

Contratto

tra

l'AZIENDA SANITARIA LOCALE CN2 ALBA-BRA , con sede legale in ALBA (CN) , Via  
Vida 10, (C.F. 02419170044 ), rappresentata dal Direttore Generale Dott. Danilo  
BONO, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

il Centro Medico Albese s.r.l, con sede legale in ALBA Corso Europa 53, (C.F.  
02362860013), titolare della struttura con sede operativa indicate nell'allegato A),  
accreditata per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto,  
successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata da LAURIA  
Andrea nella qualità di Amministratore Unico , con titolo di legale rappresentanza,  
ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

- 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;
- con DGR n. 73-5504 del 3/8/2017 sono state definite le nuove regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati e a contratto, i tetti di spesa regionali e di ASL per il 2017 ed è stato approvato lo schema di contratto a valere per le strutture private (Case di cura) e di accordo contrattuale a valere per le strutture equiparate (presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78, progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis d.lgs. 502/92 e s.m.i.);
- il legale rappresentante della Struttura dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di

incompatibilità previste della normativa vigente;

si conviene e stipula quanto segue.

**Articolo 1 - Oggetto del contratto.**

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto.
2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e con oneri a carico del SSR, conformi a tipologie e volumi riassunti all'articolo 3, comma 1 e precisati nell'allegato C) parte integrante del contratto.
3. Le prestazioni devono comunque avere luogo nell'intera annualità con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda.
4. Nulla spetterà all'erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di accreditamento nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 8, ferma restando la tutela giurisdizionale.
5. Qualora per giustificato motivo l'Erogatore non possa espletare le prestazioni oggetto del contratto dovrà dare tempestiva comunicazione all'ASL, la quale informerà le Aziende dell'Area omogenea di programmazione e la Regione. Similmente si dovrà comunicare la ripresa dell'esecuzione.

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

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

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

2. La struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non verserà in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991 .

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

4. In ottemperanza al regolamento approvato con decreto 2 aprile 2015, n. 70, l'Erogatore trasmette annualmente alla Regione il proprio bilancio (o conto economico nel caso di Enti o di strutture facenti parte di gruppi societari), redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici.

5. La cessione del contratto a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o cambiamento di ragione sociale, subordinatamente all'adozione degli atti di competenza regionale ed aziendale.

### **Articolo 3 – Limiti finanziari.**

1. Il valore di riferimento annuale per il 2017 della Struttura per i residenti piemontesi è pari al budget 2016 - ovvero al valore contrattato 2016 per gli erogatori ambulatoriali - comprensivo del valore di riferimento per il 2° semestre 2017 determinato in misura pari al 90% della differenza fra il budget 2016 – ovvero del valore contrattato 2016 per gli erogatori ambulatoriali - ed il valore della produzione erogata dalla Struttura al 30.6.2017, quest'ultima riconosciuta anche in misura eccedente i 6/12, ma comunque non superiore al

limite del 57% del budget - ovvero del valore contrattato – 2016 del singolo erogatore.

2. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR sono riassunti i seguenti valori annui di riferimento per la Struttura:

a) per prestazioni rese a residenti in regione e STR (stranieri paesi Ue/SEE/in Convenzione), ENI (Europeo Non Iscrivibile) ed STP (stranieri temporaneamente presenti) a carico del SSN ai sensi della circolare Ministero Salute n. 5 del 24.3.2000:

- specialistica ambulatoriale €. 325.539,00. (di cui €. 127.183,20 valore di riferimento per il 2^ sem. 2017)

b) per prestazioni rese a residenti in altre regioni:

- specialistica ambulatoriale € 994,00

c) per gli STP (stranieri temporaneamente presenti) la cui competenza in materia sanitaria, ai sensi dell'art. 32 del Decreto Legge n. 50 del 24/4/2017, è stata trasferita dal Ministero degli interni al Ministero della Salute, verranno riconosciuti gli importi delle prestazioni erogate secondo le indicazioni nazionali.

3. (non applicabile alla struttura)

4. I valori di cui al comma 2 lett. a) - fatta eccezione per il budget assegnato per il recupero della mobilità passività fuori regione - non rappresentano un limite invalicabile per l'erogatore poiché potranno essere incrementati, a chiusura dell'esercizio, attraverso la valorizzazione di prestazioni erogate in coerenza alla programmazione sanitaria dell'ASL purchè nei limiti dei tetti di spesa, complessivi e invalicabili, assegnati alle AASSLL di residenza e del 110% del valore della produzione entro il budget/valore contrattato 2016 della singola

Struttura. Le valorizzazioni economiche delle prestazioni - ridotte dagli abbattimenti applicati per controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazioni - eccedenti il limite del 110% della produzione 2016 entro budget/valore contrattato della singola Struttura non saranno riconosciute, mentre quelle ricomprese in detto limite ma eventualmente eccedenti i tetti di spesa dell'ASL di residenza potranno essere riconosciute con l'applicazione di meccanismi di regressione economica, secondo le regole riportate nell'allegato B) al contratto e secondo le indicazioni di cui all'allegato C) alla DGR 73-5504 del 3/8/2017.

5. La remunerazione per le prestazioni erogate nel 2017 non potrà comunque essere inferiore al 95% del valore della produzione 2016 entro budget del singolo erogatore.

6. (non applicabile alla struttura)

7. (non applicabile alla struttura)

8. L'erogatore prende atto dei tetti di spesa complessivi e invalicabili delle AASSLL per le prestazioni da erogare ai propri residenti da parte dei privati contrattati, definiti sul consumo storico dei residenti dell'ASL, riproporzionato ai valori complessivi di produzione entro il budget regionale.

9. L'Erogatore accetta i valori di riferimento assegnati, il tetto di spesa per ASL di residenza, i tetti di spesa per il recupero della mobilità passiva fuori regione e delle prestazioni – diverse dall'alta complessità - rese a cittadini di altre regioni, il sistema tariffario vigente nella Regione Piemonte e quello di remunerazione delle prestazioni rese, comprese le regole di regressione economica nel caso in cui l'insieme delle prestazioni erogate dal privato contrattato per il 2^ semestre 2017, sommata alla remunerazione delle prestazioni erogate dalle Strutture

	per i residenti dell'ASL al 30.06.2017, abbia superato i limiti per ASL di residenza dei pazienti.	
	10. L'erogatore prende atto ed accetta l'applicazione, per il 2^ semestre 2017, del sistema di valutazione della qualità con applicazione del 2,5% di premialita' o di penalizzazione secondo i criteri definiti all'allegato C) alla DGR DGR 73-5504 del 3/8/2017. Il calcolo degli indicatori sarà effettuato utilizzando il Protocollo PNE contestualizzato a livello regionale.	
	11. La valorizzazione delle prestazioni avviene con la tariffa in vigore al momento dell'erogazione della prestazione, intendendosi per le prestazioni di ricovero la data di dimissione e per le prestazioni ricorrenti la data di completamento del ciclo terapeutico.	
	12. I valori di riferimento assegnati all'erogatore, i tetti di spesa, complessivi e invalicabili, delle AASSLL per le prestazioni da erogare a propri residenti da parte dei privati contrattati, e i restanti tetti di spesa applicati all'erogatore, si mantengono anche in caso di variazione comunque intervenuta dei valori delle tariffe di riferimento, sia per modifica della fascia di accreditamento, sia per revisione dei tariffari regionali, intendendosi in tal caso rideterminate le prestazioni oggetto del contratto nella misura necessaria a mantenere i valori massimi fissati.	
	<b>Articolo 4 – Remunerazione delle prestazioni erogate</b>	
	1. Le prestazioni erogate sino al 30 giugno 2017 sono remunerate entro il 57% dei tetti di spesa massimi contrattati per il 2016 secondo le previgenti regole del contratto 2014-2016 ed entro il 30 ottobre sarà definito il saldo dei primi sei mesi, fatti salvi eventuali congruagli conseguenti ai successivi controlli;	
	2. La remunerazione a saldo della produzione 2017 per i residenti in regione	

avviene con le seguenti regole, considerando separatamente ricovero per acuti, ricovero per post-acuti e specialistica ambulatoriale:

a) nel caso in cui la valorizzazione delle prestazioni realizzate nel 2<sup>a</sup> semestre 2017 da tutti gli erogatori privati per i residenti dell'ASL - ridotti degli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre valorizzazione e di post valorizzazione - risulti inferiore rispetto ai tetti di spesa assegnati all'ASL di residenza, all'erogatore verrà corrisposta l'intera valorizzazione della produzione, entro il limite del 110% della produzione 2016 entro budget /valore contrattato;

b) nel caso in cui la valorizzazione delle prestazioni realizzate nel 2<sup>a</sup> semestre 2017 da tutti gli erogatori accreditati e contrattati per i residenti dell'ASL - ridotti degli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre valorizzazione e di post valorizzazione - risulti superiore ai tetti di spesa assegnati all'ASL di residenza si ridurrà il valore riconosciuto a ciascun erogatore secondo il meccanismo di regressione economica di cui all'allegato B) al contratto ed alle indicazioni di cui all'allegato C) alla DGR 73-5504 del 3/8/2017, in modo che la valorizzazione complessiva rientri nei limiti dei tetti di spesa dell'ASL di residenza.

3. Non saranno comunque riconosciute eccedenze di produzione oltre il 110% della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato 2016 della singola Struttura privata contrattata e la regressione non potrà, in ogni caso, determinare una remunerazione inferiore al 95% della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato del singolo erogatore.

4. (non applicabile alla struttura)

5. (non applicabile alla struttura )

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

a. la produzione entro il valore di cui all'art. 3, comma 2, lett. b) viene integralmente riconosciuta;

b. gli incrementi rispetto ai valori 2016 delle prestazioni di alta specialità saranno riconosciuti per intero;

c. gli eventuali incrementi di mobilità attiva su prestazioni di bassa e media complessità (rispetto alla produzione 2016) saranno eventualmente riconosciuti al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre regioni.

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

#### **Articolo 5 – Erogazione di prestazioni.**

1. Per una più razionale ed efficiente gestione degli accessi ai servizi, la struttura erogatrice assicura la condivisione con l'ASL delle agende di prenotazione, nei termini e secondo le modalità stabilite dall'ASL o dalla Regione.

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

3. (non applicabile alla struttura )

4. La capacità produttiva non contrattata è utilizzabile per l'attività in regime



privatistico.

#### **Articolo 6 – Verifiche e controlli.**

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza in relazione all'allegato C). L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si impegna ad agevolare l'attività di vigilanza dell'apposita Commissione ASL, nonché le ulteriori attività esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 15 giorni, il legale rappresentante della Struttura, o suo delegato, può presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

#### **Articolo 7 - Modalità di pagamento.**

1 Il corrispettivo preventivato viene liquidato, a decorrere dal secondo semestre 2017, a titolo di acconto in quote mensili posticipate pari, di norma, a:

a) 90% di 1/12 del budget 2016 - ovvero del valore contrattato 2016 per gli erogatori ambulatoriali - o del realizzato se inferiore, fino alla definizione dei valori di riferimento di cui all'articolo 3, comma 2, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente;

b) successivamente alla definizione dei valori di riferimento, pari al 100% di 1/6 del valore di riferimento 2° semestre 2017, di cui all'articolo 3, comma 2, o al realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a



l'ASL sospenderà la liquidazione delle partite contestate fino alla relativa definizione.

5 Il pagamento di prestazioni fatturate non esclude future contestazioni da parte dell'ASL per importi non dovuti in relazione a prestazioni che, a seguito di ulteriori controlli, risultassero rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa, nei limiti della prescrizione.

6 Gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ASL, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno, all'occorrenza, essere compensate con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi.

7 (non applicabile alla struttura )

8 Gli importi indicati nella reportistica prodotta dal Sistema Informativo Regionale rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dall'Erogatore e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente secondo i protocolli approvati hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono titolo per il riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.

#### **Articolo 8 - Sospensione e risoluzione del contratto.**

1. La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della Struttura

determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto.

2. Ove una parte accerti l'inadempimento concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto sarà legittimata ad emettere diffida ad adempiere ex articolo 1454 cod. civ. E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex articolo 1218 cod. civ. della parte inadempiente.

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

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

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

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

7. Il contratto si intenderà altresì risolto qualora intervenga condanna definitiva per reati contro la pubblica amministrazione a carico del legale rappresentante per fatti ad esso direttamente imputabili.

**Articolo 9 – Clausola di manleva.**

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

**Articolo 10 - Clausola di salvaguardia.**

1. Con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente, il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e delle tariffe alla base del presente atto, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi, in quanto atti determinanti il contenuto del contratto. In considerazione dell'accettazione, con la sottoscrizione del contratto l'Erogatore rinuncia ad eventuali azioni o impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti.

**Articolo 11 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo.**

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2017 sino al 31 dicembre 2017. Non è tacitamente prorogabile.

2. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative, di carattere nazionale, senza che maggiori oneri derivino per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all'ASL.

3. Per gli aspetti non disciplinati dal contratto si rinvia al codice civile ed alla normativa di settore.

**Articolo 12 – Bollo e registrazione.**

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

**Articolo 13 - Foro competente, elezione di domicilio.**

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

Letto, approvato, e sottoscritto in due originali.

Li, data della sottoscrizione digitale

Per l'ASL CN2

Per la Struttura

Il Direttore Generale

Il Legale Rappresentante

Dott. Bono Danilo

Lauria Andrea

*Il presente documento è sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'art. 21 del D.lgs. 82/2005*

*Ai sensi e per gli effetti dell'articoli 1341 e 1342 del cod. civ. si approvano espressamente le clausole convenute negli articoli 2 (Obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi), 3 (Limiti finanziari), 4 (Remunerazione delle prestazioni erogate), 6 (Corrispettivo e modalità di pagamento), 8 (Clausola di manleva), 9 (Clausola di salvaguardia).*

Per l'ASL CN 2

Per la Struttura

Il Direttore Generale

Il Legale Rappresentante

Dott. Bono Danilo

Lauria Andrea

*Il presente documento è sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'art. 21 del D.lgs. 82/2005*

Allegato A) **STATO DI ACCREDITAMENTO**

AMBULATORIO

STRUTTURA CENTRO MEDICO ALBESE s.r.l

SEDE/I OPERATIVA ALBA CORSO EUROPA 53 COD. STP 500074

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO D.G.R. 43-9951 del 14/7/2003 per l'attività ambulatoriale  
di RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE DI I° LIVELLO

Allegato B) **REGOLE DI VALORIZZAZIONE DELLA PRODUZIONE RESA A RESIDENTI**

**NELLA REGIONE AI FINI DELLA REMUNERAZIONE**

1. La regressione economica si applica alle valorizzazioni delle prestazioni rese nel 2<sup>a</sup> semestre 2017 dagli erogatori privati contrattati a favore dei residenti di una determinata ASL, quando la sommatoria delle stesse (sommata alla remunerazione delle prestazioni erogate dalle Strutture per i residenti dell'ASL al 30.06.2017) supera i tetti di spesa 2017, complessivi ed invalicabili, assegnati all'ASL per l'acquisto di prestazioni da privati contrattati a favore di propri residenti.

2. Ai fini della eventuale regressione sulla valorizzazione delle prestazioni rese nel 2<sup>a</sup> semestre 2017 si considerano separatamente le prestazioni rese per ricovero in regime di acuzie, ricovero in regime di post acuzie e specialistica ambulatoriale.

3. I valori di produzione a base dei calcoli della regressione si assumono al netto degli abbattimenti conseguenti agli ordinari controlli effettuati sulla produzione - abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione.

4. I valori di produzione di ciascun erogatore, rideterminati come indicato al punto 3, vengono preliminarmente ricondotti ad un valore non superiore al 110% del valore della produzione 2016 entro il budget - ovvero il valore contrattato per gli erogatori ambulatoriali - fatta eccezione per i DRG contrattati dall'ASL per il recupero della mobilità passiva (di cui all'allegato C) che potranno essere remunerati anche al di sopra del tetto del 110%. Le prestazioni che saranno oggetto di riconduzione al tetto del 110% saranno individuate fra quelle prodotte, in termini temporali, successivamente al raggiungimento del tetto.



5. Non si procede alla regressione qualora la sommatoria delle valorizzazioni delle prestazioni rese nel 2<sup>a</sup> semestre 2017 dagli erogatori per i residenti dell'ASL (sommata alla remunerazione delle prestazioni dagli stessi erogate per i residenti della stessa ASL al 30.06.2017) risulti pari o inferiore ai tetti di spesa 2017, complessivi ed invalicabili, assegnati all'ASL per i propri residenti

6. (non applicabile alla struttura)

7. La sommatoria dei valori di produzione di tutti gli erogatori privati, così rideterminati e diminuiti dei valori delle produzioni cosiddette "protette", quantifica i valori soggetti a regressione, per ASL di residenza dei pazienti.

8. Gli importi di cui all'alinea precedente vengono rideterminati con applicazione sequenziale dei criteri di seguito indicati, in modo che la sommatoria delle valorizzazioni – incluse le prestazioni escluse dalla regressione - sia ricondotta entro il valore limite per le prestazioni da rendere ai residenti dell'ASL (tetti di spesa dell'ASL):

regressione massima, nell'ambito delle percentuali di seguito indicate, delle seguenti tipologie di prestazioni	Elenco Prestazioni ex DGR n. 44-3399/2016 e DM Appropriatezza
Ambulatoriale	25%

a) in caso di insufficienza del criterio di cui alla lettera a), regressione proporzionale del valore delle prestazioni erogate da tutte le strutture.

9. L'applicazione del meccanismo di regressione economica di cui ai punti precedenti non potrà in ogni caso determinare una remunerazione inferiore al 95% del valore della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato del singolo erogatore.

10. All'esito dell'eventuale regressione economica verrà applicato ai singoli

erogatori il sistema di valutazione della qualità con applicazione del 2,5% di

premierità o di penalizzazione secondo i criteri definiti

11. La rivalorizzazione non esclude gli ulteriori abbattimenti di remunerazione delle

prestazioni sanitarie erogate dalle strutture nel rispetto alla normativa vigente

in materia (esempio: controlli esterni del Flusso SDO, controlli automatici di III°

Livello e controlli effettuati dai Nuclei di Controllo e ulteriori controlli aziendali),

nel rispetto di quanto disposto all'art. 7 comma 6 del contratto.

Allegato C) **PRESTAZIONI CONTRATTATE**

Per il secondo semestre si assume a riferimento il 90% del case mix del 2016.

L'ASL CN 2, per il secondo semestre 2017, NON richiede prestazioni

"protette".