



PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE

COMMISSARIO AD ACTA

per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario

Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18.05.2015

DECRETO

N. 38

DATA 29.06.2017

OGGETTO: Programma Operativo Straordinario 2015 - 2018. Programma 7 "Rapporti con gli erogatori privati"- Intervento 7.1 "Stipula intese e contratti con gli erogatori privati accreditati". Approvazione dello schema di contratto per l'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza sanitaria da parte di strutture operanti in regime di accreditamento per gli anni 2016-2017-2018.

Il Direttore del Servizio
Livelli Massimi di Finanziamento

Il Direttore Generale per la Salute

VISTO: Il Sub Commissario ad Acta

[Signature]

[Signature]

7



PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE

COMMISSARIO AD ACTA

per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario

Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18.05.2015

DECRETO

N. 38

DATA 29-06-2017

OGGETTO: Programma Operativo Straordinario 2015 - 2018. Programma 7 “Rapporti con gli erogatori privati”- Intervento 7.1 “Stipula intese e contratti con gli erogatori privati accreditati”. Approvazione dello schema di contratto per l'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza sanitaria da parte di strutture operanti in regime di accreditamento per gli anni 2016-2017-2018.

**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE
COMMISSARIO AD ACTA**

PREMESSO che, con delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, il Presidente *pro tempore* della Regione Molise, Arch. Paolo di Laura Frattura, è stato nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione dell'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise, con l'incarico prioritario di adottare, sulla base delle linee guida predisposte dai Ministeri affiancanti, i programmi operativi per gli anni 2013-2015 (ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni in Legge 7 agosto 2012, n. 135) e di procedere alla loro attuazione;

VISTA la successiva delibera del Consiglio dei Ministri del 18 maggio 2015;

RICHIAMATO l'Accordo Stato - Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, recante: “Accordo concernente l'intervento straordinario per l'emergenza economico-finanziaria del servizio sanitario della Regione Molise e per il riassetto della gestione del Servizio sanitario regionale ai sensi dell'articolo 1, comma 604, della legge 23 dicembre 2014, n. 190” (Repertorio Atti n.: 155/CSR del 03/08/2016);

VISTO il decreto commissariale n. 52 del 12.09.2016: “Accordo sul Programma Operativo Straordinario 2015-2018 della Regione Molise. (Rep. Atti n.: 155/CSR del 03/08/2016). Provvedimenti.”;

DATO ATTO del “Programma Operativo Straordinario 2015 – 2018”;

VISTA la legge n. 96 del 21 giugno 2017: “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50, recante disposizioni urgenti in materia finanziaria, iniziative a favore degli enti territoriali, ulteriori interventi per le zone colpite da eventi sismici e misure per lo sviluppo.” pubblicata sulla GU Serie Generale n.144 del 23-06-2017 - Suppl. Ordinario n. 31 ed in particolare l' art. 34-bis, rubricato: “Programma Operativo Straordinario della Regione Molise”;

ATTESO che tanto rileva a titolo di istruttoria tecnica in fatto ed in diritto del responsabile del procedimento, secondo le disposizioni di cui alla legge regionale n. 10 del 3 Marzo 2010 e s.m.i.;

ATTESO che il contenuto del presente atto è pienamente coerente con gli obiettivi del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario e con il "Programma Operativo Straordinario 2015 – 2018", - **Adempimento 7** "Rapporti con gli erogatori privati accreditati";

VISTA la legge 27 dicembre 1978, n. 833 e s.m.i, concernente l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, recante *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421"* e s.m.i.;

CONSIDERATO che:

- ai sensi dell'art. 8-bis, comma 1, del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., *"le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies"*;
- ai sensi dell'art. 8-bis, comma 3, del D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii., *"la realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie, l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale e l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale sono subordinate, rispettivamente, al rilascio delle autorizzazioni di cui all'articolo 8-ter, dell'accREDITAMENTO istituzionale di cui all'articolo 8-quater, nonché alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies"*;
- ai sensi dell' art. 8-quater, comma 2, del D.Lgs 502/92 e ss.mm.ii., *"La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies. I requisiti ulteriori costituiscono presupposto per l'accREDITAMENTO e vincolo per la definizione delle prestazioni previste nei programmi di attività delle strutture accreditate, così come definiti dall'articolo 8-quinquies"*;
- ai sensi dell' art. 8-quater, comma 8, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. *"in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lett. b), le Regioni e le unità sanitarie locali, attraverso gli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies, sono tenute a porre a carico del SSN un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale"*;
- ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2-quinquies, del D.Lgs. 502/92 *"in caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accREDITAMENTO istituzionale di cui all'articolo 8-quater delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale interessati è sospeso"*;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 e s.m.i. recante *"Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"*;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502."*;

VISTO l'art. 79 , comma 1-quinquies, lett. d, del Decreto Legge n. 112/2008 convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2008, n. 133, di novellazione degli articoli 8-quater, 8-quinquies e 8-sexies del D.Lgs. 502/92 nel quale si prevede che: *"Le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio [...]";*

VISTO l'art. 17, comma 1 lett. a) del D.L. n. 98/2011, convertito con modifiche dalla L. n. 111/2011, ai sensi del quale *"...le regioni adottano tutte le misure necessarie a garantire il conseguimento degli obiettivi di*

risparmio programmati, intervenendo anche sul livello di spesa per gli acquisti delle prestazioni sanitarie presso gli operatori privati accreditati...";

VISTO il Decreto Legge del 6 luglio 2012, n. 95, recante *"Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini"*, convertito con Legge del 7 agosto 2012, n. 135;

VISTO l'art. 15, comma 14, del suddetto D.L. n. 95/2012 convertito dalla L. n. 135/2012, ai sensi del quale *"...a tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014...";*

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul nuovo Patto per la Salute 2014-2016, n. 82/CSR del 10 luglio 2014;

CONSIDERATO che all'art. 9, comma 3, della citata Intesa Stato Regioni e Province autonome recante Patto per la Salute 2014-2016, si prevede espressamente che *"dalla data di stipula del presente Patto, gli accordi bilaterali fra le Regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 19 del precedente Patto per la Salute sottoscritto il 3 dicembre 2009, sono obbligatori"*;

VISTA la legge del 23 dicembre 2014, n. 190 *"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di Stabilità 2015)"*;

VISTA la Legge 28 dicembre 2015, n. 208 *"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di Stabilità 2016)"*;

CONSIDERATO che l'art.1, comma 574, lett. b), della L. 208/2015, modificando l'articolo 15, comma 14, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, prevede che: *"A decorrere dall'anno 2016, in considerazione del processo di riorganizzazione del settore ospedaliero privato accreditato in attuazione di quanto previsto dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, al fine di valorizzare il ruolo dell'alta specialità all'interno del territorio nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché di prestazioni erogate da parte degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza ricomprese negli accordi per la compensazione della mobilità interregionale di cui all'articolo 9 del Patto per la salute sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano con intesa del 10 luglio 2014 (atto rep. 82/CSR), e negli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 19 del Patto per la salute sancito con intesa del 3 dicembre 2009, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010, in deroga ai limiti previsti dal primo periodo."*;

TENUTO CONTO che lo stesso l'art.1, comma 574, lett. b), della L. 208/2015, modificando l'articolo 15, comma 14, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, prevede che: *"In sede di prima applicazione sono definite prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità i ricoveri individuati come "ad alta complessità" nell'ambito del vigente Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano."*;

VISTA la Legge 11 dicembre 2016, n. 232 *"Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019. (Legge di Stabilità 2017)"*;

CONSIDERATO che la L. 21 giugno 2017, n. 96 al citato art. 34 bis lett. a) prevede che *"il commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario della regione Molise da' esecuzione al programma operativo straordinario 2015-2018, allegato all'accordo sancito nella seduta della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 3 agosto 2016 (rep. atti n. 155/CSR) e recepito con decreto del medesimo commissario ad acta n. 52 del 12 settembre 2016, che con il presente decreto è approvato, ferma restando la validità degli atti e dei provvedimenti adottati e fatti salvi gli effetti e i rapporti giuridici sorti sulla base della sua attuazione"*;

VISTA la legge regionale 24 giugno 2008, n. 18 e ss.mm.ii., recante *"Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche"*;

CONSIDERATO che la Regione Molise, in quanto soggetto programmatore, deve definire i tetti di spesa in coerenza con le previsioni normative richiamate e con quanto affermato dalla recente giurisprudenza amministrativa *"[...] Alle regioni è stato pertanto affidato il compito di adottare determinazioni di natura autoritativa e vincolante in tema di limiti alla spesa sanitaria, in coerenza con l'esigenza che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario si svolga nell'ambito di una pianificazione finanziaria. Alla stregua di detta disciplina spetta ad un atto autoritativo e vincolante la programmazione regionale, e non già ad una fase concordata e convenzionale, la fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché la determinazione dei preventivi annuali delle prestazioni"* (Consiglio di Stato, Adunanza Plenaria, Sentenza 3 aprile 2012 n. 3);

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 82 del 10/12/2015 recante *"Approvazione dello schema di contratto per l'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza sanitaria da parte di strutture operanti in regime di accreditamento per l'anno 2015"*;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 83 del 21/12/2015 recante *"Definizione dei limiti massimi di finanziamento delle prestazioni di assistenza sanitarie afferenti alla macroarea della riabilitazione, ex art. 26 ed ex art. 44 della Legge 833/78, acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l'annualità 2015, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della Regione Molise - Provvedimenti"*;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 8 del 2/02/2016 recante *"Contratti per l'acquisto di prestazioni sanitarie dalle strutture private accreditate operanti per conto del SSR - anno 2015. Proroga per l'anno 2016. Provvedimenti."*;

CONSIDERATO che il citato DCA n. 8/2016 ha disposto di prorogare *"alle medesime condizioni e nei limiti di quanto previsto, i contratti per l'acquisto di prestazioni sanitarie sottoscritti per l'annualità 2015 con le Strutture Private Accreditate"*, nelle more dell'approvazione del Programma Operativo Straordinario 2015 - 2018;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 63 del 23/11/2016 *"Definizione dei limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per le annualità 2016, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della Regione Molise. Provvedimenti."*;

RICHIAMATE le direttive del Direttore Generale per la Salute del 07/04/2017, protocollo n. 41579/2017 e n. 41580/2017, con le quali sono state autorizzate le strutture sanitarie private accreditate *"ad erogare in via provvisoria, e fino all'adozione dei nuovi provvedimenti di fissazione dei tetti di spesa ed alla stipula dei contratti per l'acquisto delle prestazioni sanitarie da privati accreditati per l'anno 2017, un volume di prestazioni sanitarie mensili del valore pari a 1/12 del limite di spesa determinato per l'anno 2016, entro i tetti di spesa di cui al DCA n. 63/2016 e secondo le modalità di erogazione previste per la scorsa annualità"*;

ATTESO che le Direttive citate prevedono, altresì, che *"Le prestazioni autorizzate in via provvisoria concorreranno alla determinazione del budget complessivo annuale che potrà subire variazioni rispetto a quello dell'anno precedente, in relazione a quanto sarà disposto con i decreti commissariali di fissazione dei tetti di spesa per l'anno in corso ed al piano delle prestazioni."*;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 37 del 28/06/2017 *"Definizione dei limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per le annualità 2016 - 2017 - 2018, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della Regione Molise. Provvedimenti."*

DATO ATTO che il Programma Operativo Straordinario 2015 - 2018, come recepito con DCA n. 52/2016, con riferimento ai rapporti con gli erogatori privati accreditati, prevede, tra l'altro, in materia di acquisto di prestazioni sanitarie che:

- *"venga assorbita una buona parte della mobilità passiva extra regionale (almeno il 40%)"*;
- *si "persegua e mantenga un riequilibrio della rete clinico ospedaliera che eviti sovrapposizione ed inefficienti ridondanze nell'offerta che dovrà differenziarsi affinché ci sia un corretto soddisfacimento della domanda interna e un contenimento degli indici di fuga"*;

RILEVATA la necessità di garantire sul territorio regionale i livelli essenziali di assistenza con specifico riferimento alle prestazioni di assistenza sanitaria nei differenti *setting* assistenziali;

CONSIDERATA l'opportunità di procedere alla definizione di uno schema contrattuale unico per le diverse tipologie di prestazioni sanitarie;

CONSIDERATO l'art. 8-quinquies, comma 2, lett. e-bis, del D.Lgs. 502/92, ai sensi del quale *"...in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato"*;

RITENUTO che con la sottoscrizione del contratto, la Struttura che eroga prestazioni con oneri a carico del SSR accetta le tariffe *ratione temporis* vigenti;

CONSIDERATO che, ai fini della sottoscrizione dei contratti, le strutture contraenti devono:

- risultare autorizzate e accreditate in conformità alla legislazione nazionale e regionale vigente;
- essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 38 del D.Lgs. 12 aprile 2006, n. 163, e di cui all'art. 53, comma 16-ter del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, nonché degli altri requisiti relativi alla capacità generale a contrarre con la Pubblica Amministrazione previsti dalla normativa vigente;
- in caso di contratto di importo superiore a 200.000 euro, essere in possesso dei requisiti di capacità economica, tecnica e organizzativa prescritti dall'art. 25 della L.R. n. 18 del 24 giugno 2008;

RITENUTO, pertanto, opportuno procedere, prima della sottoscrizione dei contratti, all'acquisizione di apposita dichiarazione sostitutiva del legale rappresentante del soggetto accreditato, resa ai sensi degli artt. 45 e 46 del D.P.R. 445/00, relativa ai suddetti requisiti, nonché alla successiva verifica di quanto dichiarato;

CONSIDERATA l'opportunità di determinare specifiche ipotesi di risoluzione del contratto, ivi compresa la perdita dei suddetti requisiti, nonché la revoca dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento;

VISTO l'allegato schema di contratto per l'acquisto, da parte della Regione e/o dell'ASReM, di prestazioni di assistenza sanitaria da parte di strutture operanti in regime di accreditamento per gli anni 2016-2017-2018 (Allegato1);

RILEVATA la necessità di prevedere la sostituzione automatica dei riferimenti normativi e dei provvedimenti menzionati nelle premesse dello schema di contratto con eventuali disposizioni sopravvenute regolanti la medesima materia, senza necessità di emissione di un nuovo ed ulteriore provvedimento di approvazione del suddetto schema;

DECRETA

per le motivazioni in premessa riportate, che si intendono integralmente richiamate:

1. di approvare l'allegato schema di contratto per l'acquisto, da parte della Regione e/o dell'ASReM, di prestazioni di assistenza sanitaria da parte di strutture operanti in regime di accreditamento per gli anni 2016-2017-2018 (Allegato1);
2. di prevedere la sostituzione automatica dei riferimenti normativi e dei provvedimenti menzionati nelle premesse dello schema di contratto con eventuali disposizioni sopravvenute regolanti la medesima materia, senza necessità di emissione di un nuovo ed ulteriore provvedimento di approvazione del suddetto schema;
3. di trasmettere il presente atto, unitamente all'allegato schema di contratto:
 - a ciascuno dei soggetti privati accreditati interessati;
 - al Direttore Generale ASReM;
 - al Ministero della Salute ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze;
4. di disporre la pubblicazione del presente atto sul B.U.R.M. e sul sito internet della Regione Molise.

Il presente decreto, composto da n. 7 pagine e n. 1 allegati, sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise e notificato ai competenti Dicasteri.

IL COMMISSARIO ad ACTA
Paolo di Laura Frattura

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'P' followed by a large, sweeping flourish that extends to the right.



CONTRATTO PER L'ACQUISTO DI PRESTAZIONI SANITARIE DALLE STRUTTURE PRIVATE OPERANTI IN REGIME DI ACCREDITAMENTO

TRA

la [Regione Molise / Azienda Sanitaria Regionale del Molise – A.S.Re.M.], codice fiscale [...], partita IVA [...], con sede legale in Campobasso, c.a.p. 86100, ai fini del presente atto domiciliata alla via [...], nella persona del Dott. [...], nato a [...], il [...], in qualità di Presidente della Regione e Commissario *ad acta*/Direttore Generale A.S.Re.M. (indicare anche nel prosieguo come “Committente”)

E

la struttura privata accreditata [...] (codice struttura [...]), per l'erogazione di prestazioni sanitarie con oneri a carico del Servizio sanitario regionale (di seguito anche “SSR”), codice fiscale [...], partita IVA [...], con sede legale in [...], c.a.p. [...], alla via [...], n. [...], in persona del [...], nato a [...], il [...], in qualità di [...] (indicata anche nel prosieguo come “Erogatore”).

PREMESSO CHE:

Il Committente (Regione Molise o A.S.Re.M.) e l'Erogatore sono di seguito anche indicati collettivamente come “parti” e rispettivamente come “parte pubblica” e “parte privata”.

Il D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., agli artt. 8-bis, 8-quater e 8-quinquies, disciplina la partecipazione al Servizio Sanitario Nazionale (di seguito anche “SSN”) dei soggetti erogatori privati nei seguenti termini:

- le Regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza avvalendosi dei soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;
- l'accREDITAMENTO istituzionale non costituisce vincolo per gli enti del SSN – Regione e A.S.Re.M. – a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies.

I contratti con le strutture private accreditate vengono definiti nel rispetto dell'art. 25 della legge regionale 24 giugno 2008 n. 18 e s.m.i., intendendosi sostituita la Giunta regionale dal Commissario *ad acta*, essendo la Regione Molise in Piano di rientro, approvato con deliberazione della Giunta Regionale (di seguito anche “DGR”) n. 362 del 30 marzo 2007, recante “Accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e Presidente della Regione Molise per l'approvazione del

Piano di Rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 31", che prosegue con Programmi operativi triennali, fino al raggiungimento degli obiettivi di risanamento economico e di riqualificazione funzionale del SSR, ai sensi del Patto per la Salute del 3 dicembre 2009, art. 13, comma 14, e della Legge 23 dicembre 2009, n. 191, art. 2, comma 88.

Con il suddetto Piano di rientro sono stati definiti, tra l'altro, i criteri per la **razionalizzazione della spesa delle prestazioni da acquistare dalle strutture private accreditate**.

In particolare, il Decreto del Commissario ad acta n. 52 del 12.09.2016 recante *"Accordo sul Programma Operativo Straordinario 2015 – 2018 della Regione Molise. (Rep. Atti n. 155/CSR del 03.08.2016). Provvedimenti."* ha recepito l'Accordo Stato-Regione recante *"l'Accordo concernente l'intervento straordinario per l'emergenza economico finanziaria del Servizio Sanitario della Regione Molise e per il riassetto della gestione del servizio sanitario regionale ai sensi dell'articolo 1, comma 604, della Legge 23 dicembre 2014, n. 190"*, inerente il Programma Operativo Straordinario 2015-2018 finalizzato al raggiungimento, entro il 2018, del riequilibrio economico e finanziario.

La programmazione regionale ha individuato, pertanto, i livelli assistenziali inerenti l'attività sanitaria a cui devono concorrere gli erogatori privati accreditati, con i quali il Committente stipula contratti per l'acquisto di prestazioni necessarie a garantire i livelli essenziali di assistenza.

Con l'applicazione delle riduzioni stabilite dall'art. 15, comma 14, del D.L. n. 95/2012, convertito in legge n. 135/2012, nonché dall' art. 9 *quater*, comma 7, del Decreto Legge 19 giugno 2015, n. 78, coordinato con la legge di conversione 6 agosto 2015 , n. 125, sono stati determinati i limiti massimi di spesa relativi all'anno 2015 per l'acquisto, dalle strutture private accreditate, di prestazioni sanitarie. In particolare:

- il DCA n. 79 del 30/11/2015 con riferimento alle prestazioni di assistenza in regime di ricovero ospedaliero e prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- il DCA n. 83 del 21/12/2015 con riferimento alle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla riabilitazione ex art. 26, legge n. 833/78.

Con il successivo DCA n. 8 del 2/02/2016 sono stati prorogati per l'anno 2016, i contratti 2015 per l'acquisto di prestazioni sanitarie dalle strutture private accreditate, operanti per conto del SSR, alle medesime condizioni e nei limiti di quanto previsto nei contratti già sottoscritti.

Con riferimento all'anno 2016, il DCA n.63 del 23/11/2016 determinava i limiti massimi di spesa per l'acquisto, dalle strutture private accreditate, di prestazioni di assistenza in regime di ricovero ospedaliero, prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla riabilitazione ex. Art. 26, legge 883/78.

Con riferimento agli anni 2016 – 2017 - 2018, il DCA n. 37 del 28/06/2017 ha determinato i limiti massimi di spesa per l'acquisto, dalle strutture private accreditate, di prestazioni di assistenza in regime di ricovero ospedaliero, prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e prestazioni di assistenza

sanitaria afferenti alla riabilitazione ex art. 26, legge n. 833/78.

Il DCA n. 37 del 28/06/2017 nel determinare i limiti massimi di spesa per il periodo 2016/2018, ha tenuto conto delle previsioni della L. 208/2015 (legge di stabilità 2016) ed, in particolare, dell' art.1 , comma 574, lett. b), modificando l' articolo 15, comma 14, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, prevedendo che: *“A decorrere dall'anno 2016, in considerazione del processo di riorganizzazione del settore ospedaliero privato accreditato in attuazione di quanto previsto dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, al fine di valorizzare il ruolo dell'alta specialità all'interno del territorio nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché di prestazioni erogate da parte degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza ricomprese negli accordi per la compensazione della mobilità interregionale di cui all'articolo 9 del Patto per la salute sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano con intesa del 10 luglio 2014 (atto rep. 82/CSR), e negli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 19 del Patto per la salute sancito con intesa del 3 dicembre 2009, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010, in deroga ai limiti previsti dal primo periodo.”;*

La Struttura Commissariale ha adottato specifici provvedimenti in materia di accreditamento istituzionale:

- DCA n. 4 del 31 gennaio 2017 – *“L.R. 18/2008 e ss.mm. e ii. "Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private". "Manuale di Autorizzazione", Manuale di Accreditamento" e Manuale delle Procedure". Approvazione.”*
- DCA n. 27 del 13 aprile 2017- DCA n. 4 del 31.01-2017 *"L.R. 18/2008 e ss.mm. e ii. "Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private". "Manuale di Autorizzazione", "Manuale di Accreditamento" e "Manuale delle Procedure". Approvazione". Provvedimenti.*

Con il DCA n. 11 del 20 febbraio 2017 avente ad oggetto *“Programma Operativo Straordinario 2015-2018. Programma 11 "Riequilibrio Ospedale Territorio". Intervento 11.3 "Riorganizzazione della Rete Territoriale". - Azione 11.3.8 "La Rete dei Laboratori". Provvedimenti”* si è proceduto alla riorganizzazione della rete dei laboratori.

Il Programma Operativo Straordinario 2015-2018 rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale.

La programmazione regionale generale stabilisce che, ferma restando l'attività assistenziale esercitata per conto del Servizio sanitario nazionale, che viene annualmente definita dalla regione con la fissazione dei volumi di attività ed i tetti di remunerazione per prestazioni e funzioni da indicarsi negli appositi accordi contrattuali annuali, le strutture private sono accreditate, in base alla programmazione regionale che può prevedere, altresì, per le stesse compiti complementari e di integrazione all'interno del Sistema Sanitario regionale. In tale contesto le Strutture private accreditate partecipano direttamente alla garanzia di equilibrio del complessivo assetto strutturale sanitario della regione contribuendo, pertanto, anche al recupero della mobilità passiva del Molise.

I limiti di spesa del SSR, sia riferiti ai pazienti molisani, sia riferiti ai pazienti residenti in altre Regioni italiane e agli stranieri sono ugualmente invalicabili, in quanto il contratto è strumento di programmazione della complessiva offerta del SSN. E' fatto salvo il diritto dell'erogatore a vedersi riconosciute le prestazioni erogate per gli anni 2015-2016-2017-2018 in favore di pazienti residenti in altre regioni italiane oltre il budget di spesa stabilito, nel momento in cui interverrà il riconoscimento e rimborso della relativa quota di mobilità di tali prestazioni in sede di compensazione interregionale ai sensi della normativa vigente in materia. Resta garantito il diritto dell'Erogatore di partecipare al procedimento della compensazione interregionale.

Le parti danno atto che la Regione Molise procederà alla stipula degli accordi bilaterali fra le Regioni che il Patto per la salute 2014-2016 (Intesa Stato Regioni e Province autonome 10 luglio 2014, n. 82/CSR, art. 9, comma 3) ha reso obbligatori e che secondo l'articolo 1, comma 576, della Legge di Stabilità 2016 (L. 208/2015) avrebbero dovuto essere obbligatoriamente conclusi entro il 31 dicembre 2016.

Le tariffe vigenti per la remunerazione delle prestazioni oggetto del presente contratto sono quelle approvate, rispettivamente, con:

- DCA n. 19 del 27 giugno 2013 (*"Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di ricovero ospedaliero"* e s.m.i.);
- DCA n. 31 del 08 giugno 2015 (*"Nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale della Regione Molise"*);
- DCA n. 51 del 07 agosto 2015 (*"Prestazioni sanitarie di chemioterapia. Farmaci oncologici ad elevato costo. Provvedimenti"*);
- DCA n. 35 del 16 ottobre 2014 e s.m.i. (*"Istituzione e regolamentazione della "Chirurgia Ambulatoriale" (Branca 80)"*);
- DCA n. 70 del 9 dicembre 2016 (*"Strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera - Classificazione dei Nuclei erogativi e relative tariffe di riferimento regionale per servizi residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili. Revoca DCA n. 30/2016 "Residenza Sanitaria Assistita per disabili (RSD) - Approvazione tariffe - Individuazione della quota di compartecipazione a carico dell'utente/Comune di residenza (All. C1 del DPCM 29/11/2001 - "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza")", DCA n. 31/2016 "Presidi di riabilitazione extraospedaliera (già Centri e Istituti di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78) - Adeguamento rette - Individuazione della quota di compartecipazione a carico dell'utente/Comune di residenza - All. C1 del DPCM 29/11/2001 - "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"" e DCA n. 54/2016 "DCA n. 31/2016 "Presidi di riabilitazione extraospedaliera (già Centri e Istituti di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78) - Adeguamento rette - Individuazione della quota di compartecipazione a carico dell'utente / Comune di residenza - all. C1 del DPCM 29/11/2001" - "Definizione dei livelli Essenziali di Assistenza"". Modifiche ed integrazioni. "Provvedimenti.".*

L'accreditamento istituzionale dell'Erogatore è stato concesso con DCA n. [.....] del [..../..../.....]. La Regione si riserva di attivare un nuovo procedimento di accreditamento istituzionale così come previsto dal P.O. Straordinario 2015-2018 recepito con DCA n. 52/2016.

Per la codifica delle attività, l'Erogatore si conformerà ai modelli di rilevazione previsti dall'NSIS, tra cui i modelli HSP, STS e RIA, per il sistema informativo sanitario regionale e nazionale.

[per le strutture di ricovero] L'Erogatore è classificato, per livello di complessità della struttura ai fini tariffari nella Fascia "A".

L'Erogatore ha dichiarato il pieno possesso dei requisiti relativi alla capacità generale a stipulare contratti con la Pubblica Amministrazione previsti dalla normativa vigente e i requisiti di cui alla legge regionale n. 18 del 24 giugno 2008 e successive modificazioni ed integrazioni.

La Regione, qualora non ritenga sufficienti le giustificazioni addotte per la mancata sottoscrizione del presente contratto da parte dell'Erogatore, valuterà la possibilità di procedere alla sospensione dell'Accreditamento Istituzionale fino alla stipula del contratto.

La Regione si riserva di procedere in ogni momento alle verifiche sul possesso da parte dell'Erogatore dei suddetti requisiti, **anche in considerazione della progressiva attuazione del processo di rimodulazione dell'offerta sanitaria secondo la programmazione regionale in materia.**

Tanto ritenuto e premesso, le Parti, come in epigrafe rappresentate e domiciliate,

CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE

Art. 1 (*Valore giuridico delle premesse e degli allegati*)

1. Le premesse di cui sopra e gli atti richiamati nelle premesse e nella restante parte del presente atto, ancorché non materialmente allegati, costituiscono parte integrante e sostanziale del presente contratto.
2. Forma altresì parte integrante e sostanziale del presente contratto il seguente allegato Tabella [A];

Art. 2 (*Oggetto del contratto*)

1. Con il presente contratto le parti disciplinano i rapporti intercorrenti tra il Committente e l'Erogatore, ai sensi dell'art. 8-*quinquies* del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., per l'esecuzione, da parte di quest'ultimo, di una o più delle seguenti tipologie di prestazioni, a fronte del corrispettivo preventivato per le seguenti tipologie e *setting* assistenziali:

- Assistenza ospedaliera in regime di ricovero ordinario (R.O.) o diurno (Day Hospital – DH; Day Surgery – DS) – Riabilitazione Ospedaliera - (DRG);
- Assistenza di medicina specialistica ambulatoriale - (APG);

- Day Service / chirurgia ambulatoriale complessa;
- Assistenza Riabilitativa ex art.26 L.833/78;
- Funzioni assistenziali remunerate secondo valore globale predefinito, a norma dell'art. 8-sexies, comma 1, 1 bis e 2 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.

Budget di spesa annuo 2016/2018 (valori in €)			
Tipologia di Prestazione	Regionali	Extraregionali	Totale
Prestazioni di Assistenza Ospedaliera			
Prestazioni di Assistenza Ospedaliera integrative			
Totale Prestazioni Ospedaliere			
Prestazioni di Assistenza Ambulatoriale			
Totale complessivo			

Art. 3 (Durata e decorrenza del contratto)

1. Il Contratto ha validità per il periodo 2016 - 2018, con decorrenza dal 1° gennaio 2016, fatte salve diverse disposizioni di legge e fatti salvi gli effetti prodotti.
2. Il presente Contratto potrà essere prorogato per una sola volta, agli stessi patti e condizioni, nelle more della stipulazione dell'eventuale successivo contratto esclusivamente mediante autorizzazione scritta dell'organo competente. Qualora la proroga non dovesse intervenire entro la scadenza del contratto lo stesso dovrà intendersi temporaneamente prorogato.

Art. 4 (Tipologia e volumi delle prestazioni)

1. Il Committente, nell'esercizio della sua potestà programmatica, acquista dall'Erogatore le prestazioni descritte nella **tabella [A] allegata, che con l'applicazione delle tariffe vigenti**, al momento della sottoscrizione del presente contratto, richiamate in premessa, uniche per i pazienti residenti in Molise e per pazienti di diversa residenza, per la fascia di appartenenza dell'Erogatore, **determinano il valore del contratto (budget)** articolato per l'Assistenza Ospedaliera nelle "Aree accreditate omogenee" (Area); l'articolazione in Aree accreditate omogenee decorreranno dal 1 gennaio 2018. Per la Medicina Specialistica Ambulatoriale il budget, inclusa la compartecipazione del cittadino alla spesa (ticket), è modulato per pazienti residenti in Molise e per pazienti di diversa residenza.
2. Il riconoscimento del Budget per il periodo 2016-2017-2018, da parte della Regione Molise, è condizionato all'accettazione da parte dell' Erogatore delle seguenti prescrizioni:
 - a) Trasmissione delle Note di Credito per la fatturazione delle prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale erogate nell'anno 2015, per i regionali eccedenti i tetti di spesa previsti dal DCA n. 79/2015.
 - b) Trasmissione delle Note di Credito, per la fatturazione delle prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale erogate nell'anno 2016, per i regionali. I

controlli e gli eventuali abbattimenti per l'anno 2016 saranno effettuati in riferimento all'intera produzione e non all'importo fatturato.

c) E' fatto salvo il diritto dell'erogatore a vedersi riconosciute le prestazioni erogate per gli anni 2015-2016-2017-2018 in favore di pazienti residenti in altre regioni italiane oltre il budget di spesa stabilito, nel momento in cui interverrà il riconoscimento e rimborso della relativa quota di mobilità di tali prestazioni in sede di compensazione interregionale ai sensi della normativa vigente in materia.

3. Per la Medicina Specialistica Ambulatoriale la quota ricetta nazionale ex art. 17, comma 6, del decreto legge n. 98 del 6 luglio 2011 e la quota ricetta regionale di cui alla Delibera di Giunta Regionale n. 282 del 20/3/2009 corrisposte dal cittadino direttamente al Centro Erogatore costituiscono anticipazione sul budget attribuito, per le prestazioni di medicina specialistica ambulatoriale.

4. Fermo restando il valore complessivo del contratto, di cui al comma 1 del presente articolo, si conviene che, in ragione della ordinaria flessibilità della domanda, i valori per area possono essere modulati entro il seguente limite: le prestazioni di assistenza in regime di ricovero ospedaliero, possono essere modulate tra le diverse aree previste, nell'intervallo del 25% (venticinque per cento) in aumento o in diminuzione.

5. Con riferimento alla chirurgia ambulatoriale, al fine di promuovere il passaggio dal ricovero all'assistenza in regime ambulatoriale, le prestazioni possono essere incrementate esclusivamente a fronte di equivalente riduzione di volumi di attività e di spesa dei ricoveri.

6. Non sono in ogni caso ammesse compensazioni tra il *setting* assistenziale ospedaliero e quello ambulatoriale, nonché tra il budget fissato per le prestazioni rese ai residenti in Molise e quello relativo a prestazioni rese ai non residenti. Fermo restando quanto previsto per la chirurgia ambulatoriale complessa.

8. Per i Farmaci per i quali l'erogatore risulta essere centro proscrittore e/o somministratore si rinvia ad un successivo Decreto Commissariale.

9. L' Erogatore è tenuto ad avvisare l'utenza circa la non rimborsabilità a carico dell' SSR delle ulteriori prestazioni eccedenti i limiti massimi di spesa fissati, rifiutando l'erogazione delle prestazioni o sopportandone i costi, salvo quelle oggettivamente indifferibili, dalla cui mancata somministrazione possano derivare gravi e irreparabili danni all'utente che le richiede. Per quest'ultime la rimborsabilità resta comunque a carico del SSR.

10. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2°, lett. e-bis), del D.Lgs. 502/92, in caso di incremento dei volumi delle prestazioni a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni remunerate si intenderà rideterminato nella misura necessaria al mantenimento del budget di cui al comma 1, fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato.

Art. 5 (*Modalità di esecuzione delle prestazioni*)

1. Le prestazioni oggetto del presente contratto saranno erogate nel rispetto della normativa vigente a livello nazionale e regionale, e in ogni caso, nel rispetto dei requisiti di accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale. Eventuali periodi di interruzione o riduzione dell'erogazione delle prestazioni dovranno essere preventivamente concordati con il Committente.

2. L'Erogatore garantisce il possesso continuativo, per tutta la durata contrattuale, delle necessarie capacità tecniche, finanziarie ed organizzative per l'esecuzione delle prestazioni e si impegna ad eseguire le prestazioni richieste nel pieno rispetto dei seguenti **standard qualitativi e quantitativi**:

- a - [per le strutture di ricovero] rispetto della capacità lavorativa massima (C.L.M.) per area/disciplina;
 - b - [per le strutture di ricovero] rispetto della occupazione giornaliera media (OGM) dei posti letto accreditati per area/disciplina nel rispetto del valore relativo alla capacità lavorativa massima (in mancanza di posti letto aggiuntivi autorizzati, per determinare il valore massimo della capacità produttiva si terrà conto anche dei ricoveri di pazienti paganti in proprio);
 - c - le SDO dei ricoveri per pazienti solventi (onere degenza 4) devono essere immesse nel sistema Grouper e devono riportare importo € 0,00; idem le SDO dei pazienti semi-solventi devono essere immesse nel sistema Grouper ed il valore deve corrispondere al 50% della tariffa del corrispettivo DRG;
 - d - [per le strutture di ricovero] regime assistenziale per i 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza come previsto dall'Accordo Stato Regioni n. 243/CSR del 3 dicembre 2009 con rispetto delle soglie di ammissibilità come da D.C.A. 19/2013; ovvero soglia di erogazione massima in R.O. del 20% rispetto al totale erogato;
 - e - mantenimento dei requisiti di accreditamento relativi alle dotazioni di personale, per numero, profilo e qualificazione professionale;
 - f - rispetto della normativa vigente in materia di incompatibilità e dotazioni strumentali, delle procedure operative, con particolare riferimento a quelle inerenti la vigilanza e il controllo da parte del Committente sulle attività dei professionisti sanitari della struttura, nonché delle condizioni organizzative che hanno consentito l'accreditamento dell'Erogatore, che la Regione potrà verificare anche mediante accessi ispettivi diretti o delegati alle competenti strutture dell'A.S.Re.M.
3. Nel corso dell'esecuzione delle prestazioni oggetto del presente contratto, l'Erogatore è tenuto a porre in essere i seguenti adempimenti:
- a - [per le strutture di ricovero] immettere nel sistema informatico del SSR e del SSN la Scheda di assistenza ospedaliera (SAO) al momento del ricovero di ciascun paziente e la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) nella data di dimissione e, relativamente alle prestazioni di day service, alla immissione della scheda di chirurgia ambulatoriale complessa (SCAC) nel sistema regionale sanitario;
 - b - usare i codici delle diagnosi, degli interventi/procedure relativi alle prestazioni praticate secondo la ICD-9-CM 2007, e del decreto ministeriale 18 dicembre 2008;
 - c - inserire nel sistema Tessera sanitaria delle prestazioni di medicina specialistica ambulatoriale le prestazioni stesse (APG);
 - d - [per le strutture di ricovero] partecipare allo svolgimento delle attività di emergenza-urgenza nei limiti dei posti letto contrattualizzati remunerate secondo quanto previsto nell'allegato "A" al presente contratto;
 - e - per le prestazioni ambulatoriali, collegare tempestivamente il proprio centro prenotazioni al Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale gestito dell'A.S.Re.M., dalla data della sua attivazione, al fine di garantire la trasparenza, l'immediata disponibilità e l'accessibilità dei cittadini alle

- prestazioni e per semplificare la gestione delle liste di attesa; l'Erogatore s'impegna a conferire al Committente l'accesso alle agende di prenotazione delle prestazioni;
- f- l'Erogatore, per reciprocità, dovrà consentire ai cittadini di effettuare prenotazioni, presso altre strutture pubbliche o private del SSR collegate in rete, di prestazioni a carico del SSR non erogabili dalla sua struttura per qualsiasi causa, inclusa il vincolo del tetto complessivo di spesa.
4. Le Parti si obbligano a cooperare in buona fede ai fini del miglior esito delle prestazioni contrattuali, comunicandosi reciprocamente, anticipatamente e tempestivamente ogni evento di natura soggettiva e/o oggettiva che possa ritardare, compromettere o ostacolare del tutto le prestazioni di cui al presente contratto.
5. L'Erogatore assume la responsabilità per danni diretti e/o indiretti subiti dal Committente e/o terzi che trovino causa o occasione nelle prestazioni oggetto del presente contratto, e nella mancata o ritardata esecuzione a regola d'arte delle stesse.
6. Nel corso dell'esecuzione delle prestazioni oggetto del presente contratto, l'Erogatore dovrà manlevare e tenere indenne il Committente dalle eventuali pretese, sia giudiziarie che stragiudiziali, che soggetti terzi dovessero avanzare verso il Committente medesimo per cause riconducibili alle attività dell'Erogatore.

Art. 6 (Modalità di pagamento dei corrispettivi)

1. Ai fini della remunerazione, l'Erogatore emetterà apposite fatture relative alla produzione erogata con cadenza mensile con indicazione dettagliata della produzione ovvero mediante allegati riepilogativi.
2. Dovranno essere emesse fatture distinte per le prestazioni rese in favore di pazienti residenti nella regione Molise e per le prestazioni rese in favore di pazienti provenienti da altre Regioni italiane (in quest' ultima rientrano anche le prestazioni rese in favore di cittadini stranieri).
3. Le fatture delle prestazioni di Medicina Specialistica Ambulatoriale dovranno recare l'indicazione dell'importo delle prestazioni al lordo della compartecipazione alla spesa da parte del cittadino assistito, nonché dell'importo della predetta compartecipazione trattenuto dall'Erogatore quale acconto sul pagamento.
4. Gli importi fatturati dovranno essere riferiti senza eccezioni, a pena del loro disconoscimento da parte della Regione/A.S.Re.M., alle sole discipline accreditate secondo le modalità previste dal presente contratto.
5. *[per le strutture di ricovero]* La fattura relativa alle prestazioni di ricovero dovrà essere emessa dall'Erogatore non prima della data di chiusura dell'archivio SDO mensile.
6. Ciascuna fattura dovrà essere trasmessa in formato elettronico, nel rispetto di quanto previsto dal D.M. del Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 55/13 e relativi allegati e secondo le indicazioni specifiche che saranno fornite dal Committente.
7. Per i ricoveri ospedalieri l'importo mensile della fattura dovrà corrispondere al valore della produzione come da elaborazione del DRG-Grouper [Mod. SDO 830].
8. Il pagamento delle prestazioni erogate nel limite invalicabile del budget annuale avverrà entro i termini previsti dal D.Lgs. n. 231/02, come modificato dal D.Lgs. n. 192/12, comunque senza il riconoscimento di eventuali interessi di mora, ed è così regolato:

- a - erogazione di acconti bimestrali pari al 95% (novantacinque per cento) del minor importo tra i dodicesimi cumulati del budget e la produzione fatturata/prodotta di periodo entro i 60 giorni successivi alla data di presentazione della relativa fattura;
 - b - erogazione del saldo delle prestazioni, sempre entro il limite invalicabile del budget annuale, entro 60 giorni dal termine delle procedure di verifica da eseguirsi entro il primo semestre dell'anno successivo;
 - c - la fattura delle prestazioni di ricovero deve essere emessa dall'Erogatore non prima della data di chiusura dell'archivio SDO (per esempio: gennaio, chiusura 15 marzo e, quindi a seguire per i mesi successivi).
9. Il pagamento degli acconti e del saldo sarà in ogni caso subordinato:
- a - alla presentazione di un prospetto sintetico e riepilogativo delle prestazioni erogate per tipologia di prestazione e disciplina, con i relativi valori numerici ed economici, suddivise tra prestazioni erogate in favore di pazienti residenti nella Regione Molise, pazienti residenti fuori dalla Regione Molise, in Italia e all'Estero. Tale prospetto dovrà essere accompagnato da una nota riepilogativa in duplice copia, di cui una deve essere trattenuta dall'Erogatore come attestato di avvenuta consegna al Committente;
 - b - alla verifica di regolarità contributiva tramite acquisizione d'ufficio del D.U.R.C. dell'Erogatore (art. 31 del d.l. 69/2013, conv. in l. n. 98/2013).
10. In caso di esito negativo dei controlli, il Committente potrà pretendere la restituzione, in tutto o in parte, di quanto già anticipato all'Erogatore.
11. Secondo quanto previsto dal DCA n. 37 del 28/06/2017 (*Tetti di spesa 2016-2017-2018*), la remunerabilità per le prestazioni sanitarie di assistenza riconosciute ai sensi della Legge di Stabilità 2016, erogate in favore dei Residenti di altre Regioni italiane oltre il tetto di spesa di cui all'art. 2, potrà avvenire, senza interessi ed altri oneri a carico della Regione Molise nel momento in cui interverrà il riconoscimento e rimborso della relativa quota di mobilità di tali prestazioni in sede di compensazione interregionale ai sensi della normativa vigente in materia. La Committente assume l'obbligo di certificazione delle *fatture emesse dall'erogatore* in attuazione del presente contratto, ovvero di procedere con motivazione scritta alla comunicazione della mancata certificazione all'Erogatore entro e non oltre 60 giorni dall'emissione della fattura.

Art. 7 (Obblighi informativi dell'Erogatore)

1. L'Erogatore è tenuto ad assolvere i seguenti obblighi informativi:
- a - Comunicare al Committente, entro 5 giorni, eventuali sospensioni nell'esecuzione delle prestazioni di cui al presente contratto determinate da cause di forza maggiore, specificando le prestazioni rispetto alle quali l'esecuzione non sia possibile e descrivendo nel dettaglio l'evento di forza maggiore;
 - b - consentire al Committente in qualsiasi momento e/o in sede di controlli e sopralluoghi, di acquisire, anche attraverso strumenti informatici, elementi utili alla verifica della corretta osservanza da parte dell'erogatore della normativa vigente;
 - c - trasmettere tempestivamente al Committente l'attestazione dell'avvenuto invio, entro i termini previsti dalla normativa vigente, al Ministero dell'Economia e Finanze attraverso il sistema "Tessera Sanitaria", dei dati di

cui all'art. 50 del D.L. 30.09.2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla Legge n. 326/2003;

- d - *[per le strutture di ricovero]* predisporre idonee forme di registrazione delle richieste di ricovero con indicazione della data di prenotazione, del numero di ricetta, del soggetto che ha effettuato la prescrizione, delle generalità dell'assistito, del relativo codice fiscale, della zona di residenza, del tipo di prestazione richiesta e della data prevista per la relativa esecuzione;
 - e - *[per le strutture di ricovero]* mettere tali registrazioni a disposizione del Committente e di chiunque ne abbia interesse, salvo quanto previsto dal successivo art. 13;
 - f - *[per le strutture di ricovero]* trasmettere, con le modalità telematiche che saranno indicate dal Committente, a quest'ultimo e a "Molise Dati" (gestore del DRG Grouper e del CUP per le prestazioni APG), le informazioni di cui alle suddette registrazioni.
2. L'Erogatore dovrà in ogni caso garantire l'adempimento di tutti gli obblighi informativi previsti nel DCA n. 3 del 1 febbraio 2010 e s.m.i. (con riferimento alle prestazioni di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica ambulatoriale) e nel DCA n. 35 del 16 ottobre 2014 e s.m.i. (con riferimento alle prestazioni di chirurgia ambulatoriale), nonché l'assolvimento del debito informativo di cui all'art. 8-*octies* del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., e ai relativi provvedimenti di attuazione del medesimo.
3. L'Erogatore si impegnerà ad applicare quanto disposto dal Decreto Ministeriale n. 70/2015.

Art. 8 (Procedure di controllo sulle prestazioni rese)

1. Il Committente svolgerà appositi controlli di natura tecnico-sanitaria e in merito all'appropriatezza clinico-diagnostica e procedurale-gestionale delle prestazioni sanitarie rese dall'Erogatore.
2. I suddetti controlli saranno svolti sulla base degli indicatori utilizzati dal Ministero della Salute – SIVEAS per la valutazione della *performance* del sistema sanitario italiano, nonché:
 - a - con riferimento alle prestazioni di **assistenza in regime di ricovero ospedaliero** e di **assistenza specialistica ambulatoriale**, sulla base delle procedure delineate dal DCA n. 3 del 1 febbraio 2010 e s.m.i.. I riferimenti normativi indicati nel suddetto decreto, si intendono aggiornati con quelli vigenti alla data di sottoscrizione del presente contratto;
 - b - con riferimento alle prestazioni di **chirurgia ambulatoriale**, sulla base delle indicazioni contenute nei DD.CC. AA nn. 35/14 e n. 18/15;
 - c - con riferimento alle prestazioni di **Riabilitazione ex art. 26**, sulla base della normativa nazionale e regionale vigente in materia.
3. Sarà facoltà del Committente procedere in qualunque momento alla verifica dell'appropriatezza delle prestazioni, mediante gli organi competenti.
A tal fine, l'Erogatore acconsente sin d'ora alle verifiche che si rendessero necessarie, anche senza preavviso, e sarà tenuto a prestare la propria collaborazione nel corso delle medesime.
4. Qualora, a seguito dei suddetti controlli, emergano difformità nell'erogazione delle prestazioni rispetto a quanto previsto nel presente contratto e dalla normativa vigente, il Committente potrà trasmettere apposita contestazione all'Erogatore, il quale sarà tenuto a porre fine all'inadempimento entro 15 giorni, pena la risoluzione del contratto.

5. Il pagamento del saldo avverrà dopo l'effettuazione delle procedure di controllo sulle prestazioni rese e all'esito positivo delle stesse, nei limiti stabiliti dalle norme regolamentari vigenti ed applicabili in materia, eseguite di norma entro sei mesi dalla chiusura dell'esercizio contabile della Struttura.
6. Eventuali indebiti potranno essere ripetuti al Committente anche tramite trattenute/compensazioni, dettagliate in fatture successive.
7. Il Committente potrà in ogni caso chiedere, a fini statistico-epidemiologici, informazioni sulle maggiori prestazioni eventualmente eseguite dall'Erogatore oltre i limiti fissati dal presente contratto.
8. I riferimenti ai provvedimenti di cui al comma 2 saranno oggetto di adeguamento in caso di nuova regolamentazione sopravvenuta.

Art. 9 (*Divieto di cessione del contratto*)

1. E' fatto divieto all'Erogatore di cedere in tutto o in parte il presente contratto.
2. E' fatto, altresì, divieto all'Erogatore il subaffidamento delle prestazioni da erogare, salva specifica autorizzazione del Committente.

Art. 10 (*Cessione dei crediti*)

1. Ai fini dell'opponibilità al Committente, le cessioni di credito devono essere stipulate mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata e devono essere notificate a quest'ultimo.
2. Le cessioni di credito sono efficaci e opponibili al Committente qualora questo non le rifiuti con comunicazione da notificarsi al cedente e al cessionario entro 30 (trenta) giorni dalla notifica della cessione.
3. In ogni caso il Committente cui è stata notificata la cessione può opporre al cessionario tutte le eccezioni opponibili al cedente in base al presente contratto.

Art. 11 (*Sospensione e risoluzione del contratto*)

1. Il presente Contratto si risolverà immediatamente di diritto, nelle forme e secondo le modalità previste dall'art. 1456 c.c., nei seguenti casi:
 - a - revoca dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento;
 - b - mancata tempestiva comunicazione, da parte dell'Erogatore al Committente, di eventi che possano comportare in astratto, o comportino in concreto la perdita della capacità generale a contrattare con la Pubblica Amministrazione, ai sensi delle norme che disciplinano tale capacità generale, nonché dei requisiti di accreditamento necessari per lo svolgimento delle prestazioni di cui al presente contratto;
 - c - violazione del requisito di correttezza e regolarità contributiva, fiscale e retributiva da parte dell'Erogatore;
 - d - violazione delle norme in tema di sicurezza del lavoro e trattamento retributivo dei lavoratori dipendenti;
 - e - violazione dell'obbligo di segretezza su tutti i dati, le informazioni e le notizie comunque acquisite dall'Erogatore nel corso o in occasione dell'esecuzione delle prestazioni di cui al presente contratto;
 - f - cessione parziale o totale del contratto da parte dell'Erogatore;

- g - mancata cessazione dell'inadempimento e/o mancato ripristino della regolarità delle prestazioni entro il termine di 15 giorni dalla contestazione intimata dal Committente;
 - h - gravi inadempimenti di natura assistenziale;
 - i - gravi violazioni del debito informativo, nell'ambito dell'attività di monitoraggio di cui all'art. 8-*octies*, co. 2°, lett. e), del D.Lgs. 502/1992;
 - j - violazione del divieto di subaffidamento delle prestazioni da erogare.
2. 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 qualora venga riscontrata, altresì, la responsabilità amministrativa dell'impresa ai sensi del D.lgs n. 231/01.
 3. 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;
 4. 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;
 5. In tutte le ipotesi di sospensione di cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese dalla struttura non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti del Committente.
 6. I periodi di sospensione determineranno il mancato riconoscimento di una quota del budget annuo corrispondente in dodicesimi alla durata della sospensione stessa.
 7. Al verificarsi di una delle cause di risoluzione sopraelencate, il Committente comunicherà all'Erogatore la propria volontà di avvalersi della risoluzione, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 c.c..
 8. Resta salvo il diritto al risarcimento dei danni eventualmente subiti dal Committente.
 9. Nel caso di risoluzione, l'Erogatore ha diritto soltanto al pagamento delle prestazioni regolarmente eseguite, decurtato degli oneri aggiuntivi derivanti dallo scioglimento del Contratto.

Art. 12 (*Clausola di salvaguardia*)

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la struttura accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto.
2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati *sub* comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili.
3. In caso di emanazione di norme legislative incidenti sul contenuto del contratto stipulato, lo stesso deve ritenersi automaticamente modificato ed integrato, fatti salvi gli effetti prodotti.

Art. 13 (*Trattamento dei dati personali e riservatezza delle informazioni*)

1. Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i. («Codice in materia di Protezione dei Dati Personali»), in relazione ai dati personali il cui conferimento è richiesto ai fini della stipulazione del presente contratto e dell'esecuzione delle prestazioni, si precisa che:

- a - titolare del trattamento è la [Regione/A.S.Re.M.]. Incaricato del trattamento è il Dott. [...];
- b - il trattamento dei dati avviene ai soli fini della stipulazione del contratto e dell'esecuzione delle prestazioni, e per i procedimenti amministrativi e giurisdizionali conseguenti, nel rispetto del segreto aziendale e industriale;
- c - il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni, o del complesso di operazioni, di cui all'art. 4, comma 1, lettera a), del Decreto Legislativo n. 196/03 e s.m.i., con o senza l'ausilio di strumenti elettronici o automatizzati, e comunque mediante procedure idonee a garantirne la riservatezza, poste in essere dagli incaricati al trattamento di dati personali a ciò autorizzati dal titolare del trattamento;
- d - i dati personali conferiti, anche giudiziari, il cui trattamento è autorizzato, sono gestiti in misura non eccedente e comunque pertinente ai fini dell'attività sopra indicata;
- e - i dati possono essere portati a conoscenza degli incaricati autorizzati dal titolare, possono essere comunicati ai soggetti verso i quali la comunicazione sia obbligatoria per legge o regolamento, o a soggetti verso i quali la comunicazione sia necessaria in caso di contenzioso;
- f - i dati non verranno diffusi, salvo quelli per i quali la pubblicazione sia obbligatoria per legge;
- g - l'interessato che abbia conferito dati personali può esercitare i diritti di cui all'art. 7 del predetto Decreto Legislativo n. 196/03 e s.m.i..

2. L'Erogatore è consapevole che l'esecuzione delle prestazioni potrebbe comportare la conoscenza di dati e informazioni sensibili e/o riservate di titolarità del Committente o dell'utenza pubblica che fruisce delle prestazioni medesime. L'Erogatore si impegna a mantenere il massimo riserbo e segreto sui dati e le informazioni di cui dovesse venire a conoscenza per effetto o semplicemente in occasione dell'esecuzione delle prestazioni, a non divulgarli in qualsiasi modo o forma e a non farne oggetto di utilizzazione a qualsiasi titolo per scopi diversi da quelli strettamente necessari per l'esecuzione delle prestazioni oggetto del presente contratto.

3. L'Erogatore si obbliga a rispettare le disposizioni del D.Lgs. 196/03 e s.m.i. e nei successivi provvedimenti regolamentari ed attuativi, ad adottare tutte le misure di salvaguardia prescritte e ad introdurre quelle altre che il Garante della Privacy dovesse disporre. Si impegna, altresì, a rispettare nel tempo tutta la normativa emessa dal Committente, anche laddove risulti maggiormente restrittiva e vincolante.

4. L'Erogatore sarà responsabile per l'esatta osservanza di tali obblighi di riservatezza e segreto da parte dei propri dipendenti, consulenti e collaboratori.

Art. 14 (*Spese*)

1. Sono a totale ed esclusivo carico dell'Erogatore le spese per la stipulazione del presente contratto ed ogni relativo onere fiscale correlato, fatto salvo quanto previsto dal seguente comma.
2. Il presente contratto è soggetto a registrazione in caso d'uso ai sensi del T.U. dell'imposta di registro approvato con D.P.R. n. 131/1986.

Art. 15 (*Foro competente*)

1. Per qualunque controversia inerente alla validità, interpretazione, esecuzione e risoluzione del presente contratto, sarà esclusivamente competente il Foro di Campobasso, con esclusione di qualunque altro Foro eventualmente concorrente.

Art. 16 (*Normativa di riferimento*)

1. Le parti si danno reciprocamente atto, che il presente contratto viene concluso in attuazione della normativa Nazionale e Regionale vigente.
2. L'Erogatore riconosce e prende atto che l'esecuzione della prestazione è subordinata all'integrale ed assoluto rispetto della normativa vigente nelle materie oggetto del presente contratto.
3. L'Erogatore assume espressamente l'obbligo di comunicare immediatamente al Committente - pena la risoluzione di diritto del presente contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c. - ogni variazione rispetto a quanto previsto al comma precedente.
4. L'Erogatore prende atto che il Committente si riserva la facoltà, durante l'esecuzione del presente contratto, di verificare, in ogni momento, la permanenza di tutti i requisiti di legge in capo al medesimo, al fine di accertare l'insussistenza degli elementi ostativi alla prosecuzione del presente rapporto contrattuale ed ogni altra circostanza necessaria per la legittima acquisizione delle prestazioni.
5. L'Erogatore dichiara e garantisce l'osservanza per l'intera durata del contratto di tutte le prescrizioni normative e contrattuali in materia di retribuzione, contributi assicurativi e previdenziali, assicurazioni, infortuni, nonché in tema di adempimenti, prestazioni ed obbligazioni inerenti al rapporto di lavoro del proprio personale, secondo la normativa e i contratti di categoria in vigore, sia nazionali che di zona, stipulati tra le parti sociali comparativamente più rappresentative, e successive modifiche e integrazioni.
6. L'Erogatore dichiara e garantisce che, nell'ambito della propria organizzazione e nella gestione a proprio rischio delle prestazioni oggetto del presente contratto, si atterrà a tutte le prescrizioni vigenti in materia di sicurezza del lavoro, con particolare riferimento agli obblighi posti a suo carico ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 81/08 e s.m.i..

Art. 17 (*Disposizioni finali*)

1. Il presente Contratto e i suoi allegati costituiscono l'integrale manifestazione di volontà negoziale delle Parti. L'eventuale invalidità o inefficacia di una delle clausole del presente contratto sarà confinata alla sola clausola invalida o inefficace, e non comporterà l'invalidità o l'inefficacia del contratto.
2. Sarà considerata come non apposta qualunque clausola di riserva inserita dall'Erogatore al momento della sottoscrizione del presente contratto o comunicata in data successiva alla sottoscrizione medesima.

3. Eventuali omissioni o ritardi delle Parti nel pretendere l'adempimento di una prestazione cui abbiano diritto non costituiranno rinuncia al diritto a conseguire la prestazione stessa.
4. L'efficacia del presente contratto rimarrà sospesa in caso di sospensione dell'accreditamento dell'Erogatore e per tutta la durata della sospensione nel corso dell'esercizio finanziario Ove la sospensione si protragga oltre l'esercizio, il Committente non è obbligato a stipulare un nuovo contratto.
5. Per tutto quanto qui non espressamente previsto, si rimanda alle previsioni del codice civile e alla normativa comunque applicabile in materia.

Letto, confermato e sottoscritto

Campobasso, [.../.../.....]

Per la Regione/l'A.S.Re.M.
Il Commissario ad Acta /Il Direttore Generale

Per l'Erogatore
Il Legale Rappresentante

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile l'Erogatore dichiara di avere preso visione e di accettare espressamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli del contratto: Art. 1 (Valore giuridico delle premesse e degli allegati), Art. 2 (Oggetto del Contratto), Art. 3 (Durata e decorrenza del contratto), Art. 4 (Tipologia e volumi delle prestazioni), Art. 5 (Modalità di esecuzione delle prestazioni), Art. 6 (Modalità di pagamento dei corrispettivi), Art. 7 (Obblighi informativi dell'Erogatore), Art. 8 (Procedure di controllo sulle prestazioni rese), Art. 9 (Divieto di cessione del contratto), Art. 10 (Cessione dei crediti), Art. 11 (Sospensione e risoluzione del contratto), Art. 12 (Clausola di salvaguardia), Art. 13 (Trattamento dei dati personali e riservatezza delle informazioni), Art. 14 (Spese), Art. 15 (Foro competente), Art. 16 (Normativa di riferimento), Art. 17 (Disposizioni finali).

Per l'Erogatore
Il Legale Rappresentante

Areae accreditate omogenee	Descrizione Disciplina	Pazienti residenti in Regione Molise	Pazienti non residenti in Regione Molise	Totale
Area				
Area				
Area				
Area				
Area				
Prestazioni di Assistenza Ospedaliera				
Prestazioni di Assistenza Ospedaliera integrative				
TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA				0
Prestazioni di Assistenza Ambulatoriale (A.P.G.)				
TOTALE COMPLESSIVO				

N.B. : Esulano dal Budget gli importi delle SDO dei Ricoveri dei pazienti che vengono inviati c/o la Struttura direttamente dai P.S. e/o 118 e/o degli ospedali pubblici nell'ambito dei percorsi e delle reti tempodipendenti, ovvero prestazioni specialistiche richieste da strutture pubbliche. I pazienti trasferiti da ospedale pubblico, 118 o P.S. e/o la Terapia intensiva dell'ergatore non transitati in reparto per acuti sono da remunerare a parte ex art. 8 sextus, D.Lgs. 502/92 e s.m.

