

Deliberazione della Giunta Regionale 10 agosto 2020, n. 1-1881

Regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per l'annualità 2020. Presa d'atto dell'Accordo tra la Direzione regionale Sanita' e le Associazioni degli Erogatori sanitari privati. Approvazione dello schema di contratto per l'anno 2020 per prestazioni di ricovero in regime di acuzie e post-acuzie (compresa la post-acuzie psichiatrica), di specialistica ambulatoriale e di CAVS.

Gli allegati della Deliberazione della Giunta regionale n. 1-1881 del 10 agosto 2020 per mero errore materiale sono stati pubblicati sul Bollettino Ufficiale n. 34 – 3° supplemento – in data 20 agosto 2020 in modo errato. Si ripubblica qui di seguito la summenzionata deliberazione in modo corretto (ndr)

A relazione dell'Assessore Icardi:

INQUADRAMENTO EX D.LGS. N. 502/1992

Ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. la regione e le ASL, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indicano, 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, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali;
- e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno della appropriatezza e della qualità della assistenza prestata e delle prestazioni 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.*

2. Le regioni definiscono le funzioni assistenziali nell'ambito delle attività che rispondono alle seguenti caratteristiche generali:

1. *programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento alla assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti;*
2. *programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona;*
3. *attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione;*

4. *programmi di assistenza a malattie rare;*
 5. *attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della centrale operativa, di cui all'atto di indirizzo e coordinamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 21 marzo 1992;*
 6. *programmi sperimentali di assistenza.*
3. *I criteri generali per la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della loro remunerazione massima sono stabiliti con apposito decreto del Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sulla base di standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, quando appropriato, del volume dell'attività svolta.*
4. *La remunerazione delle attività assistenziali diverse da quelle di cui al comma 2 è determinata in base a tariffe predefinite, limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di day hospital, e alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, fatta eccezione per le attività rientranti nelle funzioni di cui al comma 3.”.*

NORME NAZIONALI COVID-19

L'ordinaria attività sanitaria svolta da tutti gli operatori, settore pubblico e privato, è stata stravolta dallo stato di emergenza conseguente al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili COVID-19. Di seguito si elencano i principali provvedimenti a carattere nazionale, con le misure adottate, per quanto qui d'interesse :

- Consiglio dei Ministri, **delibera 31 gennaio 2020**, ad oggetto *“Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili” (20A00737)*, per 6 mesi dalla data del provvedimento.
- Consiglio dei Ministri, **delibera 29 luglio 2020**, con cui il suddetto stato di emergenza è stato prorogato fino al 15 ottobre 2020 in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.
- Ministero della Salute, **Circolare prot. 0002619-29/02/2020-GAB-GAB-P**, ad oggetto *“Trasmissione linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da COVID-19”*. Esplicita la necessità che le Regioni predispongano un Piano di emergenza per la gestione dei pazienti critici affetti da COVID-19, che consenta di garantire idonei livelli di trattamento attraverso un adeguato numero di posti letto di terapia intensiva.
- Ministero della Salute, **Circolare prot. 0002627-01/03/2020-GAB-GAB-P**, ad oggetto: *“Incremento disponibilità posti letto del Servizio Sanitario Nazionale e ulteriori indicazioni relative alla gestione dell'emergenza COVID-19”*. Dispone che, nel minor tempo possibile, a livello regionale, in strutture pubbliche e strutture private accreditate venga attivato un modello che determini un incremento delle disponibilità di posti letto come segue:
 - del 50% del numero dei posti letto in terapia intensiva
 - del 100% del numero dei posti letto in unità operative di pneumologia e in unità operative di malattie infettive, isolati e allestiti con la dotazione necessaria per il supporto ventilatorio (inclusa la respirazione assistita) e con la possibilità di attuare quanto previsto dalle linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da Covid 19 emanate in data 29 febbraio 2020.

- **Decreto Legge 17 marzo 2020 n. 18**, recante “*Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.*”, convertito in Legge: 24 aprile 2020, n. 27. L'art. 3 rubricato “Potenziamento delle reti di assistenza territoriale”, prevede:
 - comma 1. la possibilità di stipulare contratti ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in deroga al limite di spesa vigente (articolo 45, comma 1-ter, del DL 26 ottobre 2019, n. 124, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157) qualora “*dal piano, adottato in attuazione della circolare del Ministero della salute prot. GAB 2627 in data 1° marzo 2020, al fine di incrementare la dotazione dei posti letto in terapia intensiva e nelle unità operative di pneumologia e di malattie infettive, isolati e allestiti con la dotazione necessaria per il supporto ventilatorio e in conformità alle indicazioni fornite dal Ministro della salute con circolare prot. GAB 2619 in data 29 febbraio 2020, emerge l'impossibilità di perseguire gli obiettivi di potenziamento dell'assistenza indicati dalla menzionata circolare del 1° marzo 2020 nelle strutture pubbliche e nelle strutture private accreditate, mediante le prestazioni acquistate con i contratti in essere alla data del presente decreto*”;
 - comma 2. la possibilità di contrattare strutture solamente autorizzate, qualora non sia possibile perseguire gli obiettivi di cui al comma 1 mediante la stipula di contratti con le strutture accreditate;
 - comma 3. la possibilità di messa a disposizione di personale sanitario in servizio nonché di locali ed apparecchiature presenti nelle suddette strutture private, al fine di fronteggiare l'eccezionale carenza di personale medico e delle professioni sanitarie, in conseguenza dell'emergenza dovuta alla diffusione del COVID-19;
 - comma 6, lo stanziamento delle succitate misure che, per il Piemonte, per il 2020, in relazione alla tabella A), ammonta ad € 17.724.30800 per l'attuazione dei commi 1 e 2, e ad € 11.816.205,00 per l'attuazione del comma 3.
- Ministero della Salute, **Circolare prot. 0007865-25/03/2020-DGPROGS-MDS-P**, ad oggetto: “*Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19*”; nel richiamare la circolare ministeriale n. 7422 del 16.03.2020, ha manifestato la necessità di “*sospendere le attività di ricovero ospedaliero, ad eccezione di quelle considerate non procrastinabili quali i ricoveri in regime di urgenza (da intendersi in emergenza), ricoveri elettivi oncologici e ricoveri elettivi non oncologici con classe di priorità A (come definita dal PNGLA 2019-2021, di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019). Contestualmente alla sospensione è, pertanto, necessario riprogrammare le attività considerando tutta la rete di offerta ospedaliera, pubblica e privata, rimodulando i contratti in essere in relazione ai contenuti assistenziali e ai sistemi di remunerazione, finalizzandoli all'emergenza COVID-19; la previsione di eventuali oneri aggiuntivi trova un riferimento all'art. 3 del d.L. 18/2020.*”
- Capo del Dipartimento della protezione civile, **Ordinanza del n. 655 del 25 marzo 2020** recante: “*Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili*”; in relazione all'art. 2 che reca disposizioni circa le aree sanitarie temporanee di cui all'art. 4 del DL 17 marzo 2020, n. 18.
- **Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34**, recante “*Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.*”, convertito in Legge: 17 luglio 2020, n. 77, che all'art. 4 rubricato “*Misure urgenti*”

per l'avvio di specifiche funzioni assistenziali per l'emergenza COVID-19" al comma 1, così reca:

1. Per far fronte all'emergenza epidemiologica COVID-19, limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei ministri 31 gennaio 2020, anche in deroga al limite di spesa di cui all'articolo 45, comma 1-ter, del decreto legge 26 ottobre 2019, n. 124 convertito, con modificazioni, dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157, e in deroga all'articolo 8-sexies, comma 1-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, le regioni, ivi comprese quelle in piano di rientro, e le province autonome di Trento e Bolzano possono riconoscere alle strutture inserite nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, la remunerazione di una specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID 19 secondo le disposizioni dei predetti piani e un incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID. Il riconoscimento avviene in sede di rinegoziazione per l'anno 2020 degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per le finalità emergenziali previste dai predetti piani." Il comma 2 prevede che le modalità di determinazione della specifica funzione assistenziale e l'incremento tariffario di cui al comma 1 siano stabilite con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa Intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, in modo da garantire la compatibilità con le risorse previste per l'attuazione dell'articolo 3, comma 6, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18. Il comma 4 dispone che, nella vigenza dell'accordo rinegoziato ai sensi del comma 1, gli enti del servizio sanitario nazionale corrispondono agli erogatori privati, a titolo di acconto e salvo conguaglio a seguito di apposita rendicontazione delle attività da parte degli erogatori privati, un corrispettivo, su base mensile, per le prestazioni rese ai sensi del presente articolo, nel limite del 90 per cento dei dodicesimi corrisposti o comunque dovuti per l'anno 2020. Il comma 5 prevede che le Regioni possono riconoscere alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per l'anno 2020 e che abbiano sospeso le attività ordinarie anche in conseguenza delle misure previste, la remunerazione a titolo di acconto, su base mensile, e salvo conguaglio a seguito di apposita rendicontazione da parte degli erogatori privati, fino a un massimo del 90 per cento del volume di attività riconosciuto nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 stipulati per il 2020.

DISPOSIZIONI REGIONALI COVID 19

Tenuto conto dell'evolversi della situazione epidemiologica, del carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia e dell'incremento dei casi sul territorio regionale, a livello regionale si sono definite misure di carattere straordinario finalizzate a fronteggiare l'emergenza sanitaria e ad assicurare una gestione ordinata della stessa. A tal proposito, per quanto qui d'interesse, sono stati adottati, tra l'altro, i seguenti provvedimenti:

- **DPGR 22 febbraio 2020, n. 20**, l'attivazione di un'Unità di Crisi per l'emergenza Coronavirus COVID-19; questa ha redatto il Piano di emergenza per la gestione dei pazienti critici affetti da COVID-19 previsto dalla citata circolare prot. 0002619-29/02/2020-GAB-GAB-P, trasmesso al Ministero da ultimo nella versione aggiornata al 7 maggio 2020 con email del 08 maggio 2020;
- **DGR 10 marzo 2020, n. 3-1111**, recante ad oggetto: *"Determinazioni in ordine alla gestione dell'emergenza da COVID-19: Protocollo d'intesa tra Associazioni di categoria (AIOP/ARIS) e Regione Piemonte per la fornitura di supporto di assistenza sanitaria e tecnica e approvazione dello schema tipo di contratto per le ASR"*;

- **DGR 13 marzo 2020, n. 12-1124**, recante ad oggetto: *“Emergenza da COVID 19. Variazione temporanea della dotazione dei posti letto nell’ambito delle strutture pubbliche e disposizioni transitorie per la contrattazione di eventuali prestazioni aggiuntive con le strutture private autorizzate ed accreditate a supporto del sistema pubblico”*, con cui si è disposta, tra l'altro, la possibilità per le AASSRR di utilizzare anche i posti accreditati ma non contrattati degli erogatori privati;
- **DGR 13 marzo 2020, n. 22-1133**, recante ad oggetto: *“Misure emergenziali per far fronte all’epidemia Covid 19. Modalità di attivazione di posti letto COVID in strutture private”*. Definisce le modalità di autorizzazione e di accreditamento d’urgenza per l’attivazione di posti letto COVID-19 dedicati presso strutture sanitarie accreditate o autorizzate ex art. 8 ter D.Lgs. 502/1992 e s.m.i, anche per discipline ospedaliere diverse da quelle previste per l’assistenza alla suddetta tipologia di pazienti; dispone che, alle strutture contrattate per prestazioni a favore di pazienti COVID positivi, venga riconosciuto, oltre alla remunerazione per DRG, un finanziamento a funzione per l’elevato grado di personalizzazione delle cure, nel limite del 15% a seguito di specifica rendicontazione delle spese effettuate da parte delle strutture, in base alle attività effettivamente svolte ed ai costi sostenuti.
- **DGR 20 marzo 2020, n. 14-1150**, recante ad oggetto: *“Misure emergenziali per far fronte all’epidemia covid 19. modalità di attivazione di posti letto in RSA autorizzate o accreditate. Integrazione alla DGR n. 12-1124 del 13 marzo 2020”*. Per quanto qui d’interesse, stabilisce che le AASSLL, a fronte di una previsione di aggravamento dell’emergenza, possano stipulare contratti, ai sensi dell’art. 8 ter del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., anche con strutture private non accreditate, purché autorizzate nella tipologia di posti letto richiesta, come per altro disposto dal comma 2 dell’articolo 3 del DL 17 marzo 2020, n. 18;
- **DGR 24 marzo 2020, n. 3-1157**, recante ad oggetto: *“Emergenza da COVID 19. Individuazione della prestazione di indagine diagnostica connessa alla ricerca di COVID-19 su tampone rino-faringeo, ad integrazione della DGR n. 11-6036 del 02.07.2013. Contestuale autorizzazione dei servizi di medicina di laboratorio accreditati ad effettuare tale prestazione”*. Attesa l’esigenza di individuare tempestivamente soggetti COVID positivi attraverso indagini diagnostiche su tampone rino-faringeo, prevede l’esecuzione degli esami diagnostici anche da parte degli erogatori privati, anche al domicilio del paziente, individuando all’uopo le specifiche tariffe.
- **DGR 5 maggio 2020, n. 2-1315**, recante ad oggetto: *“Emergenza da Covid 19 – Revisione della tariffa della prestazione di indagine diagnostica connessa alla ricerca di COVID-19 su tampone rino-faringeo, a modifica della D.G.R. n. 11-6036 del 02.07.2013 e s.m.i. e della D.G.R. N. 3-1157 del 24.03.2020.”*
a cui ha fatto seguito la gara 51-2020 indetta in data 7 maggio u.s. da SCR PIEMONTE ad oggetto: Procedura d’urgenza per l’individuazione di Strutture autorizzate, per prestazioni specialistiche di laboratorio per la ricerca su tamponi oro-faringei di RNA Coronavirus SARS-COV2, nell’ambito della gestione dell’emergenza legata al Covid19 - Cig n. 829434887E

Sul versante operativo, attesa la necessità di quantificare a consuntivo la spesa delle attività assistenziali derivanti dall’emergenza, la Direzione regionale Sanità e Welfare, con circolare 17 marzo 2020, prot. n. 9244, ha impartito prime indicazioni circa le modalità di codifica delle SDO COVID-19 correlate; indicazioni successivamente aggiornate con circolare del 24 marzo 2020, prot. n.10042, a seguito dell’emanazione delle Linee Guida per la codifica della SDO e del tracciato C2 per i casi affetti da COVID-19 da parte del Ministero della Salute (nota prot. 7648 del 20 marzo 2020).

RAPPORTI CON GLI EROGATORI PRIVATI

Negli ultimi anni, la sostenibilità e la compatibilità economica della programmazione sanitaria verso erogatori privati sono state declinate dal legislatore con riferimento a precisi parametri atti a determinare il limite massimo di risorse assegnabili alle strutture erogatrici; in particolare:

- l'articolo 15, comma 14, del DL 6 luglio 2012, n. 95 (convertito dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135 e modificato dall'articolo 1, comma 574, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, legge stabilità 2016): prevedeva, sia con riguardo alla spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale che a quella per l'assistenza ospedaliera, la graduale riduzione della spesa complessiva annua, rispetto a quella consuntivata per l'anno 2011, sino al raggiungimento del -2% a decorrere dall'anno 2014;
- l'articolo 9-quater, comma 7, del DL 19 giugno 2015, n. 78 (convertito dalla legge 6 agosto 2015, n. 125): prevedeva, per l'anno 2015, con riguardo all'assistenza specialistica ambulatoriale, un ulteriore abbattimento della spesa complessiva annua, di almeno l'1% del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014.

L'atto regionale di riferimento per l'annualità 2019 (ovvero la DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, recante *“Regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori pubblici e privati. Integrazione alla DGR n. 73-5504 del 3.08.2017. Definizione dei tetti di spesa regionali ed aziendali ed approvazione dello schema di contratto per le annualità 2018-2019”*) definiva il tetto complessivo di spesa massima a livello regionale e la determinazione attuativa (DD 16 aprile 2019, n. 272) dava atto che, in relazione alle regole contrattuali di remunerazione delle prestazioni definite dalla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, i valori economici programmati rientravano nei succitati parametri di compatibilità finanziaria previsti dalla normativa nazionale.

Per il 2020, l'articolo 45, comma 1-ter, del DL 26 ottobre 2019, n.124, (convertito in legge 19 dicembre 2019, n. 157) ha innalzato il limite di spesa di cui ai punti precedenti rideterminandolo, sia con riguardo alla spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale che a quella per l'assistenza ospedaliera, *“ ... omissis ... nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale”*.

In periodo antecedente alla situazione emergenziale venutasi a creare in seguito dell'attuale pandemia COVID-19 - in data 10 dicembre 2019, tra la Direzione regionale Sanità e le Associazioni degli Erogatori sanitari privati si era raggiunto un accordo, recepito dalla DGR 31 gennaio 2020, n. 9-960, che ha formulato indirizzi transitori per l'acquisto di prestazioni sanitarie da Erogatori privati per il periodo 2020-2022. In particolare - confermando transitoriamente, sino al 31 maggio 2020, i tetti di spesa ed i valori di riferimento fissati per il 2019, nonché i posti letto di acuzie, riabilitazione e lungodegenza non psichiatrici oggetto di contrattazione individuati dall'allegato B) della DGR 27 Luglio 2016, n. 12-3730 – nell'accordo, tra l'altro, si conveniva:

- una quantificazione economica complessiva di sistema dei valori di riferimento e dei tetti ASL di residenza per acuzie, post acuzie e specialistica ambulatoriale, non inferiore al livello fissato per il biennio 2018-2019; comunque in coerenza ai limiti della normativa nazionale;
- di rinviare l'eventuale assegnazione di risorse aggiuntive vincolate al recupero della mobilità passiva e/o alla riduzione dei tempi d'attesa, o la storicizzazione di tutto o parte dei valori integrativi assegnati nel precedente triennio, ai risultati delle previste verifiche di raggiungimento degli obiettivi;

- di demandare la definizione dei tetti di spesa per ASL di residenza, la definizione dei valori di riferimento e delle regole di remunerazione a successivo provvedimento deliberativo, da adottarsi entro il 31 maggio 2020.

Nel frattempo a partire dal mese di febbraio 2020, a seguito della diffusione sul territorio dell'epidemia Covid-19, si sono registrati incrementi considerevoli di accesso alle strutture ospedaliere per pazienti affetti da Covid-19; con i provvedimenti regionali precedentemente citati sono state messe in atto azioni che hanno consentito al Sistema Sanitario Regionale di rispondere alle necessità di assistenza ospedaliera per i pazienti affetti da sindromi respiratorie acute connesse con infezione da Sars-Cov-2. Tali azioni hanno coinvolto gli erogatori privati, che hanno visto una forte contrazione della produzione ordinaria e la riconversione di alcune delle proprie strutture in strutture dedicate all'assistenza a pazienti affetti da Covid-19.

Alla luce di quanto innanzi espresso tra la Direzione regionale Sanità e le Associazioni degli Erogatori sanitari privati si è raggiunto un **nuovo accordo (allegato A**, per costituire parte integrante e sostanziale del presente atto) che per l'anno 2020 definisce una regolamentazione *ad hoc* in ragione delle richiamate condizioni emergenziali e rinvia la definizione della disciplina dei rapporti con riguardo agli anni 2021 e 2022. Laddove per qualsivoglia ragione non risultasse possibile definire le nuove regole prima del 31/12/2020, le disposizioni contenute in detto accordo (al netto delle previsioni specifiche relative alla produzione COVID da parte di erogatori: "COVID dedicati", "di supporto COVID", "divenuti COVID") si estenderanno, salvo diversi accordi raggiunti dalle parti, agli anni 2021 e 2022.

L'eccezionalità della situazione ha condotto ad operare, per il 2020, una semplificazione della regolamentazione della materia, assegnando agli erogatori un budget entro cui dovrà essere contenuta la relativa produzione; precedentemente la disciplina era molto più articolata anche al fine di introdurre un sistema concorrenziale tra gli erogatori privati, di fatto inapplicabile in una situazione di emergenza quale quella venutasi a determinare a causa della diffusione sul territorio nazionale del virus SARS-COV-2.

Le regole, inoltre, consentono di venire incontro alle conseguenze finanziarie abbattutesi sugli erogatori privati; infatti la crisi sanitaria si è tradotta in una pesante crisi di liquidità, poiché le attività ordinariamente erogate hanno subito una battuta di arresto durante la fase di lockdown e ancora (soprattutto per alcune tipologie di prestazioni a maggior contatto fisico, quali quelle di recupero e rieducazione funzionale) stentano nella ripresa. Le regole prevedono, infatti, l'erogazione di anticipi di cassa non correlati alla produzione (così come consentito dall'art. 4, comma 4, del D.L. 19/05/2020, n. 34) e la loro applicazione permetterà ai gestori delle strutture contrattualizzate di disporre delle somme necessarie per far fronte alle spese fisse comunque sostenute anche durante il periodo di chiusura delle attività.

Precisato che, in occasione della definizione del dettaglio delle regole 2021-2022, si valuterà l'eventuale adeguamento, nei limiti delle tariffe massime stabilite dai Decreti Ministeriali vigenti, di alcune delle tariffe/DRG, ritenuti dagli erogatori non remunerativi.

Si prevede, inoltre, la possibilità di integrare la spesa 2021 e 2022, mediante successivi accordi con le Associazioni rappresentative degli erogatori privati, al fine di recuperare il fabbisogno di prestazioni non soddisfatto, con una trasposizione negli esercizi successivi del tetto di spesa non fatturato a titolo di prestazioni ordinarie nell'anno 2020, salvo diverse disposizioni nazionali che dovessero nel frattempo intervenire e comunque nel rispetto dei tetti di spesa di cui all'articolo 45, comma 1-ter, del DL 26 ottobre 2019, n.124, (convertito in legge 19 dicembre 2019, n. 157).

Entro il 30 di settembre p.v. la Regione valuterà, altresì, l'esigenza transitoria per l'annualità 2020 di rimodulazione dei budget tra strutture appartenenti alla medesima ragione sociale, ancorché insistenti in ambiti territoriali di ASL diverse, in relazione all'avvenuto trasferimento, a causa dell'emergenza, della produzione ordinaria da erogatori COVID dedicati verso altre strutture della medesima ragione sociale.

In caso di modificazioni, intervenute nel corso dell'anno, anche per il riconoscimento dei costi del rinnovo del CCNL, dei valori unitari dei tariffari 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 di prestazioni remunerate, potrà essere rideterminato sulla base della stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato e nel rispetto del limite di spesa di cui all'articolo 45, comma 1-ter, del DL 26 ottobre 2019, n.124, (convertito in legge 19 dicembre 2019, n. 157).

Sulla base degli accordi intervenuti si è elaborato lo **Schema di contratto/accordo contrattuale** ex art. 8 *quinquies* D. Lgs. n. 502/1992 per l'anno 2020, **allegato B)**, allegato per costituire parte integrante e sostanziale del presente atto, per l'acquisto di prestazioni sanitarie di ricovero in regime di acuzie, di ricovero in regime di post-acuzie e di specialistica ambulatoriale, in regime di lungodegenza e riabilitazione psichiatrica e per la Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria – CAVS.

Atteso che a fini ricognitivi si rende opportuno riportare in un unico allegato **l'allegato C)** al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, i budget anno 2020, assegnati agli erogatori privati accreditati in ordine a ciascun setting assistenziale e relativi a prestazioni sanitarie:

RESIDENTI IN REGIONE - BUDGET

- C) – 1 di ricovero in regime di acuzie
- C) – 2 di ricovero in regime di post-acuzie
- C) – 3 di ricovero in regime di Post-Acuzie (lungodegenza e riabilitazione) psichiatrica
- C) – 4 di specialistica ambulatoriale
- C) – 5 di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria – CAVS
- C) – 6 di Cure domiciliari riabilitative

RESIDENTI FUORI REGIONE – BUDGET/TETTI DI SPESA

- C) – 7 di ricovero in acuzie in regime di acuzie di alta complessità
 - C) – 8 di ricovero in acuzie in regime di acuzie di bassa e media complessità
 - C) – 9 di ricovero in regime di post-acuzie di alta complessità
 - C) – 10 di ricovero in regime di post-acuzie di bassa e media complessità
 - C) – 11 di ricovero in regime di post-acuzie neuropsichiatrica
 - C) – 12 di specialistica ambulatoriale
- nonché
- C) – 13 i tetti di spesa per finanziamenti a funzione
 - C) – 14 i valori di spesa per il rimborso dei farmaci “file F”.

Il budget 2020 è stato definito nella stessa misura dei “valori di riferimento”/ “tetti di spesa” 2019 individuati con i provvedimenti richiamati nelle sopra dette schede contrassegnate con la lettera C), salvo che per i valori di spesa per il rimborso dei farmaci “file F”, quantificati sulla base della spesa sostenuta nell'anno 2019;

Il tetto per prestazioni fuori regione 2020 è stato quantificato in misura pari al valore contrattuale della produzione 2019:

a) incrementato del 10 %, nel caso di ricoveri (acuti e post acuti) di alta complessità, nel caso di ricoveri (acuti e post acuti) di bassa e media complessità e di ricoveri di neuropsichiatria (assumendo, però, con riguardo a queste ultime due tipologie di ricoveri, quale valore di riferimento il valore della produzione quantificato ai sensi dei contratti 2019 e, quindi, non inclusivo delle eccedenze registrate a consuntivo rispetto ai corrispondenti tetti);

b) incrementato del 20 % , nel caso di produzione ambulatoriale.

Nelle fattispecie in cui l'importo definito in base ai criteri di cui ai precedenti punti a) e b) sia risultato inferiore al budget 2019, quest'ultimo è stato assunto quale tetto di spesa 2020.

Alla luce di delle regole 2020 la spesa complessiva massima anno 2020 è quantificabile in € **791.460.439:**

VOCE	REGIONE	FUORI REGIONE	TOTALE	DI FONTE FINANZIAMENTO
RICOVERO	396.000.250	100.524.526	496.524.776	a carico dei bilanci delle ASL interessate
AMBULATORIO*	214.376.910	15.267.693	229.644.603	a carico dei bilanci delle ASL interessate

* la valorizzazione è comprensiva di ticket e quota fissa

VOCE	SPESA TOTALE	DI FONTE FINANZIAMENTO
SETTING TERRITORIALE	24.031.060	a carico dei bilanci delle ASL interessate
COVID DEDICATI	18.500.000	DL 17 marzo 2020 n. 18
TAMPONI	6.000.000	DL 17 marzo 2020 n. 18 o altre forme di finanziamento ad hoc
COVID DI SUPPORTO	2.000.000	DL 17 marzo 2020 n. 18
FARMACI FILE F	14.760.000	a carico dei bilanci delle ASL interessate

quale risultante dall'**allegato D)**, allegato per costituire parte integrante e sostanziale del presente atto;

Atteso che alla spesa riferita alle prestazioni correlate all'emergenza COVID, come specificato nel prospetto innanzi riportato, laddove eccedente i valori di budget di cui alle schede contrassegnate con la lettera C), si farà fronte attraverso le risorse messe a disposizione del Piemonte dal DL 17 marzo 2020 n. 18, nella misura di:

- € 17.724.308,00 per l'attuazione degli interventi previsti dai commi 1 e 2 dell'articolo 3 del citato DL
- € 11.816.205,00 per l'attuazione degli interventi di cui al comma 3 dell'articolo 3 del medesimo DL

sulla base del programma operativo per la gestione dell'emergenza da COVID-19 elaborato da questo Ente, ai sensi del primo comma dell'art. 18 del D.L. 17/03/2020, n. 18;

Per quanto concerne la spesa per l'esecuzione di test di ricerca molecolare del virus SARS-COV-2 su tampone oro-rinofaringeo si farà fronte attraverso le risorse messe a disposizione del Piemonte dal DL 17 marzo 2020 n. 18 o attraverso altre specifiche risorse assegnate allo scopo;

Per le restanti voci di spesa la copertura economica del provvedimento rientra nella quota indistinta di finanziamento assegnato alle ASL, senza oneri aggiuntivi per il bilancio regionale;

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della DGR 17 ottobre 2016, 1-4046;

la Giunta regionale condividendo le motivate argomentazioni del relatore, a voti unanimi resi nelle forme di legge,

delibera

1. di prendere atto dell'accordo tra la Direzione regionale Sanità e le Associazioni degli Erogatori sanitari privati, **accordo, allegato A**, per costituire parte integrante e sostanziale del presente atto, che per l'anno 2020 definisce una regolamentazione *ad hoc* in ragione delle richiamate condizioni emergenziali .
2. di rinviare a successivi provvedimenti:
 - la definizione della disciplina dei rapporti con riguardo agli anni 2021 e 2022;
 - l'eventuale adeguamento, nei limiti delle tariffe massime stabilite dai Decreti Ministeriali vigenti, di alcune delle tariffe/DRG, ritenuti dagli erogatori non remunerativi;
 - l'eventuale rimodulazione dei budget 2020 tra strutture appartenenti alla medesima ragione sociale, ancorchè insistenti in ambiti territoriali di ASL diverse, in relazione all'avvenuto trasferimento, a causa dell'emergenza, della produzione ordinaria da erogatori COVID dedicati verso altre strutture della medesima ragione sociale (sulla base di valutazioni da condurre dal settore competente entro il 30 settembre 2020)
3. di demandare, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato e nel rispetto del limite di spesa di cui all'articolo 45, comma 1-ter, del DL 26 ottobre 2019, n.124 (convertito in legge 19 dicembre 2019, n. 157), a specifici successivi accordi con le Associazioni degli Erogatori sanitari privati la possibilità:
 - di integrare la spesa 2021 e 2022 al fine di recuperare il fabbisogno di prestazioni non soddisfatto, con una trasposizione negli esercizi successivi del tetto di spesa non fatturato a titolo di prestazioni ordinarie nell'anno 2020, salvo diverse disposizioni nazionali che dovessero nel frattempo intervenire;
 - di rideterminare il volume massimo di prestazioni remunerate, laddove dovessero intervenire modificazioni, nel corso dell'anno, anche per il riconoscimento dei costi del rinnovo del CCNL, dei valori unitari dei tariffari per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa.
4. di approvare lo **Schema di contratto/accordo contrattuale ex art. 8 quinquies D. Lgs. n. 502/1992 per l'anno 2020, allegato B**), allegato per costituire parte integrante e sostanziale del presente atto, da adottarsi dalle AA.SS.LL. per la contrattualizzazione dei presidi erogatori con riguardo alle prestazioni sanitarie di ricovero in regime di acuzie, di ricovero in regime di post-acuzie e di specialistica ambulatoriale, in regime di lungodegenza e riabilitazione psichiatrica e di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria – CAVS.
5. di demandare alle AASSLL competenti per territorio la sottoscrizione dei contratti con le singole strutture private, stabilendo che la proposta di contratto sia trasmessa agli erogatori entro 25 giorni dalla data di adozione del presente atto, e la sottoscrizione avvenga entro i

successivi 10 giorni. Le ASL provvederanno a dare tempestiva informazione alla Regione dei casi di mancata sottoscrizione per l'avvio del procedimento di sospensione dell'accreditamento secondo le modalità previste dalla DGR 5 dicembre 2011, n. 58-3079.

6. di prendere atto dell'**allegato C)**, allegato al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, che riporta i budget anno 2020, assegnati agli erogatori privati accreditati in ordine a ciascun setting assistenziale e relativi a prestazioni sanitarie:
 - RESIDENTI IN REGIONE - BUDGET
 - C) – 1 di ricovero in regime di acuzie
 - C) – 2 di ricovero in regime di post-acuzie
 - C) – 3 di ricovero in regime di Post-Acuzie (lungodegenza e riabilitazione) psichiatrica
 - C) – 4 di specialistica ambulatoriale
 - C) – 5 di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria – CAVS
 - C) – 6 di Cure domiciliari riabilitative
 - RESIDENTI FUORI REGIONE – BUDGET/TETTI DI SPESA
 - C) – 7 di ricovero in acuzie in regime di acuzie di alta complessità
 - C) – 8 di ricovero in acuzie in regime di acuzie di bassa e media complessità
 - C) – 9 di ricovero in regime di post-acuzie di alta complessità
 - C) – 10 di ricovero in regime di post-acuzie di bassa e media complessità
 - C) – 11 di ricovero in regime di post-acuzie neuropsichiatrica
 - C) – 12 di specialistica ambulatoriale
 - nonché
 - C) – 13 i tetti di spesa per finanziamenti a funzione
 - C) – 14 i valori di spesa per il rimborso dei farmaci “file F”.
7. di dare atto che i budget 2020 sono stati definiti nella stessa misura dei “valori di riferimento”/ “tetti di spesa” 2019 individuati con i provvedimenti richiamati nelle sopra dette schede contrassegnate con la lettera C), salvo che per i valori di spesa per il rimborso dei farmaci “file F”, quantificati sulla base della spesa sostenuta nell'anno 2019;
8. di dare atto che il tetto per prestazioni fuori regione 2020 è stato quantificato in misura pari al valore contrattuale della produzione 2019:
 - a) incrementato del 10 %, nel caso di ricoveri (acuti e post acuti) di alta complessità, nel caso di ricoveri (acuti e post acuti) di bassa e media complessità e di ricoveri di neuropsichiatria (assumendo, però, con riguardo a queste ultime due tipologie di ricoveri, quale valore di riferimento il valore della produzione quantificato ai sensi dei contratti 2019 e, quindi, non inclusivo delle eccedenze registrate a consuntivo rispetto ai corrispondenti tetti)
 - b) incrementato del 20 %, nel caso di produzione ambulatoriale.Nelle fattispecie in cui l'importo definito in base ai criteri di cui ai precedenti punti a) e b) sia risultato inferiore al budget 2019, quest'ultimo è stato assunto quale tetto di spesa 2020.
9. di dare atto che la spesa massima - anno 2020 - per prestazioni ordinarie di ricovero ed ambulatoriali, quella per il rimborso dei farmaci di cui al File F e quella correlata all'emergenza COVID è riportata nell'**allegato D)**, allegato per costituire parte integrante e sostanziale del presente atto;
10. di dare atto che dal suddetto allegato D risulta per l'anno 2020 – per prestazioni ordinarie di ricovero ed ambulatoriali – una spesa massima quantificabile in:
 - € 726.169.379 (di cui € 610.377.160 per prestazioni erogate a favore di residenti in ambito regionale ed € 115.792.219 per prestazioni erogate a favore di residenti in ambito extra regionale)

- € 24.031.060 per prestazioni di assistenza territoriale
- € 14.760.000 per il rimborso dei farmaci File F

tale spesa massima di complessivi € 764.960.439

- farà carico ai bilanci delle AA.SS.RR. che vi provvederanno nell'ambito delle risorse loro assegnate in seguito al riparto delle quote regionali indistinte
- rientra nel tetto di spesa di cui all'articolo 45, comma 1-ter, del DL 26 ottobre 2019, n. 124;

11. di dare atto che dal suddetto allegato D risulta per l'anno 2020 – per prestazioni di ricovero di erogatori “COVID dedicati” e “COVID di supporto” (limitatamente alle prestazioni di natura oncologica) – una spesa quantificabile in complessivi € 26.500.000,00, a cui si farà fronte attraverso le risorse messe a disposizione del Piemonte dal DL 17 marzo 2020 n. 18, nella misura di:

- € 17.724.308,00 per l'attuazione degli interventi previsti dai commi 1 e 2 dell'articolo 3 del citato DL
- € 11.816.205,00 per l'attuazione degli interventi di cui al comma 3 dell'articolo 3 del medesimo DL

sulla base del programma operativo per la gestione dell'emergenza da COVID-19 elaborato da questo Ente, ai sensi del primo comma dell'art. 18 del D.L. 17/03/2020, n. 18;

12. di dare atto che dal suddetto allegato D risulta per l'anno 2020 – per l'esecuzione di test di ricerca molecolare del virus SARS-COV-2 su tampone oro-rinofaringeo – una spesa quantificabile in complessivi € 6.000.000,00, a cui si farà fronte attraverso le risorse messe a disposizione del Piemonte dal DL 17 marzo 2020 n. 18 o attraverso altre specifiche risorse assegnate allo scopo.

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)

Allegato

Accordo con gli erogatori privati sulle regole per l'annualità 2020 e sulla definizione delle linee di indirizzo per le annualità 2021 e 2022 a parziale rettifica ed integrazione dell'accordo del 10 dicembre 2019 recepito con dgr 31 gennaio 2020, n. 9-960.

EROGATORI PRIVATI DURANTE IL PERIODO COVID

Si dà atto che, in attuazione delle Deliberazioni 13 marzo 2020, n. 22-1133 e 20 marzo 2020, n. 14-1150, dall'anagrafe regionale dei punti di erogazione, risultano essersi attivati / riconvertiti posti letto COVID dedicati presso alcune strutture private accreditate e non accreditate ma solo autorizzate (la Casa di Cura Pinna Pintor) così come consentito dall'art. 3, comma 2, del decreto legge 17 marzo 2020 n. 18 convertito in Legge n. 27 del 24 aprile 2020.

I suddetti posti letto (attivati nell'ambito delle discipline di terapia intensiva, semi-intensiva, pneumologia, malattie infettive, medicina generale, RRF di I, II e III liv., RRF neuropsichiatrica, Lungodegenza e CAVS) sono stati inseriti nel piano adottato in attuazione della circolare del Ministero della salute prot. GAB 2627 in data 1° marzo 2020.

Al termine dello stato di emergenza le strutture private accreditate coinvolte nella rete emergenziale ripristineranno le discipline ed i posti letto contemplati nella situazione ex ante e non potranno avanzare pretese su autorizzazioni/accreditamento a carattere definitivo dei posti letto COVID-19.

E' prevista comunque la possibilità di riattivazione, sussistendone l'esigenza, dei posti letto COVID-19 di cui è caso nell'evenienza di una seconda ondata dell'epidemia.

Nel piano di potenziamento della rete ospedaliera sono state coinvolte, oltre alle strutture private dedicate (totalmente o parzialmente) a pazienti COVID-19 positivi, di cui si è detto, anche strutture destinatarie di casistiche operatorie ed internistiche provenienti dalle AA.SS.RR. che, per esigenze COVID correlate, non potevano erogare prestazioni ordinarie all'interno delle strutture pubbliche. Questa fattispecie si è a sua volta articolata in due tipologie di attività svolte per le Aziende del SSR:

- su casistica medica e chirurgica NO COVID, con una remunerazione alla tariffa per DRG corrispondente,
- su casistica chirurgica NO COVID, con una remunerazione alla tariffa per DRG corrispondente, abbattuta di una quota % definita in accordo tra le parti, quando il personale medico chirurgo è stato messo a disposizione dall'Azienda sanitaria stessa.

Da ultimo alcuni erogatori non ricompresi nel piano adottato in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, sono di fatto entrati a far parte della rete dei presidi COVID perché trovatisi a gestire un elevato numero di pazienti affetti da tale sindrome manifestatasi in costanza di ricovero.

Alla luce di quanto innanzi espresso si possono essere enucleate tre tipologie di erogatori che hanno contribuito alla gestione dell'emergenza:

1. **EROGATORE COVID DEDICATO:** quelli inseriti nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, cui corrisponde in ARPE il codice UNITA' PRODUTTIVA: 30111 e CODIFICA SDO: ICD9CM 078.89
2. **EROGATORE DI SUPPORTO COVID:** che ha accolto pazienti NO COVID per alleggerire il SSR; codice E o codice 99 nel campo provenienza assistito della SDO
3. **EROGATORE DIVENUTO COVID:** i cui pazienti **inizialmente** NO COVID hanno manifestato i sintomi di tale sindrome in costanza di ricovero. CODIFICA SDO: ICD9CM 078.89.

Rispetto alla specialistica ambulatoriale, alla produzione COVID è riconducibile l'attività di indagine diagnostica connessa alla ricerca di COVID-19 su tampone oro/rino-faringeo, che inizialmente è stata inquadrata come prestazione ambulatoriale (DGR 24 marzo 2020, n. 3-1157), successivamente come prestazione di screening da ricondurre a programmi di prevenzione e sorveglianza nell'ambito delle misure di controllo dell'infezione COVID-19 attivate dalle ASL (DGR 5 maggio 2020, n. 2-1315). I laboratori che sono stati coinvolti, in questa fase, per quanto di interesse sono: CDC (Torino), IRCCS Candiolo (TO), LAMAT (Torino), Gradenigo (Torino).

Le prestazioni erogate ai sensi delle richiamate DD.GG.RR., sono state fatturate all'ASL di competenza territoriale nell'ambito dell'attività contrattualizzata in virtù dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. 502/1992 e smi. Tutta la produzione di tali soggetti erogatori viene ricondotta al budget 2020.

Viene altresì ricondotta al budget 2020 l'attività di indagine diagnostica connessa alla ricerca di COVID-19 su tampone oro/rino-faringeo dell'IRCS di Candiolo effettuata come prestazione di servizio in ragione di specifici contratti intercorrenti tra tale erogatore e le AA.SS.RR. committenti, contratti sottoscritti in seguito alla gara n. 51-2020 del 7 maggio u.s. di SCR PIEMONTE.

BUDGET E REGOLE

L'emergenza ha coinvolto tutti gli operatori della sanità regionale, settore pubblico e privato, in termini di contrazione dell'attività produttiva ordinaria con riconversione della produzione in funzione del fabbisogno emergente di posti letto COVID positivi prioritariamente legati alle malattie infettive, all'assistenza respiratoria ed alla terapia intensiva. Analisi dei dati produttivi rilevata dal flusso C evidenzia che anche la specialistica ambulatoriale ha accusato una analoga contrazione di attività in conseguenza della situazione epidemiologica.

Alla luce di quanto sopra si ritiene non applicabile per il corrente anno il meccanismo di regressione tariffaria previsto dalle "nuove regole" (di cui alla DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504, come modificata dalla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, pur con le variazioni pattuite con le Associazioni degli erogatori nell'intesa del 10 dicembre 2019).

A ciascun erogatore è assegnato nel 2020 per ciascun setting (ambulatoriale; ricovero; domiciliare) un budget uguale a quello 2019, secondo la seguente tassonomia:

- a) valore "voce di riferimento" per la produzione a favore di assistiti residenti nella regione Piemonte:
 - i) di ricovero in acuzie
 - ii) di ricovero in post acuzie (esclusa la post acuzie neuropsichiatrica)
 - iii) ambulatoriale
- b) valore "tetti di spesa" per tutta la produzione "fuori regione" e per la produzione a favore di assistiti residenti nella regione Piemonte:
 - i) di ricovero in CAVS
 - ii) di ricovero in post acuzie neuropsichiatrica
 - iii) domiciliare.

Nel budget assegnato 2020 viene ricondotta:

- la produzione ordinaria;
- la produzione dell'erogatore "COVID dedicato";
- la produzione dell'erogatore "di supporto COVID";
- la produzione dell'erogatore "divenuto COVID";

- la produzione relativa all'attività di indagine diagnostica connessa alla ricerca di COVID-19 su tampone oro/rino-faringeo di cui agli ultimi due capoversi del precedente paragrafo rubricato "EROGATORI PRIVATI DURANTE IL PERIODO COVID".

Viene interamente riconosciuta, anche oltre i limiti del budget 2020:

- la produzione dell'erogatore "di supporto COVID" per prestazioni di tipo oncologico;
- la produzione dell'erogatore "COVID dedicato"; per essa è ammessa deroga al limite di spesa di cui all'art. 45 comma 1, ter, del D.L. 26/10/2019, n. 124, convertito con modificazioni con L. 19/12/2019, n. 157 (così come consentito dall'art. 3, comma 1, del D.L. 17/03/2020, n. 18 convertito con modificazioni con L. 24/04/2020, n. 27);
- la produzione relativa all'attività di indagine diagnostica connessa alla ricerca di COVID-19 su tampone oro/rino-faringeo di cui agli ultimi due capoversi del precedente paragrafo rubricato "EROGATORI PRIVATI DURANTE IL PERIODO COVID".

L'eventuale superamento del budget 2020 di cui ai tre punti precedenti non potrà dar luogo a storicizzazioni.

Per il 2020 è eccezionalmente ammessa nell'ambito della medesima struttura la compensazione dell'eventuale eccedenza del budget di ricovero, da quantificarsi rispetto alla produzione consuntivata nei flussi informativi regionali, con le eventuali eccedenze di produzione ambulatoriale che potranno essere erogate dalle medesime strutture rispetto al budget stabilito per il setting ambulatoriale.

VALORIZZAZIONE PRESTAZIONI COVID 19

E' stato rilevato, da più parti, come la patologia di cui si tratta - in relazione all'intensità ed all'elevato grado di personalizzazione delle cure, alla durata della degenza, al costo dei farmaci e dei dispositivi di protezione individuale - non trovi adeguata remunerazione nell'attuale sistema tariffario.

La Regione Piemonte ha previsto, per la tipologia di erogatore "COVID dedicato", un finanziamento a funzione nel limite del 15% del valore di produzione delle prestazioni COVID, a seguito di specifica rendicontazione dei costi sostenuti.

A livello nazionale è allo studio la determinazione di una specifica funzione assistenziale e un incremento tariffario da adottarsi con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa Intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano (art. 4, comma 2, del D.L. 19/05/2020, n. 34).

Al riguardo si ritiene di applicare ai contratti 2020 limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, salvo proroghe:

1. **EROGATORE COVID DEDICATO:** la remunerazione di una specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID 19 determinata con le modalità definite nel Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da emanarsi ai sensi del comma 2, dell'art. 4, del D.L. 19/05/2020, n. 34 ed un incremento tariffario per le attività rese a pazienti covid definito con il medesimo decreto, nel frattempo sono fatte temporaneamente salve le vigenti tariffe regionali e il finanziamento a funzione prevista con DGR 13 marzo 2020, n. 22-1133;
2. **EROGATORE DI SUPPORTO COVID:** le vigenti tariffe regionali;
3. **EROGATORE DIVENUTO COVID:** l'incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID come verrà definito con il già richiamato Decreto da emanarsi ai sensi del comma 2, dell'art. 4, del D.L. 19/05/2020, n. 34, sono nel frattempo fatte temporaneamente salve le vigenti tariffe regionali.

Ai ricoveri di pazienti COVID in regime di RRF e lungodegenza, neuropsichiatrica e non, non verranno applicati gli abbattimenti oltre soglia.

REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Tutti gli erogatori, durante l'epidemia, hanno contribuito alla funzionalità del sistema mantenendo, ove possibile, la propria operatività ordinaria (come da nota Unità di Crisi del 5 marzo prot. n. 11352), seppure in regime ridotto a causa della contingente situazione emergenziale, che ha condotto ad un significativo ridimensionamento delle prestazioni erogate in ragione del lock down e delle rigide procedure definite dall'Unità di Crisi per evitare la diffusione del contagio.

Essendosi sospesa in ambito pubblico l'attività ambulatoriale per le classi P e D ed essendosi limitata l'attività chirurgia ordinaria ai soli interventi di emergenza, salvavita e di tipo oncologico (come da note dell'unità di crisi rispettivamente prot. n. 11029 del 4 marzo 2020 e prot. n. 11054 del 5 marzo 2020) la produzione garantita dagli erogatori del sistema ha contribuito ad ottimizzare l'offerta complessiva del SSR in regime emergenziale.

Gli erogatori privati accreditati, che costituiscono elementi importanti dell'offerta complessiva del Servizio Sanitario Regionale - con la piena ripresa delle attività - possono, altresì, fornire un contributo fondamentale nel recupero dei tempi di attesa per le prestazioni ordinarie, le quali durante i mesi di maggior picco dell'infezione hanno subito come detto una forte contrazione.

Durante tale periodo, inoltre, gli erogatori privati accreditati hanno, comunque, sostenuto i costi relativi al mantenimento dei requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali, nonché, per le strutture con pazienti Covid-19 positivi, maggiori costi per la gestione di tale patologia altamente diffusiva.

Alla luce di quanto innanzi espresso, si conviene di applicare in modo estensivo a tutti gli erogatori privati e nel valore massimo quanto consentito dall'art. 4, commi 4 e 5 del D.L. 19/05/2020, n. 34 e, quindi, di riconoscere a tutti gli erogatori privati per il periodo dell'emergenza quanto di seguito indicato al punto A).

A) per la produzione effettuata nei mesi di marzo, aprile, maggio, giugno e luglio, le AA.SS.LL.:

1. se il valore della produzione è compreso tra il 90 e il 95% di 1/12 del budget 2020, viene riconosciuto il valore della produzione effettivamente realizzata;
2. se il valore della produzione è inferiore al 90% di un dodicesimo del budget anticipano alle strutture stesse, a titolo di acconto e salvo conguaglio, un corrispettivo, su base mensile, nella misura del 90% di un dodicesimo del budget 2020;
3. se il valore della produzione è > 95% di 1/12 del budget 2020, viene riconosciuto il 95% di 1/12 del budget.

Nelle fattispecie di cui al punto 2, al 31/12/2020 gli erogatori emetteranno una nota di credito a conguaglio dell'eventuale eccedenza tra l'importo ricevuto come cassa mensile nell'anno 2020 per la produzione 2020 ed il totale della produzione definita in accordo con l'ASL.

L'ammontare del credito verrà trattenuto in sei rate di pari importo dai pagamenti effettuati nei mesi gennaio, febbraio, marzo, aprile, maggio e giugno 2021.

B) per la produzione effettuata nei mesi di gennaio e febbraio – agosto, settembre, ottobre, novembre e dicembre:

Ai sensi della DGR 16 maggio 2019, n. 90-8999 le AA.SS.LL. pagano il 95% di 1/12 del budget 2020 o il valore della produzione se inferiore.

NEUROPSICHIATRIA E CAVS

Nelle more dell'adozione dei provvedimenti di graduale riqualificazione delle relative attività, si confermano per il 2020 i posti letto contrattati ed i budgets ("tetti di spesa annui massimi") assegnati con riguardo ai privati accreditati e già contrattati per attività attualmente classificate come lungodegenza psichiatrica, riabilitazione psichiatrica e Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria – CAVS – di cui all'allegato a), tabella b, punti 3) e 4) della DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504.

Fino all'emanazione delle disposizioni regionali di graduale riqualificazione delle attività, gli importi fissati per l'attività di CAVS è compensabile con il budget complessivo assegnato per i ricoveri psichiatrici e/o per le attività ambulatoriali.

PRESTAZIONI DOMICILIARI

Si confermano per il 2020 i budget ("tetti di spesa") 2019 assegnati con riguardo ai privati accreditati per prestazioni domiciliari (presidi San Camillo, Major e Maria Ausiliatrice), salvo riservarsi di procedere nel corso del 2020 ad una approfondita analisi del fabbisogno di prestazioni domiciliari nell'ambito del SSR anche attraverso una ricognizione delle prestazioni erogate in proprio (direttamente o in appalto) dalle AA.SS.LL. comprese quelle erogate ex art. 26 L. 833/1978.

Per quanto riguarda la compensazione tra la minor produzione domiciliare e l'eccedenza di produzione ambulatoriale e di ricovero post acuzie rispetto al budget assegnato per tali setting assistenziali, si rinvia alla DGR n. 8-1615 del 3/7/2020.

RESIDENTI FUORI REGIONE

Per quanto riguarda l'erogazione di prestazioni per residenti fuori regione si confermano i budget ("tetti di spesa") 2019.

La produzione realizzata (al netto degli abbattimenti conseguenti agli ordinari controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione) per residenti in altre regioni sarà remunerata come segue:

1. la produzione di specialistica ambulatoriale sarà riconosciuta per intero, anche oltre budget nel limite, in ogni caso, del valore della produzione ambulatoriale extra regione valorizzata per ogni struttura nell'anno 2019 incrementata del 20%
2. la produzione di ricovero di alta complessità e di bassa e media complessità verrà riconosciuta per intero se entro i budget; l'eccedenza sarà riconosciuta con un abbattimento del 10% nel limite, in ogni caso, del valore della produzione di ricovero extra regione di alta complessità e di bassa e media complessità valorizzata per ogni struttura nell'anno 2019 incrementata del 10%.

ESERCIZI 2021 e 2022

Si rinvia al biennio 2021-2022 l'applicazione dell'accordo firmato in data 10 dicembre 2019, tra la Direzione regionale Sanità e le Associazioni degli Erogatori sanitari privati, recepito dalla DGR 31 gennaio 2020, n. 9-960, per quanto attiene alla quantificazione economica complessiva di sistema, ai tetti ASL di residenza per acuzie, post acuzie e specialistica ambulatoriale, alla quantificazione dei valori di riferimento ed alla revisione delle regole di remunerazione.

Laddove, tuttavia, per qualsivoglia ragione non risultasse possibile definire le nuove regole prima del 31/12/2020, le presenti disposizioni (al netto delle previsioni specifiche relative alla produzione COVID da parte di erogatori: "COVID dedicati", "di supporto COVID", "divenuti COVID") si estenderanno, salvo diversi accordi raggiunti dalle parti, agli anni 2021 e 2022 ed il budget sarà uguale a quello 2019 (ovvero ai valori indicati al precedente terzo capoverso del paragrafo rubricato "BUDGET E REGOLE").

In occasione della definizione del dettaglio delle regole 2021-2022 si valuterà l'eventuale adeguamento di alcune delle tariffe/DRG, ritenuti dagli erogatori non corretti nella remunerazione.

Dato atto che, in considerazione dell'emergenza COVID 19, nel corso del 2020 verosimilmente si registrerà una diminuzione dei livelli di produzione ordinaria, si prevede la possibilità di integrare la spesa 2021 e 2022, mediante successivi accordi, al fine di recuperare il fabbisogno di prestazioni non soddisfatto, con una trasposizione negli esercizi successivi del tetto di spesa non fatturato a titolo di prestazioni ordinarie nell'anno 2020, salvo diverse disposizioni nazionali che dovessero nel frattempo intervenire e comunque nel rispetto dei tetti di spesa di cui all'articolo 45, comma 1-ter, del DL 26 ottobre 2019, n.124, (convertito in legge 19 dicembre 2019, n. 157) per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera e dell'articolo 9-quater, comma 7, del DL 19 giugno 2015, n. 78, convertito dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale.

Entro il 30 di settembre p.v. la Regione valuterà l'esigenza transitoria per l'annualità 2020 di rimodulazione dei budget tra strutture appartenenti alla medesima ragione sociale, ancorché insistenti in ambiti territoriali di ASL diverse, in relazione all'avvenuto trasferimento, a causa dell'emergenza, della produzione ordinaria da erogatori COVID dedicati verso altre strutture della medesima ragione sociale.

In caso di modificazioni, intervenute nel corso dell'anno, anche per il riconoscimento dei costi del rinnovo del CCNL, dei valori unitari dei tariffari 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 di prestazioni remunerate, potrà essere rideterminato sulla base della stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato e nel rispetto del limite di spesa di cui all'articolo 45, comma 1-ter, del DL 26 ottobre 2019, n.124, (convertito in legge 19 dicembre 2019, n. 157).

Torino 16 luglio 2020

PER GLI EROGATORI

PER LA REGIONE PIEMONTE

Il rappresentante AIOP

Il Dirigente del settore
Regole del SSR nei rapporti con i soggetti erogatori

Il Rappresentante ARIS
(firmato il 07/08/2020)

Il Dirigente del Settore
Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica
sanitaria e coordinamento acquisti

Il Rappresentante ANISAP

Il Direttore della Direzione Sanità e Welfare

Il Rappresentante META

Il Rappresentante GRISP-FEDERLAB

Schema di contratto/accordo contrattuale ex art. 8 *quinquies* d. lgs. n. 502/1992 per l'anno 2020 per la definizione dei rapporti tra aziende sanitarie locali e strutture sanitarie per l'erogazione di prestazioni di ricovero in regime di acuzie, di ricovero in regime di post-acuzie e di specialistica ambulatoriale, in regime di lungodegenza e riabilitazione psichiatrica e di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria – CAVS.

Tra

l'ASL, con sede legale in, via, (C.F.), rappresentata dal Direttore Generale pro tempore, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società, con sede legale in, (C.F.), titolare della/e struttura/e con sede/i operativa/e indicate nell'**allegato 1**, accreditata/e per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto/accordo, successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata da nella qualità di, con titolo di legale rappresentanza.

Premesso che:

- gli articoli 8-bis, 8 quater e 8 *quinquies* del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., regolamentano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
- l'art. 3 del Decreto Legge 17 marzo 2020 n. 18, recante "*Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.*", convertito in Legge 24 aprile 2020, n. 27, ha introdotto norme di natura straordinaria al fine di coinvolgere gli Erogatori Privati nel potenziamento delle reti di assistenza territoriale;
- l'art. 4, comma 1, del Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34, recante "*Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.*" ha previsto la remunerazione di una specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID 19 e un incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID dalle strutture inserite nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18;
- con DGR gg.mm.2020, n. XX-YYYY, sono state definite le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati e contrattati per l'anno 2020, ed è stato approvato il presente schema di contratto a valere per le strutture private e di accordo contrattuale a valere per i presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78 ed i progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis D. Lgs. 502/92 e s.m.i.;

Atteso che:

- in relazione all'esercizio 2020 tra le parti intercorrono i seguenti contratti/accordi contrattuali
 1. Data sottoscrizione: gg.mm.2020 - Oggetto del contratto:

- Determina ASL di approvazione: gg.mm.2020, n. XXXXX

2. Data sottoscrizione: gg.mm.2020 - Oggetto del contratto:

- Determina ASL di approvazione: gg.mm.2020, n. XXXXX

- L'Erogatore è risultato coinvolto nell'epidemia di COVID-19 in una delle seguenti modalità
 - EROGATORE COVID DEDICATO:** quelli inseriti nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, cui corrisponde in ARPE il codice UNITA' PRODUTTIVA: 30111 e CODIFICA SDO: ICD9CM 078.89
 - EROGATORE DI SUPPORTO COVID:** avendo accolto pazienti NO COVID per alleggerire il SSR; codice E o codice 99 nel campo provenienza assistito della SDO
 - EROGATORE DIVENUTO COVID:** i cui pazienti inizialmente NO COVID hanno manifestato i sintomi di tale sindrome in costanza di ricovero. CODIFICA SDO: ICD9CM 078.89.
- con determina del Direttore Generale dell'ASL n. xxxxx del gg.mm.2020 è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto/accordo in attuazione della citata DGR XX-YYYY/2020;

Preso atto che:

- il legale rappresentante della Struttura dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto/accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del presente contratto/accordo.
2. Le parti danno concordemente atto che eventuali precedenti contratti/accordi contrattuali stipulati per la gestione ordinaria 2020 e/o dedicati all'emergenza COVID-19 e richiamati in premessa sono annullati, confluendo i contenuti degli stessi nel presente contratto/accordo contrattuale. Fanno eccezione:
 - a) i contratti eventualmente stipulati dall'ASL con l'Erogatore "di supporto COVID", per l'erogazione di prestazioni chirurgiche a pazienti NO COVID, erogate da personale dell'ASL
 - b) i contratti stipulati dall'ASL con i presidi ex artt. 26 e 43 L. 833/1978 (San Camillo, Major e Ausiliatrice-Don Gnocchi) per le prestazioni domiciliari ai sensi della DGR n. 8-1615 del 3/7/2020.La produzione riconducibile ad entrambe le fattispecie di cui alle precedenti lettere a) e b) rientra nel budget di cui all'art. 3 del presente contratto.
La produzione riconducibile alla fattispecie di cui alla precedente lettera a) è riconosciuta anche se superiore al budget assegnato se di tipo oncologico (così come specificato al terzo comma dell'art. 3 del presente contratto).
3. L'Erogatore si impegna a fornire prestazioni sanitarie, per conto e a carico del SSR, conformi ai volumi definiti all'articolo 3. Rientrano nel contratto/accordo anche le prestazioni rese nel corso del 2020 antecedentemente alla sottoscrizione del presente contratto/accordo.
4. Le prestazioni devono realizzarsi nell'intera annualità, con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda, tenuto peraltro conto che durante il periodo emergenziale COVID-19 si è realizzata una contrazione della produzione in relazione alla situazione contingente.
5. Qualora, al di fuori della richiamata situazione emergenziale, per giustificato motivo l'Erogatore non possa erogare le prestazioni oggetto del contratto dovrà darne tempestiva comunicazione all'ASL, la quale informerà le Aziende dell'area omogenea di programmazione e la Regione. Similmente si dovrà comunicare la ripresa dell'esecuzione dell'attività momentaneamente interrotta.

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

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e di provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere 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. 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 in conformità alla normativa vigente.
4. Ai sensi dell'articolo 1, comma 42, della legge n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti di ASL e Regione che nei tre anni antecedenti abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali.
5. In ottemperanza al regolamento approvato con decreto 2 aprile 2015, n. 70, l'Erogatore trasmette annualmente alla Regione il proprio bilancio (o conto economico nel caso di Enti o di strutture facenti parte di gruppi societari) redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici.
6. La cessione del contratto a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL e della Regione, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o cambiamento di ragione sociale, subordinatamente all'adozione degli atti di competenza regionale ed aziendale.

Articolo 3 – Budget residenti in Regione

1. Per il 2020, in relazione alle risorse finanziarie programmate per le prestazioni da rendere dall'Erogatore per conto e a carico del SSR per i residenti in regione (compresi, ai sensi della circolare del Ministero della Salute n. 5 del 24 marzo 2000, gli STR - stranieri paesi Ue/SEE/in Convenzione, ENI - europei non iscrivibili ed STP - stranieri temporaneamente presenti a carico del SSN), all'Erogatore sono assegnati i seguenti budget:

RICOVERO IN ACUZIE	BUDGET	€ _____
RICOVERO IN POST ACUZIE	BUDGET	€ _____
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	BUDGET	€ _____
RRF E LUNGODEGENZA PSICHIATRICA	BUDGET	€ _____
C.A.V.S.	BUDGET	€ _____
DOMICILIARE	BUDGET	€ _____

2. Al budget assegnato per i vari setting assistenziali di cui al comma precedente viene ricondotta:
 - la produzione ordinaria;
 - la produzione dell'erogatore "COVID dedicato";
 - la produzione dell'erogatore "di supporto COVID";
 - la produzione dell'erogatore "divenuto COVID";
 - la produzione relativa all'attività di indagine diagnostica connessa alla ricerca di COVID-19 su tampone oro/rino-faringeo erogata ai sensi delle DGR 24 marzo 2020, n. 3-1157 e DGR 5 maggio 2020, n. 2-1315 delle seguenti strutture CDC (Torino), IRCCS Candiolo (TO), LAMAT (Torino), Gradenigo (Torino).
3. La produzione di cui al comma precedente è riconosciuta per intero solo se inferiore al budget assegnato per ciascun setting assistenziale; in caso contrario essa è integralmente abbattuta. Fa eccezione la produzione di cui all'elencazione che segue che è interamente riconosciuta anche se superiore al budget assegnato senza però che ciò dia luogo a storicizzazione:

- la produzione dell'erogatore "di supporto COVID " per prestazioni di tipo oncologico;
 - la produzione dell'erogatore "COVID dedicato", con codifica SDO: ICD9CM 078.89.
4. Al budget relativo alle prestazioni ambulatoriali viene, altresì, ricondotta ed è interamente riconosciuta anche se superiore e senza possibilità di storicizzazione:
- la produzione relativa all'attività di indagine diagnostica connessa alla ricerca di COVID-19 su tampone oro/rino-faringeo erogata ai sensi delle DGR 24 marzo 2020, n. 3-1157 e DGR 5 maggio 2020, n. 2-1315, delle strutture di cui all'ultimo punto del precedente comma 2 del presente articolo;
 - l'attività di indagine diagnostica connessa alla ricerca di COVID-19 su tampone oro/rino-faringeo erogata dall'IRCS di Candiolo come prestazione di servizio in ragione dei contratti intercorrenti tra tale erogatore e le AA.SS.RR. committenti, contratti sottoscritti in seguito alla gara n. 51-2020 del 7 maggio 2020 di SCR PIEMONTE.

Articolo 4 – Budget e tetti di spesa residenti fuori Regione

1. Per il 2020, in relazione alle risorse finanziarie programmate per le prestazioni da rendere dall'Erogatore per conto e a carico del SSR per i residenti fuori regione, sono assegnati i seguenti budget e tetti massimi di spesa:

ACUZIE

RICOVERO ALTA COMPLESSITA'	BUDGET	€ _____	Tetto max spesa	€ _____
RICOVERO BASSA E MEDIA COMPLESSITA'	BUDGET	€ _____	Tetto max spesa	€ _____

POST - ACUZIE

RICOVERO ALTA COMPLESSITA'	BUDGET	€ _____	Tetto max spesa	€ _____
RICOVERO BASSA E MEDIA COMPLESSITA'	BUDGET	€ _____	Tetto max spesa	€ _____

SPECIALISTICA AMBULATORIALE	BUDGET	€ _____	Tetto max spesa	€ _____
-----------------------------	--------	---------	-----------------	---------

2. La produzione di ricovero di alta complessità e di bassa e media complessità per i residenti fuori regione è:
- riconosciuta per intero: se inferiore o uguale al budget assegnato;
 - abbattuta del 10%: se ricompresa tra il valore di budget ed il valore costituente tetto massimo di spesa;
 - totalmente abbattuta: se superiore al valore costituente tetto massimo di spesa.
3. La produzione di specialistica ambulatoriale per i residenti fuori regione è:
- riconosciuta per intero: se inferiore o uguale al valore costituente tetto massimo di spesa per tale setting assistenziale;
 - totalmente abbattuta: se superiore al valore costituente tetto massimo di spesa per tale setting assistenziale.

Articolo 5 – Budget e tetti di spesa regole comuni

1. La variazione, a qualunque titolo (ivi compresa la modifica della fascia di accreditamento), dei valori delle tariffe di riferimento non determinano un correlato adeguamento dei budget e dei tetti di spesa assegnati. In tali fattispecie saranno le prestazioni oggetto del contratto ad essere rideterminate in misura compatibile con i richiamati valori di budget/tetti di spesa, salvo che intervengano specifici accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato e nel rispetto del limite di spesa di cui all'articolo 45, comma 1-ter, del DL 26 ottobre 2019, n.124, (convertito in legge 19 dicembre 2019, n. 157).

2. La remunerazione a saldo della produzione avviene considerando separatamente le varie tipologie di setting assistenziali (per i residenti in regione: ricovero in acuzie, ricovero in post acuzie, specialistica ambulatoriale, riabilitazione e lungodegenza psichiatrica, CAVS e domiciliare; per i residenti fuori regione: ricovero alta complessità, ricovero bassa e media complessità e ambulatoriale) a cui corrispondono specifici budget/tetti di spesa.
3. Le prestazioni inviate al CSI oltre il termine ordinariamente fissato per la chiusura della gestione in competenza saranno considerate unicamente ai fini dell'obbligo informativo, ma non a fini remunerativi.

Articolo 6 – Compensazioni

1. Con riguardo alla produzione per i residenti in regione, per il 2020 è eccezionalmente ammessa nell'ambito della medesima struttura la compensazione dell'eventuale eccedenza del budget di ricovero, da quantificarsi rispetto alla produzione consuntivata nei flussi informativi regionali, con le eventuali eccedenze di produzione ambulatoriale che potranno essere erogate dalle medesime strutture rispetto al budget stabilito per il setting ambulatoriale.
2. Eccezionalmente, inoltre, per i presidi San Camillo, Major e Ausiliatrice-Don Gnocchi, con riguardo alla produzione per i residenti in regione, è ammessa sino al 31 luglio 2020 la possibilità di compensazione tra minor produzione domiciliare e l'eccedenza di produzione ambulatoriale e di ricovero post acuzie rispetto al budget assegnato per tali setting assistenziali. La compensazione verrà effettuata nei termini di cui alla DGR n. 8-1615 del 3/7/2020.
3. Con riguardo ai privati accreditati e già contrattati per attività attualmente classificate come lungodegenza psichiatrica, riabilitazione psichiatrica e Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria – CAVS, fino all'emanazione delle disposizioni regionali di graduale riqualificazione delle attività, con riguardo alla produzione per i residenti in regione, gli importi fissati per l'attività di CAVS sono compensabili con il budget complessivo assegnato per i ricoveri psichiatrici e/o per le attività ambulatoriali.
4. Nessuna altra forma di compensazione è ammessa.

Articolo 7 – Tariffe delle prestazioni

1. La valorizzazione delle prestazioni avviene con la tariffa regionale 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. Limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, salvo proroghe, agli Erogatori coinvolti nell'epidemia di COVID-19 si riconoscono le seguenti tariffe:
 - a) **EROGATORE COVID DEDICATO:** la remunerazione di una specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID-19 determinata con le modalità definite nel Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da emanarsi ai sensi del comma 2, dell'art. 4, del D.L. 19/05/2020, n. 34 ed un incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID definito con il medesimo decreto, nel frattempo sono fatte temporaneamente salve le vigenti tariffe regionali e il finanziamento a funzione previsto con DGR 13 marzo 2020, n. 22-1133;
 - b) **EROGATORE DI SUPPORTO COVID:** le vigenti tariffe regionali;
 - c) **EROGATORE DIVENUTO COVID:** l'incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID come verrà definito con il già richiamato Decreto da emanarsi ai sensi del comma 2, dell'art. 4, del D.L. 19/05/2020, n. 34, sono nel frattempo fatte temporaneamente salve le vigenti tariffe regionali.
3. Ai ricoveri di pazienti COVID in regime di RRF e lungodegenza, neuropsichiatrica e non, non sono applicati gli abbattimenti oltre soglia.

Articolo 8 - Modalità di pagamento prestazioni di ricovero ospedaliero e specialistica ambulatoriale

1. Per la produzione di ricovero ospedaliero e specialistica ambulatoriale effettuata nei mesi di marzo, aprile, maggio, giugno e luglio 2020:
 - a) se il valore della produzione è compreso tra il 90 e il 95% di 1/12 del budget 2020, viene riconosciuto il valore della produzione effettivamente realizzata;
 - b) se il valore della produzione è inferiore al 90% di un dodicesimo del budget, viene anticipato, a titolo di acconto e salvo conguaglio, un corrispettivo, su base mensile, nella misura del 90% di un dodicesimo del budget 2020;
 - c) se il valore della produzione è > 95% di 1/12 del budget 2020, viene riconosciuto il 95% di 1/12 del budget.

Nelle fattispecie di cui al precedente punto b), al 31/12/2020 gli erogatori emetteranno una nota di credito a conguaglio dell'eventuale eccedenza tra l'importo ricevuto come cassa mensile nell'anno 2020 per la produzione 2020 ed il totale della produzione definita in accordo con l'ASL.

L'ammontare del credito verrà trattenuto in sei rate di pari importo dai pagamenti effettuati nei mesi gennaio, febbraio, marzo, aprile, maggio e giugno 2021.

2. Nei mesi di gennaio e febbraio – agosto, settembre, ottobre, novembre e dicembre 2020, ai sensi della DGR 16 maggio 2019, n. 90-8999, le AA.SS.LL. corrispondono mensilmente agli erogatori il 95% di 1/12 del budget 2020 o il valore della produzione se inferiore
3. La produzione ambulatoriale viene liquidata dall'ASL previa detrazione degli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente.
4. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo l'ASL verifica le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie concordate per destinazioni di residenza e procede alla liquidazione del saldo provvisorio della produzione.

Articolo 9 – Importi assegnati per lo svolgimento di specifiche funzioni e rimborso farmaci file F

1. Per l'esercizio della funzione di "erogatore COVID dedicato" sono riconosciuti gli importi di cui all'art. 7, comma 2, lett. a).
2. Per l'esercizio di specifiche funzioni sotto indicate sono assegnati i seguenti importi:
 - all'IRCCS di Candiolo – per funzioni riconducibili ai progetti di ricerca applicata denominati: – è assegnato l'importo di € 2.500.000,00, ex DGR n. 60-8784 del 12.4.2019
 - all'IRCCS Salvatore Maugeri di Veruno – per funzioni riconducibili ai progetti di ricerca applicata denominati: – è assegnato l'importo di € 2.500.000,00, ex DGR n. 60-8784 del 12.4.2019
 - all'Istituto Auxologico Italiano – IRCCS Piancavallo – per funzioni riconducibili ai progetti di ricerca applicata denominati: – è assegnato l'importo di € 2.500.000,00, ex DGR n. 60-8784 del 12.4.2019
 - al Presidio Gradenigo di Torino – per funzioni di emergenza urgenza – è assegnato l'importo di € 4.886.919,00, ex DGR n. 37-7057 del 14.6.2018
 - a I Cedri di Fara Novarese – per funzioni ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza – è assegnato l'importo di € 365.000,00, ex DGR n. 37-7057 del 14.6.2018
 - all'OTIP di Torino – per funzioni ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza – è assegnato l'importo di € 410.000,00, ex DGR n. 37-7057 del 14.6.2018.
- 2bis. Gli importi di cui ai commi precedenti rappresentano un limite annuo massimo .
3. Per la somministrazione dei farmaci (file F) (aventi diritto: IRCCS di Candiolo, IRCCS Salvatore Maugeri di Veruno, Istituto Auxologico Italiano – IRCCS Piancavallo, Presidio Gradenigo di Torino, Cottolengo di Torino) è previsto il rimborso sulla base dei costi sostenuti o, se inferiori, sulla base dei prezzi di riferimento delle gare regionali ridotti dalle eventuali quote dovute dalle aziende farmaceutiche in applicazione della così detta "rimborsabilità condizionata" di taluni farmaci.

Articolo 10 - Modalità di pagamento finanziamento a funzione e rimborso farmaci file F.

1. Il pagamento del finanziamento a funzione dovuto all'Erogatore "Covid dedicato", di cui all'art. 9, comma 1, è effettuato in un'unica soluzione a consuntivo, sulla base di apposita fattura emessa dall'Erogatore, previa effettuazione delle verifiche di cui al successivo comma 3. L'importo pagato sarà oggetto di eventuale conguaglio in relazione alle eventuali diverse modalità di definizione del valore del finanziamento a funzione stabilite con il Decreto da emanarsi ai sensi del comma 2, dell'art. 4, del D.L. 19/05/2020, n. 34.
2. Per l'esercizio di specifiche funzioni di cui all'art. 9, comma 2, sono corrisposti, sulla base di apposita fattura emessa dall'Erogatore, acconti mensili, determinati nella misura di 1/12 del valore assegnato come limite annuo massimo attribuito.
3. Per quanto concerne il finanziamento a funzione, 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 e procede:
 - alla liquidazione nel caso di Erogatore "Covid dedicato": del totale dell'importo del finanziamento a funzione risultante dovuto
 - negli altri casi: al recupero della parte di finanziamento a funzione eventualmente non dovuta in seguito alle verifiche effettuate.
4. Per i farmaci (file F) sono corrisposti, sulla base di apposita fattura emessa dall'Erogatore, acconti mensili in misura pari al 95% del valore risultante dal suddetto tracciato. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo l'ASL verifica la congruità dei farmaci addebitati e della loro valorizzazione e procede, in relazione alle verifiche effettuate, alla liquidazione del saldo degli stessi.

Articolo 11 – Termini e condizioni di pagamento.

1. I pagamenti devono avere luogo nei termini previsti dall'articolo 4 del D. Lgs. n. 231/2002 e s.m.i. cioè entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura, corredata, se riferita alla produzione, dell'elenco delle prestazioni erogate nel mese di riferimento, elenco redatto nella forma definita dall'ASL.
2. E' fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere totalmente o parzialmente i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dell'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. Le partite contestate devono comunque essere definite entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.
3. Il pagamento di prestazioni fatturate non esclude future contestazioni da parte dell'ASL per importi non dovuti.
4. Gli importi non dovuti dall'ASL, se già versati, sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile.
5. 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.
6. Gli importi indicati nella reportistica prodotta dal Sistema Informativo Regionale rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dall'Erogatore e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente secondo i protocolli approvati, hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono titolo per il riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.

Articolo 12 – Erogazione di prestazioni.

1. Per una più razionale ed efficiente gestione degli accessi ai servizi, nei termini e secondo le modalità stabilite dall'ASL e/o dalla Regione, la struttura erogatrice assicura:
 - la condivisione con l'ASL delle agende di prenotazione e il monitoraggio delle prestazioni al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale;

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

Tali obblighi rappresentano elementi essenziali della prestazione.

2. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in un'apposita sezione nel proprio sito denominata «Liste di attesa», i tempi medi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.
3. Fermo restando il limite giornaliero di capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito entro i limiti quantitativi dei letti accreditati delle aree funzionali omogenee. I posti letto contrattati sono intesi come medi annui e il limite di occupazione giornaliero pari a quello degli accreditati.
4. La capacità produttiva non contrattata o non utilizzata dal SSN è fruibile per l'attività in regime privatistico.

Articolo 13 – Verifiche e controlli.

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

Articolo 14 - Sospensione e risoluzione del contratto.

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

8. Nulla spetterà all'Erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di accreditamento e nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui al presente articolo.

Articolo 15 – Clausola di manleva.

1. La Struttura assume ogni responsabilità, anche in attuazione della legge n. 24/2017, per qualsiasi danno causato da propria omissione, negligenza o altra inadempienza nell'esecuzione delle prestazioni contrattate e si obbliga ad esonerare il SSN da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questo, avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del contratto.

Articolo 16 – Clausola di salvaguardia.

1. Con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente, il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei budget e dei tetti di spesa assegnati, del sistema tariffario vigente nella Regione Piemonte e di quello di remunerazione delle prestazioni rese, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi, in quanto determinanti il contenuto del contratto. In considerazione dell'accettazione, con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore rinuncia ad eventuali azioni o impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti.

Articolo 17 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo.

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2020 sino al 31 dicembre 2020.
2. Laddove, per qualsivoglia ragione non risultasse possibile definire le nuove regole prima del 31/12/2020, le presenti disposizioni (al netto delle previsioni specifiche relative alla produzione COVID da parte di erogatori: "COVID dedicati", "di supporto COVID", "divenuti COVID") si estenderanno, salvo diversi accordi raggiunti dalla Regione Piemonte con le Associazioni rappresentative degli Erogatori, agli anni 2021 e 2022 ed il budget sarà uguale a quello di cui al presente contratto.
3. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative, di carattere nazionale, senza che maggiori oneri derivino per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all'ASL.
4. Per gli aspetti non disciplinati dal contratto si rinvia al codice civile ed alla normativa di settore.

Articolo 18 – Bollo e registrazione.

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

Articolo 19 - Foro competente.

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

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. 82/2005

Il file contenente il testo dell'accordo contrattuale, in formato pdf/A, successivamente alla sottoscrizione con firma digitale in corso di validità, dovrà essere trasmesso via PEC a regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it

STATO DI ACCREDITAMENTO

AZIENDA

COD. AZ.

SEDE

RICOVERO

STRUTTURA

SEDE OPERATIVA

COD. HSP11

ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO

DISCIPLINE	P.L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	P.L. CONTRATTATI DGR 27.07.2016, n. 12-3730

VARIAZIONI TEMPORANEE DI POSTI LETTO PER L'EMERGENZA COVID

DISCIPLINE	P.L. ACCREDITATI E CONTRATTATI COVID	DATA DI ATTIVAZIONE COVID	DATA DI CHIUSURA COVID

EVENTUALI PRECISAZIONI IN ORDINE ALLA PARTECIPAZIONE ALLE MISURE DI CONTRASTO DEL COVID-19

.....

.....

.....

AMBULATORIO

STRUTTURA /E

SEDE/I OPERATIVA COD. STP

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO

Schema Contrattuale ex Art. 8 Quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 per la definizione dei rapporti tra Aziende Sanitarie Locali e Strutture Sanitarie per l'erogazione di prestazioni di ricovero in regime di acuzie, di ricovero in regime di post-acuzie e di specialistica ambulatoriale, in regime di lungodegenza e riabilitazione psichiatrica e di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria – CAVS.

CLAUSOLE VESSATORIE

Clausole vessatorie

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 e 1342 del c.c. si approvano espressamente le clausole convenute negli articoli Art. 2 (Obblighi dell'Erogatore, requisiti dei servizi), Art. 3 (Budget residenti in Regione), Art. 4 (Budget e tetti di spesa residenti fuori Regione), Art. 5 (Budget e tetti di spesa regole), Art. 6 (Compensazioni), Art. 7 (Tariffe delle prestazioni), Art. 8 (Modalità di pagamento delle prestazioni), Art. 9 (Importi assegnati per lo svolgimento di specifiche funzioni e rimborso farmaci file F), Art. 10 (Modalità di pagamento finanziamento a funzione e rimborso farmaci file F), Art. 11 (Termini e condizioni di pagamento), Art. 12 (Erogazione di prestazioni), Art. 14 (Sospensione e risoluzione del contratto), Art. 15 (Clausola di manleva), Art. 16 (Clausola di salvaguardia) per prestazioni di ricovero e cura da erogarsi dalla Società/Ente.
....., con sede legale in, (C.F.),
titolare della sanitaria denominata con sede/i operativa/e in
... via

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. 82/2005

Trattandosi di documento digitale, dovendo le clausole vessatorie essere espressamente approvate, occorre riportare le stesse su un file distinto da quello contenente il testo dell'accordo contrattuale, in formato pdf/A, ed essere sottoscritto con firma digitale in corso di validità. Esso, congiuntamente al contratto, dovrà essere trasmesso via PEC a regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it

Per l'ASL

Per la Struttura

.....

.....

All. C) – 1

<p>RESIDENTI IN REGIONE</p> <p>BUDGET 2020</p> <p>RICOVERO IN REGIME DI ACUZIE</p> <p>Valori attribuiti da DGR n. 37-7057 del 14.06.2018 e da DD 272 del 16.04.2019 con s.m.i. e rilevati dalla DD n. 583 del 11.06.2020 concernente i saldi 2019</p>
--

ASL TERR	COD AZ	DENOMINAZIONE	REGIONE (INCLUSI STRANIERI, ENI ED STP A CARICO DEL SSN)
301	611	VILLA MARIA PIA HOSPITAL	28.451.305
301	612	CASA DI CURA KOELLIKER OSPEDALINO	6.450.909
301	655	CASA DI CURA CELLINI	18.048.256
301	992	PRESIDIO GRADENIGO	25.420.211
301	997	PRESIDIO COTTOLENGO	15.100.522
204	626	POLICLINICO DI MONZA – PRESIDIO EPOREDIESE B. I.	8.496.782
205	618	CASA DI CURA E RIPOSO S. LUCA S.P.A.	9.602.837
205	922	FONDAZIONE DEL PIEMONTE PER L'ONCOLOGIA	16.400.688
206	626	POLICLINICO DI MONZA - SANTA RITA	6.844.973
207	626	POLICLINICO DI MONZA – PRESIDIO LA VIALARDA B. I.	1.885.499
208	626	POLICLINICO DI MONZA - SAN GAUDENZIO	11.855.780
208	863	HABILITA - I CEDRI	2.507.611
209	209	C.O.Q.	15.082.243
209	920	ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO	1.811.944
211	632	CASA DI CURA CITTA' DI BRA	17.876.108
213	626	POLICLINICO DI MONZA – PRESIDI SALUS E CITTA' DI ALESSANDRIA	14.375.467
213	863	HABILITA - VILLA IGEA	3.973.845
TOTALE REGIONE			204.184.980

RESIDENTI IN REGIONE**BUDGET 2020****RICOVERO IN REGIME DI POST-ACUZIE**

Valori attribuiti da DGR n. 37-7057 del 14.06.2018 e da DD 272 del 16.04.2019 con s.m.i.
e rilevati dalla DD n. 583 del 11.06.2020 concernente i saldi 2019

ASL TERR	COD AZ	DENOMINAZIONE	REGIONE (INCLUSI STRANIERI, ENI ED STP A CARICO DEL SSN)
301	611	VILLA MARIA PIA HOSPITAL	1.096.146
301	612	CASA DI CURA KOELLIKER OSPEDALINO	1.609.625
301	921	PRESIDIO MAJOR	4.930.000
301	990	PRESIDIO AUSILIATRICE - FONDAZIONE DON GNOCCHI	5.540.000
301	992	PRESIDIO GRADENIGO	1.219.050
301	993	PRESIDIO SAN CAMILLO	8.990.000
301	997	PRESIDIO COTTOLENGO	2.506.000
203	621	CASA DI CURA VILLA SERENA - S.P.A.	8.860.000
203	623	VILLA PAPA GIOVANNI XXIII	7.250.000
203	646	CASA DI CURA VILLA IRIS SRL	6.100.000
203	651	CASA DI CURA MADONNA DEI BOSCHI	3.880.000
204	204	SAAPA S.P.A	8.332.950
204	622	CASA DI CURA VILLA IDA - SANTA CROCE SRL	5.790.000
204	626	POLICLINICO DI MONZA – PRESIDIO EPOREDIESE B. I.	438.980
204	644	VILLA GRAZIA	7.030.000
204	991	BEATA VERGINE CONSOLATA	11.250.000
205	648	VILLA ADRIANA	4.090.000
206	626	POLICLINICO DI MONZA - SANTA RITA	445.048
206	657	CASA DI CURA CENTRO R.R.F. MONS. LUIGI NOVARESE	5.690.000
207	626	POLICLINICO DI MONZA - PRESIDIO LA VIALARDA B. I.	770.101
208	630	CASA DI CURA S.CARLO DI ARONA	1.510.000
208	863	HABILITA - I CEDRI	1.011.076
208	921	FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI	17.930.000
209	209	C.O.Q.	1.850.000
209	629	CASA DI CURA L'EREMO DI MIAZZINA	4.810.000
209	920	ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO	5.205.038
210	633	CLIMATICO DI ROBILANTE	3.720.000
210	634	CASA DI CURA MONTESERRAT S.R.L	2.280.000
210	647	FONDAZIONE ORIZZONTE SPERANZA - ONLUS	4.300.000
211	632	CASA DI CURA CITTA' DI BRA	484.076
211	635	CASA DI CURA "LA RESIDENZA"	5.420.000
212	639	CASA DI CURA S. ANNA - ASTI	3.820.000
213	626	POLICLINICO DI MONZA – PRESIDI SALUS E CITTA' DI ALESSANDRIA	2.340.071
213	863	HABILITA - VILLA IGEA	528.295
TOTALE REGIONE			151.026.456

**RESIDENTI IN REGIONE
BUDGET 2020
SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

Valori attribuiti da DGR n. 37-7057 del 14.06.2018 e da DD 272 del 16.04.2019 con s.m.i.
e rilevati dalla DD n. 583 del 11.06.2020 concernente i saldi 2019

ASL TERR	COD AZ	DENOMINAZIONE	RESIDENTI IN REGIONE (INCLUSI STRANIERI, ENI ED STP A CARICO DEL SSN)	AMBULATORIO EX ART. 26
301	611	VILLA MARIA PIA HOSPITAL	1.196.575	0
301	612	CASA DI CURA KOELLIKER OSPEDALINO	15.026.146	0
301	622	POLIAMBULATORI STATUTO - VIA SALUZZO	2.933.264	0
301	653	PROME S.P.A.	4.061.467	0
301	655	CASA DI CURA CELLINI	5.182.083	0
301	700	STUDIO MEDICO MIRAFIORI	3.381.536	0
301	701	RAFFAELLO	116.555	0 (3)
301	702	A.N.S.A.	592.002	0
301	704	CHIROS	4.215.447	0
301	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA	17.247.040	0
301	706	FISIO SRL CENTRO MED. LINGOTTO	3.587.430	0
301	707	IST.FISICOTERAPICO DI TORINO	2.032.668	0
301	708	LARC SRL	13.031.798	0
301	709	P.K.T S.R.L. CORSO FRANCIA	1.811.026	0
301	710	S.K.T. S.R.L. - STUDIO KINESITERAPICO TORINESE	1.375.852	0
301	711	I.F.O.R.	1.352.439	0
301	712	L.A.M.A.T.	875.047	0
301	713	PUNTO DE.GA.	3.117.702	0
301	714	NUOVA LAMP	1.700.151	0
301	733	IMT- MEDIL S.P.A.	12.575	0 (3)
301	735	R.I.B.A. S.P.A	4.027.347	0
301	737	IRMET	5.253.487	0
301	862	O.T.I.P.	460.800	0 (1)
301	921	PRESIDIO MAJOR	272.399	0
301	990	PRESIDIO AUSILIATRICE - FONDAZIONE DON GNOCCHI	1.552.015	2.276.290 (2)
301	992	PRESIDIO GRADENIGO	13.196.390	0
301	993	PRESIDIO SAN CAMILLO	642.534	0
301	997	PRESIDIO COTTOLENGO	7.854.670	0
203	621	CASA DI CURA VILLA SERENA - S.P.A.	1.572.565	0
203	646	CASA DI CURA VILLA IRIS SRL	2.150.411	0
203	655	CASA DI CURA CELLINI	1.064.794	0
203	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA	1.587.331	0
203	713	PUNTO DE.GA.	1.018.127	0
203	715	STUDIO MEDICO FISIOTERAPICO	1.275.879	0
203	716	INDAGINI RICERCHE MEDICHE	4.017.694	0
203	738	C.F.T. KINETOS	557.472	0
204	626	POLICLINICO DI MONZA – PRESIDIO EPOREDIESE B. I.	4.351.819	0
204	644	VILLA GRAZIA	332.342	0
204	714	NUOVA LAMP	2.692.082	0
204	717	ISTITUTO MALPIGHI	1.849.518	0
204	991	BEATA VERGINE CONSOLATA	375.071	0
205	618	CASA DI CURA E RIPOSO S. LUCA S.P.A.	12.293	0
205	661	POLICLINICO SAN LUCA	1.683.036	0
205	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA	2.117.646	0
205	718	POLIAMBULATORIO MEDICO CHERESE	357.735	0
205	719	LABORATORIO MEDICO C. BATTISTI	364.741	0
205	720	CENTRO DIAGNOSTICO LA-RA SRL	209.722	0
205	922	FONDAZIONE DEL PIEMONTE PER L'ONCOLOGIA	19.220.912	0
206	626	POLICLINICO DI MONZA - SANTA RITA	6.078.113	0
206	657	CASA DI CURA CENTRO R.R.F. MONS. LUIGI NOVARESE	844.029	0
206	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA	838.267	0
206	730	CENTRO DIAGNOSTICO CIGLIANESE	344.045	0
207	626	POLICLINICO DI MONZA - PRESIDIO LA VIALARDA B. I.	2.044.802	0
207	746	CENTRO FISIOTERAPIA STAGNO	315.858	0
208	626	POLICLINICO DI MONZA - SAN GAUDENZIO	7.012.378	0
208	630	CASA DI CURA S.CARLO DI ARONA	252.608	0
208	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA	889.651	0
208	721	DOC SERVICE	627.442	0
208	863	HABILITA – I CEDRI	1.387.285	0 (1)
208	921	FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI	2.427.320	0
209	209	C.O.Q.	2.721.369	0
209	629	CASA DI CURA L'EREMO DI MIAZZINA	1.796.803	0
209	920	ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO	2.577.791	0
210	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA	851.197	0
210	722	PASTEUR LABORATORIO ANALISI	23.740	0
211	632	CASA DI CURA CITTA' DI BRA	3.024.552	0
211	723	CENTRO MEDICO ALBESE	343.245	0
212	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA	1.940.536	0
213	626	POLICLINICO DI MONZA – PRESIDI SALUS E CITTA' DI ALESSANDRIA	5.075.500	0
213	642	CASA DI CURA SANT'ANNA (CASALE)	145.867	0
213	726	DOTT. CRISTOFORO PONZANO	98.038	0
213	727	STUDIO RADIOLOG. OMODEO ZORINI	570.288	0
213	728	STUDIO RADIOLOGICO DOTT. FOCO	1.113.803	0
213	736	LABORATORIO ANALISI S. MARIA	299.663	0
213	861	ALLIANCE MEDICAL	6.910.010	0
213	863	HABILITA – VILLA IGEA	903.072	0
TOTALE REGIONE			214.376.910	2.276.290
TOTALE REGIONE CON VALORI EX ART. 26			216.653.200	

(1) In relazione all'attività di ossigenoterapia iperbarica, la DGR n. 22-9074 del 27.05.2019 ha disposto il seguente incremento di budget:

O.T.I.P. budget 2019 pari ad euro 248.000 con incremento di euro 212.000, per totale euro 460.800

HABILITA – I CEDRI budget 2019 pari ad euro 1.314.285 con incremento di euro 73.000, per totale euro 1.387.285

(2) Come riportato da DGR n. 37-7057 del 14.06.2018, per tale struttura è tuttora in corso la procedura di conversione dell'attività ex. 26 in attività di RRF

(3) L'accreditamento della struttura IMT MEDIL è stato sospeso con DD n. 964 del 23 dicembre 2019. Il valore indicato nella colonna relativa al budget 2020 in corrispondenza di tale erogatore, potrà essere aggregato con l'analogo valore attribuito al laboratorio RAFFAELLO, facente parte del medesimo gruppo UNILABS, laddove l'ASL Città di Torino, che, con nota prot. n. 163686 del 29 novembre 2019, aveva in proposito espresso parere favorevole, dichiarò verificata la condizione a cui detto parere era subordinato. In tal caso la sottoscrizione del contratto per l'annualità 2020 potrà fare riferimento all'aggregazione dei budget assegnati alle due strutture senza che ulteriori provvedimenti regionali debbano essere assunti, purché ciò si attesti nell'ambito del medesimo contratto.

All. C) – 4

**RESIDENTI IN REGIONE
TETTI DI SPESA 2020
RICOVERO IN REGIME DI POST-ACUZIE (LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE)
NEUROPSICHIATRICA**

Valori attribuiti da DGR n. 37-7057 del 14.06.2018 e da DD 272 del 16.04.2019 con s.m.i.
e rilevati dalla DD n. 583 del 11.06.2020 concernente i saldi 2019

ASL TERR	COD AZ	DENOMINAZIONE	REGIONE (INCLUSI STRANIERI, ENI ED STP A CARICO DEL SSN)
203		VILLE AUGUSTA	4.540.000
203		VILLA PATRIZIA	1.430.000
204		VILLE TURINA AMIONE	6.460.000
205		VILLA DI SALUTE	3.330.000
207		SAN GIORGIO	1.420.000
208		VILLA CRISTINA	2.930.000
211		SAN MICHELE	2.853.846
213		SANT'ANNA (Casale)	4.663.049
TOTALE REGIONE			27.626.895

All. C) – 5

RESIDENTI IN REGIONE

TETTI DI SPESA 2020

CONTINUITA' ASSISTENZIALE A VALENZA SANITARIA – CAVS

Valori attribuiti da DGR n. 37-7057 del 14.06.2018 e da DD 272 del 16.04.2019 con s.m.i.
e rilevati dalla DD n. 583 del 11.06.2020 concernente i saldi 2019

ASL TERR	COD AZ	DENOMINAZIONE	REGIONE (INCLUSI STRANIERI, ENI ED STP A CARICO DEL SSN)
203	614	VILLE AUGUSTA	1.550.000
203	615	VILLA PATRIZIA	970.000
204	644	VILLA GRAZIA	2.330.000
204	617	VILLE TURINA AMIONE	1.050.000
204	622	VILLA IDA	1.160.000
204		S.A.A.P.A	3.233.900
205	617	VILLA DI SALUTE	580.000
207	627	SAN GIORGIO	620.000
209	629	EREMO DI MIAZZINA	1.900.000
209		FONDAZIONE SACRA FAMIGLIA	907.120
210	633	CLIMATICO DI ROBILANTE	1.160.000
210	634	MONTESERRAT	1.590.000
211		FONDAZIONE FERRERO	1.733.750
213	626	POLICLINICO DI MONZA	770.000
TOTALE REGIONE			19.554.770

All. C) – 6

RESIDENTI IN REGIONE
TETTI DI SPESA 2020
CURE DOMICILIARI RIABILITATIVE

Valori attribuiti da DGR n. 37-7057 del 14.06.2018 e da DD 272 del 16.04.2019 con s.m.i.
e rilevati dalla DD n. 583 del 11.06.2020 concernente i saldi 2019

ASL TERR	COD AZ	DENOMINAZIONE	REGIONE (INCLUSI STRANIERI, ENI ED STP A CARICO DEL SSN)
301	893	PRESIDIO SAN CAMILLO	200.000
301	890	PRESIDIO AUSILIATRICE	1.900.000
301	898	PRESIDIO MAJOR	100.000
TOTALE REGIONE			2.200.000

RESIDENTI FUORI REGIONE
BUDGET 2020
RICOVERO IN ACUZIE IN REGIME DI ALTA COMPLESSITA'

Valori attribuiti da DGR n. 37-7057 del 14.06.2018 e da DD 272 del 16.04.2019 con s.m.i.
e rilevati dalla DD n. 583 del 11.06.2020 concernente i saldi 2019

ASL TERR	COD AZ	DENOMINAZIONE	BUDGET ACUZIE ALTA COMPLESSITA' 2020 ⁽¹⁾	TETTO MASSIMO DI SPESA ACUZIE ALTA COMPLESSITA' 2020 (VAL. CONTR. 2019 + 10%) ⁽²⁾
301	611	VILLA MARIA PIA HOSPITAL	1.881.522	2.165.286
301	612	CASA DI CURA KOELLIKER OSPEDALINO	229.608	234.092
301	655	CASA DI CURA CELLINI	1.929.610	3.196.073
301	992	PRESIDIO GRADENIGO	2.135.412	3.759.125
301	997	PRESIDIO COTTOLENGO	239.631	257.719
204	626	POLICLINICO DI MONZA – PRESIDIO EPOREDIESE B. I.	806.796	1.527.031
205	618	CASA DI CURA E RIPOSO S. LUCA S.P.A.	7.113	7.113
205	922	FONDAZIONE DEL PIEMONTE PER L'ONCOLOGIA	1.113.997	1.385.045
206	626	POLICLINICO DI MONZA - SANTA RITA	1.640.041	1.993.109
207	626	POLICLINICO DI MONZA – PRESIDIO LA VIALARDA B. I.	26.596	447.879
208	626	POLICLINICO DI MONZA - SAN GAUDENZIO	2.560.888	3.250.317
208	863	HABILITA - I CEDRI	3.755.893	5.572.825
209	209	C.O.Q.	1.154.278	1.208.139
209	920	ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO	0	0
211	632	CASA DI CURA CITTA' DI BRA	728.816	1.546.142
213	626	POLICLINICO DI MONZA – PRESIDI SALUS E CITTA' DI ALESSANDRIA	10.464.231	10.980.007
213	863	HABILITA - VILLA IGEA	6.750.753	8.121.456
TOTALE RICOVERO ACUZIE ALTA COMPLESSITA'			35.425.185	45.651.357

(1) il pagamento delle prestazioni fino al raggiungimento del budget 2020 è al 100%

(2) il pagamento delle prestazioni oltre budget 2020 e fino al tetto di spesa massimo ha una decurtazione del 10%. Oltre il tetto di spesa massimo non c'è alcuna valorizzazione delle prestazioni

(3) quando il valore contrattuale della produzione 2019 (non inclusivo delle eccedenze di produzione medio/bassa complessità quantificato ai sensi dei contratti 2019) incrementato del 10% risulta minore del budget 2019, l'importo assunto quale tetto di spesa 2020 è pari al budget 2019

RESIDENTI FUORI REGIONE
BUDGET 2020
RICOVERO IN ACUZIE IN REGIME DI BASSA E MEDIA COMPLESSITA'

Valori attribuiti da DGR n. 37-7057 del 14.06.2018 e da DD 272 del 16.04.2019 con s.m.i.
e rilevati dalla DD n. 583 del 11.06.2020 concernente i saldi 2019

ASL TERR	COD AZ	DENOMINAZIONE	BUDGET ACUZIE BASSA E MEDIA COMPLESSITA' 2020 ⁽¹⁾	TETTO MASSIMO DI SPESA ACUZIE BASSA E MEDIA COMPLESSITA' 2020 (VAL. CONTR. PROD. 2019 + 10%) ⁽²⁾
301	611	VILLA MARIA PIA HOSPITAL	479.027	526.930
301	612	CASA DI CURA KOELLIKER OSPEDALINO	174.467	174.467 (3)
301	655	CASA DI CURA CELLINI	433.942	477.336
301	992	PRESIDIO GRADENIGO	0	0
301	997	PRESIDIO COTTOLENGO	258.639	284.503
204	626	POLICLINICO DI MONZA – PRESIDIO EPOREDIESE B. I.	2.155.732	2.155.732 (3)
205	618	CASA DI CURA E RIPOSO S. LUCA S.P.A.	445.972	490.569
205	922	FONDAZIONE DEL PIEMONTE PER L'ONCOLOGIA	1.193.281	1.312.609
206	626	POLICLINICO DI MONZA - SANTA RITA	207.942	228.736
207	626	POLICLINICO DI MONZA – PRESIDIO LA VIALARDA B. I.	472.508	472.508 (3)
208	626	POLICLINICO DI MONZA - SAN GAUDENZIO	1.439.112	1.583.023
208	863	HABILITA - I CEDRI	0	0
209	209	C.O.Q.	1.149.936	1.149.936 (3)
209	920	ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO	4.776.326	4.776.326 (3)
211	632	CASA DI CURA CITTA' DI BRA	1.581.454	1.739.599
213	626	POLICLINICO DI MONZA – PRESIDI SALUS E CITTA' DI ALESSANDRIA	881.381	969.519
213	863	HABILITA - VILLA IGEA	2.045.209	2.249.730
TOTALE RICOVERO ACUZIE BASSA E MEDIA COMPLESSITA'			17.694.928	18.591.524

(1) il pagamento delle prestazioni fino al raggiungimento del budget 2020 è al 100%

(2) il pagamento delle prestazioni oltre budget 2020 e fino al tetto di spesa massimo ha una decurtazione del 10%. Oltre il tetto di spesa massimo non c'è alcuna valorizzazione delle prestazioni

(3) quando il valore contrattuale della produzione 2019 (non inclusivo delle eccedenze di produzione medio/bassa complessità quantificato ai sensi dei contratti 2019) incrementato del 10% risulta minore del budget 2019, l'importo assunto quale tetto di spesa 2020 è pari al budget 2019

RESIDENTI FUORI REGIONE
BUDGET 2020
RICOVERO IN POST-ACUZIE IN REGIME DI ALTA COMPLESSITA'

Valori attribuiti da DGR n. 37-7057 del 14.06.2018 e da DD 272 del 16.04.2019 con s.m.i.
e rilevati dalla DD n. 583 del 11.06.2020 concernente i saldi 2019

ASL TERR	COD AZ	DENOMINAZIONE	BUDGET POST-ACUZIE ALTA COMPLESSITA' 2020 ⁽¹⁾	TETTO MASSIMO DI SPESA POST-ACUZIE ALTA COMPLESSITA' 2020 (VAL. CONTR. 2019 + 10%) ⁽²⁾
301	611	VILLA MARIA PIA HOSPITAL	0	0
301	612	CASA DI CURA KOELLIKER OSPEDALINO	0	0
301	921	PRESIDIO MAJOR	0	0
301	990	PRESIDIO AUSILIATRICE - FONDAZIONE DON GNOCCHI	167.270	198.655
301	992	PRESIDIO GRADENIGO	0	0
301	993	PRESIDIO SAN CAMILLO	0	0
301	997	PRESIDIO COTTOLENGO	0	0
203	621	CASA DI CURA VILLA SERENA - S.P.A.	0	0
203	623	VILLA PAPA GIOVANNI XXIII	0	0
203	646	CASA DI CURA VILLA IRIS SRL	0	0
204	204	SAAPA S.P.A		0
204	622	CASA DI CURA VILLA IDA - SANTA CROCE SRL	0	0
204	626	POLICLINICO DI MONZA – PRESIDIO EPOREDIESE B. I.	0	0
204	644	VILLA GRAZIA	0	0
204	991	BEATA VERGINE CONSOLATA	0	0
205	648	VILLA ADRIANA	0	0
206	626	POLICLINICO DI MONZA - SANTA RITA	0	0
206	657	CASA DI CURA CENTRO R.R.F. MONS. LUIGI NOVARESE	0	0
207	626	POLICLINICO DI MONZA – PRESIDIO LA VIALARDA B. I.	0	0
208	630	CASA DI CURA S.CARLO DI ARONA	0	0
208	863	HABILITA - I CEDRI	0	0
208	921	FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI	55.406	298.946
209	209	C.O.Q.	0	0
209	629	CASA DI CURA L'EREMO DI MIAZZINA	0	0
209	920	ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO	0	0
210	633	CLIMATICO DI ROBILANTE	0	0
210	647	FONDAZIONE ORIZZONTE SPERANZA - ONLUS	0	0
211	632	CASA DI CURA CITTA' DI BRA	0	0
211	635	CASA DI CURA "LA RESIDENZA"	0	0
212	639	CASA DI CURA S. ANNA - ASTI	0	0
213	626	POLICLINICO DI MONZA – PRESIDI SALUS E CITTA' DI ALESSANDRIA	0	0
213	863	HABILITA - VILLA IGEA	0	0
TOTALE RICOVERO POST-ACUZIE ALTA COMPLESSITA'			222.676	497.601

(1) il pagamento delle prestazioni fino al raggiungimento del budget 2020 è al 100%

(2) il pagamento delle prestazioni oltre budget 2020 e fino al tetto di spesa massimo ha una decurtazione del 10%. Oltre il tetto di spesa massimo non c'è alcuna valorizzazione delle prestazioni

RESIDENTI FUORI REGIONE
BUDGET 2020
RICOVERO IN POST-ACUZIE IN REGIME DI BASSA E MEDIA COMPLESSITA'

Valori attribuiti da DGR n. 37-7057 del 14.06.2018 e da DD 272 del 16.04.2019 con s.m.i.
e rilevati dalla DD n. 583 del 11.06.2020 concernente i saldi 2019

ASL TERR	COD AZ	DENOMINAZIONE	BUDGET POST-ACUZIE MEDIA E BASSA COMPLESSITA' 2020 ⁽¹⁾	TETTO MASSIMO DI SPESA POST-ACUZIE MEDIA E BASSA COMPLESSITA' (VAL. CONTR. PROD. 2019 + 10%) ⁽²⁾
301	611	VILLA MARIA PIA HOSPITAL	104.028	114.305
301	612	CASA DI CURA KOELLIKER OSPEDALINO	95.925	95.925 (3)
301	921	PRESIDIO MAJOR	280.000	290.140
301	990	PRESIDIO AUSILIATRICE - FONDAZIONE DON GNOCCHI	132.730	146.003
301	992	PRESIDIO GRADENIGO	35.739	39.313
301	993	PRESIDIO SAN CAMILLO	200.000	220.000
301	997	PRESIDIO COTTOLENGO	42.121	46.333
203	621	CASA DI CURA VILLA SERENA - S.P.A.	310.000	310.000 (3)
203	623	VILLA PAPA GIOVANNI XXIII	150.000	150.000 (3)
203	646	CASA DI CURA VILLA IRIS SRL	100.000	100.000 (3)
204	204	SAAPA S.P.A		0
204	622	CASA DI CURA VILLA IDA - SANTA CROCE SRL	210.000	231.000
204	626	POLICLINICO DI MONZA – PRESIDIO EPOREDIESE B. I.	137.472	137.472 (3)
204	644	VILLA GRAZIA	200.000	200.000 (3)
204	991	BEATA VERGINE CONSOLATA	400.000	400.000 (3)
205	648	VILLA ADRIANA	40.000	41.997
206	626	POLICLINICO DI MONZA - SANTA RITA	119.415	131.357
206	657	CASA DI CURA CENTRO R.R.F. MONS. LUIGI NOVARESE	350.000	385.000
207	626	POLICLINICO DI MONZA – PRESIDIO LA VIALARDA B. I.	183.157	183.157 (3)
208	626	POLICLINICO DI MONZA - SAN GAUDENZIO	0	0
208	630	CASA DI CURA S.CARLO DI ARONA	400.000	440.000
208	863	HABILITA - I CEDRI	259.250	285.175
208	921	FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI	2.744.594	2.744.594 (3)
209	209	C.O.Q.	172.721	189.993
209	629	CASA DI CURA L'EREMO DI MIAZZINA	4.990.000	4.990.000 (3)
209	920	ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO	13.773.674	15.151.041
210	633	CLIMATICO DI ROBILANTE	100.000	102.055
210	647	FONDAZIONE ORIZZONTE SPERANZA - ONLUS	200.000	205.263
211	632	CASA DI CURA CITTA' DI BRA	58.815	58.815 (3)
211	635	CASA DI CURA "LA RESIDENZA"	610.000	610.000 (3)
212	639	CASA DI CURA S. ANNA - ASTI	300.000	300.000 (3)
213	626	POLICLINICO DI MONZA – PRESIDIO SALUS E CITTA' DI ALESSANDRIA	1.514.952	1.514.952 (3)
213	863	HABILITA - VILLA IGEA	1.091.809	1.200.990
TOTALE RICOVERO POST-ACUZIE BASSA E MEDIA COMPLESSITA'			29.306.402	31.014.880

(1) il pagamento delle prestazioni fino al raggiungimento del budget 2020 è al 100%

(2) il pagamento delle prestazioni oltre budget 2020 e fino al tetto di spesa massimo ha una decurtazione del 10%. Oltre il tetto di spesa massimo non c'è alcuna valorizzazione delle prestazioni

(3) quando il valore contrattuale della produzione 2019 (non inclusivo delle eccedenze di produzione medio/bassa complessità quantificato ai sensi dei contratti 2019) incrementato del 10% risulta minore del budget 2019, l'importo assunto quale tetto di spesa 2020 è pari al budget 2019

All. C) – 11

**RESIDENTI FUORI REGIONE
TETTO DI SPESA 2020
RICOVERO IN REGIME DI POST-ACUZIE NEUROPSICHIATRICA**

Valori attribuiti da DGR n. 37-7057 del 14.06.2018 e da DD 272 del 16.04.2019 con s.m.i.
e rilevati dalla DD n. 583 del 11.06.2020 concernente i saldi 2019

ASL TERR	COD AZ	DENOMINAZIONE	FUORI REGIONE TETTO 2019 ⁽¹⁾	TETTO DI SPESA MASSIMO FUORI REGIONE (TETTO + 10%)
203		VILLE AUGUSTA	100.000	110.000
203		VILLA PATRIZIA	30.000	33.000
204		VILLE TURINA AMIONE	250.000	275.000
205		VILLA DI SALUTE	50.000	55.000
207		SAN GIORGIO	210.000	231.000
208		VILLA CRISTINA	3.200.000	3.520.000
211		SAN MICHELE	346.154	380.769
213		SANT'ANNA (Casale)	149.450	164.395
TOTALE RICOVERO POST-ACUZIE NEUROPSICHIATRICA			4.335.604	4.769.164

(1) tetto di spesa assegnato con DGR 37-7057 del 14.06.2018, assunto come valore di produzione 2019 per il calcolo del tetto massimo di spesa 2020

**RESIDENTI FUORI REGIONE
BUDGET 2020
SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

Valori attribuiti da DGR n. 37-7057 del 14.06.2018 e da DD 272 del 16.04.2019 con s.m.i.
e rilevati dalla DD n. 583 del 11.06.2020 concernente i saldi 2019

ASL TERR	COD AZ	DENOMINAZIONE	BUDGET AMBULATORIO 2020 ⁽¹⁾ (Budget 2019 = budget 2020)	TETTO DI SPESA MASSIMO AMBULATORIO 2020 ⁽²⁾ (Valore 2019 + 20%)
301	611	VILLA MARIA PIA HOSPITAL	50.369	89.125
301	612	CASA DI CURA KOELLIKER OSPEDALINO	315.443	418.315
301	622	POLIAMBULATORI STATUTO - VIA SALUZZO	32.057	50.796
301	653	PROMEA S.P.A.	283.235	324.539
301	655	CASA DI CURA CELLINI	168.209	185.016
301	700	STUDIO MEDICO MIRAFIORI	20.373	20.373 (3)
301	701	RAFFAELLO	1.719	2.875 (4)
301	702	A.N.S.A.	4.832	7.110
301	704	CHIROS	56.283	61.029
301	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA	296.871	429.140
301	706	FISIO SRL CENTRO MED. LINGOTTO	32.709	38.571
301	707	IST.FISICOTERAPICO DI TORINO	23.839	35.934
301	708	LARC SRL	229.042	407.768
301	709	P.K.T S.R.L. CORSO FRANCIA	6.282	6.282 (3)
301	710	S.K.T. S.R.L. - STUDIO KINESITERAPICO TORINESE	3.478	4.090
301	711	I.F.O.R.	12.948	14.415
301	712	L.A.M.A.T.	6.056	8.953
301	713	PUNTO DE.GA.	18.011	19.104
301	714	NUOVA LAMP	18.838	26.188
301	733	IMT- MEDIL S.P.A.	402	402 (3) (4)
301	735	R.I.B.A. S.P.A	55.168	78.152
301	737	IRMET	520.655	634.780
301	862	O.T.I.P.	2.891	5.873
301	921	PRESIDIO MAJOR	3.450	4.061
301	990	PRESIDIO AUSILIATRICE - FONDAZIONE DON GNOCCHI	17.292	31.404
301	992	PRESIDIO GRADENIGO	322.434	405.446
301	993	PRESIDIO SAN CAMILLO	11.084	12.251
301	997	PRESIDIO COTTOLENGO	120.788	126.048
203	621	CASA DI CURA VILLA SERENA - S.P.A.	8.333	9.394
203	646	CASA DI CURA VILLA IRIS SRL	10.740	10.740 (3)
203	655	CASA DI CURA CELLINI	5.058	8.603
203	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA	10.640	10.640 (3)
203	713	PUNTO DE.GA.	6.016	6.016 (3)
203	716	INDAGINI RICERCHE MEDICHE	25.833	36.018
203	738	C.F.T. KINETOS	2.838	2.838 (3)
204	626	POLICLINICO DI MONZA – PRESIDIO EPOREDIESE B. I.	187.856	365.160
204	714	NUOVA LAMP	39.107	43.866
204	717	ISTITUTO MALPIGHI	8.438	9.707
204	991	BEATA VERGINE CONSOLATA	5.864	5.864 (3)
205	618	CASA DI CURA E RIPOSO S. LUCA S.P.A.	14.967	43.767
205	661	POLICLINICO SAN LUCA	21.231	28.150
205	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA	15.652	21.356
205	719	LABORATORIO MEDICO C. BATTISTI	64	64 (3)
205	720	CENTRO DIAGNOSTICO LA-RA SRL	51	51 (3)
205	922	FONDAZIONE DEL PIEMONTE PER L'ONCOLOGIA	1.459.778	1.851.695
206	626	POLICLINICO DI MONZA - SANTA RITA	788.839	1.027.149
206	657	CASA DI CURA CENTRO R.R.F. MONS. LUIGI NOVARESE	8.481	14.282
206	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA	17.096	19.272
206	730	CENTRO DIAGNOSTICO CIGLIANESE	590	590 (3)
207	626	POLICLINICO DI MONZA – PRESIDIO LA VIALARDA B. I.	25.127	40.706
207	746	CENTRO FISIOTERAPIA STAGNO	1.321	1.988
208	626	POLICLINICO DI MONZA - SAN GAUDENZIO	1.028.541	1.343.473
208	630	CASA DI CURA S.CARLO DI ARONA	3.329	4.953
208	649	AMBULATORIO I CEDRI	36.823	99.838
208	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA	20.301	22.556
208	721	DOC SERVICE	9.843	11.266
208	863	HABILITA – I CEDRI	61.440	154.908
208	921	FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI	198.687	277.107
209	209	C.O.Q.	64.212	105.988
209	629	CASA DI CURA L'EREMO DI MIAZZINA	29.218	39.741
209	920	ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO	94.836	135.411
210	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA	11.008	11.747
210	722	PASTEUR LABORATORIO ANALISI	66	66 (3)
211	632	CASA DI CURA CITTA' DI BRA	254.964	509.336
211	723	CENTRO MEDICO ALBESE	723	2.055
212	705	CENTRO DIAGNOSTICO CERNAIA	18.470	20.798
213	626	POLICLINICO DI MONZA	1.183.039	1.381.533
213	642	CASA DI CURA SANT'ANNA (CASALE)	182	182 (3)
213	727	STUDIO RADIOLOG. OMODEO ZORINI	329.378	398.365
213	728	STUDIO RADIOLOGICO DOTT. FOCO	82.747	92.760
213	736	LABORATORIO ANALISI S. MARIA	7.761	12.807
213	861	ALLIANCE MEDICAL	1.730.588	2.056.014
213	863	HABILITA – VILLA IGEA	699.561	1.580.836
TOTALE SPECIALISTICA AMBULATORIALE			11.164.395	15.267.693

(1) il pagamento delle prestazioni fino al raggiungimento del budget 2020 è al 100%

(2) il pagamento delle prestazioni oltre budget 2020 e fino al tetto di spesa massimo ha una decurtazione del 10%. Oltre il tetto di spesa massimo non c'è alcuna valorizzazione delle prestazioni

(3) quando il valore della produzione incrementato del 20% risulta minore del budget 2019, l'importo assunto quale tetto di spesa 2020 è pari al budget 2019

(4) l'accreditamento della struttura IMT MEDIL è stato sospeso con DD n. 964 del 23 dicembre 2019. I valori indicati nelle colonne relative a budget e tetto di spesa 2020 in corrispondenza di tale erogatore, potranno essere aggregati con gli analoghi valori attribuiti al laboratorio RAFFAELLO, facente parte del medesimo gruppo UNILABS, laddove l'ASL Città di Torino, che, con nota prot. n. 163686 del 29 novembre 2019, aveva in proposito espresso parere favorevole, dichiarò verificata la condizione a cui detto parere era subordinato. In tal caso la sottoscrizione del contratto per l'annualità 2020 potrà fare riferimento all'aggregazione dei budget/tetti di spesa assegnati alle due strutture senza che ulteriori provvedimenti regionali debbano essere assunti, purché ciò si attesti nell'ambito del medesimo contratto.

All. C) – 13

**FUNZIONI ASSISTENZIALI OSPEDALIERE
TETTI DI SPESA 2020
FINANZIAMENTI A FUNZIONE**

Valori attribuiti da DGR n. 37-7057 del 14.06.2018 e da DD 272 del 16.04.2019 con s.m.i.
e rilevati dalla DD n. 583 del 11.06.2020 concernente i saldi 2019

ASL TERR	COD AZ	DENOMINAZIONE	FUNZIONE
301	600121	OTIP di TORINO	410.000
301	863	HABILITA - I CEDRI	365.000
301	892	PRESIDIO GRADENIGO	4.886.919
205	922	IRCCS CANDIOLO	2.500.000 (1)
208	921	IRCCS MAUGERI	2.500.000 (1)
209	920	IRCCS AUXOLOGICO	2.500.000 (1)
TOTALE REGIONE			13.161.919

(1) finanziamento assegnato con DGR n. 60-8784 del 12.04.2019

All. C) – 14

SPESA PER RIMBORSO FARMACI “FILE F”

VALORI DI SPESA 2020

PRESUNTA SULL’ANDAMENTO DELLA SPESA 2019

Valori attribuiti da DGR n. 37-7057 del 14.06.2018 e da DD 272 del 16.04.2019 con s.m.i.
e rilevati dalla DD n. 583 del 11.06.2020 concernente i saldi 2019

ASL TERR	COD AZ	DENOMINAZIONE	REGIONE E FUORI REGIONE
301	892	PRESIDIO GRADENIGO	3.000.000
301	897	PRESIDIO COTTOLENGO	1.350.000
205	922	IRCCS CANDIOLO	10.000.000
208	921	IRCCS MAUGERI	10.000
209	920	IRCCS AUXOLOGICO	400.000
TOTALE REGIONE			14.760.000

**ACQUISTO DI PRESTAZIONI SANITARIE DA PRIVATO ACCREDITATO CONTRATTATO
E FUNZIONI ASSISTENZIALI OSPEDALIERE
SPESA PROGRAMMATA MASSIMA 2020 DEL SSR**

SETTING	INTESTAZIONE ALLEGATO DGR	NR. ALLEGATO DGR	TOTALE REGIONE + FUORI REGIONE	di cui RESIDENTI IN REGIONE (include Stranieri, ENI, e STP a carico SSN)		di cui RESIDENTI FUORI REGIONE			
				NR. ALLEGATO DGR		NR. ALLEGATO DGR	Ricovero alta complessità (Rac)	Ricovero media e bassa complessità (Rbmc)	Totale Ricovero fuori regione (Rtot=Rac+Rbmc)
RICOVERO	RICOVERO IN REGIME DI ACUZIE		268.427.861	All. C) - 1	204.184.980	All. C) - 7 All. C) - 8	45.651.357	18.591.524	64.242.881
	RICOVERO IN REGIME DI POST ACUZIE		182.538.937	All. C) - 2	151.026.456	All. C) - 9 All. C) - 10	497.601	31.014.880	31.512.481
	RICOVERO IN REGIME DI POST ACUZIE (LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE) NEUROPSICHIATRICA		32.396.059	All. C) - 4	27.626.895	All. C) - 11			4.769.164
	TETTI DI SPESA PER FINANZIAMENTI A FUNZIONE	All. C) - 13	13.161.919						
	TOTALE SETTING RICOVERO		496.524.776						
AMBULATORIO	SPECIALISTICA AMBULATORIALE		229.644.603	All. C) - 3	214.376.910	All. C) - 12			15.267.693
	TOTALE SETTING AMBULATORIO		229.644.603						
TERRITORIALE	CONTINUITA' ASSISTENZIALE A VALENZA SANITARIA - CAVS	All. C) - 5	19.554.770						
	CURE DOMICILIARI RIABILITATIVE	All. C) - 6	2.200.000						
	PRESTAZIONI EX ART. 26	All. C) - 3	2.276.290						
	TOTALE SETTING TERRITORIALE		24.031.060						
	A) TOTALE PRESTAZIONI SANITARIE PER TUTTI I SETTING ASSISTENZIALI		750.200.439						
COVID	PRESIDI EROGATORI COVID DEDICATI - PRESTAZIONI FINANZIATE CON FONDI ART. 3 DL 18/2020		18.500.000						
	ESECUZIONE TAMPONI Ex DGR 3-1157 del 24.03.20		3.500.000						
	ESECUZIONE TAMPONI Ex GARA SCR 51/2019		2.500.000						
	PRESIDI EROGATORI DI SUPPORTO COVID - PRESTAZIONI ONCOLOGICHE		2.000.000						
	TOTALE COVID		26.500.000						
FARMACI	SOMMINISTRAZIONE FARMACI File F (1)	All. C) - 14	14.760.000						
	TOTALE FARMACI		14.760.000						
	B) TOTALE ALTRE TIPOLOGIE DI SPESE		41.260.000						
	TOTALE COMPLESSIVO DEL SSN (A+B)		791.460.439						

(1) Valore indicativo passibile di variazione in applicazione alle disposizioni del presente provvedimento