



Azienda Sanitaria Locale AL

Sede legale: Via Venezia 6

15121 Alessandria

Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

Delibera 911 del 25/11/2022

OGGETTO: D.G.R. 19 SETTEMBRE 2022 N. 26-5656 - "REGOLE DI FINANZIAMENTO PER L'ACQUISTO DI PRESTAZIONI SANITARIE DA EROGATORI PRIVATI PER GLI ANNI 2022-2023. APPROVAZIONE DELLO SCHEMA DI CONTRATTO PER PRESTAZIONI DI RICOVERO IN REGIME DI ACUZIE E POST-ACUZIE, DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DI CAVS" – RECEPIMENTO ACCORDI SOTTOSCRITTI CON LE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE DEL TERRITORIO ASL AL PER LE ANNUALITÀ 2022-2023

DIRETTORE GENERALE – **Dott. Vercellino Luigi**

Nominato con D.G.R. n. 17-3299 del 28.05.2021

ACQUISITI i pareri del

Direttore Sanitario

Dott.ssa Marchisio Sara

Favorevole

Direttore Amministrativo

Dott. Colasanto Michele

Favorevole

Visto il D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992 e successive modificazioni ed integrazioni;

Vista la D.C.R. n. 136-39452 del 22.10.2007 di individuazione delle Aziende Sanitarie Locali e dei relativi ambiti territoriali;

Visto il D.P.G.R. n. 85 del 17.12.2007 di costituzione dell'Azienda Sanitaria Locale AL;

Vista la D.G.R. n. 17-3299 del 28.05.2021 di nomina del Direttore Generale dell'ASL AL;

Richiamata la deliberazione del Direttore Generale n. 678 dell'11.10.2017 ad oggetto: "Individuazione degli atti di indirizzo e di governo e degli atti di gestione. Ripartizione delle competenze tra la Direzione Generale e le Strutture dell'A.S.L. AL";

Vista la D.G.R n. 53-2487 del 23.11.2015, ad oggetto: "AA.SS.RR. - Procedimento regionale di verifica degli atti aziendali - Art. 3 D.Lgs. n. 502/1992 s.m.i. - D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 - D.G.R. n. 42-1921 del 27.07.2015 - Presa d'atto adeguamento alle prescrizioni regionali e recepimento definitivo ai sensi della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012, all. A, par. 5.1.", con la quale è stato recepito in via definitiva l'Atto Aziendale dell'ASL AL, come riadottato, a seguito delle prescrizioni regionali, con la deliberazione n. 711 del 06.10.2015;

Vista la D.G.R. n. 29-5942 del 17.11.2017, ad oggetto "Atti aziendali delle AA.SS.RR. - ASL AL di Alessandria - Atto n. 656 del 28.09.2017 'Atto Aziendale ASL AL adottato con deliberazione n. 711 del 06.10.2015 - proposta di modifiche'. Recepimento regionale ai sensi della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012, all. A, par. 5.1.";

Vista la D.G.R. n. 9-1784 del 31.07.2020 di recepimento delle modifiche all'Atto Aziendale e al Piano di Organizzazione di cui alle deliberazioni n. 352 del 25.05.2020 e n. 411 del 18.06.2020;

Preso visione della proposta del Responsabile della S.C. Programmazione Controllo Sistema Informativo, qui di seguito riportata:

"Vista la D.G.R. n. 26-5656 del 19.09.2022 "Regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per gli anni 2022-2023. Approvazione dello schema di contratto per prestazioni di ricovero in regime di acuzie e post-acuzie, di specialistica ambulatoriale e di CAVS";

Preso atto che, come descritto nel provvedimento sopra citato, al fine di pervenire alla sottoscrizione di un accordo sulle regole dei rapporti con gli erogatori privati per le annualità 2022-2023, si sono svolti incontri tra la Direzione regionale competente e le associazioni di categoria delle strutture private, ma che le consultazioni non hanno prodotto esito;

Valutata la conseguente necessità di definire le regole sulla base delle quali le aziende sanitarie devono procedere a stipulare gli accordi e i contratti ex art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. per gli anni 2022-2023 e preso pertanto atto della ripartizione del budget indistinto delle annualità 2022 e 2023 fra gli erogatori privati accreditati secondo quanto indicato nell'allegato C) della D.G.R. n. 26-5656 del 19.09.2022;

Richiamata la deliberazione n. 761 del 28.09.2022 con la quale è stata disposta la sottoscrizione dei contratti ex art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 con gli erogatori privati per le annualità 2022 e 2023, secondo gli indirizzi e i contenuti della D.G.R. n. 26-5656 del 19.09.2022 nel rispetto dei limiti di spesa assegnati per quanto riguarda l'acquisto delle seguenti prestazioni sanitarie:

RESIDENTI IN REGIONE

1. ricovero in regime di acuzie
2. ricovero in regime di post-acuzie
3. ricovero in regime di post- acuzie (lungodegenza e riabilitazione) psichiatrica
4. specialistica ambulatoriale
5. continuità assistenziale a valenza sanitaria – CAVS
6. cure domiciliari riabilitative

RESIDENTI FUORI REGIONE

1. ricovero in acuzie in regime di acuzie di alta complessità
2. ricovero in acuzie in regime di acuzie di bassa e media complessità
3. ricovero in regime di post-acuzie di alta complessità
4. ricovero in regime di post-acuzie di bassa e media complessità
5. ricovero in regime di post-acuzie neuropsichiatrica
6. specialistica ambulatoriale

Preso atto che gli accordi contrattuali di cui sopra, debitamente sottoscritti e allegati alla presente deliberazione quali parti integranti e sostanziali, sono stati redatti nel rispetto di quanto previsto dalla D.G.R. n. 26-5656 del 19.09.2022 e secondo gli indirizzi contenuti negli allegati dello stesso provvedimento;

Dato atto che i file originali sottoscritti con firma digitale dei rappresentanti legali delle strutture e del Direttore Generale A.S.L. AL sono depositati presso la S.C. Programmazione Controllo Sistema Informativo e che gli allegati al presente provvedimento riproducono il testo dei contratti sottoscritti con ogni singola struttura;

Rilevato che la spesa complessiva per l'acquisto delle prestazioni oggetto di contrattualizzazione, eccettuata quella per la riduzione delle liste di attesa di cui alla D.G.R. n. 4-4878 del 14 aprile 2022, è a carico delle singole AA.SS.RR. e trova copertura a valere sugli stanziamenti 2022 del Fondo sanitario indistinto (Missione 13, Programma 1) assegnati alle Aziende Sanitarie Locali con D.G.R. n. 2-4147 del 24.11.2021 e sugli stanziamenti per l'anno 2023, che saranno oggetto di successiva assegnazione”;

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

Visto il parere espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario ai sensi dell'art. 3/7 D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992 e s.m.i.

DELIBERA

1. di disporre, per le motivazioni in premessa riportate, il recepimento dei contratti ex art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 sottoscritti con gli erogatori privati accreditati per le annualità 2022 - 2023 secondo gli indirizzi e i contenuti della D.G.R. n. 26-5656 del 19.09.2022 nel rispetto dei limiti di spesa assegnati per quanto riguarda l'acquisto delle seguenti prestazioni sanitarie:

RESIDENTI IN REGIONE

1. ricovero in regime di acuzie
2. ricovero in regime di post-acuzie
3. ricovero in regime di post- acuzie (lungodegenza e riabilitazione) psichiatrica
4. specialistica ambulatoriale
5. continuità assistenziale a valenza sanitaria – CAVS
6. cure domiciliari riabilitative

RESIDENTI FUORI REGIONE

1. ricovero in acuzie in regime di acuzie di alta complessità
2. ricovero in acuzie in regime di acuzie di bassa e media complessità
3. ricovero in regime di post-acuzie di alta complessità
4. ricovero in regime di post-acuzie di bassa e media complessità
5. ricovero in regime di post-acuzie neuropsichiatrica
6. specialistica ambulatoriale

2. di prendere atto che i file originali sottoscritti con firma digitale dei rappresentanti legali delle strutture e del Direttore Generale A.S.L. AL sono depositati presso la S.C. Programmazione Controllo Sistema Informativo e che gli allegati al presente provvedimento riproducono il testo dei contratti sottoscritti con ogni singola struttura;

3. di dare atto che l'onere derivante dal presente provvedimento per l'anno 2022 è compreso nel bilancio di previsione, come da deliberazione n. 1132 del 31.12.2021 "Bilancio Preventivo Economico Annuale 2022 - provvisorio" presentato in disavanzo in relazione alla previsione di spesa correlata all'emergenza Covid-19, e trova copertura nell'ambito delle risorse assegnate agli Enti del S.S.R. in seguito al riparto delle quote regionali indistinte per l'anno 2022;

4. di dare altresì atto che per l'onere derivante dal presente provvedimento per l'anno 2023 si terrà conto in sede di predisposizione del bilancio di previsione 2023, salvo diverse indicazioni nazionali e/o regionali tali da richiedere una riformulazione delle previsioni e delle relative spese;

5. di trasmettere il presente provvedimento alla Regione Piemonte e alle Strutture interessate per i provvedimenti di competenza e per conoscenza;

6. di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 28 c. 2 L.R. n. 10/1995, stante l'urgenza di provvedere in merito.

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

ATTESTAZIONE DI REGOLARITÀ TECNICA E CONTABILE

S.C. PROPONENTE: S.C. PROGRAMMAZIONE - CONTROLLO - SISTEMA INFORMATIVO

Proposta 1288/22

Responsabile del procedimento: Depetris Maurizio

Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento essendo state osservate le norme e le procedure previste per la specifica materia.

Il Direttore
Depetris Maurizio

SCHEMA DI CONTRATTO/ACCORDO ANNI 2022 - 2023

EX ART. 8 *QUINQUIES* D. LGS. N. 502/1992 e smi

Tra

l'ASL AL, con sede legale in Alessandria, via Venezia 6 (C.F. 02190140067), rappresentata dal Direttore Generale *pro tempore* Dott. Luigi Vercellino, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società ALLIANCE MEDICAL DIAGNOSTIC S.r.L. a Socio Unico, sottoposta a direzione e coordinamento di Alliance Medical Italia s.r.l. con sede legale in Lissone (MB) - Via Goffredo Mameli 42/A, (C.F. 02846000616), titolare della/e struttura/e con sede/i operativa/e indicate nell'allegato A), accreditata/e per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto/accordo, successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata dalla Dr.ssa Beatrice Arlenghi (C.F. RLNBRC64D48A940V) nella qualità di legale rappresentante, con titolo di legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

1. gli articoli 8-bis, *quater* e *quinquies* del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con DGR n. 26-5656 del 19.09.2022 sono state definite, per gli anni 2022 e 2023, le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati, il budget ed è stato approvato lo schema di contratto a valere per le strutture private e per i presidi/IRCCS ex artt. 42 e 43 L. 833/78
3. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. 761 del 28/09/2022 è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto in attuazione della citata DGR;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto/accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto/accordo.
2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e a carico del SSR, conformi a volumi riassunti all'articolo 3, comma 1 e di cui ai seguenti setting:

RESIDENTI IN REGIONE

I. specialistica ambulatoriale

RESIDENTI FUORI REGIONE

I. di specialistica ambulatoriale

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

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

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e dei provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere e ad adeguare i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali di accreditamento, in ragione delle discipline contrattate e del tasso effettivo di occupazione, e ad erogare le prestazioni secondo standard e protocolli di accessibilità, appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale.
2. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.
3. Per una razionale e più efficiente gestione degli accessi ai servizi, nei termini e secondo le modalità stabilite dall'ASL e/o dalla Regione, la struttura erogatrice assicura:
 - la condivisione con le ASL di tutte le agende di prenotazione relative alle prime visite e altre prestazioni di primo accesso, al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale nei termini e nelle modalità di cui alla DGR n. 4-4878 del 14 aprile 2022; le eventuali prime visite e prestazioni di primo accesso erogate dal 1° settembre 2022 in assenza di un appuntamento programmato sul sistema CUP regionale non saranno valorizzate ai fini della remunerazione economico-finanziaria, fatta salva l'impossibilità ad avviare il sistema non addebitabile all'erogatore,
 - 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.
4. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in un'apposita sezione nel proprio sito denominata «Liste di attesa», i tempi medi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.
5. Fermo restando il limite giornaliero di capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito entro i limiti quantitativi dei letti accreditati delle aree funzionali omogenee. I posti letto contrattati sono intesi come medi annui e il limite di occupazione giornaliero pari a quello degli accreditati.
6. La capacità produttiva non contrattata o non utilizzata dal SSN è fruibile per l'attività in regime privatistico.
7. La Struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991. Al personale saranno applicati i contratti di lavoro nazionali in conformità alla normativa vigente.
8. Ai sensi dell'art. 1, comma 42, della legge n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi ad ex dipendenti di ASL e Regione che nei tre anni antecedenti abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali.
9. 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, anche religiosi, o di strutture facenti parte di gruppi societari) redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici. In alternativa, si ritiene sufficiente l'indicazione della pubblicazione sul proprio o su altro sito che possa assolvere alla medesima forma di pubblicità.
10. Qualora l'ente intenda cessare l'attività sanitaria deve comunicare la suddetta volontà con un preavviso di almeno 90 giorni, salvo diversa comunicazione dell'ASL e fermo restando l'obbligo di

garantire la continuità delle prestazioni fino al provvedimento regionale di decadenza dall'accreditamento.

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

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

Art. 3 – Budget

1. Per il 2022 ed il 2023, in relazione alle risorse finanziarie programmate per le prestazioni da rendere dall'Erogatore per conto e a carico del SSR, nei limiti dei posti letto/branche specialistiche ambulatoriali accreditati indicati nell'allegato A), sono assegnati all'Erogatore i seguenti budget complessivi, suddivisi indicativamente per tipologia di setting assistenziali:

- 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)

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

BUDGET € 6.910.010,00

-per i residenti fuori regione:

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

BUDGET € 2.056.014,00

E' ammessa la compensazione nell'ambito di una medesima struttura all'interno dei vari setting di produzione e tra le attività per i residenti in Regione e fuori regione in presenza di economie dell'una o dell'altra, fino a concorrenza del budget complessivo assegnato alla stessa.

Eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno riconosciute al termine della procedura di compensazione della mobilità interregionale, nella misura in cui siano valorizzate all'interno della stessa e, comunque, entro e non oltre il tetto massimo complessivo di spesa regionale per prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, fissato in euro 713.000.000 al fine del rispetto del limite di spesa di cui all'art. 15, c. 14 del D.L. n. 95/2012. Eventuali ulteriori eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno oggetto di regressione tariffaria fino al raggiungimento del predetto importo mediante riduzione in misura proporzionale alle eccedenze di produzione della singola struttura, partendo dalle prestazioni di bassa e media complessità in ricovero ordinario, seguite da quelle potenzialmente inappropriate erogate in regime ambulatoriale (escludendo quelle di medicina nucleare, dialisi ed oncologiche). E' ammessa, infine, la compensazione della produzione all'interno della stessa struttura o delle strutture facenti parte del medesimo gruppo societario;

Trasferimenti definitivi di attività e correlato budget tra strutture appartenenti al medesimo gruppo societario potranno essere richiesti ed autorizzati dalla Regione previo parere favorevole delle aziende sanitarie territorialmente interessate.

2. L'Asl si riserva di richiedere, all'interno del budget, l'esecuzione di prestazioni specifiche di cui rilevi il fabbisogno nella sua funzione di tutela.

3. Il budget ambulatoriale è al lordo del ticket.

4. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a progetti di ricerca applicata, funzioni di emergenza urgenza o di ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza è previsto l'importo annuale di € ----

5. L'erogatore dichiara di conoscere ed accetta:

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

- l'applicazione del sistema dei controlli di qualità ed appropriatezza dei ricoveri previsti dall'art. 79 comma 1 septies D.L. 112/2008, convertito con la Legge n. 133/2008, e dal DM 10/12/2009, così come declinati nei provvedimenti attuativi regionali di riferimento.

Art. 4 – Regole di remunerazione

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

2. Fino al 31 marzo 2022, alla remunerazione delle prestazioni ospedaliere si applicano i disposti del DM Salute 12.08.2021. In deroga ai principi di cui al punto precedente, ai ricoveri di pazienti inseriti entro il 31 marzo 2022, ancorchè la data di dimissione sia successiva al termine dello stato di emergenza, si applicheranno le regole di cui al DM medesimo, qualora ne sussistano i presupposti.

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, non a fini remunerativi.

4. 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 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 specifiche indicazioni nazionali o accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato e nel limite di spesa di cui all'art. 45, c. 1-ter, D.L. 124/2019 conv. con L. 157/2019.

5. L'Erogatore avrà diritto al riconoscimento della produzione annualmente erogata entro il limite massimo delle risorse allo stesso assegnate. Nulla spetterà all'Erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, rese dalla Struttura in carenza di autorizzazione/dei requisiti di accreditamento nonché nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 7.

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

Art. 5 – Modalità di pagamento e cessione del credito

1. I soggetti erogatori emettono fatture mensili di acconto, a seguito dell'ordine trasmesso dall'Azienda tramite il sistema NSO pari al 90% di 1/12 del budget (acconto che viene riallineato alla produzione effettiva in caso di riduzione stabile dell'attività).

E' consentita l'emissione di una fattura a saldo delle prestazioni erogate nel primo semestre fino al 50% del budget con la dicitura "salvo conguaglio"(o la richiesta di nota di credito da parte dell'azienda, qualora la produzione della struttura nel semestre sia stata inferiore al 90% del budget, ad eccezione del caso in cui la minor produzione sia dovuta alla messa a disposizione, nel primo trimestre dell'anno, di posti letto Covid su richiesta delle strutture pubbliche, caso in cui il conguaglio è rinviato alla chiusura dell'anno). Il documento contabile a conguaglio dell'annualità, emesso previo ricevimento dell'ordine elettronico dell'ASL, viene liquidato a seguito dei controlli effettuati circa l'osservanza del contratto/accordo.

2. Per il finanziamento per l'esercizio di specifiche funzioni 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. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo, l'ASL effettua una verifica a consuntivo dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte ed eroga il conguaglio.

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

4. Per i farmaci (file F) sono corrisposti, sulla base di apposita fattura emessa dall'erogatore, acconti mensili pari al 95% del valore risultante dal suddetto tracciato. Entro il 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.

5. L'ASL si impegna ad emettere l'ordine tramite il sistema NSO in modo da garantire la regolarità dei pagamenti.

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

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

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

9. 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.

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

11. Laddove la Struttura intenda cedere il proprio credito nei confronti dell'ASL ad un terzo, la cessione dev'essere notificata all'ASL ai sensi dell'art. 69, comma 1, del R.D. n. 2440/1923. La cessione diventa opponibile all'ASL solo se quest'ultima vi presta il proprio consenso, secondo quanto previsto dall'art. 9, all. E, della legge n. 2248/1865. La misura degli interessi moratori di cui

al D. Lgs. 231/2002 non può essere superiore al tasso legale stabilito con decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze non aumentato dei punti percentuali. In caso di cessione del credito da parte della Struttura, quest'ultima si impegna ad accollarsi il debito avente ad oggetto il pagamento degli interessi moratori in esame qualora sorgano successivamente alla cessione.

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

Art. 6 – Verifiche e controlli

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza rispetto alle prestazioni contrattate. L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si obbliga a consentire lo svolgimento dell'attività di vigilanza dell'apposita Commissione ASL, a pena di risoluzione del contratto/accordo secondo la previsione di cui all'art. 7, comma 6, lett. e).

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

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

Art. 7 – Sospensione e risoluzione del contratto/accordo

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

2. La revoca dell'autorizzazione o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto/accordo. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto/accordo. Sono fatte salve ulteriori cause di sospensione e di risoluzione del contratto/accordo previste dalla legge.

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

4. La Struttura si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo (tracciati C ed ulteriori flussi previsti dalla normativa vigente), nei confronti dell'ASL e del SSR secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'Erogatore è motivo di risoluzione del contratto.

5. In caso di grave inadempimento di uno degli obblighi derivanti dal presente contratto/accordo, la parte adempiente assegna all'altra un termine di giorni 10 per presentare le relative giustificazioni in forma scritta. In caso di mancato accoglimento delle stesse o di decorso inutile del termine il contratto si risolverà di diritto. In caso di riconosciuta fondatezza delle scusanti apportate, la parte adempiente assegnerà alla controparte un termine pari a 15 giorni, laddove non diversamente indicato, per adottare i necessari rimedi, decorso inutilmente il quale il contratto si risolve di diritto.

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

a) l'emersione di precedenti condanne penali, o sopravvenienza di nuove condanne penali, di carattere definitivo per uno o più reati di cui all'art. 80 c. 1 del D. Lgs. 50/2016 nei confronti dei soggetti indicati al comma 5 del medesimo articolo;

b) l'accertamento o la sopravvenienza, con riferimento ai soggetti indicati al comma 5 dell'art. 80 del D. Lgs. 50/2016, di cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del D. Lgs. 159/2011 e s.m.i., o in caso di ricevimento della comunicazione antimafia o di sussistenza di un tentativo di infiltrazione mafiosa accertato dall'informativa antimafia interdittiva ex art. 84 del medesimo decreto.

c) violazione accertata definitivamente delle norme in materia di protezione infortunistica, sicurezza sui luoghi di lavoro idonea ad incidere gravemente sull'esecuzione delle prestazioni sanitarie;

d) ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni;

e) impedimento al controllo esercitato dalle AA.SS.LL. competenti per territorio o dalle Commissioni di Vigilanza situate nel territorio aziendale.

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

Articolo 8 - Clausola di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del contratto/accordo, il soggetto erogatore accetta il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione del sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.

2. Le parti sono consapevoli che il presente contratto/accordo non può essere oggetto di condizioni o di riserve relative al sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.

3. Costituiscono integrazione del contenuto contrattuale i provvedimenti di determinazione dei budget, dei tetti di spesa e del sistema tariffario, per cui la conclusione del contratto comporta accettazione di questi ultimi.

Articolo 9 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo

1. Il contratto/accordo decorre dal 1° gennaio 2022 al 31 dicembre 2023; per il primo trimestre 2022 si richiamano le regole di cui all'art. 4 comma 2 del presente contratto.

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

Articolo 10 - Bollo e registrazione

1. Il presente contratto/accordo è soggetto ad imposta di bollo ai sensi dell'art. 2, comma 1, del D.P.R. 26 ottobre 1972 n. 642 e successive modificazioni e la relativa spesa è divisa in parti uguali.

2. E' inoltre soggetto a registrazione solo in caso d'uso ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.P.R. 26 aprile 1986 n. 131.

Art. 11 - Foro competente

In caso di controversia tra le parti derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto/accordo saranno devolute all'Autorità Giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Letto, confermato e sottoscritto

Per l'ASL

Dr. Luigi Vercellino

Per l'Erogatore

Dr.ssa Beatrice Arlenghi

ALLEGATO A) STATO DI ACCREDITAMENTO

ASL AL
AZIENDA ALLIANCE MEDICAL DIAGNOSTIC SRL
COD. AZ. 861
SEDE LISSONE (MB).

AMBULATORIO

STRUTTURA: STUDIO RADIOLOGICO CENTO CANNONI
SEDE OPERATIVA: ALESSANDRIA – VIA DEL LEGNO 19
COD. STS 500081
ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE: DRG 29-3894/25.09.2006 – DD 969/23.12.2008 - DD 1021 del 01.12.2014
ATTO/I DI ACCREDITAMENTO: DRG 29-3894/25.09.2006 – DD 969/23.12.2008 - DD 1021 del 01.12.2014

STRUTTURA: STUDIO RADIOLOGICO NEWIMA
SEDE OPERATIVA: ACQUI TERME (AL) – CORSO BAGNI 112
COD. STS 500092
ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE: DRG 32-14611/24.01.2005 – DD 943/15.12.2008 - DD 1021 del 01.12.2014
ATTO/I DI ACCREDITAMENTO: DRG 32-14611/24.01.2005 – DD 943/15.12.2008 - DD 1021 del 01.12.2014

BRANCHE SPECIALISTICHE ACCREDITATE	BRANCHE SPECIALISTICHE CONTRATTATE	EVENTUALI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI RICHIESTE ALL'INTERNO DELLE DISCIPLINE ACCREDITATE E DEL BUDGET ASSEGNATO
69 - diagnostica per immagini di 1° livello	69 - diagnostica per immagini di 1° livello	Prestazioni per il recupero delle liste di attesa rientranti nelle tipologie oggetto di monitoraggio ai fini del recupero delle liste di attesa (PNGLA) indicate nell'allegato A della D.G.R. 26-5656 del 19.09.2022

SCHEMA DI CONTRATTO/ACCORDO ANNI 2022 - 2023

EX ART. 8 *QUINQUIES* D. LGS. N. 502/1992 e smi

Tra

l'ASL AL, con sede legale in Alessandria, via Venezia 6, (C.F. 02190140067), rappresentata dal Direttore Generale *pro tempore* Dott. Luigi Vercellino, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società AMBULATORIO RADIOLOGICO FOCO S.r.L., con sede legale in Novi Ligure - Corso Italia 21, (C.F. 00557120060), titolare della/e struttura/e con sede/i operativa/e indicate nell'allegato A), accreditata/e per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto/accordo, successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata dalla Dr.ssa Maria Teresa Foco (C.F. FCOMTR60B49F965Y) nella qualità di legale rappresentante, con titolo di legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

1. gli articoli 8-bis, *quater* e *quinquies* del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con DGR n. 26-5656 del 19.09.2022 sono state definite, per gli anni 2022 e 2023, le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati, il budget ed è stato approvato lo schema di contratto a valere per le strutture private e per i presidi/IRCCS ex artt. 42 e 43 L. 833/78
3. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n.761 del 28 /09/2022 è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto in attuazione della citata DGR;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto/accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto/accordo.
2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e a carico del SSR, conformi a volumi riassunti all'articolo 3, comma 1 e di cui ai seguenti setting:

RESIDENTI IN REGIONE

- I. specialistica ambulatoriale

RESIDENTI FUORI REGIONE

- I. di specialistica ambulatoriale

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

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

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e dei provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere e ad adeguare i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali di accreditamento, in ragione delle discipline contrattate e del tasso effettivo di occupazione, e ad erogare le prestazioni secondo standard e protocolli di accessibilità, appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale.
2. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.
3. Per una razionale e più efficiente gestione degli accessi ai servizi, nei termini e secondo le modalità stabilite dall'ASL e/o dalla Regione, la struttura erogatrice assicura:
 - la condivisione con le ASL di tutte le agende di prenotazione relative alle prime visite e altre prestazioni di primo accesso, al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale nei termini e nelle modalità di cui alla DGR n. 4-4878 del 14 aprile 2022; le eventuali prime visite e prestazioni di primo accesso erogate dal 1° settembre 2022 in assenza di un appuntamento programmato sul sistema CUP regionale non saranno valorizzate ai fini della remunerazione economico-finanziaria, fatta salva l'impossibilità ad avviare il sistema non addebitabile all'erogatore ,
 - 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.
4. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in un'apposita sezione nel proprio sito denominata «Liste di attesa», i tempi medi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.
5. Fermo restando il limite giornaliero di capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito entro i limiti quantitativi dei letti accreditati delle aree funzionali omogenee. I posti letto contrattati sono intesi come medi annui e il limite di occupazione giornaliero pari a quello degli accreditati.
6. La capacità produttiva non contrattata o non utilizzata dal SSN è fruibile per l'attività in regime privatistico.
7. La Struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991. Al personale saranno applicati i contratti di lavoro nazionali in conformità alla normativa vigente.
8. Ai sensi dell'art. 1, comma 42, della legge n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi ad ex dipendenti di ASL e Regione che nei tre anni antecedenti abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali.
9. 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, anche religiosi, o di strutture facenti parte di gruppi societari) redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici. In alternativa, si ritiene sufficiente l'indicazione della pubblicazione sul proprio o su altro sito che possa assolvere alla medesima forma di pubblicità.
10. Qualora l'ente intenda cessare l'attività sanitaria deve comunicare la suddetta volontà con un preavviso di almeno 90 giorni, salvo diversa comunicazione dell'ASL e fermo restando l'obbligo di

garantire la continuità delle prestazioni fino al provvedimento regionale di decadenza dall'accreditamento.

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

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

Art. 3 – Budget

1. Per il 2022 ed il 2023, in relazione alle risorse finanziarie programmate per le prestazioni da rendere dall'Erogatore per conto e a carico del SSR, nei limiti dei posti letto/branche specialistiche ambulatoriali accreditati indicati nell'allegato A), sono assegnati all'Erogatore i seguenti budget complessivi, suddivisi indicativamente per tipologia di setting assistenziali:

- 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)

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

BUDGET € 1.113.803,00

-per i residenti fuori regione :

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

BUDGET € 92.760,00

E' ammessa la compensazione nell'ambito di una medesima struttura all'interno dei vari setting di produzione e tra le attività per i residenti in Regione e fuori regione in presenza di economie dell'una o dell'altra, fino a concorrenza del budget complessivo assegnato alla stessa.

Eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno riconosciute al termine della procedura di compensazione della mobilità interregionale, nella misura in cui siano valorizzate all'interno della stessa e, comunque, entro e non oltre il tetto massimo complessivo di spesa regionale per prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, fissato in euro 713.000.000 al fine del rispetto del limite di spesa di cui all'art. 15, c. 14 del D.L. n. 95/2012. Eventuali ulteriori eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno oggetto di regressione tariffaria fino al raggiungimento del predetto importo mediante riduzione in misura proporzionale alle eccedenze di produzione della singola struttura, partendo dalle prestazioni di bassa e media complessità in ricovero ordinario, seguite da quelle potenzialmente inappropriate erogate in regime ambulatoriale (escludendo quelle di medicina nucleare, dialisi ed oncologiche). E' ammessa, infine, la compensazione della produzione all'interno della stessa struttura o delle strutture facenti parte del medesimo gruppo societario;

Trasferimenti definitivi di attività e correlato budget tra strutture appartenenti al medesimo gruppo societario potranno essere richiesti ed autorizzati dalla Regione previo parere favorevole delle aziende sanitarie territorialmente interessate.

2. L'Asl si riserva di richiedere, all'interno del budget, l'esecuzione di prestazioni specifiche di cui rilevi il fabbisogno nella sua funzione di tutela.

3. Il budget ambulatoriale è al lordo del ticket.

4. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a progetti di ricerca applicata, funzioni di emergenza urgenza o di ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza è previsto l'importo annuale di €---

5. L'erogatore dichiara di conoscere ed accetta:

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

- l'applicazione del sistema dei controlli di qualità ed appropriatezza dei ricoveri previsti dall'art. 79 comma 1 septies D.L. 112/2008, convertito con la Legge n. 133/2008, e dal DM 10/12/2009, così come declinati nei provvedimenti attuativi regionali di riferimento.

Art. 4 – Regole di remunerazione

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

2. Fino al 31 marzo 2022, alla remunerazione delle prestazioni ospedaliere si applicano i disposti del DM Salute 12.08.2021. In deroga ai principi di cui al punto precedente, ai ricoveri di pazienti inseriti entro il 31 marzo 2022, ancorché la data di dimissione sia successiva al termine dello stato di emergenza, si applicheranno le regole di cui al DM medesimo, qualora ne sussistano i presupposti.

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, non a fini remunerativi.

4. 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 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 specifiche indicazioni nazionali o accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato e nel limite di spesa di cui all'art. 45, c. 1-ter, D.L. 124/2019 conv. con L. 157/2019.

5. L'Erogatore avrà diritto al riconoscimento della produzione annualmente erogata entro il limite massimo delle risorse allo stesso assegnate. Nulla spetterà all'Erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, rese dalla Struttura in carenza di autorizzazione/dei requisiti di accreditamento nonché nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 7.

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

Art. 5 – Modalità di pagamento e cessione del credito

1. I soggetti erogatori emettono fatture mensili di acconto, a seguito dell'ordine trasmesso dall'Azienda tramite il sistema NSO pari al 90% di 1/12 del budget (acconto che viene riallineato alla produzione effettiva in caso di riduzione stabile dell'attività).

E' consentita l'emissione di una fattura a saldo delle prestazioni erogate nel primo semestre fino al 50% del budget con la dicitura "salvo conguaglio"(o la richiesta di nota di credito da parte dell'azienda, qualora la produzione della struttura nel semestre sia stata inferiore al 90% del budget, ad eccezione del caso in cui la minor produzione sia dovuta alla messa a disposizione, nel primo trimestre dell'anno, di posti letto Covid su richiesta delle strutture pubbliche, caso in cui il conguaglio è rinviato alla chiusura dell'anno). Il documento contabile a conguaglio dell'annualità, emesso previo ricevimento dell'ordine elettronico dell'ASL, viene liquidato a seguito dei controlli effettuati circa l'osservanza del contratto/accordo.

2. Per il finanziamento per l'esercizio di specifiche funzioni 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. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo, l'ASL effettua una verifica a consuntivo dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte ed eroga il conguaglio.

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

4. Per i farmaci (file F) sono corrisposti, sulla base di apposita fattura emessa dall'erogatore, acconti mensili pari al 95% del valore risultante dal suddetto tracciato. Entro il 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.

5. L'ASL si impegna ad emettere l'ordine tramite il sistema NSO in modo da garantire la regolarità dei pagamenti.

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

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

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

9. 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.

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

11. Laddove la Struttura intenda cedere il proprio credito nei confronti dell'ASL ad un terzo, la cessione dev'essere notificata all'ASL ai sensi dell'art. 69, comma 1, del R.D. n. 2440/1923. La cessione diventa opponibile all'ASL solo se quest'ultima vi presta il proprio consenso, secondo quanto previsto dall'art. 9, all. E, della legge n. 2248/1865. La misura degli interessi moratori di cui

al D. Lgs. 231/2002 non può essere superiore al tasso legale stabilito con decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze non aumentato dei punti percentuali. In caso di cessione del credito da parte della Struttura, quest'ultima si impegna ad accollarsi il debito avente ad oggetto il pagamento degli interessi moratori in esame qualora sorgano successivamente alla cessione.

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

Art. 6 – Verifiche e controlli

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza rispetto alle prestazioni contrattate. L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si obbliga a consentire lo svolgimento dell'attività di vigilanza dell'apposita Commissione ASL, a pena di risoluzione del contratto/accordo secondo la previsione di cui all'art. 7, comma 6, lett. e).

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

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

Art. 7 – Sospensione e risoluzione del contratto/accordo

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

2. La revoca dell'autorizzazione o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto/accordo. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto/accordo. Sono fatte salve ulteriori cause di sospensione e di risoluzione del contratto/accordo previste dalla legge.

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

4. La Struttura si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo (tracciati C ed ulteriori flussi previsti dalla normativa vigente), nei confronti dell'ASL e del SSR secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'Erogatore è motivo di risoluzione del contratto.

5. In caso di grave inadempimento di uno degli obblighi derivanti dal presente contratto/accordo, la parte adempiente assegna all'altra un termine di giorni 10 per presentare le relative giustificazioni in forma scritta. In caso di mancato accoglimento delle stesse o di decorso inutile del termine il contratto si risolverà di diritto. In caso di riconosciuta fondatezza delle scusanti apportate, la parte adempiente assegnerà alla controparte un termine pari a 15 giorni, laddove non diversamente indicato, per adottare i necessari rimedi, decorso inutilmente il quale il contratto si risolve di diritto.

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

a) l'emersione di precedenti condanne penali, o sopravvenienza di nuove condanne penali, di carattere definitivo per uno o più reati di cui all'art. 80 c. 1 del D. Lgs. 50/2016 nei confronti dei soggetti indicati al comma 5 del medesimo articolo;

b) l'accertamento o la sopravvenienza, con riferimento ai soggetti indicati al comma 5 dell'art. 80 del D. Lgs. 50/2016, di cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del D. Lgs. 159/2011 e s.m.i., o in caso di ricevimento della comunicazione antimafia o di sussistenza di un tentativo di infiltrazione mafiosa accertato dall'informativa antimafia interdittiva ex art. 84 del medesimo decreto.

c) violazione accertata definitivamente delle norme in materia di protezione infortunistica, sicurezza sui luoghi di lavoro idonea ad incidere gravemente sull'esecuzione delle prestazioni sanitarie;

d) ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni;

e) impedimento al controllo esercitato dalle AA.SS.LL. competenti per territorio o dalle Commissioni di Vigilanza situate nel territorio aziendale.

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

Articolo 8 - Clausola di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del contratto/accordo, il soggetto erogatore accetta il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione del sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.

2. Le parti sono consapevoli che il presente contratto/accordo non può essere oggetto di condizioni o di riserve relative al sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.

3. Costituiscono integrazione del contenuto contrattuale i provvedimenti di determinazione dei budget, dei tetti di spesa e del sistema tariffario, per cui la conclusione del contratto comporta accettazione di questi ultimi.

Articolo 9 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo

1. Il contratto/accordo decorre dal 1° gennaio 2022 al 31 dicembre 2023; per il primo trimestre 2022 si richiamano le regole di cui all'art. 4 comma 2 del presente contratto.

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

Articolo 10 - Bollo e registrazione

1. Il presente contratto/accordo è soggetto ad imposta di bollo ai sensi dell'art. 2, comma 1, del D.P.R. 26 ottobre 1972 n. 642 e successive modificazioni e la relativa spesa è divisa in parti uguali.

2. E' inoltre soggetto a registrazione solo in caso d'uso ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.P.R. 26 aprile 1986 n. 131.

Art. 11 - Foro competente

In caso di controversia tra le parti derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto/accordo saranno devolute all'Autorità Giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Letto, confermato e sottoscritto

Per l'ASL

Dr. Luigi Vercellino

Per l'Erogatore

Dr.ssa Maria Teresa Foco

ALLEGATO A) STATO DI ACCREDITAMENTO

ASL AL
AZIENDA AMBULATORIO RADIOLOGICO FOCO S.r.l.
COD. AZ. 728
SEDE NOVI LIGURE (AL)

AMBULATORIO

STRUTTURA STUDIO RADIOLOGICO DR. FOCO
SEDE OPERATIVA NOVI LIGURE (AL) – VIA EDILIO RAGGIO 87
COD. STS 500089
ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE D.G.R. 45-14857 del 21.02.2005
ATTO/I DI ACCREDITAMENTO D.G.R. 45-14857 del 21.02.2005

BRANCHE SPECIALISTICHE ACCREDITATE	BRANCHE SPECIALISTICHE CONTRATTATE	EVENTUALI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI RICHIESTE ALL'INTERNO DELLE DISCIPLINE ACCREDITATE E DEL BUDGET ASSEGNATO
69 - diagnostica per immagini di 1° livello	69 - diagnostica per immagini di 1° livello	Prestazioni per il recupero delle liste di attesa rientranti nelle tipologie oggetto di monitoraggio ai fini del recupero delle liste di attesa (PNGLA) indicate nell'allegato A della D.G.R. 26-5656 del 19.09.2022

SCHEMA DI CONTRATTO/ACCORDO ANNI 2022 - 2023

EX ART. 8 *QUINQUIES* D. LGS. N. 502/1992 e smi

Tra

l'ASL AL, con sede legale in Alessandria, via Venezia 6, (C.F. 02190140067), rappresentata dal Direttore Generale *pro tempore* Dott. Luigi Vercellino successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società CASA DI CURA HABILITA S.p.A. con sede legale in Zingonia di Ciserano (BG) – Via Bologna, 1, (C.F. 00765430160), titolare della/e struttura/e con sede/i operativa/e indicate nell'allegato A), accreditata/e per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto/accordo, successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata dal Dott. Michele Crecchi (C.F. CRCMHL77R26G843W). nella qualità di procuratore, con titolo di legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale, in forza della procura allegata al presente accordo.

Premesso che:

1. gli articoli 8-*bis*, *quater* e *quinquies* del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con DGR n.26-5656 del 19.09.2022 sono state definite, per gli anni 2022 e 2023, le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati, il budget ed è stato approvato lo schema di contratto a valere per le strutture private e per i presidi/IRCCS ex artt. 42 e 43 L. 833/78
3. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n.761 del 28 /09/2022 è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto in attuazione della citata DGR;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto/accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto/accordo.
2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e a carico del SSR, conformi a volumi riassunti all'articolo 3, comma 1 e di cui ai seguenti setting:

RESIDENTI IN REGIONE

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

RESIDENTI FUORI REGIONE

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

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

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

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

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

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

- la condivisione con le ASL di tutte le agende di prenotazione relative alle prime visite e altre prestazioni di primo accesso, al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale nei termini e nelle modalità di cui alla DGR n. 4-4878 del 14 aprile 2022; le eventuali prime visite e prestazioni di primo accesso erogate dal 1° settembre 2022 in assenza di un appuntamento programmato sul sistema CUP regionale non saranno valorizzate ai fini della remunerazione economico-finanziaria, fatta salva l'impossibilità ad avviare il sistema non addebitabile all'erogatore ,

- 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.

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

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

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

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

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

9. 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, anche religiosi, o di strutture facenti parte di gruppi societari) redatto secondo uno schema tipo conforme ai

principi civilistici. In alternativa, si ritiene sufficiente l'indicazione della pubblicazione sul proprio o su altro sito che possa assolvere alla medesima forma di pubblicità.

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

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

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

Art. 3 – Budget

1. Per il 2022 ed il 2023, in relazione alle risorse finanziarie programmate per le prestazioni da rendere dall'Erogatore per conto e a carico del SSR, nei limiti dei posti letto/branche specialistiche ambulatoriali accreditati indicati nell'allegato A), sono assegnati all'Erogatore i seguenti budget complessivi, suddivisi indicativamente per tipologia di setting assistenziali:

- 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)

RICOVERO IN ACUZIE	BUDGET €	3.973.845,00
RICOVERO IN POST ACUZIE	BUDGET €	528.295,00
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	BUDGET €	903.072,38

-per i residenti fuori regione :

RICOVERO IN ACUZIE	BUDGET €	10.371.186,00
RICOVERO IN POST-ACUZIE	BUDGET €	1.200.990,00
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	BUDGET €	1.580.836,00

E' ammessa la compensazione nell'ambito di una medesima struttura all'interno dei vari setting di produzione e tra le attività per i residenti in Regione e fuori regione in presenza di economie dell'una o dell'altra, fino a concorrenza del budget complessivo assegnato alla stessa.

Eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno riconosciute al termine della procedura di compensazione della mobilità interregionale, nella misura in cui siano valorizzate all'interno della stessa e, comunque, entro e non oltre il tetto massimo complessivo di spesa regionale

per prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, fissato in euro 713.000.000 al fine del rispetto del limite di spesa di cui all'art. 15, c. 14 del D.L. n. 95/2012. Eventuali ulteriori eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno oggetto di regressione tariffaria fino al raggiungimento del predetto importo mediante riduzione in misura proporzionale alle eccedenze di produzione della singola struttura, partendo dalle prestazioni di bassa e media complessità in ricovero ordinario, seguite da quelle potenzialmente inappropriate erogate in regime ambulatoriale (escludendo quelle di medicina nucleare, dialisi ed oncologiche). E' ammessa, infine, la compensazione della produzione all'interno della stessa struttura o delle strutture facenti parte del medesimo gruppo societario; Trasferimenti definitivi di attività e correlato budget tra strutture appartenenti al medesimo gruppo societario potranno essere richiesti ed autorizzati dalla Regione previo parere favorevole delle aziende sanitarie territorialmente interessate.

2. L'Asl si riserva di richiedere, all'interno del budget, l'esecuzione di prestazioni specifiche di cui rilevi il fabbisogno nella sua funzione di tutela.

3. Il budget ambulatoriale è al lordo del ticket.

4. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a progetti di ricerca applicata, funzioni di emergenza urgenza o di ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza è previsto l'importo annuale di €---

5. L'erogatore dichiara di conoscere ed accetta:

- l'applicazione del sistema dei controlli di cui alla D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013 e s.m.i.
- l'applicazione del sistema dei controlli di qualità ed appropriatezza dei ricoveri previsti dall'art. 79 comma 1 septies D.L. 112/2008, convertito con la Legge n. 133/2008, e dal DM 10/12/2009, così come declinati nei provvedimenti attuativi regionali di riferimento.

Art. 4 – Regole di remunerazione

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

2. Fino al 31 marzo 2022, alla remunerazione delle prestazioni ospedaliere si applicano i disposti del DM Salute 12.08.2021. In deroga ai principi di cui al punto precedente, ai ricoveri di pazienti inseriti entro il 31 marzo 2022, ancorchè la data di dimissione sia successiva al termine dello stato di emergenza, si applicheranno le regole di cui al DM medesimo, qualora ne sussistano i presupposti.

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, non a fini remunerativi.

4. 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 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 specifiche indicazioni nazionali o accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato e nel limite di spesa di cui all'art. 45, c. 1-ter, D.L. 124/2019 conv. con L. 157/2019.

5. L'Erogatore avrà diritto al riconoscimento della produzione annualmente erogata entro il limite massimo delle risorse allo stesso assegnate. Nulla spetterà all'Erogatore, per compenso, indennizzo

o risarcimento, rese dalla Struttura in carenza di autorizzazione/dei requisiti di accreditamento nonché nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 7.

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

Art. 5 – Modalità di pagamento e cessione del credito

1. I soggetti erogatori emettono fatture mensili di acconto, a seguito dell'ordine trasmesso dall'Azienda tramite il sistema NSO pari al 90% di 1/12 del budget (acconto che viene riallineato alla produzione effettiva in caso di riduzione stabile dell'attività).

E' consentita l'emissione di una fattura a saldo delle prestazioni erogate nel primo semestre fino al 50% del budget con la dicitura "salvo conguaglio" (o la richiesta di nota di credito da parte dell'azienda, qualora la produzione della struttura nel semestre sia stata inferiore al 90% del budget, ad eccezione del caso in cui la minor produzione sia dovuta alla messa a disposizione, nel primo trimestre dell'anno, di posti letto Covid su richiesta delle strutture pubbliche, caso in cui il conguaglio è rinviato alla chiusura dell'anno). Il documento contabile a conguaglio dell'annualità, emesso previo ricevimento dell'ordine elettronico dell'ASL, viene liquidato a seguito dei controlli effettuati circa l'osservanza del contratto/accordo.

2. Per il finanziamento per l'esercizio di specifiche funzioni 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. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo, l'ASL effettua una verifica a consuntivo dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte ed eroga il conguaglio.

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

4. Per i farmaci (file F) sono corrisposti, sulla base di apposita fattura emessa dall'erogatore, acconti mensili pari al 95% del valore risultante dal suddetto tracciato. Entro il 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.

5. L'ASL si impegna ad emettere l'ordine tramite il sistema NSO in modo da garantire la regolarità dei pagamenti.

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

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

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

9. 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.

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

11. Laddove la Struttura intenda cedere il proprio credito nei confronti dell'ASL ad un terzo, la cessione dev'essere notificata all'ASL ai sensi dell'art. 69, comma 1, del R.D. n. 2440/1923. La cessione diventa opponibile all'ASL solo se quest'ultima vi presta il proprio consenso, secondo quanto previsto dall'art. 9, all. E, della legge n. 2248/1865. La misura degli interessi moratori di cui al D. Lgs. 231/2002 non può essere superiore al tasso legale stabilito con decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze non aumentato dei punti percentuali. In caso di cessione del credito da parte della Struttura, quest'ultima si impegna ad accollarsi il debito avente ad oggetto il pagamento degli interessi moratori in esame qualora sorgano successivamente alla cessione.

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

Art. 6 – Verifiche e controlli

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza rispetto alle prestazioni contrattate. L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si obbliga a consentire lo svolgimento dell'attività di vigilanza dell'apposita Commissione ASL, a pena di risoluzione del contratto/accordo secondo la previsione di cui all'art. 7, comma 6, lett. e).

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

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

Art. 7 – Sospensione e risoluzione del contratto/accordo

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

2. La revoca dell'autorizzazione o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto/accordo. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto/accordo. Sono fatte salve ulteriori cause di sospensione e di risoluzione del contratto/accordo previste dalla legge.

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

4. La Struttura si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo (tracciati C ed ulteriori flussi previsti dalla normativa vigente), nei confronti dell'ASL e del SSR

secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'Erogatore è motivo di risoluzione del contratto.

5. In caso di grave inadempimento di uno degli obblighi derivanti dal presente contratto/accordo, la parte adempiente assegna all'altra un termine di giorni 10 per presentare le relative giustificazioni in forma scritta. In caso di mancato accoglimento delle stesse o di decorso inutile del termine il contratto si risolverà di diritto. In caso di riconosciuta fondatezza delle scusanti apportate, la parte adempiente assegnerà alla controparte un termine pari a 15 giorni, laddove non diversamente indicato, per adottare i necessari rimedi, decorso inutilmente il quale il contratto si risolve di diritto.

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

a) l'emersione di precedenti condanne penali, o sopravvenienza di nuove condanne penali, di carattere definitivo per uno o più reati di cui all'art. 80 c. 1 del D. Lgs. 50/2016 nei confronti dei soggetti indicati al comma 5 del medesimo articolo;

b) l'accertamento o la sopravvenienza, con riferimento ai soggetti indicati al comma 5 dell'art. 80 del D. Lgs. 50/2016, di cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del D. Lgs. 159/2011 e s.m.i., o in caso di ricevimento della comunicazione antimafia o di sussistenza di un tentativo di infiltrazione mafiosa accertato dall'informativa antimafia interdittiva ex art. 84 del medesimo decreto.

c) violazione accertata definitivamente delle norme in materia di protezione infortunistica, sicurezza sui luoghi di lavoro idonea ad incidere gravemente sull'esecuzione delle prestazioni sanitarie;

d) ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni;

e) impedimento al controllo esercitato dalle AA.SS.LL. competenti per territorio o dalle Commissioni di Vigilanza situate nel territorio aziendale.

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

Articolo 8 - Clausola di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del contratto/accordo, il soggetto erogatore accetta il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione del sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.

2. Le parti sono consapevoli che il presente contratto/accordo non può essere oggetto di condizioni o di riserve relative al sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.

3. Costituiscono integrazione del contenuto contrattuale i provvedimenti di determinazione dei budget, dei tetti di spesa e del sistema tariffario, per cui la conclusione del contratto comporta accettazione di questi ultimi.

Articolo 9 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo

1. Il contratto/accordo decorre dal 1° gennaio 2022 al 31 dicembre 2023; per il primo trimestre 2022 si richiamano le regole di cui all'art. 4 comma 2 del presente contratto.

2. Il contratto/accordo si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative di carattere nazionale o regionale, senza che derivino maggiori oneri per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze, e purché le stesse siano legate all'erogazione di prestazioni sanitarie per conto del SSR,

l'Erogatore potrà recedere dal contratto/accordo entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante comunicazione formale all'ASL.

Articolo 10 - Bollo e registrazione

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

Art. 11 - Foro competente

In caso di controversia tra le parti derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto/accordo saranno devolute all'Autorità Giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Letto, confermato e sottoscritto

Per l'ASL

Dr. Luigi Vercellino

Per l'Erogatore

Dr. Michele Crecchi

ALLEGATO A) STATO DI ACCREDITAMENTO

ASL AL
AZIENDA CASA DI CURA HABILITA S.P.A.
COD. AZ. 868
SEDE CISERANO (BG)

RICOVERO

STRUTTURA CASA DI CURA VILLA IGEA
SEDE OPERATIVA ACQUI TERME (AL) – STRADA MOIRANO 2
COD. HSP11 010641-00
ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE D.G.R. N. 127-6959 DEL 05.08.2002 - DGR N.7-11159 DEL 06.04.2009
– D.D. 75 DEL 5.02.2018 – D.D. 601 DEL 28.09.208 – D.D. 591 DEL 29.09.2016 – D.D. 815 DEL
28.11.2019
ATTO/I DI ACCREDITAMENTO D.G.R. N. 127-6959 DEL 05.08.2002 - DGR N.7-11159 DEL 06.04.2009
– D.D. 75 DEL 5.02.2018 – D.D. 601 DEL 28.09.208 – D.D. 591 DEL 29.09.2016 – D.D. 815 DEL
28.11.2019

DISCIPLINE OSPEDALIERE	P.L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	P.L. CONTRATTATI 2022	EVENTUALI PRESTAZIONI OSPEDALIERE CONTRATTATE (DRG, MDC) RICHIESTE ALL'INTERNO DELLE DISCIPLINE ACCREDITATE E DEL BUDGET ASSEGNATO
26 - MEDICINA GENERALE	15	15	5	
09 – CHIRURGIA GENERALE	8	8	10	Prestazioni per il recupero delle liste di attesa rientranti nelle tipologie oggetto di monitoraggio ai fini del recupero delle liste di attesa (PNGLA) indicate nell'allegato A della D.G.R. 26-5656 del 19.09.2022
09 – CHIRURGIA GENERALE- D.S.	2	2		
36 -ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	16	16	20	
36 – ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – D.S.	4	4		
RRF I°LIV	15	15	14	
RRF II° LIV	20	20	12	

AMBULATORIO

STRUTTURA POLIAMBULATORIO VILLA IGEA

SEDE OPERATIVA ACQUI TERME – STRADA MOIRANO 2

COD. STS 600124

ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE DGR 127-6959 DEL 05.08.2002 - D.D. 815 DEL 28.11.2019 – D.D. 1524 del 17.08.2022

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO DGR 127-6959 DEL 05.08.2002 - D.D. 815 DEL 28.11.2019 – D.D. 1524 del 17.08.2022

BRANCHE SPECIALISTICHE ACCREDITATE	BRANCHE SPECIALISTICHE CONTRATTATE	EVENTUALI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI RICHIESTE ALL'INTERNO DELLE DISCIPLINE ACCREDITATE E DEL BUDGET ASSEGNATO
ATTIVITA' AMBULATORIALE AUTORIZZATA E ACCREDITATA		
Cardiologia	Cardiologia	Prestazioni per il recupero delle liste di attesa rientranti nelle tipologie oggetto di monitoraggio ai fini del recupero delle liste di attesa (PNGLA) indicate nell'allegato A della D.G.R. 26-5656 del 19.09.2022
Chirurgia Generale	Chirurgia Generale	
Angiologia	Angiologia	
Dermatologia	Dermatologia	
Endocrinologia	Endocrinologia	
Neurologia	Neurologia	
Ortopedia	Ortopedia	
Ginecologia	Ginecologia	
Otorinolaringoiatria	Otorinolaringoiatria	
Urologia	Urologia	
Gastroenterologia Endosc. Dig.	Gastroenterologia Endosc. Dig.	
Reumatologia	Reumatologia	
Diagnostica immagini 1^ liv.	Diagnostica immagini 1^ liv.	
RRF 1^ livello	RRF 1^ livello	
Oculistica	Oculistica	
Nefrologia	Nefrologia	
Pneumologia	Pneumologia	
CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA		
Chirurgia Generale	Chirurgia Generale	Prestazioni per il recupero delle liste di attesa rientranti nelle tipologie oggetto di monitoraggio ai fini del recupero delle liste di attesa (PNGLA) indicate nell'allegato A della D.G.R. 26-5656 del 19.09.2022
Ortopedia	Ortopedia	
Anestesia	Anestesia	
Oculistica	Oculistica	
Otorinolaringoiatria	Otorinolaringoiatria	
Urologia	Urologia	

AMBULATORIO

STRUTTURA POLIAMBULATORIO VILLA IGEA

SEDE OPERATIVA ACQUI TERME – Piazza Maggiore Ferraris

COD. STS 600124

ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE D.D. 1523 del 17.08.2022

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO D.D. 1523 del 17.08.2022

BRANCHE SPECIALISTICHE ACCREDITATE	BRANCHE SPECIALISTICHE CONTRATTATE	EVENTUALI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI RICHIESTE ALL'INTERNO DELLE DISCIPLINE ACCREDITATE E DEL BUDGET ASSEGNATO
ATTIVITA' AMBULATORIALE AUTORIZZATA E ACCREDITATA		
Cardiologia		Prestazioni per il recupero delle liste di attesa rientranti nelle tipologie oggetto di monitoraggio ai fini del recupero delle liste di attesa (PNGLA) indicate nell'allegato A della D.G.R. 26-5656 del 19.09.2022
Endocrinologia		
Neurologia		
Ortopedia		
Dermatologia		
Gastroenterologia		
Reumatologia		
Oculistica		
Nefrologia		
Pneumologia		

PROCURA INSTITORIA

La Società:

- "**CASA DI CURA HABILITA S.P.A. ED IN FORMA ABBREVIATA "HABILITA S.P.A."**, con sede legale in Ciserano, via Bologna n.1, capitale versato Euro 780.000,00, iscritta al Registro delle Imprese di Bergamo, C.F.: 00765430160, REA n.: BG - 171358, al presente atto rappresentata dall'Presidente del Consiglio di Amministrazione signor Rusconi Roberto, nato a Bergamo il giorno 21 settembre 1951, domiciliato per la carica presso la sede sociale, munito degli idonei poteri in forza di delibera del Consiglio di Amministrazione del 26 agosto 2020 regolarmente depositata al competente registro delle imprese;

nomina e costituisce

a procuratore speciale e per quanto infra generale della Società mandante il signor:

- **CRECCHI MICHELE**, nato a Pontedera il giorno 26 ottobre 1977, residente a Biella, Strada Barazzetto Vandorno n.26, codice fiscale CRC MHL 77R26 G843W;

conferendogli i seguenti poteri:

- 1) Il potere di dare esecuzione alle delibere del Consiglio di Amministrazione comprendendo tutti gli atti di ordinaria amministrazione, deliberati dal consiglio stesso.
- 2) Il potere di sottoscrivere e/o presentare dichiarazioni, istanze, ricorsi, reclami, denunce a qualunque autorità amministrativa, statale, regionale, provinciale, comunale, finanziaria, giudiziaria, rappresentare altresì la mandante presso le predette autorità, nonché presso i ministeri e le commissioni comunali, provinciali, regionali, centrali, le commissioni tributarie di ogni ordine e grado ed in genere presso qualsiasi pubblica autorità, ente pubblico e privato. Sottoscrivere verbali relativi a visite ispettive di pubblici funzionari per controlli di qualsiasi tipo, con facoltà di muovere contestazioni, effettuare dichiarazioni, avanzare riserve, fornire precisazioni e chiarimenti.
- 3) Il potere di rappresentare la società nelle vertenze giudiziali di ogni tipo, ordine e grado, ivi compresa la facoltà di procedere ad atti conservativi ed esecutivi, curarne occorrendo la revoca, intervenire nelle procedure di fallimento, concordato, amministrazione controllata, liquidazione coatta amministrativa e promuovere la dichiarazione, nominare avvocati e procuratori alle liti, con ogni più ampia facoltà di riguardo, ivi compresa la facoltà di rinunciare, transigere e conciliare, stipulare compromessi e nominare arbitri anche amichevoli compositori.
- 4) Il potere di esigere e riscuotere, a qualsiasi titolo, somme, crediti, mandati di pagamento, depositi cauzionali, sia dall'istituto di emissione, dalla cassa depositi e prestiti, dalle tesorerie degli uffici di ferroviari, postali e telegrafici, che da qualunque ufficio pubblico e privato, e da qual-

Registrato a Bergamo
in data 14/01/2021
n. 1523
Serie 1T
Pagati Euro 230,00.
Modello Unico

Depositato al Registro
Imprese di Bergamo
in data 15/01/2021
Prot. n.3312

siasi persona - italiani od esteri - rilasciando quietanze e disscarichi.

5) Il potere di girare in pieno mandati, warrants, assegni, vaglia cambiari vaglia postali e ricevute bancarie. Girare ad istituti di credito allo sconto ed all'incasso pagherò e tratte, presentare all'incasso ricevute bancarie, girare all'incasso assegni, vaglia cambiari, vaglia postali e mandati.

6) Il potere di trattare e stipulare con gli Istituti di credito forme di finanziamento tramite lo strumento degli anticipi fatture e anticipi contratti e del "factoring".

7) Il potere di compiere atti di disposizione, versamenti, prelevamenti, su conti correnti in genere, anche mediante assegni bancari all'ordine chiunque, a valere sulle disponibilità liquide o sulle concessioni di credito accordate.

8) Il potere di stipulare contratti di prestazione di servizi in genere ivi compresi gli incarichi di prestazioni d'opera professionale e darne disdetta, il tutto con potere di rappresentare la società presso qualunque ufficio statale, parastatale, regionale, provinciale e comunale, uffici postali, telegrafici e telefonici, ASL.

9) Il potere di ritirare lettere raccomandate, assicurate, pacchi ferroviari e postali nonché pieghi di qualunque specie, firmando i relativi bollettini e ricevute e delegarvi dipendenti della società.

10) Il potere di partecipare a gare di fornitura presso enti statali, parastatali, regionali, provinciali, comunali, pubblici e privati, e firmare i relativi contratti, verbali, capitolati, libretti di misure, istanze, dichiarazioni liberatorie ed ogni altro atto riguardante gli appalti, senza limitazioni di sorta.

11) Il potere di acquistare a qualsiasi titolo, prodotti inerenti l'esercizio dell'attività sociale, attrezzature e merci in genere, sottoscrivendo ogni tipo di scrittura privata recante tutte le opportune clausole, determinando prezzi e corrispettivi: il tutto con il limite di Euro 10.000,00 (euro diecimila/00) per ogni singola operazione.

12) Il potere di vendere servizi erogati dalla società fissando i relativi prezzi, tariffe, corrispettivi, nonché le opportune condizioni e sottoscrivendo a tal fine ogni tipo di scrittura.

13) Il potere di stipulare accordi di ricerca e sviluppo, accordi di assistenza e/o collaborazione tecnica, accordi di cessione, sfruttamento e licenza di "know-how".

14) Il potere di curare ogni adempimento amministrativo nei confronti degli enti assicurativi, previdenziali e assistenziali sottoscrivendo i relativi moduli ove non espressamente riservato dalla Legge al legale rappresentante della società.

15) Il potere di rappresentare la società innanzi all'autorità giudiziaria, designata per le controversie di lavoro, alle udienze fissate per la comparizione delle parti, anche ai fini

del previsto tentativo di conciliazione e della conciliazione stessa a sensi di legge. Rappresentare la società innanzi a qualsiasi ente preposto dalla legge, contratti ed accordi collettivi, alla conciliazione delle controversie di lavoro individuali e collettive, per proporre e sottoscrivere conciliazioni e transizioni, nonché ad enti sindacali od organi di rappresentanza dei lavoratori, anche per addivenire a convenzioni e accordi, nell'ambito delle disposizioni generali emanate dal consiglio di amministrazione. Nominare arbitri per la composizione delle controversie individuali in arbitrati rituali e irrituali.

Il tutto con promessa sin d'ora di rato e valido sotto gli obblighi di legge, senza bisogno di ulteriore conferma o ratifica da parte della Società mandante e con esonero da responsabilità al riguardo per le Autorità competenti ed i terzi in genere.

La Parte consente il trattamento dei dati personali che potranno essere inseriti in banche dati, archivi informatici e sistemi telematici, solo per fini connessi alla redazione del presente atto, dipendenti formalità ed effetti fiscali consequenziali.

La Parte richiede che il presente Atto venga redatto nella forma della scrittura privata autenticata.

F.to Roberto Rusconi

REPERTORIO N. 197668

A U T E N T I C A
REPUBBLICA ITALIANA

L'anno duemilaventuno, il giorno undici del mese di gennaio.

11 gennaio 2021

In Bergamo, nello Studio Notarile di Via Pradello n.2.

Io sottoscritto Dr. JEAN-PIERRE FARHAT, Notaio di Bergamo, iscritto all'omonimo Collegio Notarile,

DICHIARO E CERTIFICO

che quest'atto, da me letto alla Parte, è stato sottoscritto, essendo io Notaio certo della sua identità personale, qualifica e poteri, in mia presenza di propria mano, anche sull'altro foglio, alle ore diciassette e minuti venti, da:

- RUSCONI ROBERTO, nato a Bergamo il giorno 21 settembre 1951, domiciliato per la carica in Ciserano, via Bologna n.1.

F.to Dr. JEAN-PIERRE FARHAT NOTAIO L.S.

SCHEMA DI CONTRATTO/ACCORDO ANNI 2022 - 2023

EX ART. 8 *QUINQUIES* D. LGS. N. 502/1992 e smi

Tra

l'ASL AL, con sede legale in Alessandria, via Venezia 6, (C.F. 02190140067), rappresentata dal Direttore Generale *pro tempore* Dott. Luigi Vercellino, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società LABORATORIO ANALISI S. MARIA S.r.l., con sede legale in Novi Ligure - Via Felice Cavallotti 136 (C.F. 02680870066), titolare della/e struttura/e con sede/i operativa/e indicate nell'allegato A), accreditata/e per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto/accordo, successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata dal Dr. Walter Quaglia (C.F. QGLWTR46D01E341C) nella qualità di legale rappresentante, con titolo di legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

1. gli articoli 8-bis, *quater* e *quinquies* del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con DGR n. 26-5656 del 19.09.2022 sono state definite, per gli anni 2022 e 2023, le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati, il budget ed è stato approvato lo schema di contratto a valere per le strutture private e per i presidi/IRCCS ex artt. 42 e 43 L. 833/78
3. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. 761 del 28 /09/2022 è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto in attuazione della citata DGR;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto/accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto/accordo.
2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e a carico del SSR, conformi a volumi riassunti all'articolo 3, comma 1 e di cui ai seguenti setting:

RESIDENTI IN REGIONE

- I. specialistica ambulatoriale

RESIDENTI FUORI REGIONE

- I. di specialistica ambulatoriale

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

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

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e dei provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere e ad adeguare i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali di accreditamento, in ragione delle discipline contrattate e del tasso effettivo di occupazione, e ad erogare le prestazioni secondo standard e protocolli di accessibilità, appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale.
2. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.
3. Per una razionale e più efficiente gestione degli accessi ai servizi, nei termini e secondo le modalità stabilite dall'ASL e/o dalla Regione, la struttura erogatrice assicura:
 - la condivisione con le ASL di tutte le agende di prenotazione relative alle prime visite e altre prestazioni di primo accesso, al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale nei termini e nelle modalità di cui alla DGR n. 4-4878 del 14 aprile 2022; le eventuali prime visite e prestazioni di primo accesso erogate dal 1° settembre 2022 in assenza di un appuntamento programmato sul sistema CUP regionale non saranno valorizzate ai fini della remunerazione economico-finanziaria, fatta salva l'impossibilità ad avviare il sistema non addebitabile all'erogatore ,
 - 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.
4. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in un'apposita sezione nel proprio sito denominata «Liste di attesa», i tempi medi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.
5. Fermo restando il limite giornaliero di capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito entro i limiti quantitativi dei letti accreditati delle aree funzionali omogenee. I posti letto contrattati sono intesi come medi annui e il limite di occupazione giornaliero pari a quello degli accreditati.
6. La capacità produttiva non contrattata o non utilizzata dal SSN è fruibile per l'attività in regime privatistico.
7. La Struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991. Al personale saranno applicati i contratti di lavoro nazionali in conformità alla normativa vigente.
8. Ai sensi dell'art. 1, comma 42, della legge n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi ad ex dipendenti di ASL e Regione che nei tre anni antecedenti abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali.
9. 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, anche religiosi, o di strutture facenti parte di gruppi societari) redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici. In alternativa, si ritiene sufficiente l'indicazione della pubblicazione sul proprio o su altro sito che possa assolvere alla medesima forma di pubblicità.
10. Qualora l'ente intenda cessare l'attività sanitaria deve comunicare la suddetta volontà con un preavviso di almeno 90 giorni, salvo diversa comunicazione dell'ASL e fermo restando l'obbligo di

garantire la continuità delle prestazioni fino al provvedimento regionale di decadenza dall'accreditamento.

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

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

Art. 3 – Budget

1. Per il 2022 ed il 2023, in relazione alle risorse finanziarie programmate per le prestazioni da rendere dall'Erogatore per conto e a carico del SSR, nei limiti dei posti letto/branche specialistiche ambulatoriali accreditati indicati nell'allegato A), sono assegnati all'Erogatore i seguenti budget complessivi, suddivisi indicativamente per tipologia di setting assistenziali:

- 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)

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

BUDGET € 299.663,00

-per i residenti fuori regione:

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

BUDGET € 12.807,00

E' ammessa la compensazione nell'ambito di una medesima struttura all'interno dei vari setting di produzione e tra le attività per i residenti in Regione e fuori regione in presenza di economie dell'una o dell'altra, fino a concorrenza del budget complessivo assegnato alla stessa.

Eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno riconosciute al termine della procedura di compensazione della mobilità interregionale, nella misura in cui siano valorizzate all'interno della stessa e, comunque, entro e non oltre il tetto massimo complessivo di spesa regionale per prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, fissato in euro 713.000.000 al fine del rispetto del limite di spesa di cui all'art. 15, c. 14 del D.L. n. 95/2012. Eventuali ulteriori eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno oggetto di regressione tariffaria fino al raggiungimento del predetto importo mediante riduzione in misura proporzionale alle eccedenze di produzione della singola struttura, partendo dalle prestazioni di bassa e media complessità in ricovero ordinario, seguite da quelle potenzialmente inappropriate erogate in regime ambulatoriale (escludendo quelle di medicina nucleare, dialisi ed oncologiche). E' ammessa, infine, la compensazione della produzione all'interno della stessa struttura o delle strutture facenti parte del medesimo gruppo societario;

Trasferimenti definitivi di attività e correlato budget tra strutture appartenenti al medesimo gruppo societario potranno essere richiesti ed autorizzati dalla Regione previo parere favorevole delle aziende sanitarie territorialmente interessate.

2. L'Asl si riserva di richiedere, all'interno del budget, l'esecuzione di prestazioni specifiche di cui rilevi il fabbisogno nella sua funzione di tutela.

3. Il budget ambulatoriale è al lordo del ticket.

4. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a progetti di ricerca applicata, funzioni di emergenza urgenza o di ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza è previsto l'importo annuale di €---

5. L'erogatore dichiara di conoscere ed accetta:

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

- l'applicazione del sistema dei controlli di qualità ed appropriatezza dei ricoveri previsti dall'art. 79 comma 1 septies D.L. 112/2008, convertito con la Legge n. 133/2008, e dal DM 10/12/2009, così come declinati nei provvedimenti attuativi regionali di riferimento.

Art. 4 – Regole di remunerazione

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

2. Fino al 31 marzo 2022, alla remunerazione delle prestazioni ospedaliere si applicano i disposti del DM Salute 12.08.2021. In deroga ai principi di cui al punto precedente, ai ricoveri di pazienti inseriti entro il 31 marzo 2022, ancorchè la data di dimissione sia successiva al termine dello stato di emergenza, si applicheranno le regole di cui al DM medesimo, qualora ne sussistano i presupposti.

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, non a fini remunerativi.

4. 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 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 specifiche indicazioni nazionali o accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato e nel limite di spesa di cui all'art. 45, c. 1-ter, D.L. 124/2019 conv. con L. 157/2019.

5. L'Erogatore avrà diritto al riconoscimento della produzione annualmente erogata entro il limite massimo delle risorse allo stesso assegnate. Nulla spetterà all'Erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, rese dalla Struttura in carenza di autorizzazione/dei requisiti di accreditamento nonché nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 7.

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

Art. 5 – Modalità di pagamento e cessione del credito

1. I soggetti erogatori emettono fatture mensili di acconto, a seguito dell'ordine trasmesso dall'Azienda tramite il sistema NSO pari al 90% di 1/12 del budget (acconto che viene riallineato alla produzione effettiva in caso di riduzione stabile dell'attività).

E' consentita l'emissione di una fattura a saldo delle prestazioni erogate nel primo semestre fino al 50% del budget con la dicitura "salvo conguaglio"(o la richiesta di nota di credito da parte dell'azienda, qualora la produzione della struttura nel semestre sia stata inferiore al 90% del budget, ad eccezione del caso in cui la minor produzione sia dovuta alla messa a disposizione, nel primo trimestre dell'anno, di posti letto Covid su richiesta delle strutture pubbliche, caso in cui il conguaglio è rinviato alla chiusura dell'anno). Il documento contabile a conguaglio dell'annualità, emesso previo ricevimento dell'ordine elettronico dell'ASL, viene liquidato a seguito dei controlli effettuati circa l'osservanza del contratto/accordo.

2. Per il finanziamento per l'esercizio di specifiche funzioni 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. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo, l'ASL effettua una verifica a consuntivo dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte ed eroga il conguaglio.

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

4. Per i farmaci (file F) sono corrisposti, sulla base di apposita fattura emessa dall'erogatore, acconti mensili pari al 95% del valore risultante dal suddetto tracciato. Entro il 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.

5. L'ASL si impegna ad emettere l'ordine tramite il sistema NSO in modo da garantire la regolarità dei pagamenti.

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

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

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

9. 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.

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

11. Laddove la Struttura intenda cedere il proprio credito nei confronti dell'ASL ad un terzo, la cessione dev'essere notificata all'ASL ai sensi dell'art. 69, comma 1, del R.D. n. 2440/1923. La cessione diventa opponibile all'ASL solo se quest'ultima vi presta il proprio consenso, secondo quanto previsto dall'art. 9, all. E, della legge n. 2248/1865. La misura degli interessi moratori di cui

al D. Lgs. 231/2002 non può essere superiore al tasso legale stabilito con decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze non aumentato dei punti percentuali. In caso di cessione del credito da parte della Struttura, quest'ultima si impegna ad accollarsi il debito avente ad oggetto il pagamento degli interessi moratori in esame qualora sorgano successivamente alla cessione.

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

Art. 6 – Verifiche e controlli

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza rispetto alle prestazioni contrattate. L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si obbliga a consentire lo svolgimento dell'attività di vigilanza dell'apposita Commissione ASL, a pena di risoluzione del contratto/accordo secondo la previsione di cui all'art. 7, comma 6, lett. e).

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

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

Art. 7 – Sospensione e risoluzione del contratto/accordo

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

2. La revoca dell'autorizzazione o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto/accordo. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto/accordo. Sono fatte salve ulteriori cause di sospensione e di risoluzione del contratto/accordo previste dalla legge.

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

4. La Struttura si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo (tracciati C ed ulteriori flussi previsti dalla normativa vigente), nei confronti dell'ASL e del SSR secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'Erogatore è motivo di risoluzione del contratto.

5. In caso di grave inadempimento di uno degli obblighi derivanti dal presente contratto/accordo, la parte adempiente assegna all'altra un termine di giorni 10 per presentare le relative giustificazioni in forma scritta. In caso di mancato accoglimento delle stesse o di decorso inutile del termine il contratto si risolverà di diritto. In caso di riconosciuta fondatezza delle scusanti apportate, la parte adempiente assegnerà alla controparte un termine pari a 15 giorni, laddove non diversamente indicato, per adottare i necessari rimedi, decorso inutilmente il quale il contratto si risolve di diritto.

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

a) l'emersione di precedenti condanne penali, o sopravvenienza di nuove condanne penali, di carattere definitivo per uno o più reati di cui all'art. 80 c. 1 del D. Lgs. 50/2016 nei confronti dei soggetti indicati al comma 5 del medesimo articolo;

b) l'accertamento o la sopravvenienza, con riferimento ai soggetti indicati al comma 5 dell'art. 80 del D. Lgs. 50/2016, di cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del D. Lgs. 159/2011 e s.m.i., o in caso di ricevimento della comunicazione antimafia o di sussistenza di un tentativo di infiltrazione mafiosa accertato dall'informativa antimafia interdittiva ex art. 84 del medesimo decreto.

c) violazione accertata definitivamente delle norme in materia di protezione infortunistica, sicurezza sui luoghi di lavoro idonea ad incidere gravemente sull'esecuzione delle prestazioni sanitarie;

d) ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni;

e) impedimento al controllo esercitato dalle AA.SS.LL. competenti per territorio o dalle Commissioni di Vigilanza situate nel territorio aziendale.

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

Articolo 8 - Clausola di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del contratto/accordo, il soggetto erogatore accetta il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione del sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.

2. Le parti sono consapevoli che il presente contratto/accordo non può essere oggetto di condizioni o di riserve relative al sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.

3. Costituiscono integrazione del contenuto contrattuale i provvedimenti di determinazione dei budget, dei tetti di spesa e del sistema tariffario, per cui la conclusione del contratto comporta accettazione di questi ultimi.

Articolo 9 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo

1. Il contratto/accordo decorre dal 1° gennaio 2022 al 31 dicembre 2023; per il primo trimestre 2022 si richiamano le regole di cui all'art. 4 comma 2 del presente contratto.

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

Articolo 10 - Bollo e registrazione

1. Il presente contratto/accordo è soggetto ad imposta di bollo ai sensi dell'art. 2, comma 1, del D.P.R. 26 ottobre 1972 n. 642 e successive modificazioni e la relativa spesa è divisa in parti uguali.

2. E' inoltre soggetto a registrazione solo in caso d'uso ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.P.R. 26 aprile 1986 n. 131.

Art. 11 - Foro competente

In caso di controversia tra le parti derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto/accordo saranno devolute all'Autorità Giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Letto, confermato e sottoscritto

Per l'ASL

Dr. Luigi Vercellino

Per l'Erogatore

Dr. Walter Quaglia

ALLEGATO A) STATO DI ACCREDITAMENTO

ASL AL
AZIENDA LABORATORIO ANALISI S. MARIA S.r.l.
COD. AZ. 736
SEDE NOVI LIGURE (AL)

AMBULATORIO

STRUTTURA LABORATORIO S. MARIA
SEDE OPERATIVA NOVI LIGURE (AL) – VIA FELICE CAVALLOTTI 136
COD. STP 500121
ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE D.G.R. 78-10136 del 28.7.2003
ATTO/I DI ACCREDITAMENTO D.G.R. 78-10136 del 28.7.2003

BRANCHE SPECIALISTICHE ACCREDITATE	BRANCHE SPECIALISTICHE CONTRATTATE	EVENTUALI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI RICHIESTE ALL'INTERNO DELLE DISCIPLINE ACCREDITATE E DEL BUDGET ASSEGNATO
98 – Laboratorio Analisi	98 – Laboratorio Analisi	-----

SCHEMA DI CONTRATTO/ACCORDO ANNI 2022 - 2023

EX ART. 8 *QUINQUIES* D. LGS. N. 502/1992 e smi

Tra

l'ASL AL, con sede legale in Alessandria, via Venezia 6, (C.F. 02190140067), rappresentata dal Direttore Generale *pro tempore* Dott. Luigi Vercellino, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società POLICLINICO di MONZA S.p.A., con sede legale in Novara – Via Passalacqua, 10, (C.F. 11514130159), titolare della/e struttura/e con sede/i operativa/e indicate nell'allegato A), accreditata/e per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto/accordo, successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata dal Dott. Massimo Antonino De Salvo (C.F. DSLMSM77S08F205N) nella qualità di legale rappresentante con titolo di legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

1. gli articoli 8-bis, *quater* e *quinquies* del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con DGR n. 26-5656 del 19.09.2022 sono state definite, per gli anni 2022 e 2023, le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati, il budget ed è stato approvato lo schema di contratto a valere per le strutture private e per i presidi/IRCCS ex artt. 42 e 43 L. 833/78
3. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. 761 del 28/09/2022 è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto in attuazione della citata DGR;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto/accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto/accordo.
2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e a carico del SSR, conformi a volumi riassunti all'articolo 3, comma 1 e di cui ai seguenti setting:

RESIDENTI IN REGIONE

- I. ricovero in regime di acuzie
- II. ricovero in regime di post-acuzie
- III. specialistica ambulatoriale
- IV. continuità assistenziale a valenza sanitaria – CAVS

RESIDENTI FUORI REGIONE

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

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

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

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

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

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

- la condivisione con le ASL di tutte le agende di prenotazione relative alle prime visite e altre prestazioni di primo accesso, al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale nei termini e nelle modalità di cui alla DGR n. 4-4878 del 14 aprile 2022; le eventuali prime visite e prestazioni di primo accesso erogate dal 1° settembre 2022 in assenza di un appuntamento programmato sul sistema CUP regionale non saranno valorizzate ai fini della remunerazione economico-finanziaria, fatta salva l'impossibilità ad avviare il sistema non addebitabile all'erogatore ,

- 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.

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

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

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

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

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

9. 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, anche religiosi, o di strutture facenti parte di gruppi societari) redatto secondo uno schema tipo conforme ai

principi civilistici. In alternativa, si ritiene sufficiente l'indicazione della pubblicazione sul proprio o su altro sito che possa assolvere alla medesima forma di pubblicità.

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

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

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

Art. 3 – Budget

1. Per il 2022 ed il 2023, in relazione alle risorse finanziarie programmate per le prestazioni da rendere dall'Erogatore per conto e a carico del SSR, nei limiti dei posti letto/branche specialistiche ambulatoriali accreditati indicati nell'allegato A), sono assegnati all'Erogatore i seguenti budget complessivi, suddivisi indicativamente per tipologia di setting assistenziali:

- 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)

RICOVERO IN ACUZIE	BUDGET € 14.375.467,00
RICOVERO IN POST ACUZIE	BUDGET € 2.340.071,00
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	BUDGET € 5.075.500,00
CAVS	BUDGET € 770.000,00

-per i residenti fuori regione:

RICOVERO IN ACUZIE	BUDGET € 11.949.526,00
RICOVERO IN POST-ACUZIE	BUDGET € 1.514.952,00
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	BUDGET € 1.381.533,00

E' ammessa la compensazione nell'ambito di una medesima struttura all'interno dei vari setting di produzione e tra le attività per i residenti in Regione e fuori regione in presenza di economie dell'una o dell'altra, fino a concorrenza del budget complessivo assegnato alla stessa.

Eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno riconosciute al termine della procedura di compensazione della mobilità interregionale, nella misura in cui siano valorizzate

all'interno della stessa e, comunque, entro e non oltre il tetto massimo complessivo di spesa regionale per prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, fissato in euro 713.000.000 al fine del rispetto del limite di spesa di cui all'art. 15, c. 14 del D.L. n. 95/2012. Eventuali ulteriori eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno oggetto di regressione tariffaria fino al raggiungimento del predetto importo mediante riduzione in misura proporzionale alle eccedenze di produzione della singola struttura, partendo dalle prestazioni di bassa e media complessità in ricovero ordinario, seguite da quelle potenzialmente inappropriate erogate in regime ambulatoriale (escludendo quelle di medicina nucleare, dialisi ed oncologiche). E' ammessa, infine, la compensazione della produzione all'interno della stessa struttura o delle strutture facenti parte del medesimo gruppo societario; Trasferimenti definitivi di attività e correlato budget tra strutture appartenenti al medesimo gruppo societario potranno essere richiesti ed autorizzati dalla Regione previo parere favorevole delle aziende sanitarie territorialmente interessate.

2. L'Asl si riserva di richiedere, all'interno del budget, l'esecuzione di prestazioni specifiche di cui rilevi il fabbisogno nella sua funzione di tutela.

3. Il budget ambulatoriale è al lordo del ticket.

4. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a progetti di ricerca applicata, funzioni di emergenza urgenza o di ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza è previsto l'importo annuale di €----

5. L'erogatore dichiara di conoscere ed accetta:

- l'applicazione del sistema dei controlli di cui alla D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013 e s.m.i.
- l'applicazione del sistema dei controlli di qualità ed appropriatezza dei ricoveri previsti dall'art. 79 comma 1 septies D.L. 112/2008, convertito con la Legge n. 133/2008, e dal DM 10/12/2009, così come declinati nei provvedimenti attuativi regionali di riferimento.

Art. 4 – Regole di remunerazione

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

2. Fino al 31 marzo 2022, alla remunerazione delle prestazioni ospedaliere si applicano i disposti del DM Salute 12.08.2021. In deroga ai principi di cui al punto precedente, ai ricoveri di pazienti inseriti entro il 31 marzo 2022, ancorchè la data di dimissione sia successiva al termine dello stato di emergenza, si applicheranno le regole di cui al DM medesimo, qualora ne sussistano i presupposti.

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, non a fini remunerativi.

4. 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 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 specifiche indicazioni nazionali o accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato e nel limite di spesa di cui all'art. 45, c. 1-ter, D.L. 124/2019 conv. con L. 157/2019.

5. L'Erogatore avrà diritto al riconoscimento della produzione annualmente erogata entro il limite massimo delle risorse allo stesso assegnate. Nulla spetterà all'Erogatore, per compenso, indennizzo

o risarcimento, rese dalla Struttura in carenza di autorizzazione/dei requisiti di accreditamento nonché nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 7.

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

Art. 5 – Modalità di pagamento e cessione del credito

1. I soggetti erogatori emettono fatture mensili di acconto, a seguito dell'ordine trasmesso dall'Azienda tramite il sistema NSO pari al 90% di 1/12 del budget (acconto che viene riallineato alla produzione effettiva in caso di riduzione stabile dell'attività).

E' consentita l'emissione di una fattura a saldo delle prestazioni erogate nel primo semestre fino al 50% del budget con la dicitura "salvo conguaglio" (o la richiesta di nota di credito da parte dell'azienda, qualora la produzione della struttura nel semestre sia stata inferiore al 90% del budget, ad eccezione del caso in cui la minor produzione sia dovuta alla messa a disposizione, nel primo trimestre dell'anno, di posti letto Covid su richiesta delle strutture pubbliche, caso in cui il conguaglio è rinviato alla chiusura dell'anno). Il documento contabile a conguaglio dell'annualità, emesso previo ricevimento dell'ordine elettronico dell'ASL, viene liquidato a seguito dei controlli effettuati circa l'osservanza del contratto/accordo.

2. Per il finanziamento per l'esercizio di specifiche funzioni 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. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo, l'ASL effettua una verifica a consuntivo dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte ed eroga il conguaglio.

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

4. Per i farmaci (file F) sono corrisposti, sulla base di apposita fattura emessa dall'erogatore, acconti mensili pari al 95% del valore risultante dal suddetto tracciato. Entro il 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.

5. L'ASL si impegna ad emettere l'ordine tramite il sistema NSO in modo da garantire la regolarità dei pagamenti.

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

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

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

9. 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.

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

11. Laddove la Struttura intenda cedere il proprio credito nei confronti dell'ASL ad un terzo, la cessione dev'essere notificata all'ASL ai sensi dell'art. 69, comma 1, del R.D. n. 2440/1923. La cessione diventa opponibile all'ASL solo se quest'ultima vi presta il proprio consenso, secondo quanto previsto dall'art. 9, all. E, della legge n. 2248/1865. La misura degli interessi moratori di cui al D. Lgs. 231/2002 non può essere superiore al tasso legale stabilito con decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze non aumentato dei punti percentuali. In caso di cessione del credito da parte della Struttura, quest'ultima si impegna ad accollarsi il debito avente ad oggetto il pagamento degli interessi moratori in esame qualora sorgano successivamente alla cessione.

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

Art. 6 – Verifiche e controlli

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza rispetto alle prestazioni contrattate. L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si obbliga a consentire lo svolgimento dell'attività di vigilanza dell'apposita Commissione ASL, a pena di risoluzione del contratto/accordo secondo la previsione di cui all'art. 7, comma 6, lett. e).

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

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

Art. 7 – Sospensione e risoluzione del contratto/accordo

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

2. La revoca dell'autorizzazione o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto/accordo. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto/accordo. Sono fatte salve ulteriori cause di sospensione e di risoluzione del contratto/accordo previste dalla legge.

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

4. La Struttura si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo (tracciati C ed ulteriori flussi previsti dalla normativa vigente), nei confronti dell'ASL e del SSR

secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'Erogatore è motivo di risoluzione del contratto.

5. In caso di grave inadempimento di uno degli obblighi derivanti dal presente contratto/accordo, la parte adempiente assegna all'altra un termine di giorni 10 per presentare le relative giustificazioni in forma scritta. In caso di mancato accoglimento delle stesse o di decorso inutile del termine il contratto si risolverà di diritto. In caso di riconosciuta fondatezza delle scusanti apportate, la parte adempiente assegnerà alla controparte un termine pari a 15 giorni, laddove non diversamente indicato, per adottare i necessari rimedi, decorso inutilmente il quale il contratto si risolve di diritto.

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

a) l'emersione di precedenti condanne penali, o sopravvenienza di nuove condanne penali, di carattere definitivo per uno o più reati di cui all'art. 80 c. 1 del D. Lgs. 50/2016 nei confronti dei soggetti indicati al comma 5 del medesimo articolo;

b) l'accertamento o la sopravvenienza, con riferimento ai soggetti indicati al comma 5 dell'art. 80 del D. Lgs. 50/2016, di cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del D. Lgs. 159/2011 e s.m.i., o in caso di ricevimento della comunicazione antimafia o di sussistenza di un tentativo di infiltrazione mafiosa accertato dall'informativa antimafia interdittiva ex art. 84 del medesimo decreto.

c) violazione accertata definitivamente delle norme in materia di protezione infortunistica, sicurezza sui luoghi di lavoro idonea ad incidere gravemente sull'esecuzione delle prestazioni sanitarie;

d) ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni;

e) impedimento al controllo esercitato dalle AA.SS.LL. competenti per territorio o dalle Commissioni di Vigilanza situate nel territorio aziendale.

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

Articolo 8 - Clausola di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del contratto/accordo, il soggetto erogatore accetta il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione del sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.

2. Le parti sono consapevoli che il presente contratto/accordo non può essere oggetto di condizioni o di riserve relative al sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.

3. Costituiscono integrazione del contenuto contrattuale i provvedimenti di determinazione dei budget, dei tetti di spesa e del sistema tariffario, per cui la conclusione del contratto comporta accettazione di questi ultimi.

Articolo 9 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo

1. Il contratto/accordo decorre dal 1° gennaio 2022 al 31 dicembre 2023; per il primo trimestre 2022 si richiamano le regole di cui all'art. 4 comma 2 del presente contratto.

2. Il contratto/accordo si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative di carattere nazionale o regionale, senza che derivino maggiori oneri per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze, e purché le stesse siano legate all'erogazione di prestazioni sanitarie per conto del SSR,

l'Erogatore potrà recedere dal contratto/accordo entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante comunicazione formale all'ASL.

Articolo 10 - Bollo e registrazione

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

Art. 11 - Foro competente

In caso di controversia tra le parti derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto/accordo saranno devolute all'Autorità Giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Letto, confermato e sottoscritto

Per l'ASL

Dr. Luigi Vercellino

Per l'Erogatore

Dr. Massimo Antonino De Salvo

ALLEGATO A) STATO DI ACCREDITAMENTO

ASL AL
AZIENDA POLICLINICO DI MONZA S.P.A.
COD. AZ. 626
SEDE NOVARA

RICOVERO

STRUTTURA POLICLINICO DI MONZA
SEDE OPERATIVA CLINICA CITTA DI ALESSANDRIA: ALESSANDRIA – VIA VITTORIO MOCCAGATTA 30
CLINICA SALUS: ALESSANDRIA – VIA TROTTI 21

COD. HSP11 000166

ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE D.G.R. N. 77-14704 DEL 31.01.2005 E N. 67-2974 DEL 28.11.2011(ISTITUTO SALUS) / D.G.R. N. 43-9754 DEL 26.06.2003 - N. 16-7075 DEL 15.10.2007 E N. 14-7030 DEL 20.01.2014 (CLINICA CITTA' DI ALESSANDRIA) / D.G.R. N. 33-3656 DEL 18.07.2016 – DD 95 DEL 20.02.2017 – DD 153 DEL 1.03.2019

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO D.G.R. N. 77-14704 DEL 31.01.2005 E N. 67-2974 DEL 28.11.2011(ISTITUTO SALUS) / D.G.R. N. 43-9754 DEL 26.06.2003 - N. 16-7075 DEL 15.10.2007 E N. 14-7030 DEL 20.01.2014 (CLINICA CITTA' DI ALESSANDRIA) / D.G.R. N. 33-3656 DEL 18.07.2016 – DD 95 DEL 20.02.2017 – DD 153 DEL 1.03.2019

DISCIPLINE OSPEDALIERE	P.L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	P.L. CONTRATTATI 2022	EVENTUALI PRESTAZIONI OSPEDALIERE CONTRATTATE (DRG, MDC) RICHIESTE ALL'INTERNO DELLE DISCIPLINE ACCREDITATE E DEL BUDGET ASSEGNATO
CARDIOLOGIA CITTA' AL**	10	10	10**	Prestazioni per il recupero delle liste di attesa rientranti nelle tipologie oggetto di monitoraggio ai fini del recupero delle liste di attesa (PNGLA) indicate nell'allegato A della D.G.R. 26-5656 del 19.09.2022
MEDICINA GENERALE CITTA' AL**	20	20	7**	
MEDICINA GENERALE SALUS**	10	10	4**	
NEUROLOGIA SALUS	15	15	15	
CARDIOCHIRURGIA CITTA' AL	15	15	10	
CHIRURGIA GENERALE CITTA' AL**	10	10	7**	
CHIRURGIA GENERALE SALUS**	15	15	6**	
OCULISTICA CITTA' AL	10	10	0	

ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CITTA' AL	9	9	9	Prestazioni per il recupero delle liste di attesa rientranti nelle tipologie oggetto di monitoraggio ai fini del recupero delle liste di attesa (PNGLA) indicate nell'allegato A della D.G.R. 26-5656 del 19.09.2022
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA SALUS	10	10	10	
UROLOGIA CITTA' AL	5	5	3	
DAY SURGERY TIPO A CITTA' AL **	4	4	2**	
DAY SURGERY TIPO A SALUS **	6	6	2**	
RRF 1 LIVELLO SALUS (NON ACCREDITATA)	10	0	0	
RRF 1 LIVELLO SALUS	20	20	18	
RRF 2 LIVELLO CITTA' AL	20	20	20	
RRF 2 LIVELLO SALUS	20	20	20	

** Le modifiche dei posti letto contrattati, già proposte per il contratto 2018-2019-2020-2021, non generano aumento della quota dei posti letto contrattati ma sono ipotizzate per meglio rispondere ai bisogni di appropriatezza dei percorsi assistenziali e di un più equilibrato rapporto tra i due presidi operanti all'interno del Policlinico di Monza - Alessandria

AMBULATORIO

STRUTTURA POLIAMBULATORIO POLICLINICO DI MONZA

SEDE OPERATIVA CLINICA CITTA DI ALESSANDRIA: ALESSANDRIA – VIA VITTORIO MOCCAGATTA 30

CLINICA SALUS: ALESSANDRIA – VIA TROTTI 21

COD. STS 600123

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO D.G.R. N. 33-3656 DEL 18.07.2016 – D.G.R. 71-14787 del 14.2.2005 –

DD 749 del 24.11.2016 – DD 853 DEL 19.12.2017 – DD 153 DEL 01.03.2019

BRANCHE SPECIALISTICHE ACCREDITATE	BRANCHE SPECIALISTICHE CONTRATTATE	EVENTUALI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI RICHIESTE ALL'INTERNO DELLE DISCIPLINE ACCREDITATE E DEL BUDGET ASSEGNATO
Cardiologia	Cardiologia	Prestazioni per il recupero delle liste di attesa rientranti nelle tipologie oggetto di monitoraggio ai fini del recupero delle liste di attesa (PNGLA) indicate nell'allegato A della D.G.R. 26-5656 del 19.09.2022
Cardiochirurgia	Cardiochirurgia	
Chirurgia Generale	Chirurgia Generale	
Oculistica	Oculistica	
Ortopedia	Ortopedia	
Urologia	Urologia	
Diagnostica Immagini 1^ liv.	Diagnostica Immagini 1^ liv.	
Medicina Interna	Medicina Interna	
Laboratorio generale di base	Laboratorio generale di base	
Gastroenterologia	Gastroenterologia	

CAVS

SEDE/I OPERATIVA/E CLINICA SALUS: ALESSANDRIA – VIA TROTTI 21

COD STS 671221

DATA DI ACCREDITAMENTO / AUTORIZZAZIONE : D.D. 95 del 20.02.2017

P.L. CONTRATTATI : 20 CAVS ORDINARIO

SCHEMA DI CONTRATTO/ACCORDO ANNI 2022 - 2023

EX ART. 8 *QUINQUIES* D. LGS. N. 502/1992 e smi

Tra

l'ASL AL, con sede legale in Alessandria, via Venezia 6, (C.F. 02190140067), rappresentata dal Direttore Generale *pro tempore* Dott. Luigi Vercellino, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società STUDIO Dott. C. PONZANO S.r.L., con sede legale in Alessandria - Piazza Valfrè 54, (C.F. 00389250069), titolare della/e struttura/e con sede/i operativa/e indicate nell'allegato A), accreditata/e per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto/accordo, successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata dalla Dr.ssa Monica Ponzano (C.F. PNZMNC59R50A182S) nella qualità di legale rappresentante, con titolo di legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

1. gli articoli 8-*bis*, *quater* e *quinquies* del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con DGR n. 26-5656 del 19.09.2022 sono state definite, per gli anni 2022 e 2023, le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati, il budget ed è stato approvato lo schema di contratto a valere per le strutture private e per i presidi/IRCCS ex artt. 42 e 43 L. 833/78
3. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. 761 del 28/09/2022 è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto in attuazione della citata DGR;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto/accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto/accordo.
2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e a carico del SSR, conformi a volumi riassunti all'articolo 3, comma 1 e di cui ai seguenti setting:

RESIDENTI IN REGIONE

- I. specialistica ambulatoriale

RESIDENTI FUORI REGIONE

- I. di specialistica ambulatoriale

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

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

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e dei provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere e ad adeguare i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali di accreditamento, in ragione delle discipline contrattate e del tasso effettivo di occupazione, e ad erogare le prestazioni secondo standard e protocolli di accessibilità, appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale.
2. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.
3. Per una razionale e più efficiente gestione degli accessi ai servizi, nei termini e secondo le modalità stabilite dall'ASL e/o dalla Regione, la struttura erogatrice assicura:
 - la condivisione con le ASL di tutte le agende di prenotazione relative alle prime visite e altre prestazioni di primo accesso, al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale nei termini e nelle modalità di cui alla DGR n. 4-4878 del 14 aprile 2022; le eventuali prime visite e prestazioni di primo accesso erogate dal 1° settembre 2022 in assenza di un appuntamento programmato sul sistema CUP regionale non saranno valorizzate ai fini della remunerazione economico-finanziaria, fatta salva l'impossibilità ad avviare il sistema non addebitabile all'erogatore ,
 - 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.
4. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in un'apposita sezione nel proprio sito denominata «Liste di attesa», i tempi medi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.
5. Fermo restando il limite giornaliero di capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito entro i limiti quantitativi dei letti accreditati delle aree funzionali omogenee. I posti letto contrattati sono intesi come medi annui e il limite di occupazione giornaliero pari a quello degli accreditati.
6. La capacità produttiva non contrattata o non utilizzata dal SSN è fruibile per l'attività in regime privatistico.
7. La Struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991. Al personale saranno applicati i contratti di lavoro nazionali in conformità alla normativa vigente.
8. Ai sensi dell'art. 1, comma 42, della legge n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi ad ex dipendenti di ASL e Regione che nei tre anni antecedenti abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali.
9. 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, anche religiosi, o di strutture facenti parte di gruppi societari) redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici. In alternativa, si ritiene sufficiente l'indicazione della pubblicazione sul proprio o su altro sito che possa assolvere alla medesima forma di pubblicità.
10. Qualora l'ente intenda cessare l'attività sanitaria deve comunicare la suddetta volontà con un preavviso di almeno 90 giorni, salvo diversa comunicazione dell'ASL e fermo restando l'obbligo di

garantire la continuità delle prestazioni fino al provvedimento regionale di decadenza dall'accreditamento.

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

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

Art. 3 – Budget

1. Per il 2022 ed il 2023, in relazione alle risorse finanziarie programmate per le prestazioni da rendere dall'Erogatore per conto e a carico del SSR, nei limiti dei posti letto/branche specialistiche ambulatoriali accreditati indicati nell'allegato A), sono assegnati all'Erogatore i seguenti budget complessivi, suddivisi indicativamente per tipologia di setting assistenziali:

- 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)

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

BUDGET € 98.038,00

-per i residenti fuori regione:

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

BUDGET € -----

E' ammessa la compensazione nell'ambito di una medesima struttura all'interno dei vari setting di produzione e tra le attività per i residenti in Regione e fuori regione in presenza di economie dell'una o dell'altra, fino a concorrenza del budget complessivo assegnato alla stessa.

Eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno riconosciute al termine della procedura di compensazione della mobilità interregionale, nella misura in cui siano valorizzate all'interno della stessa e, comunque, entro e non oltre il tetto massimo complessivo di spesa regionale per prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, fissato in euro 713.000.000 al fine del rispetto del limite di spesa di cui all'art. 15, c. 14 del D.L. n. 95/2012. Eventuali ulteriori eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno oggetto di regressione tariffaria fino al raggiungimento del predetto importo mediante riduzione in misura proporzionale alle eccedenze di produzione della singola struttura, partendo dalle prestazioni di bassa e media complessità in ricovero ordinario, seguite da quelle potenzialmente inappropriate erogate in regime ambulatoriale (escludendo quelle di medicina nucleare, dialisi ed oncologiche). E' ammessa, infine, la compensazione della produzione all'interno della stessa struttura o delle strutture facenti parte del medesimo gruppo societario;

Trasferimenti definitivi di attività e correlato budget tra strutture appartenenti al medesimo gruppo societario potranno essere richiesti ed autorizzati dalla Regione previo parere favorevole delle aziende sanitarie territorialmente interessate.

2. L'Asl si riserva di richiedere, all'interno del budget, l'esecuzione di prestazioni specifiche di cui rilevi il fabbisogno nella sua funzione di tutela.

3. Il budget ambulatoriale è al lordo del ticket.

4. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a progetti di ricerca applicata, funzioni di emergenza urgenza o di ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza è previsto l'importo annuale di € ----

5. L'erogatore dichiara di conoscere ed accetta:

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

- l'applicazione del sistema dei controlli di qualità ed appropriatezza dei ricoveri previsti dall'art. 79 comma 1 septies D.L. 112/2008, convertito con la Legge n. 133/2008, e dal DM 10/12/2009, così come declinati nei provvedimenti attuativi regionali di riferimento.

Art. 4 – Regole di remunerazione

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

2. Fino al 31 marzo 2022, alla remunerazione delle prestazioni ospedaliere si applicano i disposti del DM Salute 12.08.2021. In deroga ai principi di cui al punto precedente, ai ricoveri di pazienti inseriti entro il 31 marzo 2022, ancorchè la data di dimissione sia successiva al termine dello stato di emergenza, si applicheranno le regole di cui al DM medesimo, qualora ne sussistano i presupposti.

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, non a fini remunerativi.

4. 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 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 specifiche indicazioni nazionali o accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato e nel limite di spesa di cui all'art. 45, c. 1-ter, D.L. 124/2019 conv. con L. 157/2019.

5. L'Erogatore avrà diritto al riconoscimento della produzione annualmente erogata entro il limite massimo delle risorse allo stesso assegnate. Nulla spetterà all'Erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, rese dalla Struttura in carenza di autorizzazione/dei requisiti di accreditamento nonché nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 7.

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

Art. 5 – Modalità di pagamento e cessione del credito

1. I soggetti erogatori emettono fatture mensili di acconto, a seguito dell'ordine trasmesso dall'Azienda tramite il sistema NSO pari al 90% di 1/12 del budget (acconto che viene riallineato alla produzione effettiva in caso di riduzione stabile dell'attività).

E' consentita l'emissione di una fattura a saldo delle prestazioni erogate nel primo semestre fino al 50% del budget con la dicitura "salvo conguaglio"(o la richiesta di nota di credito da parte dell'azienda, qualora la produzione della struttura nel semestre sia stata inferiore al 90% del budget, ad eccezione del caso in cui la minor produzione sia dovuta alla messa a disposizione, nel primo trimestre dell'anno, di posti letto Covid su richiesta delle strutture pubbliche, caso in cui il conguaglio è rinviato alla chiusura dell'anno). Il documento contabile a conguaglio dell'annualità, emesso previo ricevimento dell'ordine elettronico dell'ASL, viene liquidato a seguito dei controlli effettuati circa l'osservanza del contratto/accordo.

2. Per il finanziamento per l'esercizio di specifiche funzioni 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. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo, l'ASL effettua una verifica a consuntivo dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte ed eroga il conguaglio.

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

4. Per i farmaci (file F) sono corrisposti, sulla base di apposita fattura emessa dall'erogatore, acconti mensili pari al 95% del valore risultante dal suddetto tracciato. Entro il 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.

5. L'ASL si impegna ad emettere l'ordine tramite il sistema NSO in modo da garantire la regolarità dei pagamenti.

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

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

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

9. 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.

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

11. Laddove la Struttura intenda cedere il proprio credito nei confronti dell'ASL ad un terzo, la cessione dev'essere notificata all'ASL ai sensi dell'art. 69, comma 1, del R.D. n. 2440/1923. La cessione diventa opponibile all'ASL solo se quest'ultima vi presta il proprio consenso, secondo quanto previsto dall'art. 9, all. E, della legge n. 2248/1865. La misura degli interessi moratori di cui

al D. Lgs. 231/2002 non può essere superiore al tasso legale stabilito con decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze non aumentato dei punti percentuali. In caso di cessione del credito da parte della Struttura, quest'ultima si impegna ad accollarsi il debito avente ad oggetto il pagamento degli interessi moratori in esame qualora sorgano successivamente alla cessione.

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

Art. 6 – Verifiche e controlli

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza rispetto alle prestazioni contrattate. L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si obbliga a consentire lo svolgimento dell'attività di vigilanza dell'apposita Commissione ASL, a pena di risoluzione del contratto/accordo secondo la previsione di cui all'art. 7, comma 6, lett. e).

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

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

Art. 7 – Sospensione e risoluzione del contratto/accordo

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

2. La revoca dell'autorizzazione o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto/accordo. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto/accordo. Sono fatte salve ulteriori cause di sospensione e di risoluzione del contratto/accordo previste dalla legge.

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

4. La Struttura si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo (tracciati C ed ulteriori flussi previsti dalla normativa vigente), nei confronti dell'ASL e del SSR secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'Erogatore è motivo di risoluzione del contratto.

5. In caso di grave inadempimento di uno degli obblighi derivanti dal presente contratto/accordo, la parte adempiente assegna all'altra un termine di giorni 10 per presentare le relative giustificazioni in forma scritta. In caso di mancato accoglimento delle stesse o di decorso inutile del termine il contratto si risolverà di diritto. In caso di riconosciuta fondatezza delle scusanti apportate, la parte adempiente assegnerà alla controparte un termine pari a 15 giorni, laddove non diversamente indicato, per adottare i necessari rimedi, decorso inutilmente il quale il contratto si risolve di diritto.

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

a) l'emersione di precedenti condanne penali, o sopravvenienza di nuove condanne penali, di carattere definitivo per uno o più reati di cui all'art. 80 c. 1 del D. Lgs. 50/2016 nei confronti dei soggetti indicati al comma 5 del medesimo articolo;

b) l'accertamento o la sopravvenienza, con riferimento ai soggetti indicati al comma 5 dell'art. 80 del D. Lgs. 50/2016, di cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del D. Lgs. 159/2011 e s.m.i., o in caso di ricevimento della comunicazione antimafia o di sussistenza di un tentativo di infiltrazione mafiosa accertato dall'informativa antimafia interdittiva ex art. 84 del medesimo decreto.

c) violazione accertata definitivamente delle norme in materia di protezione infortunistica, sicurezza sui luoghi di lavoro idonea ad incidere gravemente sull'esecuzione delle prestazioni sanitarie;

d) ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni;

e) impedimento al controllo esercitato dalle AA.SS.LL. competenti per territorio o dalle Commissioni di Vigilanza situate nel territorio aziendale.

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

Articolo 8 - Clausola di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del contratto/accordo, il soggetto erogatore accetta il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione del sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.

2. Le parti sono consapevoli che il presente contratto/accordo non può essere oggetto di condizioni o di riserve relative al sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.

3. Costituiscono integrazione del contenuto contrattuale i provvedimenti di determinazione dei budget, dei tetti di spesa e del sistema tariffario, per cui la conclusione del contratto comporta accettazione di questi ultimi.

Articolo 9 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo

1. Il contratto/accordo decorre dal 1° gennaio 2022 al 31 dicembre 2023; per il primo trimestre 2022 si richiamano le regole di cui all'art. 4 comma 2 del presente contratto.

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

Articolo 10 - Bollo e registrazione

1. Il presente contratto/accordo è soggetto ad imposta di bollo ai sensi dell'art. 2, comma 1, del D.P.R. 26 ottobre 1972 n. 642 e successive modificazioni e la relativa spesa è divisa in parti uguali.

2. E' inoltre soggetto a registrazione solo in caso d'uso ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.P.R. 26 aprile 1986 n. 131.

Art. 11 - Foro competente

In caso di controversia tra le parti derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto/accordo saranno devolute all'Autorità Giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Letto, confermato e sottoscritto

Per l'ASL

Dr. Luigi Vercellino

Per l'Erogatore

Dr.ssa Monica Ponzano

ALLEGATO A) STATO DI ACCREDITAMENTO

ASL AL
AZIENDA STUDIO DOTT. C. PONZANO S.R.L.
COD. AZ. 726
SEDE ALESSANDRIA

AMBULATORIO

STRUTTURA STUDIO DR. C. PONZANO S.R.L.
SEDE OPERATIVA ALESSANDRIA – PIAZZA VALFRE' 54
COD. STS 500084
ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE D.G.R. 11-1331 del 7.11.2005
ATTO/I DI ACCREDITAMENTO D.G.R. 11-1331 del 7.11.2005

BRANCHE SPECIALISTICHE ACCREDITATE	BRANCHE SPECIALISTICHE CONTRATTATE	EVENTUALI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI RICHIESTE ALL'INTERNO DELLE DISCIPLINE ACCREDITATE E DEL BUDGET ASSEGNATO
69 - diagnostica per Immagini di 1° livello	69 - diagnostica per Immagini di 1° livello	----
56 - Recupero e Rieducazione funzionale di 1° livello	56 - Recupero e Rieducazione funzionale di 1° livello	----

SCHEMA DI CONTRATTO/ACCORDO ANNI 2022 - 2023

EX ART. 8 *QUINQUIES* D. LGS. N. 502/1992 e smi

Tra

l'ASL AL, con sede legale in Alessandria, via Venezia 6, (C.F. 02190140067), rappresentata dal Direttore Generale *pro tempore* Dott. Luigi Vercellino, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società NUOVA CASA di CURA SANT'ANNA S.r.L., con sede legale in Torino - Corso Germano Sommeiller 32 e sede amministrativa in Casale Monferrato (AL) - Viale Cavalli d' Olivola 22, (C.F. 03112660042), titolare della/e struttura/e con sede/i operativa/e indicate nell'allegato A), accreditata/e per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto/accordo, successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata dal Dott. Giacomo Brizio (C.F. BRZ GCM 59A26 B111B) nella qualità di legale rappresentante, con titolo di legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

1. gli articoli 8-*bis*, *quater* e *quinquies* del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con DGR n. 26-5656 del 19.09.2022 sono state definite, per gli anni 2022 e 2023, le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati, il budget ed è stato approvato lo schema di contratto a valere per le strutture private e per i presidi/IRCCS ex artt. 42 e 43 L. 833/78
3. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n.761 del 28/09/2022 è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto in attuazione della citata DGR;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto/accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto/accordo.
2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e a carico del SSR, conformi a volumi riassunti all'articolo 3, comma 1 e di cui ai seguenti setting:

RESIDENTI IN REGIONE

- I. ricovero in regime di post-acuzie neuropsichiatrica

RESIDENTI FUORI REGIONE

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

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

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

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e dei provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere e ad adeguare i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali di accreditamento, in ragione delle discipline contrattate e del tasso effettivo di occupazione, e ad erogare le prestazioni secondo standard e protocolli di accessibilità, appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale.
2. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.
3. Per una razionale e più efficiente gestione degli accessi ai servizi, nei termini e secondo le modalità stabilite dall'ASL e/o dalla Regione, la struttura erogatrice assicura:
 - la condivisione con le ASL di tutte le agende di prenotazione relative alle prime visite e altre prestazioni di primo accesso, al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale nei termini e nelle modalità di cui alla DGR n. 4-4878 del 14 aprile 2022; le eventuali prime visite e prestazioni di primo accesso erogate dal 1° settembre 2022 in assenza di un appuntamento programmato sul sistema CUP regionale non saranno valorizzate ai fini della remunerazione economico-finanziaria, fatta salva l'impossibilità ad avviare il sistema non addebitabile all'erogatore ,
 - 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.
4. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in un'apposita sezione nel proprio sito denominata «Liste di attesa», i tempi medi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.
5. Fermo restando il limite giornaliero di capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito entro i limiti quantitativi dei letti accreditati delle aree funzionali omogenee. I posti letto contrattati sono intesi come medi annui e il limite di occupazione giornaliero pari a quello degli accreditati.
6. La capacità produttiva non contrattata o non utilizzata dal SSN è fruibile per l'attività in regime privatistico.
7. La Struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991. Al personale saranno applicati i contratti di lavoro nazionali in conformità alla normativa vigente.
8. Ai sensi dell'art. 1, comma 42, della legge n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi ad ex dipendenti di ASL e Regione che nei tre anni antecedenti abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali.
9. 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, anche religiosi, o di strutture facenti parte di gruppi societari) redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici. In alternativa, si ritiene sufficiente l'indicazione della pubblicazione sul proprio o su altro sito che possa assolvere alla medesima forma di pubblicità.
10. Qualora l'ente intenda cessare l'attività sanitaria deve comunicare la suddetta volontà con un preavviso di almeno 90 giorni, salvo diversa comunicazione dell'ASL e fermo restando l'obbligo di

garantire la continuità delle prestazioni fino al provvedimento regionale di decadenza dall'accreditamento.

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

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

Art. 3 – Budget

1. Per il 2022 ed il 2023, in relazione alle risorse finanziarie programmate per le prestazioni da rendere dall'Erogatore per conto e a carico del SSR, nei limiti dei posti letto/branche specialistiche ambulatoriali accreditati indicati nell'allegato A), sono assegnati all'Erogatore i seguenti budget complessivi, suddivisi indicativamente per tipologia di setting assistenziali:

- 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)

RICOVERO IN POST ACUZIE NEUROPSICHIATRICA BUDGET € 4.808.915,67

- per i residenti fuori regione:

RICOVERO IN POST ACUZIE NEUROPSICHIATRICA BUDGET € 164.395,00

E' ammessa la compensazione nell'ambito di una medesima struttura all'interno dei vari setting di produzione e tra le attività per i residenti in Regione e fuori regione in presenza di economie dell'una o dell'altra, fino a concorrenza del budget complessivo assegnato alla stessa.

Eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno riconosciute al termine della procedura di compensazione della mobilità interregionale, nella misura in cui siano valorizzate all'interno della stessa e, comunque, entro e non oltre il tetto massimo complessivo di spesa regionale per prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, fissato in euro 713.000.000 al fine del rispetto del limite di spesa di cui all'art. 15, c. 14 del D.L. n. 95/2012. Eventuali ulteriori eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno oggetto di regressione tariffaria fino al raggiungimento del predetto importo mediante riduzione in misura proporzionale alle eccedenze di produzione della singola struttura, partendo dalle prestazioni di bassa e media complessità in ricovero ordinario, seguite da quelle potenzialmente inappropriate erogate in regime ambulatoriale (escludendo quelle di medicina nucleare, dialisi ed oncologiche). E' ammessa, infine, la compensazione della produzione all'interno della stessa struttura o delle strutture facenti parte del medesimo gruppo societario;

Trasferimenti definitivi di attività e correlato budget tra strutture appartenenti al medesimo gruppo societario potranno essere richiesti ed autorizzati dalla Regione previo parere favorevole delle aziende sanitarie territorialmente interessate.

2. L'Asl si riserva di richiedere, all'interno del budget, l'esecuzione di specifiche di cui rilevi il fabbisogno nella sua funzione di tutela.

3. Il budget ambulatoriale è al lordo del ticket.

4. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a progetti di ricerca applicata, funzioni di emergenza urgenza o di ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza è previsto l'importo annuale di € ----

5. L'erogatore dichiara di conoscere ed accetta:

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

- l'applicazione del sistema dei controlli di qualità ed appropriatezza dei ricoveri previsti dall'art. 79 comma 1 septies D.L. 112/2008, convertito con la Legge n. 133/2008, e dal DM 10/12/2009, così come declinati nei provvedimenti attuativi regionali di riferimento.

Art. 4 – Regole di remunerazione

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

2. Fino al 31 marzo 2022, alla remunerazione delle prestazioni ospedaliere si applicano i disposti del DM Salute 12.08.2021. In deroga ai principi di cui al punto precedente, ai ricoveri di pazienti inseriti entro il 31 marzo 2022, ancorchè la data di dimissione sia successiva al termine dello stato di emergenza, si applicheranno le regole di cui al DM medesimo, qualora ne sussistano i presupposti.

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, non a fini remunerativi.

4. 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 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 specifiche indicazioni nazionali o accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato e nel limite di spesa di cui all'art. 45, c. 1-ter, D.L. 124/2019 conv. con L. 157/2019.

5. L'Erogatore avrà diritto al riconoscimento della produzione annualmente erogata entro il limite massimo delle risorse allo stesso assegnate. Nulla spetterà all'Erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, rese dalla Struttura in carenza di autorizzazione/dei requisiti di accreditamento nonché nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 7.

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

Art. 5 – Modalità di pagamento e cessione del credito

1. I soggetti erogatori emettono fatture mensili di acconto, a seguito dell'ordine trasmesso dall'Azienda tramite il sistema NSO pari al 90% di 1/12 del budget (acconto che viene riallineato alla produzione effettiva in caso di riduzione stabile dell'attività).

E' consentita l'emissione di una fattura a saldo delle prestazioni erogate nel primo semestre fino al 50% del budget con la dicitura "salvo conguaglio"(o la richiesta di nota di credito da parte dell'azienda, qualora la produzione della struttura nel semestre sia stata inferiore al 90% del budget, ad eccezione del caso in cui la minor produzione sia dovuta alla messa a disposizione, nel primo trimestre dell'anno, di posti letto Covid su richiesta delle strutture pubbliche, caso in cui il conguaglio è rinviato alla chiusura dell'anno). Il documento contabile a conguaglio dell'annualità, emesso previo ricevimento dell'ordine elettronico dell'ASL, viene liquidato a seguito dei controlli effettuati circa l'osservanza del contratto/accordo.

2. Per il finanziamento per l'esercizio di specifiche funzioni 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. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo, l'ASL effettua una verifica a consuntivo dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte ed eroga il conguaglio.

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

4. Per i farmaci (file F) sono corrisposti, sulla base di apposita fattura emessa dall'erogatore, acconti mensili pari al 95% del valore risultante dal suddetto tracciato. Entro il 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.

5. L'ASL si impegna ad emettere l'ordine tramite il sistema NSO in modo da garantire la regolarità dei pagamenti.

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

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

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

9. 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.

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

11. Laddove la Struttura intenda cedere il proprio credito nei confronti dell'ASL ad un terzo, la cessione dev'essere notificata all'ASL ai sensi dell'art. 69, comma 1, del R.D. n. 2440/1923. La cessione diventa opponibile all'ASL solo se quest'ultima vi presta il proprio consenso, secondo quanto previsto dall'art. 9, all. E, della legge n. 2248/1865. La misura degli interessi moratori di cui

al D. Lgs. 231/2002 non può essere superiore al tasso legale stabilito con decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze non aumentato dei punti percentuali. In caso di cessione del credito da parte della Struttura, quest'ultima si impegna ad accollarsi il debito avente ad oggetto il pagamento degli interessi moratori in esame qualora sorgano successivamente alla cessione.

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

Art. 6 – Verifiche e controlli

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza rispetto alle prestazioni contrattate. L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si obbliga a consentire lo svolgimento dell'attività di vigilanza dell'apposita Commissione ASL, a pena di risoluzione del contratto/accordo secondo la previsione di cui all'art. 7, comma 6, lett. e).

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

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

Art. 7 – Sospensione e risoluzione del contratto/accordo

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

2. La revoca dell'autorizzazione o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto/accordo. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto/accordo. Sono fatte salve ulteriori cause di sospensione e di risoluzione del contratto/accordo previste dalla legge.

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

4. La Struttura si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo (tracciati C ed ulteriori flussi previsti dalla normativa vigente), nei confronti dell'ASL e del SSR secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'Erogatore è motivo di risoluzione del contratto.

5. In caso di grave inadempimento di uno degli obblighi derivanti dal presente contratto/accordo, la parte adempiente assegna all'altra un termine di giorni 10 per presentare le relative giustificazioni in forma scritta. In caso di mancato accoglimento delle stesse o di decorso inutile del termine il contratto si risolverà di diritto. In caso di riconosciuta fondatezza delle scusanti apportate, la parte adempiente assegnerà alla controparte un termine pari a 15 giorni, laddove non diversamente indicato, per adottare i necessari rimedi, decorso inutilmente il quale il contratto si risolve di diritto.

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

a) l'emersione di precedenti condanne penali, o sopravvenienza di nuove condanne penali, di carattere definitivo per uno o più reati di cui all'art. 80 c. 1 del D. Lgs. 50/2016 nei confronti dei soggetti indicati al comma 5 del medesimo articolo;

b) l'accertamento o la sopravvenienza, con riferimento ai soggetti indicati al comma 5 dell'art. 80 del D. Lgs. 50/2016, di cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del D. Lgs. 159/2011 e s.m.i., o in caso di ricevimento della comunicazione antimafia o di sussistenza di un tentativo di infiltrazione mafiosa accertato dall'informativa antimafia interdittiva ex art. 84 del medesimo decreto.

c) violazione accertata definitivamente delle norme in materia di protezione infortunistica, sicurezza sui luoghi di lavoro idonea ad incidere gravemente sull'esecuzione delle prestazioni sanitarie;

d) ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni;

e) impedimento al controllo esercitato dalle AA.SS.LL. competenti per territorio o dalle Commissioni di Vigilanza situate nel territorio aziendale.

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

Articolo 8 - Clausola di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del contratto/accordo, il soggetto erogatore accetta il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione del sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.

2. Le parti sono consapevoli che il presente contratto/accordo non può essere oggetto di condizioni o di riserve relative al sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.

3. Costituiscono integrazione del contenuto contrattuale i provvedimenti di determinazione dei budget, dei tetti di spesa e del sistema tariffario, per cui la conclusione del contratto comporta accettazione di questi ultimi.

Articolo 9 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo

1. Il contratto/accordo decorre dal 1° gennaio 2022 al 31 dicembre 2023; per il primo trimestre 2022 si richiamano le regole di cui all'art. 4 comma 2 del presente contratto.

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

Articolo 10 - Bollo e registrazione

1. Il presente contratto/accordo è soggetto ad imposta di bollo ai sensi dell'art. 2, comma 1, del D.P.R. 26 ottobre 1972 n. 642 e successive modificazioni e la relativa spesa è divisa in parti uguali.

2. E' inoltre soggetto a registrazione solo in caso d'uso ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.P.R. 26 aprile 1986 n. 131.

Art. 11 - Foro competente

In caso di controversia tra le parti derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto/accordo saranno devolute all'Autorità Giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Letto, confermato e sottoscritto

Per l'ASL

Dr. Luigi Vercellino

Per l'Erogatore

Dr. Giacomo Brizio

ALLEGATO A) STATO DI ACCREDITAMENTO

ASL AL
AZIENDA CASA DI CURA SANT'ANNA
COD. AZ. 642
SEDE CASALE MONFERRATO

RICOVERO

STRUTTURA CASA DI CURA SANT'ANNA
SEDE OPERATIVA CASALE MONFERRATO (AL) – VIALE CAVALLI D'OLIVOLA 22
COD. HSP11 010642-00
ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE D.G.R. n. 13-8362 del 10.3.2008 – D.D. 889 del 28.12.2016 – D.D. 406 del 21.06.2017 - D.D. 1913 del 26.11.2021
ATTO/I DI ACCREDITAMENTO D.G.R. n. 13-8362 del 10.3.2008 – D.D. 889 del 28.12.2016 – D.D. 406 del 21.06.2017 - D.D. 1913 del 26.11.2021

DISCIPLINE OSPEDALIERE	P.L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	P.L. CONTRATTATI 2022	EVENTUALI PRESTAZIONI OSPEDALIERE CONTRATTATE (DRG, MDC) RICHIESTE ALL'INTERNO DELLE DISCIPLINE ACCREDITATE E DEL BUDGET ASSEGNATO
56.40 RRF NEUROPSICHIATRIA	80	72	72	-----

SCHEMA DI CONTRATTO/ACCORDO ANNI 2022 - 2023

EX ART. 8 *QUINQUIES* D. LGS. N. 502/1992 e smi

Tra

l'ASL AL, con sede legale in Alessandria, via Venezia 6, (C.F. 02190140067), rappresentata dal Direttore Generale *pro tempore* Dott. Luigi Vercellino, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società STUDIO DI RADIOLOGIA OMODEO ZORINI S.r.L., con sede legale in Tortona (AL) - Piazza Erbe 3, (C.F. 00521730069), titolare della/e struttura/e con sede/i operativa/e indicate nell'allegato A), accreditata/e per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto/accordo, successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata dal Dr. Giuseppe Croce Bermondi (C.F. CRCGPP72D16D969O) nella qualità di legale rappresentante, con titolo di legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

1. gli articoli 8-bis, *quater* e *quinquies* del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con DGR n. 26-5656 del 19.09.2022 sono state definite, per gli anni 2022 e 2023, le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati, il budget ed è stato approvato lo schema di contratto a valere per le strutture private e per i presidi/IRCCS ex artt. 42 e 43 L. 833/78
3. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. 761 del 28/09/2022 è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto in attuazione della citata DGR;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto/accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto/accordo.
2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e a carico del SSR, conformi a volumi riassunti all'articolo 3, comma 1 e di cui ai seguenti setting:

RESIDENTI IN REGIONE

- I. specialistica ambulatoriale

RESIDENTI FUORI REGIONE

- I. di specialistica ambulatoriale

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

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

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e dei provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere e ad adeguare i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali di accreditamento, in ragione delle discipline contrattate e del tasso effettivo di occupazione, e ad erogare le prestazioni secondo standard e protocolli di accessibilità, appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale.
2. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.
3. Per una razionale e più efficiente gestione degli accessi ai servizi, nei termini e secondo le modalità stabilite dall'ASL e/o dalla Regione, la struttura erogatrice assicura:
 - la condivisione con le ASL di tutte le agende di prenotazione relative alle prime visite e altre prestazioni di primo accesso, al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale nei termini e nelle modalità di cui alla DGR n. 4-4878 del 14 aprile 2022; le eventuali prime visite e prestazioni di primo accesso erogate dal 1° settembre 2022 in assenza di un appuntamento programmato sul sistema CUP regionale non saranno valorizzate ai fini della remunerazione economico-finanziaria, fatta salva l'impossibilità ad avviare il sistema non addebitabile all'erogatore ,
 - 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.
4. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in un'apposita sezione nel proprio sito denominata «Liste di attesa», i tempi medi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.
5. Fermo restando il limite giornaliero di capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito entro i limiti quantitativi dei letti accreditati delle aree funzionali omogenee. I posti letto contrattati sono intesi come medi annui e il limite di occupazione giornaliero pari a quello degli accreditati.
6. La capacità produttiva non contrattata o non utilizzata dal SSN è fruibile per l'attività in regime privatistico.
7. La Struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991. Al personale saranno applicati i contratti di lavoro nazionali in conformità alla normativa vigente.
8. Ai sensi dell'art. 1, comma 42, della legge n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi ad ex dipendenti di ASL e Regione che nei tre anni antecedenti abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali.
9. 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, anche religiosi, o di strutture facenti parte di gruppi societari) redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici. In alternativa, si ritiene sufficiente l'indicazione della pubblicazione sul proprio o su altro sito che possa assolvere alla medesima forma di pubblicità.
10. Qualora l'ente intenda cessare l'attività sanitaria deve comunicare la suddetta volontà con un preavviso di almeno 90 giorni, salvo diversa comunicazione dell'ASL e fermo restando l'obbligo di

garantire la continuità delle prestazioni fino al provvedimento regionale di decadenza dall'accreditamento.

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

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

Art. 3 – Budget

1. Per il 2022 ed il 2023, in relazione alle risorse finanziarie programmate per le prestazioni da rendere dall'Erogatore per conto e a carico del SSR, nei limiti dei posti letto/branche specialistiche ambulatoriali accreditati indicati nell'allegato A), sono assegnati all'Erogatore i seguenti budget complessivi, suddivisi indicativamente per tipologia di setting assistenziali:

- 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)

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

BUDGET € 570.288,00

-per i residenti fuori regione :

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

BUDGET € 398.365,00

E' ammessa la compensazione nell'ambito di una medesima struttura all'interno dei vari setting di produzione e tra le attività per i residenti in Regione e fuori regione in presenza di economie dell'una o dell'altra, fino a concorrenza del budget complessivo assegnato alla stessa.

Eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno riconosciute al termine della procedura di compensazione della mobilità interregionale, nella misura in cui siano valorizzate all'interno della stessa e, comunque, entro e non oltre il tetto massimo complessivo di spesa regionale per prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, fissato in euro 713.000.000 al fine del rispetto del limite di spesa di cui all'art. 15, c. 14 del D.L. n. 95/2012. Eventuali ulteriori eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno oggetto di regressione tariffaria fino al raggiungimento del predetto importo mediante riduzione in misura proporzionale alle eccedenze di produzione della singola struttura, partendo dalle prestazioni di bassa e media complessità in ricovero ordinario, seguite da quelle potenzialmente inappropriate erogate in regime ambulatoriale (escludendo quelle di medicina nucleare, dialisi ed oncologiche). E' ammessa, infine, la compensazione della produzione all'interno della stessa struttura o delle strutture facenti parte del medesimo gruppo societario;

Trasferimenti definitivi di attività e correlato budget tra strutture appartenenti al medesimo gruppo societario potranno essere richiesti ed autorizzati dalla Regione previo parere favorevole delle aziende sanitarie territorialmente interessate.

2. L'Asl si riserva di richiedere, all'interno del budget, l'esecuzione di prestazioni specifiche di cui rilevi il fabbisogno nella sua funzione di tutela.

3. Il budget ambulatoriale è al lordo del ticket.

4. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a progetti di ricerca applicata, funzioni di emergenza urgenza o di ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza è previsto l'importo annuale di €---

5. L'erogatore dichiara di conoscere ed accetta:

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

- l'applicazione del sistema dei controlli di qualità ed appropriatezza dei ricoveri previsti dall'art. 79 comma 1 septies D.L. 112/2008, convertito con la Legge n. 133/2008, e dal DM 10/12/2009, così come declinati nei provvedimenti attuativi regionali di riferimento.

Art. 4 – Regole di remunerazione

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

2. Fino al 31 marzo 2022, alla remunerazione delle prestazioni ospedaliere si applicano i disposti del DM Salute 12.08.2021. In deroga ai principi di cui al punto precedente, ai ricoveri di pazienti inseriti entro il 31 marzo 2022, ancorchè la data di dimissione sia successiva al termine dello stato di emergenza, si applicheranno le regole di cui al DM medesimo, qualora ne sussistano i presupposti.

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, non a fini remunerativi.

4. 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 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 specifiche indicazioni nazionali o accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato e nel limite di spesa di cui all'art. 45, c. 1-ter, D.L. 124/2019 conv. con L. 157/2019.

5. L'Erogatore avrà diritto al riconoscimento della produzione annualmente erogata entro il limite massimo delle risorse allo stesso assegnate. Nulla spetterà all'Erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, rese dalla Struttura in carenza di autorizzazione/dei requisiti di accreditamento nonché nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 7.

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

Art. 5 – Modalità di pagamento e cessione del credito

1. I soggetti erogatori emettono fatture mensili di acconto, a seguito dell'ordine trasmesso dall'Azienda tramite il sistema NSO pari al 90% di 1/12 del budget (acconto che viene riallineato alla produzione effettiva in caso di riduzione stabile dell'attività).

E' consentita l'emissione di una fattura a saldo delle prestazioni erogate nel primo semestre fino al 50% del budget con la dicitura "salvo conguaglio"(o la richiesta di nota di credito da parte dell'azienda, qualora la produzione della struttura nel semestre sia stata inferiore al 90% del budget, ad eccezione del caso in cui la minor produzione sia dovuta alla messa a disposizione, nel primo trimestre dell'anno, di posti letto Covid su richiesta delle strutture pubbliche, caso in cui il conguaglio è rinviato alla chiusura dell'anno). Il documento contabile a conguaglio dell'annualità, emesso previo ricevimento dell'ordine elettronico dell'ASL, viene liquidato a seguito dei controlli effettuati circa l'osservanza del contratto/accordo.

2. Per il finanziamento per l'esercizio di specifiche funzioni 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. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo, l'ASL effettua una verifica a consuntivo dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte ed eroga il conguaglio.

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

4. Per i farmaci (file F) sono corrisposti, sulla base di apposita fattura emessa dall'erogatore, acconti mensili pari al 95% del valore risultante dal suddetto tracciato. Entro il 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.

5. L'ASL si impegna ad emettere l'ordine tramite il sistema NSO in modo da garantire la regolarità dei pagamenti.

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

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

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

9. 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.

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

11. Laddove la Struttura intenda cedere il proprio credito nei confronti dell'ASL ad un terzo, la cessione dev'essere notificata all'ASL ai sensi dell'art. 69, comma 1, del R.D. n. 2440/1923. La cessione diventa opponibile all'ASL solo se quest'ultima vi presta il proprio consenso, secondo quanto previsto dall'art. 9, all. E, della legge n. 2248/1865. La misura degli interessi moratori di cui

al D. Lgs. 231/2002 non può essere superiore al tasso legale stabilito con decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze non aumentato dei punti percentuali. In caso di cessione del credito da parte della Struttura, quest'ultima si impegna ad accollarsi il debito avente ad oggetto il pagamento degli interessi moratori in esame qualora sorgano successivamente alla cessione.

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

Art. 6 – Verifiche e controlli

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza rispetto alle prestazioni contrattate. L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si obbliga a consentire lo svolgimento dell'attività di vigilanza dell'apposita Commissione ASL, a pena di risoluzione del contratto/accordo secondo la previsione di cui all'art. 7, comma 6, lett. e).

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

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

Art. 7 – Sospensione e risoluzione del contratto/accordo

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

2. La revoca dell'autorizzazione o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto/accordo. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto/accordo. Sono fatte salve ulteriori cause di sospensione e di risoluzione del contratto/accordo previste dalla legge.

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

4. La Struttura si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo (tracciati C ed ulteriori flussi previsti dalla normativa vigente), nei confronti dell'ASL e del SSR secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'Erogatore è motivo di risoluzione del contratto.

5. In caso di grave inadempimento di uno degli obblighi derivanti dal presente contratto/accordo, la parte adempiente assegna all'altra un termine di giorni 10 per presentare le relative giustificazioni in forma scritta. In caso di mancato accoglimento delle stesse o di decorso inutile del termine il contratto si risolverà di diritto. In caso di riconosciuta fondatezza delle scusanti apportate, la parte adempiente assegnerà alla controparte un termine pari a 15 giorni, laddove non diversamente indicato, per adottare i necessari rimedi, decorso inutilmente il quale il contratto si risolve di diritto.

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

a) l'emersione di precedenti condanne penali, o sopravvenienza di nuove condanne penali, di carattere definitivo per uno o più reati di cui all'art. 80 c. 1 del D. Lgs. 50/2016 nei confronti dei soggetti indicati al comma 5 del medesimo articolo;

b) l'accertamento o la sopravvenienza, con riferimento ai soggetti indicati al comma 5 dell'art. 80 del D. Lgs. 50/2016, di cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del D. Lgs. 159/2011 e s.m.i., o in caso di ricevimento della comunicazione antimafia o di sussistenza di un tentativo di infiltrazione mafiosa accertato dall'informativa antimafia interdittiva ex art. 84 del medesimo decreto.

c) violazione accertata definitivamente delle norme in materia di protezione infortunistica, sicurezza sui luoghi di lavoro idonea ad incidere gravemente sull'esecuzione delle prestazioni sanitarie;

d) ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni;

e) impedimento al controllo esercitato dalle AA.SS.LL. competenti per territorio o dalle Commissioni di Vigilanza situate nel territorio aziendale.

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

Articolo 8 - Clausola di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del contratto/accordo, il soggetto erogatore accetta il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione del sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.

2. Le parti sono consapevoli che il presente contratto/accordo non può essere oggetto di condizioni o di riserve relative al sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.

3. Costituiscono integrazione del contenuto contrattuale i provvedimenti di determinazione dei budget, dei tetti di spesa e del sistema tariffario, per cui la conclusione del contratto comporta accettazione di questi ultimi.

Articolo 9 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo

1. Il contratto/accordo decorre dal 1° gennaio 2022 al 31 dicembre 2023; per il primo trimestre 2022 si richiamano le regole di cui all'art. 4 comma 2 del presente contratto.

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

Articolo 10 - Bollo e registrazione

1. Il presente contratto/accordo è soggetto ad imposta di bollo ai sensi dell'art. 2, comma 1, del D.P.R. 26 ottobre 1972 n. 642 e successive modificazioni e la relativa spesa è divisa in parti uguali.

2. E' inoltre soggetto a registrazione solo in caso d'uso ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.P.R. 26 aprile 1986 n. 131.

Art. 11 - Foro competente

In caso di controversia tra le parti derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto/accordo saranno devolute all'Autorità Giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Letto, confermato e sottoscritto

Per l'ASL

Dr. Luigi Vercellino

Per l'Erogatore

Dr. Giuseppe Croce Bermondi

ALLEGATO A) STATO DI ACCREDITAMENTO

ASL AL
AZIENDA STUDIO RADIOLOGICO OMODEO ZORINI
COD. AZ. 727
SEDE TORTONA (AL)

AMBULATORIO

STRUTTURA STUDIO RADIOLOGICO OMODEO ZORINI
SEDE OPERATIVA TORTONA (AL) – PIAZZA ERBE 3
COD. STS 500086
ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE D.G.R. 37-1314 del 26.7.2004
ATTO/I DI ACCREDITAMENTO D.G.R. 37-1314 del 26.7.2004

BRANCHE SPECIALISTICHE ACCREDITATE	BRANCHE SPECIALISTICHE CONTRATTATE	EVENTUALI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI RICHIESTE ALL'INTERNO DELLE DISCIPLINE ACCREDITATE E DEL BUDGET ASSEGNATO
69 - Diagnostica per Immagini di 1° livello	69 - Diagnostica per Immagini di 1° livello	Prestazioni per il recupero delle liste di attesa rientranti nelle tipologie oggetto di monitoraggio ai fini del recupero delle liste di attesa (PNGLA) indicate nell'allegato A della D.G.R. 26-5656 del 19.09.2022