
SEDE LEGALE

Via dei Ponderanesi n. 2 – 13875 Ponderano (BI)

P.IVA 01810260024

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Mario Sano'

(nominato con D.G.R. n. 18 - 3300 del 28 Maggio 2021)

L'anno 2022, il giorno 21 del mese di Dicembre, presso l'Azienda Sanitaria Locale BI con sede legale in Ponderano (BI) - Via dei Ponderanesi n. 2

ha assunto la seguente deliberazione:

Deliberazione n. 559 del 21/12/2022

OGGETTO: APPROVAZIONE DEL CONTRATTO CON IL CENTRO FISIOTERAPIA STAGNO DI DAVIDE E STEFANO STAGNO S.N.C. DI BIELLA PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI IN REGIME DI ACCREDITAMENTO PRESSO IL CENTRO FISIOTERAPIA STAGNO DI BIELLA – BIENNIO 2022-2023

Deliberazione n. 559 del 21/12/2022

SEDE LEGALE
Via dei Ponderanesi n. 2 – 13875 Ponderano (BI)
P.IVA 01810260024

OGGETTO: APPROVAZIONE DEL CONTRATTO CON IL CENTRO FISIOTERAPIA STAGNO DI DAVIDE E STEFANO STAGNO S.N.C. DI BIELLA PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI IN REGIME DI ACCREDITAMENTO PRESSO IL CENTRO FISIOTERAPIA STAGNO DI BIELLA – BIENNIO 2022-2023

IL DIRETTORE GENERALE

Su proposta n. 578 della SC DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO dalla cui istruttoria si evince che:

- il Centro Fisioterapia Stagno di Davide e Stefano Stagno S.n.c., con sede legale in Biella, via Delleani n. 15, risulta autorizzato al funzionamento ed accreditato per lo svolgimento di attività specialistico ambulatoriale di recupero e rieducazione funzionale di 1° livello (cod. 56) presso l'omonimo Centro di Biella, via Delleani n. 15, ai sensi delle seguenti disposizioni regionali:
 - D.G.R. n. 40-2991 del 13/11/1995 e s.m.i.,
 - D.G.R. n. 33-14612 del 24/01/2005,
 - D.G.R. n. 30-2329 del 26/10/2015;
- con deliberazione del Direttore generale n. 180 del 19/10/2021 è stato approvato il contratto con il Centro Fisioterapia Stagno di Davide e Stefano Stagno S.n.c. per l'erogazione di prestazioni in regime di accreditamento (specialistica ambulatoriale) presso l'omonimo Centro di Biella per l'annualità 2021, ai sensi della D.G.R. n. 57-3724 del 06/08/2021;
- con D.G.R. n. 26-5656 del 19/09/2022 sono state approvate le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per gli anni 2022-2023 ed assegnazione dei tetti di spesa, con contestuale approvazione dello schema di contratto per prestazioni di ricovero in regime di acuzie e post-acuzie, di specialistica ambulatoriale e di CAVS;
- ai sensi della predetta D.G.R., al Centro Fisioterapia Stagno è assegnato un *budget* annuo di € 317.846,15, suddiviso in:
 - € 315.858,00 *budget* Regione,
 - € 1.988,15 *budget* fuori Regione;
- la Struttura proponente ha predisposto la bozza di contratto per il biennio 2022-2023 (Allegato n. 1), che ha trasmesso al Centro Fisioterapia Stagno di Davide e Stefano Stagno S.n.c. con nota e-mail del 25/11/2022;
- con nota e-mail del 29/11/2022 la predetta Società ha espresso parere favorevole riguardo alla bozza di accordo contrattuale trasmessa;
- si rende, pertanto, necessario provvedere all'approvazione della bozza di contratto/accordo contrattuale con il Centro Fisioterapia Stagno di Davide e Stefano Stagno S.n.c. per l'erogazione di prestazioni in regime di accreditamento (specialistica ambulatoriale) presso

Deliberazione n. 559 del 21/12/2022

SEDE LEGALE

Via dei Ponderanesi n. 2 – 13875 Ponderano (BI)
P.IVA 01810260024

l'omonimo Centro di Biella per il biennio 2022-2023;
RITENUTO di condividere la sopra richiamata proposta;
ASSUNTA la correttezza del processo istruttorio correlato la cui responsabilità è riconducibile all'ambito dirigenziale;
PRESO ATTO dei pareri conformi del Direttore Amministrativo, Dr. Paolo GARAVANA e del Direttore Sanitario, Dr. Claudio Camillo SASSO, ai sensi del D.Lg.vo n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni;

DELIBERA:

- 1) per quanto in premessa esposto e qui da intendersi integralmente richiamato, di approvare la bozza di contratto con il Centro Fisioterapia Stagno di Davide e Stefano Stagno S.n.c., che si allega al presente provvedimento per formarne parte integrante (Allegato n. 1), per l'erogazione di prestazioni in regime di accreditamento (specialistica ambulatoriale) presso l'omonimo Centro di Biella per il biennio 2022-2023, redatta con i valori di produzione e secondo il modello contrattuale di cui alla D.G.R. n. 5726-5656 del 19/09/2022;
- 2) di dare atto che gli oneri presunti derivanti dal presente provvedimento, pari a complessivi € 635.692,30 – secondo i tetti di spesa definiti dal sopra citato provvedimento regionale – vengono imputati ai seguenti conti di costo dell'aut. 4, per i relativi esercizi di competenza:

ANNO 2022

03.10.04.19	assistenza specialistica Strutture accreditate per propri assistiti	€ 310.000,00
03.10.04.84	costi per assistenza specialistica Strutture accreditate per residenti altre ASL piemontesi	€ 5.858,00
03.10.04.85	costi per assistenza specialistica Strutture accreditate per residenti altre Asl extra Regione	€ 1.988,15

ANNO 2023

03.10.04.19	assistenza specialistica Strutture accreditate per propri assistiti	€ 310.000,00
03.10.04.84	costi per assistenza specialistica Strutture accreditate per residenti altre ASL piemontesi	€ 5.858,00
03.10.04.85	costi per assistenza specialistica Strutture accreditate per residenti altre Asl extra Regione	€ 1.988,15

Deliberazione n. 559 del 21/12/2022

SEDE LEGALE
Via dei Ponderanesi n. 2 – 13875 Ponderano (BI)
P.IVA 01810260024

- 3) di delegare alla successiva sottoscrizione del predetto accordo contrattuale il Direttore della S.C. Direzione Sanitaria di Presidio;
- 4) di dare mandato alla SC DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO di provvedere agli adempimenti consequenziali.

Con parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

Altresì

DELIBERA:

di autorizzare e dichiarare l'immediata esecutività della presente deliberazione, prevista dall'art. 3 della L.R. n. 31 del 30.6.1992, sussistendo la condizione di cui all'art. 134 del Decreto Legislativo n. 267 del 18.8.2000.

SEDE LEGALE
Via dei Ponderanesi n. 2 – 13875 Ponderano (BI)
P.IVA 01810260024

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n. 559 del 21/12/2022

Per approvazione

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Mario Sano'

SCHEMA DI CONTRATTO/ACCORDO ANNI 2022 - 2023

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

Tra

l'ASL BI, con sede legale in Ponderano, via dei Ponderanesi, n. 2, (P.I 01810260024), rappresentata dal Direttore f.f. della S.C. Direzione Sanitaria di Presidio, Dr. Francesco D'Aloia in virtù di delega di cui alla deliberazione n. del successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

Il Centro Fisioterapia Stagno di Davide e Stefano Stagno S.n.c., con sede legale in Biella, via Delleani, 15, (P.I. 02593200021), titolare della struttura con sede operativa indicata nell'allegato A), accreditata per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto/accordo, successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata dal Dott. Davide Stagno nella qualità di legale rappresentante.

Premesso che:

1. gli articoli 8 *bis*, *quater* e *quinquies* del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con DGR n. 26-5656 del 19/09/2022 sono state definite, per gli anni 2022 e 2023, le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati, il budget ed è stato approvato lo schema di contratto a valere per le strutture private e per i presidi/IRCCS ex artt. 42 e 43 L. 833/78
3. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. __ del __ / __ / __ è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto in attuazione della citata DGR;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto/accordo.

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

RESIDENTI IN REGIONE

I. specialistica ambulatoriale

RESIDENTI FUORI REGIONE

I. di specialistica ambulatoriale

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

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

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e dei provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo,

nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere e ad adeguare i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali di accreditamento, in ragione delle discipline contrattate e del tasso effettivo di occupazione, e ad erogare le prestazioni secondo standard e protocolli di accessibilità, appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9. In ottemperanza al regolamento approvato con decreto 2 aprile 2015, n. 70, l'Erogatore trasmette annualmente alla Regione il proprio bilancio (o conto economico nel caso di Enti, anche religiosi, o di strutture facenti parte di gruppi societari) redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici. In alternativa, si ritiene sufficiente l'indicazione della pubblicazione sul proprio o su altro sito che possa assolvere alla medesima forma di pubblicità.

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

11. L'Erogatore può sospendere l'erogazione delle prestazioni soltanto per giusta causa con comunicazione tempestiva all'ASL, la quale informerà la Regione; allo stesso modo dovrà essere

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

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

Art. 3 – Budget

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

- per i residenti in regione (compresi, ai sensi della circolare del Ministero della Salute n. 5 del 24 marzo 2000, gli STR (stranieri paesi Ue/SEE/in Convenzione), ENI (europei non iscrivibili) ed STP (stranieri temporaneamente presenti a carico del SSN)

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

BUDGET € **315.858,00**

-per i residenti fuori regione :

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

BUDGET € **1.988,15**

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

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

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

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

3. Il budget ambulatoriale è al lordo del ticket.

4. L'erogatore dichiara di conoscere ed accetta:

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

Art. 4 – Regole di remunerazione

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

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

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

4. La variazione a qualunque titolo (ivi compresa la modifica della fascia di accreditamento) dei valori delle tariffe di riferimento non determinano un correlato adeguamento dei budget assegnati. In tali fattispecie saranno le prestazioni oggetto del contratto ad essere rideterminate in misura compatibile con i richiamati valori di budget/tetti di spesa, salvo che intervengano specifiche indicazioni nazionali o accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato e nel limite di spesa di cui all'art. 45, c. 1-ter, D.L. 124/2019 conv. con L. 157/2019.

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

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

Art. 5 – Modalità di pagamento e cessione del credito

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

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

1. Per il finanziamento per l'esercizio di specifiche funzioni sono corrisposti, sulla base di apposita fattura emessa dall'Erogatore, acconti mensili, determinati nella misura di 1/12 del valore assegnato come limite annuo massimo attribuito. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo, l'ASL effettua una verifica a consuntivo dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte ed eroga il conguaglio.
2. La produzione ambulatoriale viene liquidata dall'ASL previa detrazione degli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti.
3. Per i farmaci (file F) sono corrisposti, sulla base di apposita fattura emessa dall'erogatore, acconti mensili pari al 95% del valore risultante dal suddetto tracciato. Entro il quadrimestre dell'anno successivo l'ASL verifica la congruità dei farmaci addebitati e della loro valorizzazione e procede, in relazione alle verifiche effettuate, alla liquidazione del saldo degli stessi.
4. L'ASL si impegna ad emettere l'ordine tramite il sistema NSO in modo da garantire la regolarità dei pagamenti.
5. I pagamenti devono aver luogo nel termine di 60 giorni dal ricevimento della fattura, ai sensi dell'art. 4 del D. Lgs. 231/2002 e s.m.i.
6. I ritardi di pagamento dovuti ad errori o incompletezza dei dati nelle fatture, tempestivamente segnalati dall'ASL, non sono imputabili a quest'ultima, per cui il termine di pagamento decorre interamente dalla trasmissione della fattura con le dovute rettifiche/integrazioni.
7. Gli importi versati dall'ASL e non dovuti sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile.
8. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno all'occorrenza essere compensate con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa.
9. E' fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere totalmente o parzialmente i pagamenti, comunicandolo previamente e formalmente alla Struttura, nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dell'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. Le partite contestate devono essere comunque definite entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.
10. Laddove la Struttura intenda cedere il proprio credito nei confronti dell'ASL ad un terzo, la cessione dev'essere notificata all'ASL ai sensi dell'art. 69, comma 1, del R.D. n. 2440/1923. La cessione diventa opponibile all'ASL solo se quest'ultima vi presta il proprio consenso, secondo quanto previsto dall'art. 9, all. E, della legge n. 2248/1865. La misura degli interessi moratori di cui al D. Lgs. 231/2002 non può essere superiore al tasso legale stabilito con decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze non aumentato dei punti percentuali. In caso di cessione del credito da parte della Struttura, quest'ultima si impegna ad accollarsi il debito avente ad oggetto il pagamento degli interessi moratori in esame qualora sorgano successivamente alla cessione.

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

Art. 6 – Verifiche e controlli

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

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

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

Art. 7 – Sospensione e risoluzione del contratto/accordo

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

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

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

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

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

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

- a) l'emersione di precedenti condanne penali, o sopravvenienza di nuove condanne penali, di carattere definitivo per uno o più reati di cui all'art. 80 c. 1 del D. Lgs. 50/2016 nei confronti dei soggetti indicati al comma 5 del medesimo articolo;
- b) l'accertamento o la sopravvenienza, con riferimento ai soggetti indicati al comma 5 dell'art. 80 del D. Lgs. 50/2016, di cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del D. Lgs. 159/2011 e smi, o in caso di ricevimento della comunicazione antimafia o di sussistenza di un tentativo di infiltrazione mafiosa accertato dall'informativa antimafia interdittiva ex art. 84 del medesimo decreto.
- c) violazione accertata definitivamente delle norme in materia di protezione infortunistica, sicurezza sui luoghi di lavoro idonea ad incidere gravemente sull'esecuzione delle prestazioni sanitarie;
- d) ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni;
- e) impedimento al controllo esercitato dalle AA.SS.LL. competenti per territorio o dalle Commissioni di Vigilanza situate nel territorio aziendale.

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

Articolo 8 - Clausola di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del contratto/accordo, il soggetto erogatore accetta il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione del sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.
2. Le parti sono consapevoli che il presente contratto/accordo non può essere oggetto di condizioni o di riserve relative al sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.
3. Costituiscono integrazione del contenuto contrattuale i provvedimenti di determinazione dei budget, dei tetti di spesa e del sistema tariffario, per cui la conclusione del contratto comporta accettazione di questi ultimi.

Articolo 9 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo

1. Il contratto/accordo decorre dal 1° gennaio 2022 al 31 dicembre 2023; per il primo trimestre 2022 si richiamano le regole di cui all'art. 4 comma 2 del presente contratto.
2. Il contratto/accordo si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative di carattere nazionale o regionale, senza che derivino maggiori oneri per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze, e purché le stesse siano legate all'erogazione di prestazioni sanitarie per conto del SSR, l'Erogatore potrà recedere dal contratto/accordo entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante comunicazione formale all'ASL.

Articolo 10 - Bollo e registrazione

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

Art. 11 - Foro competente

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

Letto, confermato e sottoscritto

Per l'ASL BI
Il Direttore S.C. direzione Sanitaria di Presidio
Dott. Francesco D'Aloia

Per il Centro Fisioterapia Stagno s.n.c
Dott. Davide Stagno

.....

.....

ALLEGATO A) STATO DI ACCREDITAMENTO

ASL BI

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BIELLA

COD. AZ.: 207

SEDE: VIA DEI PONDERANESI N. 2, PONDERANO (BI)

AMBULATORIO

STRUTTURA : CENTRO FISIOTERAPIA STAGNO DI DAVIDE E STEFANO STAGNO S.N.C.

SEDE OPERATIVA: VIA DELLEANI N. 15 BIELLA

COD. STP: 500148

ATTO DI AUTORIZZAZIONE: D.G.R. n. 40-2991 del 13/11/1995 e s.m.i.

ATTO DI ACCREDITAMENTO: D.G.R. n. 33-14612 del 24/01/2005 e D.G.R. n. 30-2329 del 26/10/2015

BRANCHE SPECIALISTICHE ACCREDITATE	BRANCHE SPECIALISTICHE CONTRATTATE	EVENTUALI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI RICHIESTE ALL'INTERNO DELLE DISCIPLINE ACCREDITATE E DEL BUDGET ASSEGNATO
56 - recupero e rieducazione funzionale di 1° livello	56 - recupero e rieducazione funzionale di 1° livello	