione dell'art. 8 quinquies D.Lgs. n. 229/1999, la ripartizione di funzioni e responsabilità tra Regione e Aziende Sanitarie Locali per la definizione ed applicazione degli accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, nonché dei contratti con le strutture private.

Rilevato che con detta DGR è stata riservata alla responsabilità della Regione la determinazione per ogni Azienda Sanitaria locale, tenuto conto delle reali esigenze di prestazioni da erogatori privati a livello regionale, del massimo costo complessivo annuo delle prestazioni di specialistica ed ospedaliera da acquistare da terzi soggetti erogatori privati con l'eventuale indicazione dei tetti di spesa per singola struttura privata.

Preso atto che con DGR n. 11-5725 del 29 aprile 2013 si sono prorogati sino al 30 giugno 2013 i contratti 2012 con le strutture equiparate stabilendo un budget per il primo semestre 2013 pari al 98% dei sei dodicesimi della media dei valori di produzione consuntivabile negli anni 2011 e 2012. Con lo stesso provvedimento si sono autorizzate le ASL ad analoga proroga dei contratti con le strutture private.

Ritenuto necessario, in attesa del completamento della riorganizzazione della rete ospedaliera, definire con immediatezza i criteri per stabilire il budget di ogni struttura per il solo anno 2013 rinviando la definizione dei budget 2014, che in ogni caso verrà effettuata entro il 30 novembre per permettere la conclusione dei contratti 2014 entro e non oltre il 31/12/2013, a data successiva alla definitiva approvazione del P.O. 2013-2015.

Che al fine di applicare contrattualmente dette azioni di contenimento dei costi occorre che le Aziende sanitarie Locali stipulino entro il 10 agosto p.v. con le singole strutture private i contratti per l'anno 2013 per gli importi che saranno determinati dalla Direzione Sanita' della Regione Piemonte entro il 15 luglio applicando i seguenti criteri:

1) riduzione dell'importo complessivo consuntivabile (valore produzione compatibile con il tetto di spesa previsto dai singoli contratti) 2012 di ogni struttura del 3% con pari riduzione delle singole aree produttive(ospedaliera per residenti nella Regione Piemonte e stranieri, ospedaliera per residenti in altre Regioni d'Italia, specialistica ambulatoriale per i residenti nella Regione Piemonte e stranieri,specialistica ambulatoriale per i residenti in altre Regioni d'Italia). Per migliorare l'appropriatezza della prestazione e permettere di adeguare l'attività delle singole strutture alle disposizioni regionali tendenti a dare applicazione al Patto per la Salute 2010 –2012 che richiede il passaggio delle modalità di erogazione delle prestazioni dalla forma di ricovero a quella ambulatoriale la Direzione Sanità, nel definire i budget relativo alla specialistica ambulatoriale delle singole strutture, può incrementare detto budget sino ad un massimo del 20% rispetto all'importo consuntivabile 2012 compensando detto incremento con pari riduzione del budget per l'area produttiva ospedaliera. Per le strutture che sono state autorizzate formalmente dalla Regione Piemonte a sospendere l'attività per l'intero 2012 o per periodi inferiori l'importo consuntivabile su cui si applica la riduzione del 3% è pari 99,5% di quello relativo all'anno 2011. In ogni caso, tenuto conto delle disposizioni previste dall'addendum al piano di rientro 2010-2012 che prevedeva un budget 2012 pari al 95% di quello 2010 e della successiva riduzione dello 0,5% della spending review, il budget complessivo 2013 di ogni struttura, alle tariffe in vigore nel 2012, non potrà essere superiore al 91,69% (2010 =100; 2013 = 100-5%- 0,5% (spending review)- 3%) dell'importo complessivo del contratto definitivo (contratto ed eventuali successive modifiche ed integrazioni sottoscritte dalle parti contraenti) stipulato per l'anno 2010;

2) riduzione dell'importo determinato con i criteri indicati al precedente punto 1) in misura pari al 50% delle economie derivanti dalla applicazione delle tariffe, adottate dalla Regione in applicazione del comma 17 dell'articolo 15 del decreto-legge 6 luglio 2012 n. 95, alla produzione 2012 delle singole strutture. In ogni caso l'applicazione delle nuove tariffe non potrà comportare per le singole strutture un budget superiore a quello determinato con l'applicazione del criterio di cui al punto 1);

3) divieto di compensazione dei budget tra le singole aree produttive.

Ritenuto pertanto necessario adeguare ai contenuti di detti criteri lo schema di contratto che disciplina il rapporto tra le ASL e i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie per conto e a carico del SSR approvato con D.G.R. n. 59-3080 del 5 dicembre 2011 e pertanto approvare lo schema di contratto (allegato A), allegato al presente provvedimento di cui fa parte integrante e sostanziale.

Rilevato che occorre definire i budget degli Istituti equiparati a quelli pubblici applicando le stesse regole previste per le strutture private tenendo conto anche delle disposizioni sui finanziamenti extratariffari assunte con D.G.R. n. 12-6037 del 2/07/2013.

Che pertanto occorre adeguare ai contenuti di detti criteri anche lo schema di accordo che disciplina i rapporti con detti Istituti approvando lo schema di accordo (allegato B) che fa parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Ritenuto inoltre necessario delegare il Direttore della Direzione Sanità a stipulare entro il 10 agosto 2013, secondo lo schema di accordo allegato (allegato B) gli accordi per l'anno 2013 previsto dal comma 2 dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. 229/1999 e s.m.i., con i presidi ex art. 43 L. 833/78 e gli I.R.C.C.S. prevedendo il budget annuo determinato applicando i criteri suddetti.

Ritenuto infine di:

- disporre che le quote di acconto mensili corrisposte alle singole strutture private e a quelle equiparate a quelle pubbliche siano decurtate dei maggiori ticket introdotti dopo il 31 dicembre 2010 incassati dalle singole strutture nel periodo di riferimento dell'acconto;
- precisare che alle singole strutture (private o equiparate a quelle pubbliche) che erogano prestazioni nell'anno 2013 per un valore che superi il tetto massimo di spesa contrattuale

delle singole aree produttive non viene riconosciuta alcuna remunerazione ad eccezione delle eventuali eccedenze di costo per prestazioni rese ad utenti extra regionali che potranno essere retribuite, in assenza di accordi di confine con le altre Regioni, al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale. Alle strutture verrà riconosciuto l'importo eccedente in misura pari alla percentuale di prestazioni riconosciute alla Regione rispetto a quelle addebitate complessivamente alle altre Regione;

- autorizzare gli Istituti equiparati a quelli pubblici e le strutture private a continuare la produzione con onere a carico del SSR sino al 10 agosto 2013 con un volume di attività che tenga conto che la riduzione indicata al punto 1) dei criteri grava sull'intero anno 2013 e quindi deve essere recuperata anche l'eventuale maggior produzione del primo semestre;
- precisare che ai sensi dell'art. 8 quinquies,comma 2 quinquies, del d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. in caso di mancata sottoscrizione dei contratti entro il 10 agosto 2013 viene immediatamente disposta la sospensione dell'accreditamento istituzionale di cui all'art. 8 quater delle strutture inadempienti.

Visti:
- il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i, recante ad oggetto "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421";
- l'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, rep. n. 243/CSR concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012;
- il D.L. 6 luglio 2012 n. 95 convertito con modificazione in legge 7 agosto 2012 n. 135;
- il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 18 ottobre 2012, in applicazione dell'articolo 15, commi 15,16,17, e 18 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95,convertito,con modificazioni, in legge 7 agosto 2012 n. 135;
- la D.G.R. n. 1-415 del 2 agosto 2010 recante "Approvazione dell' Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Piemonte per il Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311";
- la D.G.R. n. 44-1615 del 22/02/2011 e s.m.i. relativa all'adozione dell'Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo;
- la D.G.R. n. 58-3079 del 05/12/2011 relativa all'adeguamento delle competenze riservate alla Regione e alle ASL ai sensi dell'art. 8 quinquies D. Lgs. 229/1999 e s.m.i. alle previsioni del Piano di Rientro;
- la D.G.R. n. 59-3080 del 05/12/2011 relativa alle decisioni in merito all'assistenza ospedaliera e all'assistenza specialistica erogata dalle strutture equiparate a quelle pubbliche e dalle strutture private;

condividendo le argomentazioni del relatore;

la Giunta Regionale;

a voti unanimi, espressi nelle forme di legge,

d e l i b e r a

per le motivazioni espresse in premessa di:

A) disporre che le Aziende Sanitarie Locali stipulino entro il 10 agosto 2013 con le singole strutture private contratti per l'anno 2013 prevedendo un volume di prestazioni, comprese quelle già erogate nel primo semestre dell'anno 2013, compatibile con gli importi contrattuali che saranno determinati per ogni struttura dalla Direzione Sanita' della Regione Piemonte entro il 15 luglio applicando i seguenti criteri:

1) riduzione dell'importo complessivo consuntivabile (valore produzione compatibile con il tetto di spesa previsto dai singoli contratti) 2012 di ogni struttura del 3% con pari riduzione delle singole aree produttive (ospedaliera per residenti nella Regione Piemonte e stranieri, ospedaliera per

residenti in altre Regioni d'Italia, specialistica ambulatoriale per i residenti nella Regione Piemonte e stranieri,specialistica ambulatoriale per i residenti in altre Regioni d'Italia). Per migliorare l'appropriatezza della prestazione e permettere di adeguare l'attività delle singole strutture alle disposizioni regionali tendenti a dare applicazione al Patto per la Salute 2010 –2012 che richiede il passaggio delle modalità di erogazione delle prestazioni dalla forma di ricovero a quella ambulatoriale la Direzione Sanità, nel definire i budget relativo alla specialistica ambulatoriale delle singole strutture, può incrementare detto budget sino ad un massimo del 20% rispetto all'importo consuntivabile 2012 compensando detto incremento con pari riduzione del budget per l'area produttiva ospedaliera. Per le strutture che sono state autorizzate formalmente dalla Regione Piemonte a sospendere l'attività per l'intero anno 2012 o per periodi inferiori l'importo consuntivabile su cui si applica la riduzione del 3% è pari 99,5% di quello relativo all'anno 2011. In ogni caso, tenuto conto delle disposizioni previste dall'addendum al piano di rientro 2010-2012 che prevedeva un budget 2012 pari al 95% di quello 2010 e della successiva riduzione dello 0,5% della spending review, il budget complessivo 2013 di ogni struttura, alle tariffe in vigore nel 2012, non potrà essere superiore al 91,69% (2010 =100; 2013 = 100-5%- 0,5 %(spending review)- 3%) dell'importo complessivo del contratto definitivo (contratto ed eventuali successive modifiche ed integrazioni sottoscritte dalle parti contraenti) stipulato per l'anno 2010;

2) riduzione dell'importo determinato con i criteri indicati al precedente punto A1) in misura pari al 50% delle economie derivanti dalla applicazione delle tariffe, adottate dalla Regione in applicazione del comma 17 dell'articolo 15 del decreto-legge 6 luglio 2012 n. 95, alla produzione 2012 delle singole strutture. In ogni caso l'applicazione delle nuove tariffe non potrà comportare per le singole strutture un budget superiore a quello determinato con l'applicazione del criterio di cui al punto A1);

3) divieto di compensazione del budget tra le singole aree produttive.

B) adeguare ai contenuti di detti criteri lo schema di contratto che disciplina il rapporto tra le ASL e i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie per conto e a carico del SSR approvato con D.G.R. n. 59-3080 del 5 dicembre 2011 e pertanto approvare lo schema di contratto (allegato A), allegato al presente provvedimento di cui fa parte integrante e sostanziale;

C) definire i budget degli Istituti equiparati a quelli pubblici applicando le stesse regole previste al punto A per le strutture private tenendo conto anche delle disposizioni sui finanziamenti extratariffari assunte con D.G.R. n. 12-6037 del 2/7/2013;

D) adeguare ai contenuti di detti criteri lo schema di accordo che disciplina i rapporti con detti istituti approvando lo schema di accordo (allegato B) che fa parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

E) delegare il Direttore della Direzione Sanità a stipulare entro il 10 agosto 2013, secondo lo schema di accordo allegato (allegato B) gli accordi per l'anno 2013 previsto dal comma 2 dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. 229/1999 e s.m.i., con i presidi ex art. 43 L. 833/78 e gli I.R.C.C.S. prevedendo il budget annuo determinato applicando i criteri suddetti;

F) disporre che le quote di acconto mensili corrisposte alle singole strutture private e a quelle equiparate a quelle pubbliche siano decurtate dei maggiori ticket introdotti dopo il 31 dicembre 2010 incassati dalle singole strutture nel periodo a cui si riferisce l'acconto;

G) precisare che alle singole strutture (private o equiparate a quelle pubbliche) che erogano prestazioni nell'anno 2013 per un valore che superi il tetto massimo di spesa contrattuale delle singole aree produttive non viene riconosciuta alcuna remunerazione ad eccezione delle eventuali eccedenze di costo per prestazioni rese ad utenti extra regionali che potranno essere retribuite, in assenza di accordi di confine con le altre Regioni, al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale. Alle strutture verrà riconosciuto l'importo eccedente in misura pari alla

percentuale di prestazioni riconosciute alla Regione rispetto a quelle addebitate complessivamente alle altre Regioni;

H) autorizzare gli Istituti equiparati a quelli pubblici e le strutture private a continuare la produzione con onere a carico del SSR sino al 10 agosto 2013 con un volume di attività che tenga conto che la riduzione indicata al punto A) 1) grava sull'intero anno 2013 e quindi deve essere recuperata anche l'eventuale maggior produzione del primo semestre;

I) precisare che ai sensi dell'art. 8 quinquies, comma 2 quinquies, del d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. in caso di mancata sottoscrizione dei contratti entro il 10 agosto 2013 viene immediatamente disposta la sospensione dell'accreditamento istituzionale di cui all'art. 8 quater delle strutture inadempienti;

L) rinviare la definizione del budget 2014 delle singole strutture a data successiva l'approvazione del P.O. e comunque entro il 30 novembre 2013 per permettere la stipula dei contratti 2014 entro il 31/12/2013

M) trasmettere il presente provvedimento a tutte le Aziende Sanitarie locali, a tutte le strutture private convenzionate con dette Aziende e agli istituti equiparati con quelli pubblici.

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso giurisdizionale avanti al TAR entro 60 giorni dalla data di comunicazione o piena conoscenza dell'atto, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni dalla suddetta data, ovvero l'azione innanzi al Giudice Ordinario, per tutelare un diritto soggettivo, entro il termine di prescrizione previsto dal Codice civile.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

(Omissis)

Il Presidente
della Giunta Regionale
Roberto COTA

Direzione Affari Istituzionali
e Avvocatura
Il funzionario verbalizzante
Guido ODICINO

Estratto dal libro verbali delle deliberazioni assunte dalla Giunta Regionale in adunanza 2 luglio 2013.

cr/2 n

dls-6038 8-1-2013

(allegato A)

SCHEMA DI CONTRATTO

Tra

- l'Azienda Sanitaria Locale ..., con sede in ....., via ....., C.F. ....., rappresentata da..... ....., successivamente ASL .....

e

- la struttura privata di ricovero/ambulatoriale/professionista accreditato....., sita in ....., via ....., C.F. ....., rappresentata dal ...., nella sua qualità di ....., con titolo di legale rappresentanza (ovvero con mandato speciale di rappresentanza), successivamente Casa di cura/Struttura ambulatoriale/ Studio professionale...../....., ...

Premesso che

a) il d.lgs 502/1992 e s.m.i., agli art.li 8-bis, 8-quater e 8-quinquies, disciplina la partecipazione al Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) dei soggetti erogatori privati nei seguenti termini:
   - le Regioni assicurano i livelli essenziali ed uniformi di assistenza avvalendosi anche dei soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;
   - l'accreditamento istituzionale non costituisce vincolo per gli enti del Ssn – Regioni e Asl - a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;
   - le Asl definiscono contratti con le strutture private nel rispetto dello schema contrattuale approvato con D.G.R. n. del.....;
b) con D.G.R. n° 34-9619 in data 15.09.2008 e s.m.i. la Regione Piemonte ha provveduto alla assunzione dell'atto di regolazione delle responsabilità riservate all'istituzione regionale nonché alle ASR, in attuazione di quanto previsto dal comma 1 del medesimo art. 8 quinquies;
c) il medesimo provvedimento, anche sulla base di quanto già previsto dalla citata norma di riferimento dell'art. 8 quinquies comma 2 lett. a, b, c, d, e, e bis , ha determinato gli elementi essenziali necessari al contenuto del contratto, suscettibili peraltro di essere integrati dagli elementi ulteriori di ravvisata opportunità nella prospettiva di perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione dei servizi (ristrutturazioni/riconversioni di attività, trasferimenti di sedi con o senza ristrutturazioni/riconversioni, fusioni,concentrazioni etc.), programmazione delle risorse ed equilibrio delle gestioni sanitarie, fortemente ribadito all'art 79 della decretazione sopra citata;
d) la Casa di cura/ Struttura ambulatoriale risulta accreditata definitivamente/provvisoriamente con D.G.R. ..... per l'attività di ricovero e/o con D.G.R. .....per l'attività ambulatoriale nei termini indicati nell'allegato A (nota1);

Tutto ciò premesso, da considerarsi parte integrante e sostanziale del presente contratto, si conviene e si stipula quanto segue:

Art. 1

(Elementi essenziali oggetto del contratto)

1. Il presente contratto contiene gli elementi essenziali che seguono:

a) Disciplina il rapporto tra l'ASL ..... e la Casa di cura/struttura, ai sensi dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., per la erogazione al SSR, a prescindere dalla residenza degli assistiti, di prestazioni di assistenza sanitaria secondo le tipologie di seguito indicate (n.d.r. con stralcio di quanto non previsto) contro corrispettivo preventivato:

- prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza ordinaria;
- prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza diurna;
- prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Le prestazioni oggetto del contratto devono essere conformi al programma di integrazione dei servizi per la parte di interesse della struttura privata, quale rappresentazione del fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni da acquisire presso la Casa di cura/struttura da parte dell'ASL in quanto parte del territorio subregionale di riferimento definito in sede di coordinamento sovrazonale dalle ASL e ASO (ovvero AOU) interessate, in coerenza con gli obiettivi di salute della legge regionale di piano, tenendo altresì conto della mobilità interregionale. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. a) del comma 2 art. 8 quinquies cit.

b) Determina il volume massimo delle prestazioni che la Casa di cura/struttura si impegna ad assicurare distinto per tipologia e modalità di erogazione, e tenendo anche conto delle eventuali prestazioni che fossero state individuate dalla Regione come soggette a preventiva autorizzazione dell'ASL per la fruizione presso le strutture accreditate del SSR. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. b) del comma 2 art. 8 quinquies cit., con la modifica prevista dal comma 1 quinquies dell'art 79 D.L. 25 06.2008 n°112 aggiunto dalla relativa legge di conversione.

c) Definisce i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale, in coerenza con la regolamentazione regionale in materia nonché con il programma di integrazione dei servizi sopra richiamato definito in sede di coordinamento sovrazonale. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. c) del comma 2 art. 8 quinquies cit.

d) Determina il corrispettivo preventivato quale budget complessivo definito come somma dei valori di budget delle prestazioni degenziali e ambulatoriali derivanti dalla tariffazione regionale da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività svolte. Quanto sopra in corrispondenza di quanto previsto alla lett. d) del comma 2 art. 8 quinquies.

e) Definisce il debito informativo della Casa di cura per il monitoraggio del contratto pattuito e le procedure da eseguirsi per il controllo esterno di appropriatezza e qualità dell'assistenza prestata e delle prestazioni rese, in conformità alla regolamentazione nazionale e regionale di riferimento. Quanto sopra in corrispondenza di quanto previsto alla lett. e) del comma 2 art. 8 quinquies.

f) Precisa le modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi e tipologie concordati delle prestazioni, prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel

corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo delle prestazioni remunerate, di cui alla lett. b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lett. d).Quanto sopra in corrispondenza della lett. e) bis del comma 2 dell'art. 8 quinquies.

g) Definisce gli ulteriori profili ravvisati necessari alla garanzia della coerenza agli obiettivi prioritari di sistema dell'assistenza sanitaria regionale e territoriale.

Art. 2

(Il programma di integrazione dei servizi)

Il programma di integrazione dei servizi riguardante :

1. i cittadini residenti nel residuo territorio regionale (compresi stranieri, STP, ENI);
2. i cittadini di residenza extraregionale

è quello definito, sulla base delle indicazioni e della programmazione regionale, in sede di coordinamento sovrazonale dalle ASL e ASO/AOU del territorio subregionale AFS...., e riportato, per la parte afferente le prestazioni che devono essere erogate della casa di cura/struttura, nell'allegato B) .

Esso rappresenta il fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni che questa ASL..... intende acquistare dalla Casa di cura/struttura..... ,che con la sottoscrizione del presente contratto si impegna ad assicurare verso il corrispettivo delle tariffe previste dai tariffari indicati nell'articolo 5) .

Le parti concordano di inserire, nei tempi e con le modalità che saranno definite dalla Regione, le prestazioni della Casa di cura nel sistema integrato del Sovracup regionale o nel Centro Unico di prenotazioni dell'ASL.

Le prestazioni devono comunque avere luogo nell'intero arco temporale dell'annualità e, all'interno di essa, nei singoli mesi con distribuzione coerente all'ordinato andamento fisiologico della domanda.

Art. 3

(Volume delle prestazioni)

Il volume di prestazioni che la Casa di cura si impegna ad assicurare e l'ASL a remunerare, distinto per tipologia e modalità di erogazione , ivi comprese le prestazioni individuate dalla Regione soggette alla preventiva autorizzazione ASL per la fruizione (art. 8 quinquies comma 2 lett b) e s.m.i., è quello previsto nell'allegato B del presente contratto, cui è connesso, nell'allegato A), il quadro dei letti accreditati e dei letti contrattati della struttura (nota allegata) .

NON possono essere effettuate compensazioni tra i budget per i residenti nella regione e quelli previsti per i residenti di altre regioni e tra i budget relativi alle prestazioni di ricovero (RO e DH) e a quelle ambulatoriali.

Art. 4

(Requisiti dei servizi)

I requisiti dei servizi da rendere sono regolati dalle norme di legge nazionali e dai provvedimenti e documenti regionali vigenti a cui le parti si impegnano a dare puntuale applicazione in particolare per quanto concerne in materia di accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale.

Essi devono essere compiutamente rispettati anche nelle indicazioni applicative e di interpretazione debitamente notificate. Del pari piena osservazione deve essere garantita ai successivi atti (leggi, regolamenti, circolari ecc.) di modificazione o integrazione sulla materia, sempre debitamente notificate.

Art. 5

(Corrispettivo)

Il corrispettivo delle prestazioni erogate non può mai superare quello preventivato, ed è composto dalla sommatoria dei valori delle prestazioni degenziali a tariffa o diaria regionale, delle prestazioni ambulatoriali a tariffa regionale, nonché (ove previsto) delle funzioni remunerate in via extratariffaria regionale. I valori dei corrispettivi sono determinati nell'allegato B) *(come illustrato nella nota allegata)* a fronte di prestazioni e funzioni precisati come di seguito:

A) RICOVERI

A1) Prestazioni di ricovero per acuti: N. erogabile suddiviso per disciplina e a sua volta per DRG (oppure, se sufficiente, per MDC) e per regime di ricovero (RO oppure DH): = Costo per disciplina di prestazioni e costo complessivo prestazioni di ricovero per acuti.

A2) Prestazioni di ricovero per post acuzie : N. giornate di degenza erogabile suddiviso per codice disciplina e a sua volta per regime di ricovero (RO oppure DH) = Costo per disciplina di prestazioni e costo complessivo per post acuzie.

B)PRESTAZIONI AMBULATORIALI: N. prestazioni suddivise per discipline/branche e raggruppate per gruppi accordo (DRG n. 53-3377 del 11/07/2006) = Costo per tipologia di prestazione e costo complessivo prestazioni ambulatoriali

Le tariffe applicate per determinare i suddetti costi e per remunerare le prestazioni oggetto del presente contratto sono quelle previste dal tariffario regionale vigente alla data in cui viene erogata la prestazione (per i ricoveri la data è quella della dimissione) per l'attività di ricovero ospedaliero e al nomenclatore tariffario regionale vigente per l'attività di specialistica ambulatoriale al netto degli sconti, se previsti al momento della erogazione della prestazione, dall'art. 1, comma 796, lettera o) della legge 296 del 27/12/2006 e dalla D.G.R. n. 5-6391 del 17/07/2007 di attuazione di detta norma.

Il **COSTO Annuo MASSIMO COMPLESSIVO DEL CONTRATTO** è determinato dalla sommatoria dei costi annui delle singole tipologie di prestazioni ed è suddiviso tra costo massimo per residenti nella regione e per residenti fuori regione.

Detto COSTO è il seguente :

- COSTO ANNUO MASSIMO COMPLESSIVO DEL CONTRATTO €... ... ...

prestazione ambulatoriali e di ricovero rispetto al budget non possono essere oggetto di compensazione per cui le differenze non possono essere riconosciute. L'eventuale minor produzione, rispetto al valore contrattuale, per i residenti nella Regione Piemonte non può essere compensata con la maggior produzione per i residenti di altre regioni. L'eventuale minor produzione, rispetto al valore contrattuale, per i residenti di altre Regioni non può essere compensata con la maggior produzione per i residenti della Regione Piemonte.

Il corrispettivo relativo alla produzione di prestazioni viene liquidato dall'ASL competente per territorio in quote mensili posticipate rispetto alla fatturazione del periodo di riferimento nella misura del 90% del valore complessivo a preventivo; il pagamento delle quote mensili avverrà, secondo la normativa di cui al d. lgs. 9 ottobre 2002 n. 231, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della relativa fattura da parte del destinatario. Qualora la produzione sia inferiore al 90% del corrispettivo preventivato l'ASL ridurrà le quote mensili al 90% del valore dell'effettiva produzione. I maggiori ticket introdotti dopo il 31 dicembre 2010 incassati dalle singole strutture/case di cura dovranno essere mensilmente versati alle ASL mediante decurtazione della quota di acconto mensile.

Entro il mese di settembre e entro il primo trimestre dell'anno successivo a quello di riferimento sono oggetto di verifica i risultati quantitativi di produzione e le attività svolte rispettivamente nel primo semestre e nell'anno rispetto ai volumi di prestazioni concordate ed alle funzioni previste.

In caso di riscontro positivo si procede alla liquidazione finale del corrispettivo pattuito, sempre entro 30 giorni dalla data di ricevimento della relativa fattura da parte del destinatario.. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione, comprese quelle previste dall'art. 6 ultimo comma del presente contratto, si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione con accordo tra le parti, da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati, ferma restando la piena facoltà delle parti stesse di adire la via giurisdizionale ordinaria.

In presenza di variazioni, complessivamente in aumento, dei tariffari regionali successivamente alla stipulazione dei contratti, si procede in attuazione della procedura di cui alla lett. e) bis del comma 2 dell'art. 8 quinquies, così come modificato dalla legge 6 agosto 2008 n. 133 di conversione del D. L. n. 112/2008, mediante rideterminazione del volume massimo delle prestazioni remunerabili nella misura necessaria al mantenimento del limite originario di corrispettivo. Nel caso di riscontro di prestazioni in eccedenza ai volumi previsti delle singole aree produttive, il corrispettivo preventivato permane nella piena validità e l'eventuale attività di fatturazione o richiesta di pagamento correlata alle suddette eccedenze è priva di titolo ad eccezione delle eventuali eccedenze di costo per prestazioni rese ad utenti extra regionali che potranno essere retribuite, in assenza di accordi di confine con le altre Regioni, al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale. Alle strutture verrà riconosciuto l'importo eccedente in misura pari alla percentuale di

prestazioni riconosciute alla Regione rispetto a quelle addebitate complessivamente alle altre Regioni.

Art. 6

(Il debito informativo e il controllo esterno di appropriatezza)

Il debito informativo della Casa di cura e l'attività di controllo esterno di appropriatezza sono regolati dall'art. 8 octies del D.Lgs 229/1999, nonché dagli atti e documenti cui la normativa stessa fa rinvio in materia, derivanti dai livelli nazionali (Ministero della Salute, flussi informativi; Min. Ec Fin.), regionali (Atti della Regione Piemonte) infraregionali eventuali (Documenti del coordinamento sovrazonale di AFS) previsti in sede di programma di integrazione dei servizi.

La casa di Cura conferma la accettazione di consenso all'attività di vigilanza dell'apposita Commissione prevista dalla normativa vigente, nonché alle ulteriori attività di controllo esercitate nell'ambito della funzione ispettiva regionale, e si impegna ad agevolarne l'attuazione mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

La Casa di Cura si impegna a verificare al momento della presa in carico l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale della persona assistita tramite la rilevazione del Codice Fiscale unicamente dalla Tessera Sanitaria (o TS-CNS) rilasciata dalla Agenzia delle Entrate (è opportuno che la Casa di Cura conservi copia della Tessera), come previsto dall'art. 50 del D.L. 30 settembre 2003 n. 269,converito con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n, 326 e s.m.i..

La Casa di Cura si impegna a rispettare puntualmente le disposizioni della DGR 19-5226 del 16/01/2013 avente per oggetto " Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura,pubblici e privati,presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi e alle tempistiche di trasmissione dei flussi delle prestazioni sanitarie erogate per gli anni 2013 e 2014". Non saranno riconosciute prestazioni non rilevate nel pieno rispetto degli obblighi suddetti.

In ordine alle procedure di controllo della codificazione delle SDO, si precisa che ogni rettifica di registrazione connessa alla corretta applicazione in riduzione della tariffazione regionale, anche separata e successiva alla procedura contestativa ex art 5 sesto comma del presente contratto, è suscettibile di determinare il recupero dei valori relativi, salva la responsabilità ex art. 1218 cod. civ., entro il quinquennio successivo all'esecuzione delle prestazioni.

Art.7

(assistenza ospedaliera)

L'utilizzo della capacità produttiva può avvenire con i seguenti criteri e condizioni di flessibilità.

Fermo restando il limite complessivo del corrispettivo preventivato ed il limite giornaliero dato dalla capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito esclusivamente nei limiti quantitativi dei posti delle aree funzionali omogenee (A.F.O. come definite dalla regolamentazione vigente) con il limite di un tasso massimo di occupazione dei posti letto contrattati nella misura dello 80% per l'acuzie, del 95% per la riabilitazione, del 98% per la lungodegenza.

Le prestazioni previste in regime di ricovero ordinario e in regime di ricovero diurno possono essere erogate, qualora siano già previsti dalla Regione gli importi tariffari oppure siano state fornite indicazioni in tal senso, rispettivamente in regime diurno ovvero in regime ambulatoriale . Il costo complessivo di dette prestazioni non può essere superiore a quello originalmente previsto dal presente accordo .

Art.8

(risoluzione e inadempimento)

La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento della struttura di cui alla lett. d) della premessa determina l'automatica e contestuale risoluzione del presente contratto.

Parimenti la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del presente contratto.

Ove una parte accerti l'inadempimento, concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto, come indicati agli artt. da 1 a 7, sarà legittimato ad emettere diffida ad adempiere ex art. 1454 cod.civ.

E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex art. 1218 c.c. della parte inadempiente.

In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purchè formalmente contestati, il contratto è risolto con comunicazione ricettizia formulata dalla parte che ha contestato.

In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali del contratto, purchè contestati formalmente, il contratto può essere sospeso da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato.

In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente contratto, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente contratto per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.

In tutte le ipotesi di sospensione di cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese dalla struttura non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti dell'ASL.

REGIONE PIEMONTE

Art. 9

(durata e aggiornamento)

Il presente contratto ha validità per tutto l'anno 2013e più esattamente per il periodo intercorrente tra il primo gennaio e il 31 dicembre 2013

La Casa di cura/struttura con la sottoscrizione del presente contratto dà atto di essere perfettamente a conoscenza della normativa nazionale e regionale vigente ed in particolare della D.G.R. n. del avente per oggetto: " Definizione criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2013 degli erogatori privati e di quelli equiparati a quelli pubblici"

Art. 10

(foro competente e rinvio normativo)

In caso di controversia relativa ai contratti stipulati ex art. 8 quinquies D.lgs 502/1992 e s.m.i. si conviene che il foro competente è quello della giurisdizione civile della sede legale dell'ASL contraente.

Per quanto non previsto dal presente contratto si rinvia alle disposizioni di cui agli art. 1325 e sgg. Cod. civ. nonché alla vigente normativa generale relativa all'assistenza sanitaria ospedaliera ed ambulatoriale.

N O T E

1 – Capacità produttiva accreditata (allegato A dell'accordo)

Per l'assistenza ospedaliera deve essere composta una tabella (allegato A) con le seguenti colonne:

area funzionale omogenea;

disciplina (codice e descrizione);

posti letto accreditati (ordinari, diurni e totale);

posti letto autorizzati e non accreditati (ordinari, diurni e totale);

posti letto totali (ordinari, diurni e totale)

Nelle righe occorre prevedere:

una riga per ogni disciplina;

per il codice 56, 2 righe (1° e 2° livello);

per il codice 40, 3 righe (acuzie,post acuzie riabilitativa,post acuzie lungodegenza))

totali per AFO;

totali per acuzie;

totali per postacuzie;

totali generali.

Per l'assistenza specialistica una riga per branca, con tutte le specificazioni opportune al caso.

2 – Tabella comparativa (allegato A dell'accordo)

Si procede alla elaborazione della tabella comparativa dei p.l. "accreditati" e dei p.l contrattati" secondo la nota 1, con la aggiunzione dei p.l.. accreditati e non contrattati, disponibili per attività non a carico del S.S.N. in regime privato: quanto sopra allo scopo di determinare la composizione della tabella secondo il mod. HSP 13, sez, E ed F.

3 – Determinazione dei valori corrispettivi per l'attività di ricovero/ambulatoriale (allegato B dell'accordo)

La stima viene determinata con il seguente processo:

A) **RICOVERI**

A1) Determinazione numero di ricovero per acuti suddiviso per codice disciplina (MDC) e a sua volta per DRG e per regime di ricovero (RO oppure DH). Applicazione del valore tariffario ai singoli DRG e definizione del costo per disciplina e del costo complessivo (sommatoria costi delle diverse discipline). Il costo complessivo deve essere suddiviso tra il costo annuo delle prestazioni previste per i residenti nella Regione e quello previsto per i residenti fuori Regione.

A2) Prestazioni di ricovero per post acuzie : determinazione N. giornate di degenza erogabile suddiviso per codice disciplina e a sua volta per regime di ricovero (RO oppure DH). Applicazione del valore tariffario e definizione del costo per disciplina e di quello complessivo (sommatoria costi delle diverse discipline).). Il costo complessivo deve essere suddiviso tra il costo annuo delle prestazioni previste per i residenti nella Regione e quello previsto per i residenti fuori Regione.

B)**PRESTAZIONI AMBULATORIALI**: definizione N. prestazioni ambulatoriali suddivise per discipline/branche e raggruppate per gruppi accordo (DRG n. 53-3377 del 11/07/2006). Applicazione tariffe medie nomenclatore tariffario regionale vigente e determinazione costo complessivo per ogni gruppo accordo e costo totale (sommatoria costi gruppi accordo).). Il costo complessivo deve essere suddiviso tra il costo annuo delle prestazioni previste per i residenti nella Regione e quello previsto per i residenti fuori Regione.

Le tariffe applicate per determinare i suddetti costi e per remunerare le prestazioni oggetto del presente contratto sono quelle previste dal tariffario regionale vigente per l'attività di ricovero ospedaliero e al nomenclatore tariffario regionale vigente per l'attività di specialistica ambulatoriale al netto degli sconti previsti dall'art. 1, comma 796, lettera o) della legge 296 del 27/12/2006 e dalla D.G.R. n. 5-6391 del 17/07/2007 di attuazione di detta norma.

C) DETERMINAZIONE costo annuo massimo complessivo del contratto per residenti nella Regione = Sommatoria costi annui delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali di cui al punto A) e B)

D) DETERMINAZIONE costo annuo massimo complessivo del contratto per residenti fuori Regione = Sommatoria costi annui delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali di cui al punto A) e B).

E)) DETERMINAZIONE costo annuo massimo complessivo del contratto = Sommatoria costi annui delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali di cui al punto C) e D).

Il processo suddetto viene riepilogato nell'allegato B) in cui sono elencate le prestazioni indicando gli elementi previsti dall'articolo 5 e dalla presente nota

Allegato B/1

Quadro dei letti accreditati e dei letti contrattati della struttura

(ALLEGATO B)

ACCORDO CONTRATTUALE

Tra

- La Regione Piemonte, con sede in Torino., piazza Castello, C.F. 80087670016, rappresentata ai fini del presente atto dal Direttore della Direzione Sanità Dr..... , nato a .....il....., in forza della deliberazione della Giunta Regionale n. del

e

- Il Presidio ex art. 43, secondo comma, L. 23.12.1978 n. 833 oppure IRCCS ....., sito in ....., ..., C.F ....., rappresentato dal .... nella sua qualità di ....., con titolo di legale rappresentanza (ovvero con mandato speciale di rappresentanza), successivamente individuato con il nome di Presidio oppure IRCCS

Premesso

a) che il d. lgs 502/1992 e s.m.i., agli art.li 8-bis, 8-quater e 8-quinquies, disciplina la partecipazione al Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) dei soggetti ex art. 41 e 43 nei seguenti termini:
   - le Regioni assicurano i livelli essenziali ed uniformi di assistenza avvalendosi anche dei soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;
   - l'accreditamento istituzionale non costituisce vincolo per gli enti del Ssn – Regioni e Asl - a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;

b) che con D.G.R. n° 34-9619 in data 15.09.2008 e s.m.i. la Regione Piemonte ha provveduto alla assunzione dell'atto di regolazione delle responsabilità riservate all'istituzione regionale nonché alle ASR, in attuazione di quanto previsto dal comma 1 del medesimo art. 8 quinquies;

c) che il medesimo provvedimento, anche sulla base di quanto già previsto dalla citata norma di riferimento dell'art. 8 quinquies comma 2 lett. a, b, c, d, e, e bis , ha determinato gli elementi essenziali necessari al contenuto dell'accordo, suscettibili peraltro di essere integrati dagli elementi ulteriori di ravvisata opportunità nella prospettiva di perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione dei servizi (ristrutturazioni/riconversioni di attività, trasferimenti di sedi con o senza ristrutturazioni/riconversioni, fusioni,concentrazioni etc.), programmazione delle risorse ed equilibrio delle gestioni sanitarie, fortemente ribadito all'art 79 della decretazione sopra citata;

d) che con DGR n. 59-3080 del 5 dicembre 2011 e s.m.i. è stato approvato lo schema di accordo tipo per i Presidi ex artt. 41 e 43 della legge 23/12/1978 n. 833/ IRCCS e che con la deliberazione n. .....del..... è stata definita la modalità di

determinazione del budget dei singoli Presidi /IRCSS per l'anno 2013 autorizzando il Direttore della Direzione Sanità alla sottoscrizione dei conseguenti accordi ;

e) che il Presidio /IRCCS di cui sopra è nella situazione giuridica di accreditamento per l'attività di ricovero e per l'attività ambulatoriale nei termini indicati nell'allegato A (nota) ed è titolare di rapporto convenzionale in essere con la Regione Piemonte quale equiparato a presidio pubblico;

f) che il Presidio/IRCCS è inserito nella rete sanitaria regionale come previsto dal Piano Socio Sanitario della Regione Piemonte 2012 – 2015 (D.C.R 167 – 14087 del 03/04/2012).

Tutto ciò premesso, da considerarsi parte integrante e sostanziale del presente contratto, si conviene e si stipula quanto segue:

Art. 1

(Elementi essenziali oggetto dell'accordo)

1. Il presente accordo contiene i seguenti elementi essenziali :

a) Disciplina il rapporto tra la Regione Piemonte e il Presidio/ IRCSS indicato in premessa, ai sensi dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., per la erogazione al SSR, a prescindere dalla residenza degli assistiti, di prestazioni di assistenza sanitaria secondo le tipologie di seguito indicate contro corrispettivo preventivato:

- prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza ordinaria;
- prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza diurna;
- prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- altre prestazioni attribuite con provvedimento di Giunta al presidio.

Le prestazioni oggetto dell'accordo devono essere conformi al programma di integrazione dei servizi come parte integrante dell' accordo medesimo per la parte riguardante il Presidio/IRCSS, quale rappresentazione del fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni da erogare da parte del Presidio/IRCSS nel territorio regionale di riferimento tenendo altresì conto della mobilità interregionale. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. a) del comma 2 art. 8 quinquies citato.

b) Determina il volume massimo annuo delle prestazioni, con il relativo valore che il Presidio/IRCSS si impegna ad assicurare distinto per tipologia e per modalità di assistenza, e tenendo anche conto delle eventuali prestazioni che fossero state individuate dalla Regione come soggette a preventiva autorizzazione dell'ASL per la fruizione presso le strutture accreditate del SSR. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. b) del comma 2 art. 8 quinquies cit., con la modifica prevista dal comma 1 quinquies dell'art. 79 D.L. 25 06.2008 n°112 aggiunto dalla relativa legge di conversione.

c) Definisce i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale, in coerenza con la regolamentazione regionale in materia nonché con il programma di integrazione dei servizi sopra richiamato definito in sede di coordinamento sovrazonale. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. c) del comma 2 art. 8 quinquies cit..

d) Determina il corrispettivo preventivato quale budget complessivo definito come somma dei valori di budget delle prestazioni degenziali e ambulatoriali derivanti dalla tariffazione regionale (ovvero dalla remunerazione a diaria per le fattispecie previste) e la remunerazione (ove prevista) extra-tariffaria delle funzioni specifiche incluse, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività svolte. Quanto sopra in corrispondenza di quanto previsto alla lett.d) del comma 2 art.8 quinquies.

e) Definisce il debito informativo del Presidi/IRCSS o per il monitoraggio di quanto previsto dal presente accordo e le procedure da eseguirsi per il controllo esterno di appropriatezza e qualità dell'assistenza prestata e delle prestazioni rese, in conformità alla regolamentazione nazionale e regionale di riferimento. Quanto sopra in corrispondenza di quanto previsto alla lett.e) del comma 2 art.8 quinquies.

f) Precisa le modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi e tipologie concordati delle prestazioni, prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo delle prestazioni remunerate, di cui alla lett.b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lett. d).Quanto sopra in corrispondenza della lett.e) bis del comma 2 dell'art. 8 quinquies.

g) Definisce gli ulteriori profili ravvisati necessari alla garanzia della coerenza agli obiettivi prioritari di sistema dell'assistenza sanitaria regionale e territoriale.

Art.2

(Il programma di integrazione dei servizi)

Il programma di integrazione dei servizi definisce le prestazioni che le singole strutture devono erogare per :

1. i cittadini residenti nel territorio regionale e gli stranieri;
2. i cittadini di residenza extraregionale .

Le parti concordano altresì di sviluppare l'inserimento delle prestazioni prodotte dal Presidio/IRCSS nel sistema integrato del Centro Unico di prenotazioni dell'ASL territorialmente competente o del sovracup attivato per aree più vaste.

Le prestazioni concordate devono essere svolte nell'intero arco temporale del contratto e, all'interno di esso, nei singoli mesi con distribuzione coerente all'ordinato andamento fisiologico della domanda.

Art. 3

(Volume delle prestazioni)

Il volume di prestazioni che il Presidio/IRCSS si impegna ad assicurare e la Regione a remunerare, distinto per tipologia e modalità di erogazione , ivi comprese le prestazioni individuate dalla Regione soggette alla preventiva autorizzazione ASL per la fruizione (art. 8 quinquies comma 2 lett b) e s.m.i., è quello previsto

nell'allegato B del presente accordo, cui è connesso, nell'allegato A, il quadro dei letti accreditati e dei letti contrattati della struttura .

NON possono essere effettuate compensazioni tra i budget per i residenti nella regione e quelli previsti per i residenti di altre regioni e tra i budget relativi alle prestazioni di ricovero (RO e DH) e a quelle ambulatoriali. Trimestralmente le parti possono comunque concordare variazioni compensative tra i budget relativi alle prestazioni di assistenza ospedaliera e quelle di assistenza specialistica ambulatoriale.

Art. 4

(Requisiti dei servizi)

I requisiti dei servizi da rendere sono regolati dalle norme di legge nazionali e dai provvedimenti e documenti regionali vigenti a cui le parti si impegnano a dare puntuale applicazione in particolare per quanto concerne in materia di accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale.

Essi devono essere compiutamente rispettati anche nelle indicazioni applicative e di interpretazione debitamente notificate. Del pari piena osservazione deve essere garantita ai successivi atti (leggi, regolamenti, circolari ecc.) di modificazione o integrazione sulla materia, sempre debitamente notificate.

Art.5

(Corrispettivo)

Il corrispettivo non può mai superare quello preventivato, ed è composto dalla sommatoria dei valori delle prestazioni degenziali a tariffa o diaria regionale, delle prestazioni ambulatoriali a tariffa regionale, nonché (ove previsto) delle funzioni remunerate in via extratariffaria regionale. I valori dei corrispettivi sono determinati nell'allegato B) a fronte di prestazioni e funzioni precisati come di seguito:

A) RICOVERI

Prestazioni di ricovero ordinario e day hospital compresi i corrispettivi a rendicontazione del valore della somministrazione diretta di farmaci (tracciato F) euro ..... di cui euro .....per i residenti della Regione Piemonte e gli stranieri ed euro .....per i residenti in altre Regioni.

B) PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Prestazioni specialistiche ambulatoriali comprese quelle rilevate con il flusso C2 e compresi i corrispettivi a rendicontazione del valore della somministrazione diretta di farmaci (tracciato F) euro .....di cui euro ..... per i residenti nella Regione Piemonte e gli stranieri, euro..... per i residenti in altre Regioni.

Le tariffe applicate per determinare i suddetti importi e per remunerare le prestazioni oggetto del presente accordo sono quelle previste dal tariffario regionale vigente alla data in cui viene effettuata la dimissione dal ricovero e per l'attività

specialistica ambulatoriale dal nomenclatore tariffario regionale vigente al momento dell'effettuazione della prestazione.

Il COSTO Annuo MASSIMO COMPLESSIVO DELL'ACCORDO è determinato dalla sommatoria dei costi annui delle singole tipologie di prestazioni, comprese quelle rilevate con il flusso C2 e compresi i corrispettivi a rendicontazione del valore della somministrazione diretta di farmaci (tracciato F) ed eventuali finanziamenti per funzione, ed è suddiviso tra costo massimo per residenti nella regione (compresi gli stranieri) e per residenti fuori regione.

IL COSTO ANNUO MASSIMO COMPLESSIVO DELL'ACCORDO è di €..... .....(.....)

di cui:

a) costo annuo massimo complessivo dell'accordo per residenti nella Regione (compresi gli stranieri) =€ .....;

b) costo annuo massimo complessivo dell'accordo per residenti fuori Regione =€ .....

e costituisce il budget annuo del Presidio/IRCCS per l'anno 2013 a valere per tutte le prestazioni convenute per quantità e priorità e con le condizioni di flessibilità previste dagli artt. 3 e 7 del presente accordo. In detti costi annui massimi sono compresi i corrispettivi a rendicontazione del valore della somministrazione diretta di farmaci (tracciato F).

Le prestazioni erogate nell'anno 2013 nel periodo antecedente la sottoscrizione del presente accordo sono comprese nel volume di prestazioni previste dal presente accordo e quindi nel COSTO massimo annuo sudeterminato.

Per i volumi di attività e relativi costi eccedenti i valori massimi contrattuali non potrà essere riconosciuta alcuna remunerazione. Qualora non venga prodotto per i singoli codici di disciplina di ricovero almeno il 50% del volume e del costo contrattato l'ulteriore differenza tra il 50% del costo contrattato e quello relativo alle prestazioni effettivamente erogate non potrà essere usata per la compensazione e pertanto il budget complessivo risulterà ridotto della quota di produzione non utilizzata. Qualora, per le prestazioni ambulatoriali, non venga prodotto per i singoli gruppi di accordo almeno il 50% del volume e del costo contrattato l'ulteriore differenza tra il 50% del costo contrattato e quello relativo alle prestazioni effettivamente erogate non potrà essere usata per la compensazione e pertanto il budget complessivo risulterà ridotto della quota di produzione non utilizzata.

Gli scostamenti dei valori della produzione delle prestazione ambulatoriali e di ricovero rispetto al budget non possono essere oggetto di compensazione per cui le differenze non possono essere riconosciute. L'eventuale minor produzione, rispetto al

REGIONE PIEMONTE

valore contrattuale, per i residenti nella Regione Piemonte non può essere compensata con la maggior produzione per i residenti di altre regioni. L'eventuale minor produzione, rispetto al valore contrattuale, per i residenti di altre Regioni non può essere compensata con la maggior produzione per i residenti della Regione Piemonte.

Il corrispettivo relativo alla produzione di prestazioni viene liquidato dall'ASL competente per territorio in quote mensili posticipate rispetto alla fatturazione del periodo di riferimento nella misura del 90% del valore complessivo a preventivo; il pagamento delle quote mensili avverrà, secondo la normativa di cui al d. lgs. 9 ottobre 2002 n. 231, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della relativa fattura da parte del destinatario. Qualora la produzione sia inferiore al 90% del corrispettivo preventivato l'ASL ridurrà le quote mensili al 90% del valore dell'effettiva produzione. I maggiori ticket introdotti dopo il 31 dicembre 2010 incassati dal Presidio dovranno essere mensilmente versati all' ASL mediante decurtazione della quota di acconto mensile.

Semestralmente, entro i 90 giorni successivi, sono oggetto di verifica i risultati quantitativi di produzione e le attività svolte rispettivamente nel primo semestre e nell'anno rispetto ai volumi di prestazioni concordate ed alle funzioni previste.

In caso di riscontro positivo si procede alla liquidazione finale del corrispettivo pattuito, sempre entro 30 giorni dalla data di ricevimento della relativa fattura da parte del destinatario. Il corrispettivo complessivo addebitato alla Regione non può essere superiore a quello contrattuale . In caso di riscontro di prestazioni in contestazione, comprese quelle previste dall'art. 6 ultimo comma del presente contratto, si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione con accordo tra le parti, da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati, ferma restando la piena facoltà delle parti stesse di adire la via giurisdizionale ordinaria.

In presenza di variazioni, complessivamente in aumento e comportanti a parità di produzione un valore della stessa eccedente il budget, dei tariffari regionali successivamente alla stipulazione dei contratti, si procede in attuazione della procedura di cui alla lett. e) bis del comma 2 dell'art. 8 quinquies, così come modificato dalla legge 6 agosto 2008 n. 133 di conversione del D. L. n. 112/2008, mediante rideterminazione del volume massimo delle prestazioni remunerabili nella misura necessaria al mantenimento del limite originario di corrispettivo. Nel caso di riscontro di prestazioni in eccedenza ai volumi previsti delle singole aree produttive, il corrispettivo preventivato permane nella piena validità e l'eventuale attività di fatturazione o richiesta di pagamento correlata alle suddette eccedenze è priva di titolo ad eccezione delle eventuali eccedenze di costo per prestazioni rese ad utenti extra regionali che potranno essere retribuite, in assenza di accordi di confine con le altre Regioni, al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità

interregionale. Alle strutture verrà riconosciuto l'importo eccedente in misura pari alla percentuale di prestazioni riconosciute alla Regione rispetto a quelle addebitate complessivamente alle altre Regioni.

Art.6

(Il debito informativo e il controllo esterno di appropriatezza)

Il debito informativo del Presidi/ IRCSS e l'attività di controllo esterno di appropriatezza sono regolati dall'art. 8 octies del D.Lgs 229/1999, nonché dagli atti e documenti cui la normativa stessa fa rinvio in materia, derivanti dai livelli nazionali (Ministero della Salute, flussi informativi; Min. Ec Fin.), regionali (Atti della Regione Piemonte) infraregionali eventuali (Documenti del coordinamento sovrazonale di AFS) previsti in sede di programma di integrazione dei servizi.

Il Presidio/ IRCSS conferma la accettazione di consenso all'attività di vigilanza dell'apposita Commissione prevista dalla normativa vigente, nonché alle ulteriori attività di controllo esercitate nell'ambito della funzione ispettiva regionale, e si impegna ad agevolarne l'attuazione mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

Il Presidio/IRCSS si impegna a verificare al momento della presa in carico l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale della persona assistita tramite la rilevazione del Codice Fiscale unicamente dalla Tessera Sanitaria (o TS-CNS) rilasciata dalla Agenzia delle Entrate (è opportuno che la Casa di Cura conservi copia della Tessera), come previsto dall'art. 50 del D.L. 30 settembre 2003 n. 269,convertito con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n, 326 e s.m.i..

Il Presidio/IRCSS si impegna a rispettare puntualmente le disposizioni della DGR 19-5226 del 16/01/2013 avente per oggetto " Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura, pubblici e privati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi e alle tempistiche di trasmissione dei flussi delle prestazioni sanitarie erogate per gli anni 2013 e 2014". Non saranno riconosciute prestazioni non rilevate nel pieno rispetto degli obblighi suddetti.

In ordine alle procedure di controllo della codificazione delle SDO, si precisa che ogni rettifica di registrazione connessa alla corretta applicazione in riduzione della tariffazione regionale, anche separata e successiva alla procedura contestativa ex art 5 sesto comma del presente contratto, è suscettibile di determinare il recupero dei valori relativi, salva la responsabilità ex art. 1218 cod. civ., entro il quinquennio successivo all'esecuzione delle prestazioni.

Art.7

(assistenza ospedaliera)

L'utilizzo della capacità produttiva può avvenire con i criteri e condizioni di flessibilità previste dal presente accordo.

Fermo restando il limite complessivo del corrispettivo preventivato ed il limite giornaliero dato dalla capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito esclusivamente nei limiti quantitativi dei posti delle aree funzionali omogenee (A.F.O.) come definite dalla regolamentazione vigente.

Le prestazioni previste in regime di ricovero ordinario e in regime di ricovero diurno possono essere erogate, qualora siano già previsti dalla Regione gli importi tariffari oppure siano state fornite indicazioni in tal senso, rispettivamente in regime diurno ovvero in regime ambulatoriale. Il costo complessivo di dette prestazioni non può essere superiore a quello previsto dal presente accordo o dai futuri accordi integrativi.

Art.8

(risoluzione e inadempimento)

La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento della struttura di cui alla lett. d) della premessa determina l'automatica e contestuale risoluzione del presente accordo.

Parimenti la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del presente accordo.

Ove una parte accerti l'inadempimento, concernente uno o più degli elementi essenziali dell'accordo, come indicati agli artt. da 1 a 7, sarà legittimato ad emettere diffida ad adempiere ex art.1454 cod.civ.

E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex art. 1218 c.c. della parte inadempiente.

In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali dell'accordo ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purchè formalmente contestati, l'accordo è risolto con comunicazione ricettizia formulata dalla parte che ha contestato.

In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali dell'accordo, purché contestati formalmente, l'accordo può essere sospeso da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato.

In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente accordo, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente accordo per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.

In tutte le ipotesi di sospensione di cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese dalla struttura non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti della Regione.

Art. 9

(durata e aggiornamento)

Il presente accordo ha validità per tutto l'anno 2013 e più esattamente per il periodo intercorrente tra il primo gennaio 2013 e il 31 dicembre 2013.

Il Presidio/ IRCSS con la sottoscrizione del presente accordo dà atto di essere perfettamente a conoscenza delle disposizioni e della normativa nazionale e regionale vigente in merito all'erogazione dei servizi e alla rilevazione dei dati per assolvere il debito informativo sanitario. Il Presidio / IRCSS con la sottoscrizione del presente accordo si impegna a dare puntuale applicazione a detta normativa e disposizioni comprese quelle emanate nel corso della validità succitata.

Art.10

(*foro competente e rinvio normativo*)

In caso di controversia relativa al presente accordo di competenza dell'autorità giudiziaria ordinaria si conviene che l'esclusivo foro competente è quello di Torino ove ha sede la Regione Piemonte. Per quanto non previsto dal presente accordo si rinvia alle disposizioni di cui agli artt. 1325 e segg. Cod. civ. nonché alla vigente normativa generale relativa all'assistenza sanitaria ospedaliera ed ambulatoriale.

Letto, approvato,sottoscritto.

Torino

Per la Regione Per il Presidio/ IRCSS

.....

Si approva espressamente la clausola dell'art. 10 dell'esclusivo foro competente di Torino.

Per la Regione Per il Presidio /IRCCS

.....

ALLEGATO A

STATO DI ACCREDITAMENTO Del Presidio /IRCCS

- I posti letto, suddivisi per disciplina, in cui il Presidio/IRCCS può svolgere l'attività di assistenza ospedaliera in regime di degenza ordinaria e in regime di degenza diurna sono quelli risultanti dalle delibere di Giunta Regionale :

  con cui si è proceduto al provvisorio accreditamento e alle successive modifiche ed integrazioni.
- Le prestazioni ambulatoriali che il Presidio può erogare sono quelle rientranti nelle discipline per cui è stato provvisoriamente accreditato o sarà definitivamente accreditato con delibere di Giunta Regionale.

ALLEGATO B

PROGRAMMA DI INTEGRAZIONE DEI SERVIZI

Le prestazioni di ricovero che il Presidio/IRCCS si impegna ad erogare,per le singole discipline, annualmente nel periodo contrattuale sono quelle producibili con l'utilizzo flessibile dei posti letto di RO e DH accreditati o provvisoriamente accreditati nei limiti quantitativi dei posti delle aree funzionali omogenee indicato all'art.7 dell'accordo.

Il valore massimo delle prestazioni di ricovero che il Presidio si impegna ad assicurare e la Regione a remunerare è quello previsto dall'art. 5 dell'accordo.

Le prestazioni ambulatoriali che il Presidio si impegna ad assicurare sono quelle relative alle discipline per cui il Presidio risulta, al momento dell'erogazione della prestazione, autorizzato e accreditato o provvisoriamente accreditato.

Il valore massimo delle prestazioni ambulatoriali che il Presidio si impegna ad assicurare e la Regione a remunerare è quello previsto dall'art. 5 dell'accordo.