



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

DIREZIONE GENERALE

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Sede Operativa Omegna
Tel. 0323 868178 Fax 0323 643020
e-mail : direzionegenerale@aslvco.it

50051

Prot.

AP/gc

Omegna, li

24 Agosto 2018

Al Direttore Generale
Eremo di Miazzina S.p.A.
Dott. Flavio Nalesso
Via per Miazzina, 16
Cambiasca

p.c. Al Direttore Distretto VCO
Dott. Bartolomeo Ficili

Regione Piemonte
Direzione Sanità
Assessorato Tutela Salute e Sanità
Corso Regina Margherita 153 bis
10122 Torino

OGGETTO: Trasmissione Schemi di Contratto ex art. 8 Quinquies D.LGSn. 502/1992 per il biennio 2018/2019 e Schema di Contratto ex art 8 Quinquies D.LGS n. 502/1992 per CAVS e POST Acuzie Neuropsichiatrica Biennio 2018/2019.

Con la presente si trasmette in allegato alla presente:

- schema di Contratto ex art 8 Quinquies D.LGS n. 502/1992 per il biennio 2018/2019 sottoscritto (Allegato all'Atto Deliberativo n. 834 del 16/8/2018);
- schema di Contratto ex art 8 Quinquies D.LGS n. 502/1992 per CAVS e POST Acuzie Neuropsichiatrica Biennio 2018/2019 sottoscritto (allegato all'Atto Deliberativo n. 835 del 16/08/2018).

Cordiali saluti


IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Angelo Penna

**SCHEMA CONTRATTO EX ART. 8 *QUINQUIES* D. LGS. N. 502/1992
PER CAVS E POST ACUZIE NEUROPSICHIATRICA BIENNIO 2018-2019**

Tra

l'ASL del Verbano Cusio Ossola, con sede legale in Omegna, via Mazzini, n.117, (C.F. 00634880033), rappresentata dal Direttore Generale pro tempore Dr. Angelo Penna, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Struttura privata di ricovero/ambulatoriale l'Eremo di Miazzina SpA, con sede legale in Cambiasca, Via per Miazzina, 16, (C.F. 05788741006), titolare delle strutture con sedi operative indicate nell'allegato A), accreditate per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto/accordo, successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata da Flavio Nalesso nato a Torino l'8 agosto 1969, domiciliato per la funzione c/o l'Eremo di Miazzina Via per Miazzina, 16, Cambiasca, nella qualità di Direttore Generale, con titolo di legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

- gli articoli 8-bis, quater e quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 disciplinano la partecipazione al SSN dei Soggetti Erogatori Privati;
- con DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017 sono state definite le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati e contrattati per il triennio 2017-2019, i tetti di spesa regionali e di ASL per il 2017 ed è stato approvato lo schema di contratto a valere per le strutture private e di accordo contrattuale a valere per i presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78 ed i progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis D. Lgs. 502/92 e s.m.i.;
- con DGR n. 37 - 7057 del 14 /06 /2018 sono stati aggiornati per il 2018-2019 i suddetti tetti di spesa le regole e lo schema di contratto/accordo contrattuale;
- con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. 835 del 22 /08/2018 è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto;
- il legale rappresentante della Struttura dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto/accordo.
2. La Struttura accreditata si impegna a somministrare, per conto e con oneri a carico del SSN, prestazioni sanitarie conformi a volumi e tipologie, per destinazione di residenza degli assistiti (Regione, Fuori regione), precisati nel successivo art 3, comma 1 e nell'allegato B) parte integrante del contratto; l'allegato B assume carattere programmatico senza vincoli economici all'interno del medesimo setting assistenziale.
3. Le prestazioni devono avere luogo nell'intera annualità con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda.
4. Nulla spetterà all'erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di accreditamento nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui al successivo art. 7, ferma restando la tutela giurisdizionale.
5. Qualora per giustificato motivo la Struttura non possa espletare le prestazioni oggetto del contratto dovrà dare tempestiva comunicazione all'ASL, la quale informerà le Aziende dell'Area Interaziendale di Coordinamento e la Regione. Similmente si dovrà comunicare la ripresa dell'esecuzione.

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

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, la struttura accreditata garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. La struttura è tenuta, tra l'altro, a mantenere ed adeguare i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali di accreditamento, in ragione del tasso effettivo di occupazione, ed erogare le prestazioni secondo standard e protocolli di accessibilità, appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.
2. La struttura erogherà le prestazioni contratte attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versino in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991. Al personale dipendente saranno applicati i contratti di lavoro nazionali in conformità alla normativa vigente.
3. Ai sensi dell'articolo 1, comma 42, della legge n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti di ASL e Regione che nei tre anni antecedenti abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali.
4. In ottemperanza al regolamento approvato con decreto 2 aprile 2015, n. 70, l'Erogatore trasmette annualmente alla Regione il proprio bilancio (o conto economico nel caso di Enti o di strutture facenti parte di gruppi societari) redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici.
5. La cessione del contratto a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL e della Regione, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o cambiamento di ragione sociale, subordinatamente all'adozione degli atti di competenza regionale ed aziendale.

Articolo 3 – Limiti finanziari.

1. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR per le prestazioni oggetto del contratto, sono riassunti i seguenti tetti di spesa annui massimi:

	REGIONE	FUORI REGIONE
RICOVERO		
AMBULATORIO		
DOMICILIARE		
CAVS	1.900.000	
TOTALE	1.900.000	

2. Le prestazioni erogate dal 1.1.2018 nel periodo antecedente la sottoscrizione del contratto sono comprese nei suddetti limiti annuali. Fino all'emanazione delle disposizioni attuative regionali, gli importi fissati per l'attività domiciliare e di CAVS sono compensabili con il budget complessivo assegnato per i ricoveri psichiatrici e/o per le attività ambulatoriali.
3. Al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, nell'ambito dei tetti massimi non è ammesso superare i limiti assegnati per ciascun setting assistenziale e per destinazione di residenza (Regione e Fuori regione). Eventuali eccedenze di valorizzazione per prestazioni rese rispetto a quelle previste al comma 1 non saranno remunerate, non essendo consentito l'utilizzo di eventuali economie di risorse destinate ad una tipologia di prestazioni e/o destinazione di residenza per remunerare eccedenze in altre.
4. Successivamente alla sottoscrizione del contratto, in caso di incremento dei valori unitari delle tariffe di riferimento, sia per variazione della fascia di accreditamento sia a seguito di modificazioni comunque intervenute dei tariffari, i volumi massimi di prestazioni remunerate si intendono rideterminati nella misura necessaria a mantenere i tetti di spesa massimi fissati. In

caso di variazioni tariffarie in riduzione la rideterminazione dei volumi avrà luogo in base ad apposito provvedimento della Regione previa confronto con le Associazione di categoria.

Articolo 4 – Erogazione di prestazioni.

1. Per una più razionale ed efficiente gestione degli accessi ai servizi, la struttura assicura la condivisione con l'ASL delle agende di prenotazione, nei termini e modalità stabilite dall'ASL o dalla Regione.
2. Ai sensi dell'art. 41, comma 6 del D. Lgs. n. 33 del 14.3.2013 smi, la struttura è tenuta ad indicare in una apposita sezione nel proprio sito, denominata «Liste di attesa», i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.
3. Fermo restando il limite giornaliero di capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito entro i limiti quantitativi dei letti accreditati delle aree funzionali omogenee. I posti letto contrattati sono intesi come medi annui e il limite di occupazione giornaliero pari a quello degli accreditati.
4. La capacità produttiva non contrattata o non utilizzata dal SSN è fruibile per l'attività in regime privatistico.

Articolo 5 – Verifiche e controlli.

1. L'ASL e l'erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la coerenza di questo in relazione all'allegato B). L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della DGR n. 24-6579 del 28/10/2013 ed ulteriori disposizioni in materia. La Struttura si impegna ad agevolare l'attività di vigilanza dell'apposita Commissione ASL, nonché le ulteriori attività esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.
2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 15 giorni il legale rappresentante della struttura o suo delegato possono presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

Articolo 6 - Corrispettivo e modalità di pagamento.

1. La Struttura accetta i valori di attività di cui all'articolo 3, comma 1, articolati per setting assistenziale e destinazione di residenza, e il sistema di remunerazione in vigore nella Regione Piemonte con le relative tariffe onnicomprensive. La valorizzazione delle prestazioni avviene con la tariffa in vigore al momento dell'esecuzione della prestazione e, intendendosi per le prestazioni di ricovero la data di dimissione e per le prestazioni ricorrenti la data di completamento del ciclo terapeutico;
2. Il corrispettivo preventivato viene liquidato a titolo di acconto in quote mensili posticipate pari al 90% di 1/12 dei tetti di spesa o del realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente.
3. I pagamenti a titolo di acconto devono avere luogo, ex articolo 4 del D. Lgs. n. 231/2002 e s.m.i., entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura corredata da un elenco delle prestazioni erogate nel mese di riferimento, redatto nella forma definita dall'ASL.
4. Al termine del primo semestre di attività l'ASL verificherà, entro il mese di settembre, le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie e destinazioni di residenza concordate, e liquiderà il saldo della produzione erogata nel semestre nei limiti pattuiti, entro sessanta giorni dal ricevimento della fattura.
5. E' fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dell'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme

regionali o di disposizioni previste dal contratto. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.

6. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo l'ASL verifica le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie e destinazioni di residenza concordate. In caso di mancata contestazione entro tale termine, si procede alla liquidazione del saldo provvisorio della produzione erogata nei limiti pattuiti, entro sessanta giorni dal ricevimento della fattura. In caso di contestazione, l'ASL sospenderà la liquidazione delle partite contestate fino alla relativa definizione.
7. In caso di erogazione di prestazioni in eccedenza rispetto ai volumi previsti, permane la validità dei tetti di spesa fissati per tipologie e destinazione di residenza ed è priva di titolo l'eventuale fatturazione o richiesta di pagamento delle suddette eccedenze.
8. Il pagamento di prestazioni fatturate non esclude future contestazioni da parte dell'ASL per importi non dovuti in relazione a prestazioni che, a seguito di ulteriori controlli, risultassero rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa, nei limiti della prescrizione.
9. Gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ASL, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno, all'occorrenza, essere oggetto di compensazione con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi.
10. Gli importi indicati nei report prodotti dal Sistema Informativo Regionale rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dalla struttura e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente; hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.

Articolo 7 – Sospensione e risoluzione del contratto.

1. La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del presente contratto. Parimenti la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del presente contratto.
2. Ove una parte accerti l'inadempimento, concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto sarà legittimato ad emettere diffida ad adempiere ex art.1454 cod.civ. E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex art. 1218 c.c. della parte inadempiente.
3. In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purché formalmente contestati, il contratto è risolto con comunicazione ricettizia formulata dalla parte che ha contestato.
4. In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali del contratto, purché contestati formalmente, il contratto può essere sospeso da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato.
5. In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente contratto, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente contratto per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.

6. In tutte le ipotesi di sospensione di cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese dalla struttura non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti della Regione.
7. Il contratto si intenderà altresì risolto qualora intervenga condanna definitiva per reati contro la pubblica amministrazione a carico del legale rappresentante per fatti ad esso direttamente imputabili.

Articolo 8 – Clausola di manleva.

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

Articolo 9 – Clausola di salvaguardia.

1. Fatte salve le intese di cui alle premesse già sottoscritte fra la regione e la Struttura, con la sottoscrizione del contratto la struttura accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente, il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e delle tariffe, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi in quanto atti determinanti il contenuto del contratto.

Articolo 10 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo.

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2018 sino al 31 dicembre 2019. Non è tacitamente prorogabile.
2. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative, di carattere nazionale, senza che maggiori oneri derivino per l'ASL dalla necessità dell'erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze l'erogatore potrà recedere dal contratto, entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all'ASL.
3. Per gli aspetti non disciplinati dal contratto si rinvia al codice civile ed alla normativa di settore.

Articolo 11 – Bollo e registrazione.

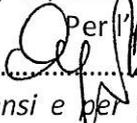
1. Le spese di bollo sono in parti uguali. Ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.P.R. 26.4.1986 n. 131 il contratto è soggetto a registrazione in caso di uso.

Articolo 12 - Foro competente, elezione di domicilio.

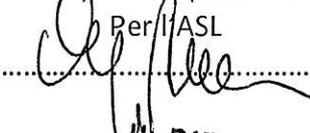
1. Le controversie derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto saranno devolute all'autorità giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Letto, approvato, e sottoscritto in due originali.

Li, 21 / 8 / 2018

Per l'ASL

 IL DIRETTORE GENERALE
 Dott. ANGELO PENNA

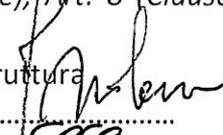
Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1342 del c.c. si approvano espressamente le condizioni convenute negli articoli Art. 2 (Obblighi dell'erogatore), Art. 3 (Limiti Finanziari), Art. 4 (Corrispettivo e modalità di pagamento), Art. 7 (Sospensione e risoluzione), Art. 8 (Clausola di manleva), Art. 9 (Clausola di salvaguardia).

Per l'ASL

 IL DIRETTORE GENERALE
 Dott. ANGELO PENNA

Per la Struttura


 IL DIRETTORE GENERALE
 Dott. FLAVIO NALESSO

Per la Struttura


 IL DIRETTORE GENERALE
 Dott. FLAVIO NALESSO

Allegato A) **STATO DI ACCREDITAMENTO**

ASL VCO
AZIENDA Eremo di Miazzina COD. AZ. 209
SEDE Cambiasca Via per Miazzina 16

RICOVERO (Lungodegenza e/o Riabilitazione)

SEDE OPERATIVA COD. HSP11
ATTO DI ACCREDITAMENTO

DISCIPLINE	P.L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	P.L. CONTRATTATI

CAVS

DATA DI ACCREDITAMENTO /AUTOCERTIFICAZIONE
D.D. n. 189 del 20/03/2017
P.L. CONTRATTATI 2018 - 2019

50

AMBULATORIO

SEDE OPERATIVA COD. STP
ATTO DI ACCREDITAMENTO
BRANCHE SPECIALISTICHE

*Il Direttore Generale
Dott. Angelo Penna*

IL DIRETTORE GENERALE
DOTT. ANGELO PENNA



*Il Direttore Generale
Dott. Angelo Penna*

IL DIRETTORE GENERALE
DOTT. ANGELO PENNA

ALLEGATO B) DETTAGLIO PROGRAMMAZIONE DELLE PRESTAZIONI

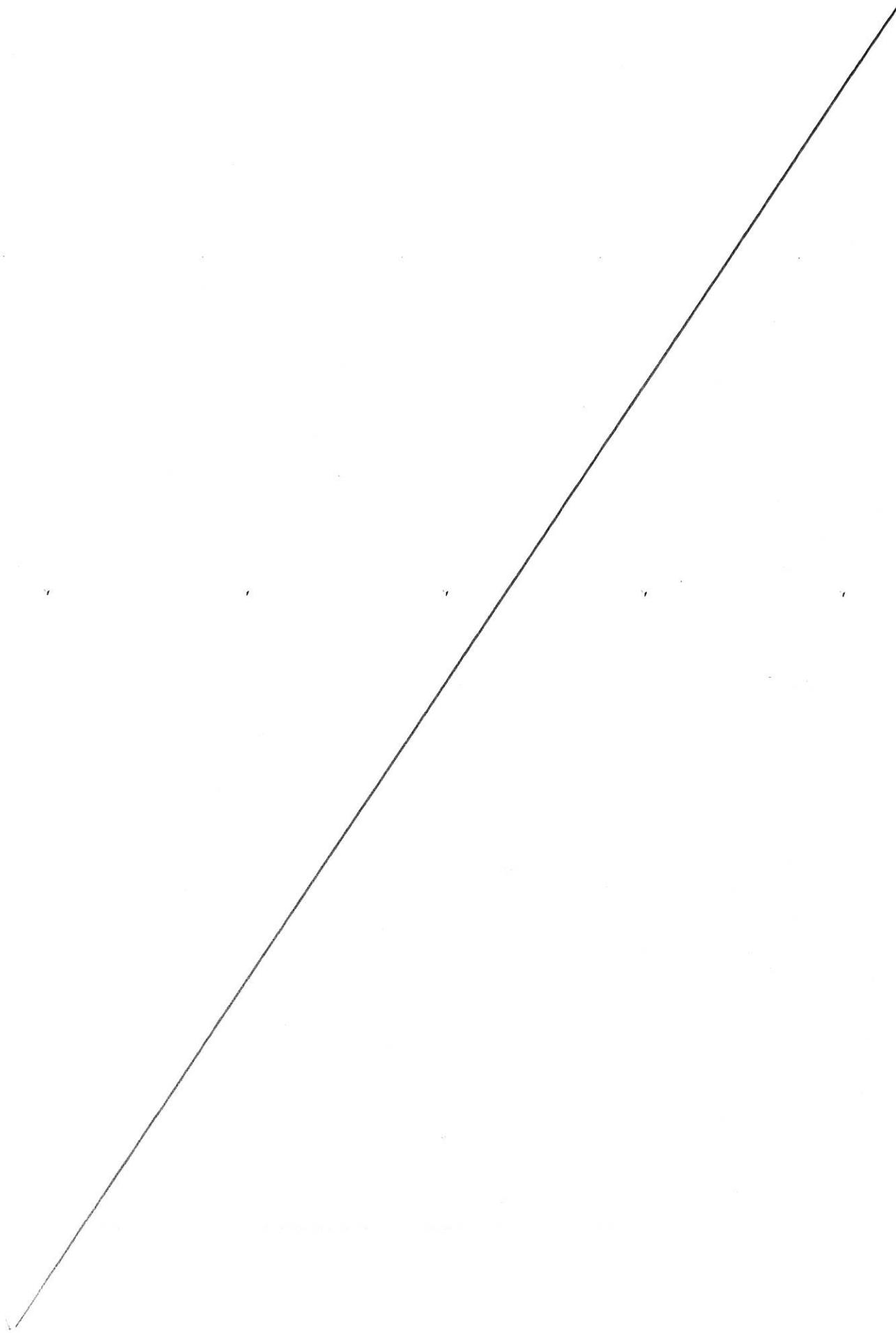
2018-2019 RICOVERO RESIDENTI IN REGIONE	CASI	IMPORTI
MDC		
MDC		
TOTALE RIABILITAZIONE		
TOTALE LUNGODEGENZA		
TOTALE RICOVERO		

2018-2019 AMBULATORIO RESIDENTI IN REGIONE	REGIONE	N. CASI
BRANCA SPECIALISTICA 1		
- Visite		
- Altre prestazioni cliniche		
- Diagnostica per immagine		
- Prestazioni di laboratorio		
TOTALE BRANCA SPECIALISTICA 1		
NOTE BRANCA.1:		
BRANCA SPECIALISTICA 2		
- Visite		
- Altre prestazioni cliniche		
- Diagnostica per immagine		
- Prestazioni di laboratorio		
TOTALE BRANCA SPECIALISTICA 2		
NOTE BRANCA 2:		
TOTALE AMBULATORIO		

2018-2019 DOMICILIARE RESIDENTI IN REGIONE	ASL	N. CASI	IMPORTO
Prestazioni, numero e importo, per ASL di residenza			
Prestazioni, numero e importo, per ASL di residenza			
TOTALE			

2018-2019 CAVS RESIDENTI IN REGIONE	ASL	N. CASI	IMPORTO
Prestazioni, numero e importo, per ASL di residenza	VCO	500	1.900.000
TOTALE		500	1.900.000

[Handwritten signature]
7



SCHEMA DI CONTRATTO/ACCORDO CONTRATTUALE
EX ART. 8 QUINQUIES D. LGS. N. 502/1992 PER IL BIENNIO 2018-2019

Tra

l'ASL del Verbano Cusio Ossola, con sede legale in Omegna, via Mazzini, n.117, (C.F. 00634880033), rappresentata dal Direttore Generale pro tempore Dr. Angelo Penna, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Struttura privata di ricovero/ambulatoriale l'Eremo di Miazzina SpA, con sede legale in Cambiasca, Via per Miazzina, 16, (C.F. 05788741006), titolare delle strutture con sedi operative indicate nell'allegato A), accreditate per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto/accordo, successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata da Flavio Nalesso nato a Torino l'8 agosto 1969, domiciliato per la funzione c/o l'Eremo di Miazzina Via per Miazzina, 16, Cambiasca, nella qualità di Direttore Generale, con titolo di legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

1. gli articoli 8-bis, quater e quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504, sono state definite le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati e contrattati per il triennio 2017-2019, i tetti di spesa regionali e di ASL per il 2017 ed è stato approvato lo schema di contratto a valere per le strutture private e di accordo contrattuale a valere per i presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78 ed i progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis D. Lgs. 502/92 e s.m.i.;
3. con DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, sono stati aggiornati per il 2018-2019 i suddetti tetti di spesa e lo schema di contratto/accordo contrattuale;
4. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. 834 del 22/08/2018 è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto/accordo in attuazione della citata DGR;
5. il legale rappresentante della Struttura dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto/accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto.
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 tipologie precisate nell'allegato C) parte integrante del contratto.
3. Le prestazioni devono realizzarsi nell'intera annualità, con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda.
4. Nulla spetterà all'Erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di

accreditamento e nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 8.

5. Qualora per giustificato motivo l'Erogatore non possa espletare le prestazioni oggetto del contratto dovrà dare tempestiva comunicazione all'ASL, la quale informerà le Aziende dell'area omogenea di programmazione e la Regione. Similmente si dovrà comunicare la ripresa dell'esecuzione.

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

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e di provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere ed adeguare i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali di accreditamento, in ragione delle discipline contrattate e del tasso effettivo di occupazione, e ad erogare le prestazioni secondo standard e protocolli di accessibilità, appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.
2. La Struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991. Al personale dipendente saranno applicati i contratti di lavoro nazionali in conformità alla normativa vigente.
3. Ai sensi dell'articolo 1, comma 42, della legge n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti di ASL e Regione che nei tre anni antecedenti abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali.
4. In ottemperanza al regolamento approvato con decreto 2 aprile 2015, n. 70, l'Erogatore trasmette annualmente alla Regione il proprio bilancio (o conto economico nel caso di Enti o di strutture facenti parte di gruppi societari) redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici.
5. La cessione del contratto a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL e della Regione, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o cambiamento di ragione sociale, subordinatamente all'adozione degli atti di competenza regionale ed aziendale.

Articolo 3 – Limiti finanziari.

1. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR per le prestazioni da rendere ai residenti nelle varie AASSLL dall'insieme degli erogatori privati contrattati sono assunti i tetti di spesa, complessivi e invalicabili, previsti dalla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057 e riportati nell'allegato B).
2. Per il 2018 sono assegnati all'Erogatore i seguenti valori di riferimento per la produzione di prestazioni da rendere a residenti in regione e, ai sensi della circolare del Ministero della Salute n. 5 del 24 marzo 2000,



- agli STR (stranieri paesi Ue/SEE/in Convenzione), ENI (europeo non iscrivibile) ed STP (stranieri temporaneamente presenti a carico del SSN):
- a) ricovero in acuzie €. ///,00;
 - b) specialistica ambulatoriale €. 1.773.304,00;
3. Per il 2019 si assumono i valori di acuzie e di specialistica ambulatoriale che saranno definiti dalla Regione con riferimento a quelli negoziati per l'annualità 2018, eventualmente ridotti o incrementati del 70% della minore o maggiore produzione realizzata entro il 110% dei valori di riferimento, eventualmente riproporzionando ai limiti dei tetti di spesa regionali per setting assistenziale laddove la sommatoria delle eccedenze superi quella delle economie.
 4. Per le prestazioni di assistenza domiciliare a favore di residenti in regione è assegnato un valore di riferimento annuo pari ad €. ///,00. Per le prestazioni di post acuzie a favore di residenti in regione è assegnato un valore di riferimento annuo pari ad €. 4.810.000,00.
 5. Ai fini del recupero della mobilità passiva, per l'incremento, rispetto al precedente anno, della produzione di prestazioni definite sulla base degli indirizzi regionali nell'apposita sezione dell'allegato C), si assegna per il 2018 un tetto di spesa di **€ 32.157,00**.
 6. Per prestazioni rese a residenti in altre regioni nel 2018:
 - a) per la produzione/spesa di prestazioni di alta complessità è assegnato un valore di riferimento di €,00 ;
 - b) per il ricovero di media e bassa complessità è assegnato un tetto di spesa/produzione di € 4.990.000 ,00 ;
 - c) per la produzione/spesa di prestazioni di specialistica ambulatoriale è assegnato un valore di riferimento di € 19.470,00.
 7. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a, nelle more del provvedimento regionale di riordino dei finanziamenti per le funzioni assistenziali, è previsto l'importo di €,00 - assegnato, nel caso di IRCCS, per il secondo semestre 2018 a completamento del programma sperimentale triennale 2015-2017 di ricerca applicata ex DGR 5 agosto 2015, n. 13-2022 - che rappresenta un limite massimo da verificare dall'ASL a consuntivo sulla base dei costi sostenuti, in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte.
 8. Per la somministrazione dei farmaci (file F) è previsto il rimborso ai costi sostenuti dall'erogatore o, se inferiori, ai prezzi di riferimento delle gare regionali ridotti dalle eventuali quote dovute dalle aziende farmaceutiche in applicazione della così detta "rimborsabilità condizionata" di taluni farmaci.
 9. L'Erogatore accetta i tetti di spesa per ASL di residenza, i valori di riferimento assegnati, i tetti di spesa per il recupero della mobilità passiva fuori regione, e quelli per le prestazioni diverse dall'alta complessità rese a residenti in altre regioni, il sistema tariffario vigente nella Regione Piemonte e quello di remunerazione delle prestazioni rese, comprese le regole di regressione economica nel caso in cui



l'insieme delle prestazioni erogate dai privati contrattati superi i limiti per ASL di residenza dei pazienti.

10. L'erogatore prende atto ed accetta l'applicazione del sistema di valutazione della qualità che potrà comportare incrementi o riduzioni del 2,5% per premialità o penalizzazione secondo i criteri definiti dalla Regione. Il calcolo degli indicatori sarà effettuato utilizzando il Protocollo PNE contestualizzato a livello regionale.
11. I tetti di spesa complessivi e invalicabili delle AASSLL, i valori di riferimento assegnati all'erogatore e i tetti di spesa per i residenti fuori regione e per il recupero della mobilità passiva si mantengono anche in caso di variazione comunque intervenuta dei valori delle tariffe di riferimento, sia per modifica della fascia di accreditamento, sia per revisione dei tariffari regionali, intendendosi in tal caso rideterminate le prestazioni oggetto del contratto nella misura necessaria a mantenere i valori fissati.

Articolo 4 – Remunerazione delle prestazioni erogate

1. I valori indicati all'articolo 3, commi 2, lett. a), b), e 4, non rappresentano un limite di produzione invalicabile per l'erogatore poiché, in coerenza alla programmazione sanitaria dell'ASL, potranno essere remunerate anche prestazioni erogate oltre i suddetti valori, purché nei limiti dei tetti di spesa complessivi e invalicabili assegnati alle AASSLL di residenza e del 110% dei valori di riferimento contrattati.
2. I valori delle produzioni entro il 110% potranno comunque subire delle riduzioni per effetto del superamento dei limiti delle AASSLL di residenza e della conseguente applicazione dei meccanismi di regressione economica, secondo le regole riportate nell'allegato D) al contratto.
3. La remunerazione a saldo della produzione per i residenti in regione avviene considerando separatamente ricovero per acuti, ricovero per post-acuti e specialistica ambulatoriale comprensiva dell'assistenza domiciliare con le seguenti regole:
 - a) 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;
 - b) il valore della produzione a base delle regole di remunerazione contrattuale include gli abbattimenti in conseguenza degli ordinari controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione;
 - c) non saranno riconosciuti i valori economici delle prestazioni eccedenti il 110% dei valori annui di riferimento contrattati;
 - d) qualora i valori delle prestazioni realizzate da tutti gli erogatori per i residenti di ciascuna ASL, per ciascun setting assistenziale, risultino inferiori ai tetti di spesa assegnati alle AASSLL per i residenti, all'erogatore verrà corrisposta l'intera valorizzazione della produzione entro il limite massimo del 110% dei valori di riferimento contrattati;

- e) qualora i valori delle prestazioni realizzate da tutti gli erogatori per i residenti di ciascuna ASL, per ciascun setting assistenziale, risultino superiori ai tetti di spesa assegnati alle AASSLL per i residenti, si ridurrà il valore riconosciuto a ciascun erogatore secondo il meccanismo di regressione economica, di cui all'allegato D) al contratto, in modo che le valorizzazioni complessive rientrino nei limiti dei suddetti tetti di spesa invalicabile delle AASSLL;
 - f) i valori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza domiciliare sono compensabili e l'eventuale eccedenza di produzione oltre il 110% del valore di riferimento di prestazioni ambulatoriali (comprensivo dell'assistenza domiciliare) può essere compensata, e quindi economicamente riconosciuta, a fronte di una corrispondente e correlata economia entro il 110% del valore fissato per il ricovero (compensazione a livello di Erogatore);
 - g) non si procede alla regressione nei casi in cui gli esuberi dei tetti di spesa delle AASSLL per la specialistica ambulatoriale siano compensati da un corrispondente e correlato avanzo del ricovero (compensazione a livello di ASL);
 - h) saranno esclusi dalla regressione economica i valori delle prestazioni cosiddette "protette", riportate nell'allegato C) al contratto;
 - i) in ogni caso, per ciascun setting assistenziale, l'eventuale applicazione dei meccanismi di regressione non potrà determinare una remunerazione inferiore al valore della produzione resa entro il 95% dei valori di riferimento contrattati;
 - j) gli incrementi di produzione, in termini di valore rispetto al precedente anno, di prestazioni contrattate per il recupero di mobilità passiva (art. 3, comma 5, e allegato c) al contratto) saranno separatamente remunerati, entro il limite dello specifico tetto di spesa assegnato.
4. La produzione realizzata per residenti in altre regioni sarà remunerata come segue:
- a) la produzione di ricovero di alta complessità e di specialistica ambulatoriale sarà riconosciuta per intero, anche oltre gli specifici valori di riferimento (art. 3, comma 6, lett. a) e c));
 - b) la produzione di ricovero di bassa e media complessità verrà riconosciuta entro tetto di spesa fissato all'art. 3, comma 6, lett. b), mentre l'eccedenza sarà eventualmente riconosciuta al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre regioni.
5. Le prestazioni inviate al CSI oltre il termine ordinariamente fissato per la chiusura della gestione in competenza saranno considerate unicamente ai fini dell'obbligo informativo, ma non a fini remunerativi.

Articolo 5 - Modalità di pagamento.

- 1. Il corrispettivo preventivato viene liquidato a titolo di acconto in quote mensili posticipate pari al 90% di 1/12 dei valori di riferimento/tetti di spesa o del realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla



Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente. Gli acconti per i farmaci sono pari al 90% del somministrato.

2. I pagamenti a titolo di acconto devono avere luogo entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura corredata da un elenco delle prestazioni erogate nel mese di riferimento, redatto nella forma definita dall'ASL.
3. E' fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dell'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.
4. Entro il primo trimestre dell'anno successivo l'ASL verifica le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie concordate per destinazioni di residenza e per recupero di mobilità passiva fuori regione, e comunica alla Regione le informazioni necessarie ai fini della regressione economica che si definirà nei successivi trenta giorni. In caso di mancata contestazione, si procede alla liquidazione del saldo provvisorio della produzione erogata, ex articolo 4 del D. Lgs. n. 231/2002 e s.m.i., entro 60 giorni dal ricevimento della fattura. In caso di contestazione, l'ASL sospenderà la liquidazione delle partite contestate fino alla relativa definizione.
5. Il pagamento di prestazioni fatturate non esclude future contestazioni da parte dell'ASL per importi non dovuti in relazione a prestazioni che, a seguito di ulteriori controlli, risultassero rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa, nei limiti della prescrizione.
6. Gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ASL, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno, all'occorrenza, essere compensate con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi.
7. Gli importi indicati nella reportistica prodotta dal Sistema Informativo Regionale rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dall'Erogatore e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente secondo i protocolli approvati, hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono titolo per il riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.

Articolo 6 – Erogazione di prestazioni.

1. Per una più razionale ed efficiente gestione degli accessi ai servizi, nei termini e secondo le modalità stabilite dall'ASL e/o dalla Regione, la struttura erogatrice assicura:
 - a) la condivisione con l'ASL delle agende di prenotazione e il monitoraggio delle prestazioni al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale;
 - b) 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;
2. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in un'apposita sezione nel proprio sito denominata «Liste di attesa», i tempi medi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.
3. Fermo restando il limite giornaliero di capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito entro i limiti quantitativi dei letti accreditati delle aree funzionali omogenee. I posti letto contrattati sono intesi come medi annui e il limite di occupazione giornaliero pari a quello degli accreditati.
4. La capacità produttiva non contrattata o non utilizzata dal SSN è fruibile per l'attività in regime privatistico.

Articolo 7 – Verifiche e controlli.

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

Articolo 8 - Sospensione e risoluzione del contratto.

1. La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto.
2. Ove una parte accerti l'inadempimento concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto sarà legittimata ad emettere diffida ad adempiere ex articolo 1454 cod. civ. E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex articolo 1218 cod. civ. della parte inadempiente.

3. In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purché formalmente contestati, il contratto è risolto con comunicazione recettizia formulata dalla parte che ha contestato.
4. In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali del contratto, purché contestati formalmente, il contratto può essere sospeso da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato.
5. In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente contratto, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente contratto per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.
6. In tutte le ipotesi di sospensione di cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti dell'ASL e della Regione.
7. Il contratto si intenderà altresì risolto qualora intervenga condanna definitiva per reati contro la pubblica amministrazione a carico del legale rappresentante per fatti ad esso direttamente imputabili.

Articolo 9 – Clausola di manleva.

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

Articolo 10 – Clausola di salvaguardia.

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

Articolo 11 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo.

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2018 sino al 31 dicembre 2019. Non è tacitamente prorogabile. Rientrano nel contratto anche le prestazioni rese nel corso del 2018 antecedentemente alla sottoscrizione.
2. Fatto salvo l'articolo 3, comma 3, per il 2019 si prevede la stipula di una integrazione al contratto che recepisca i valori di riferimento quantificati dalla Regione per il 2019 nonché i tetti di spesa e le prestazioni contrattate per il recupero della mobilità passiva.
3. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative, di carattere nazionale, senza che maggiori oneri derivino per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in

vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all'ASL.

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

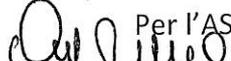
Articolo 12 – Bollo e registrazione.

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

Articolo 13 - Foro competente.

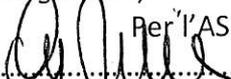
1. Le controversie derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità del contratto saranno devolute all'Autorità Giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Li 21 / 8 / 2018

Per l'ASL


IL DIRETTORE GENERALE
Dott. ANGELO PENNA

Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1342 del cod. civ. si approvano espressamente le clausole contenute negli articoli 2 (Obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi), 3 (Limiti finanziari), 4 (Remunerazione delle prestazioni erogate), 5 (Modalità di pagamento), 8 (Clausola di manleva), 9 (Clausola di salvaguardia).

Per l'ASL


IL DIRETTORE GENERALE
Dott. ANGELO PENNA

Per la Struttura


L'Espresso di Miancina
IL DIRETTORE GENERALE
Dott. FLAVIO NALESSO

Per la Struttura


L'Espresso di Miancina
IL DIRETTORE GENERALE
Dott. FLAVIO NALESSO

Allegato A) STATO DI ACCREDITAMENTO

AZIENDA l'Eremo di Miazzina
COD. AZ. 209
SEDE Sede principale a Cambiasca
Unità locale a Gravellona Toce

RICOVERO

STRUTTURA l'Eremo di Miazzina
SEDE OPERATIVA Cambiasca
COD. HSP11 010629-00
ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE DGR 15-7878 del 21.12.2007
ATTO/I DI ACCREDITAMENTO DGR n. 13-8076 del 28.01.2008

STRUTTURA Istituto Raffaele Garofalo
SEDE OPERATIVA Gravellona Toce
COD. HSP11 010629-00
ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE e DI ACCREDITAMENTO DGR n. 45-7636 del
21.05.2014

DISCIPLINE	P.L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	P.L. CONTRATTATI 2018-2019
R.R.F. 1° livello	90	90	
R.R.F. 2° livello	60	60	
Lungodegenza	70	70	
Totale	220	220	

VARIAZIONI RICHIESTE / PROPOSTE DI VARIAZIONE

AMBULATORIO

STRUTTURA /E l'eremo di Miazzina
SEDE/I OPERATIVA Cambiasca COD. STS 500070
ATTO/I DI ACCREDITAMENTO DGR 15-7878 del 21.12.2007
DGR n. 16-13102 del 21.01.2010

Codice	DISCIPLINA
68	Pneumologia
69	Radiodiagnostica
56	Riabilitazione
98	Laboratorio

STRUTTURA /E Istituto Raffaele Garofalo

SEDE/I OPERATIVA Gravellona Toce COD. STS 500069

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO DGR n. 45-7636 del 21.05.2014

Determina n. 465 del 19.05.2014

Determina n. 393 del 18.06.2010 (come da lettera

Direzione Generale ASL VCO prot. 5946 AG/gc del 24.09.2014

Codice	DISCIPLINA
08	Cardiologia
34	Oculistica
69	Radiodiagnostica
56	Riabilitazione
	Punto prelievi per analisi chimico cliniche e microbiologiche



Allegato B) TETTI DI SPESA INVALIDABILI PER ASL DI RESIDENZA 2018 e 2019

ASL	ACUZIE	POST ACUZIE	AMBULATORIO
ASL CITTA' DI TORINO	54.043.471	41.902.898	76.491.499
ASL TO3	27.852.743	19.316.259	35.538.514
ASL TO4	33.885.737	23.528.451	25.952.050
ASL TO5	16.124.940	9.522.846	19.018.050
ASL VC	7.120.915	6.146.463	6.275.594
ASL BI	6.068.367	2.128.646	3.998.726
ASL NO	10.337.622	14.074.825	11.496.433
ASL VCO	10.598.260	9.336.274	6.972.598
ASL CN1	8.954.326	10.279.218	3.708.503
ASL CN2	5.688.967	4.704.967	3.903.527
ASL AT	5.755.793	4.317.112	5.634.761
ASL AL	17.753.837	3.363.725	14.383.543
TOTALE ASL	204.184.978	148.621.683	213.373.799
Ausiliatrice art. 26 l. 833/78		2.404.773	2.276.290
Trasferimento Guttuari LARC			718.144
TOTALE REGIONE	204.184.978	151.026.456	216.368.233

Allegato C) PRESTAZIONI CONTRATTATE

Assunto a riferimento il case mix del precedente anno, l'ASL richiede le seguenti prestazioni che, se realizzate, saranno escluse dall'eventuale regressione economica.

PRESTAZIONI PROTETTE ***POSTACUZIE**

Cod.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	ASL DI RESIDENZA	N. PRESTAZIONI	VALORE TARIFFARIO	VALORE PROTETTO
56	RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE	VCO	456	3.722.281	843.000
60	LUNGODEGENZA	VCO	45	215.569	600.000
	TOTALE POSTACUZIE				1.443.000

AMBULATORIALI

Cod./DRG	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	ASL DI RESIDENZA	N. PRESTAZIONI	VALORE TARIFFARIO	VALORE PROTETTO
88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA	VCO	1.055	75.005	75.005
88.73.5	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAORTICI	VCO	674	29.589	29.589
88.77.2	ECOCOLORDOPPLER VASI PERIFERICI	VCO	733	32.179	32.179
89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO	VCO	108	6.026	6.026
89.7	VISITA PNEUMOLOGICA	VCO	180	3.726	3.726
89.7	VISITA CARDIOLOGICA	VCO	689	14.262	14.262
	TOTALE AMBULATORIO		3.439	160.787	160.787

** Importi complessivi massimi entro il 30% dei valori contrattati per ciascun setting assistenziale. Per importi eccedenti il limite saranno considerate non protette le prestazioni indicate per ultime)*

PRESTAZIONI CONTRATTATE PER RECUPERO DELLA MOBILITÀ PASSIVA *

POSTACUZIE

Cod./DRG	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	produzione 2017	produzione 2018 attesa*	VALORE incrementato

AMBULATORIALI

Cod./DRG	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	produzione 2017	produzione 2018 attesa*	VALORE incrementato
88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA	75.005	90.006	15.001
88.73.5	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAORTICI	29.589	35.507	5.918
88.77.2	ECOCOLORDOPPLER VASI PERIFERICI	32.179	38.615	6.436
89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO	6.026	7.231	1.205
89.7	VISITA PNEUMOLOGICA	3.726	4.471	745
89.7	VISITA CARDIOLOGICA	14.262	17.114	2.852
	TOTALE	160.787	192.944	32.157

* con possibilità di compensazione



Allegato D)

REGOLE DI VALORIZZAZIONE DELLA PRODUZIONE
RESA A RESIDENTI NELLA REGIONE AI FINI DELLA REMUNERAZIONE

1. La regressione economica si applica quando la sommatoria dei valori delle prestazioni erogate dall'insieme degli erogatori privati supera i tetti di spesa invalicabili assegnati alle AASSLL per l'acquisto di prestazioni da privati contrattati a favore di propri residenti.
2. Ai fini della eventuale regressione si considerano separatamente le prestazioni rese per ricovero in regime di acuzie, ricovero in post acuzie e specialistica ambulatoriale.
3. I valori di produzione a base dei calcoli della regressione si assumono al netto degli abbattimenti conseguenti agli ordinari controlli effettuati sulla produzione; abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione.
4. Vengono dapprima rimodulati i tetti di spesa di ricovero ed ambulatorio delle AASSLL in conseguenza di eventuali incrementi dei valori di riferimento dell'ambulatorio compensati da riduzioni di ricovero attuati dalle AASSLL in sede di sottoscrizione dei contratti. Gli adeguamenti sono effettuati nel rispetto dei volumi complessivi di ciascuna ASL di residenza (aggregato dei setting assistenziali) utilizzando i valori e le informazioni trasmesse dalle AASSLL di competenza territoriale.
5. Vengono individuate le prestazioni contrattate per il recupero della mobilità passiva e quindi valorizzate - entro il valore complessivo specificamente contrattato (compensando di ricovero e ambulatorio) - gli incrementi di valore sul precedente anno, compensando ricovero ed ambulatorio. Le prestazioni valorizzate vengono escluse dai successivi calcoli e il corrispondente valore sarà infine aggiunto a quello risultante post regressione.
6. Le restanti prestazioni sono categorizzate singolarmente, ai fini dell'eventuale regressione, con le necessarie specifiche, secondo le macrocategorie previste dall'allegato C) alla DGR n. 75-5504 del 3 agosto 2017, dall'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057 e dall'allegato C) al contratto.
7. Si effettuano le compensazioni a livello di singolo erogatore tra le eccedenze dei valori di produzione dell'ambulatorio (compresa l'assistenza domiciliare) e l'eventuale residuo del tetto di ricovero (acuzie e postacuzie), riconoscendo eventuali eccedenze oltre il 110% del valore di ambulatorio se compensate da corrispondente economia entro il 110% del ricovero.
8. Vengono scartate le prestazioni, da ultimo erogate in ordine temporale, per importi pari alle eventuali eccedenze non compensate, escludendo (dallo scarto) quelle di alta specialità e quelle protette di cui all'allegato C) alla DGR n. 75-5504 del 3 agosto 2017, all'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, e all'allegato C) al contratto.
9. Vengono di conseguenza rimodulati i tetti di spesa delle AASSLL di residenza interessate dalle compensazioni, tenendo altresì conto dell'assistenza domiciliare.



10. I valori della produzione degli erogatori non interessati alla compensazione vengono eventualmente ricondotti al 110% dei valori di riferimento.
11. Sono scartate le prestazioni da ultimo erogate in ordine temporale per importi pari alle eccedenze, escludendo (dallo scarto) quelle di alta specialità e quelle protette di cui all'allegato C).
12. Le sommatorie delle produzioni di tutti gli erogatori per ciascuna ASL di residenza e setting assistenziale sono confrontate con i tetti di spesa invalicabili per ASL di residenza e setting assistenziale (rimodulati a seguito delle compensazioni) al fine di individuare l'entità degli eventuali importi di regressione.
13. Si effettuano le possibili compensazioni a livello di ASL di residenza, nei casi in cui l'esubero del tetto di spesa di ASL per la specialistica ambulatoriale (compresa l'assistenza domiciliare) sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo del ricovero in acuzie e/o post acuzie.
14. Vengono di conseguenza rimodulati i tetti di spesa delle AASSLL di residenza interessate e quindi, per differenza, definiti gli importi di regressione complessiva di ciascuna ASL per setting assistenziale.
15. Secondo necessità, alle produzioni interessate sono consequenzialmente applicati i seguenti criteri di regressione, sino al raggiungimento degli importi (calcolati al precedente punto) necessari a ricondurre i valori delle produzioni remunerabili entro i limiti dei tetti dell'ASL di residenza, escludendo, di volta in volta, dalle produzioni interessate i valori delle prestazioni protette individuate dall'allegato C) alla DGR n. 75-5504 del 3 agosto 2017, all'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, o dall'ASL nell'allegato C) al contratto.

RICOVERO IN ACUZIE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	LEA	20%
II	BASSA SPECIALITA'	10%
III	MEDIA SPECIALITA'	10%
IV	TUTTE LE PRESTAZIONE NON PROTETTE	proporzionale

RICOVERO IN POST ACUZIE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	BASSA SPECIALITA'	10%
II	MEDIA SPECIALITA'	10%
III	TUTTE LE PRESTAZIONI NON PROTETTE	proporzionale

SPECIALISTICA AMBULATORIALE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	DGR N. 44-3399/2016 E DM APPROPRIATEZZA	15%
II	TUTTE LE PRESTAZIONI NON PROTETTE	proporzionale

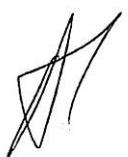
16. L'applicazione dei meccanismi di regressione economica di cui ai punti precedenti non potrà in ogni caso determinare remunerazioni inferiori al

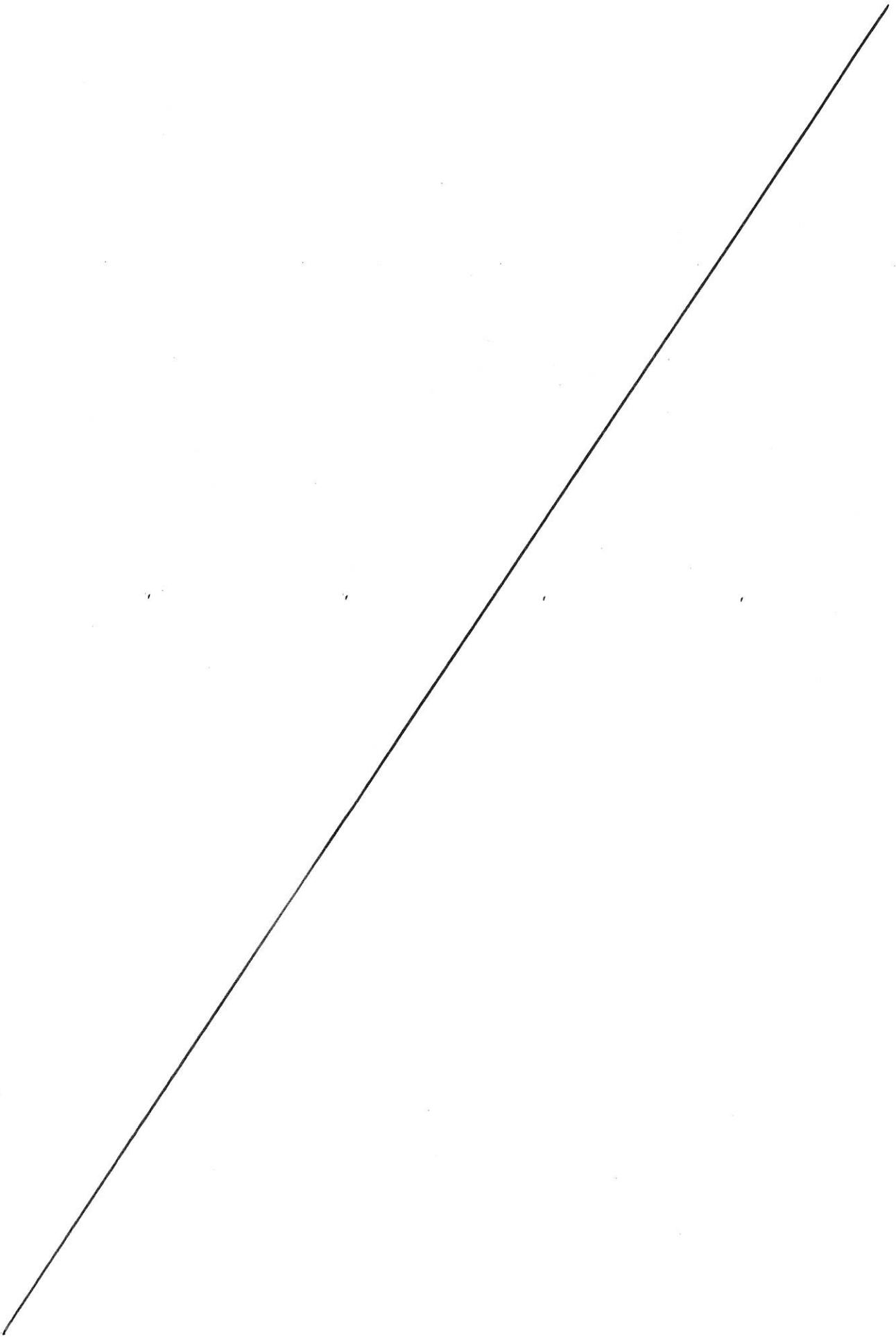
95% dei valori di riferimento assegnati all'erogatore. Tale livello di garanzia, in assenza di disponibilità residue del tetto complessivo per residenti del SSR (aggregato dei tetti di ASL per residenti ridotto dalla produzione complessiva post regressione economica), sarà assicurato riducendo proporzionalmente, per ciascuna ASL di residenza, le eccedenze di produzione - post regressione economica - quantificate rispetto alla valore di riferimento negoziato.

17. Secondo il seguente ordine consequenziale si provvede al riutilizzo delle eventuali disponibilità residue del tetto complessivo per residenti del SSR

RIUTILIZZO DEI RESIDUI	
ORDINE	FINALITA'
I	Assicurare il livello di garanzia di regressione massima del 95%
II	Remunerare le prestazioni di alta complessità abbattute
III	Ridurre proporzionalmente il livello di regressione ambulatoriale

18. Gli importi valorizzati al 3. per recupero della mobilità passiva sono aggiunti a quelli risultanti dalla regressione per definire l'importo della remunerazione complessiva.

 17 





REGIONE PIEMONTE
**AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO
OMEGNA**

IL DIRETTORE GENERALE
(Nominato con DGR n. 12-6931 del 29/05/2018)

DELIBERAZIONE N. 835 del 16 AGOSTO 2018

O G G E T T O	ARTICOLO 8/QUINQUIES D.LG.VO n. 502 DEL 30/12/1992 E S.M.I - ADOZIONE DELLA PROPOSTA DI ACCORDO CONTRATTUALE PER CAVS TRA ASL VCO DI OMEGNA ED EREMO DI MIAZZINA S.P.A. ANNUALITA' 2018 - 2019
---------------------------------	---

L'anno duemiladiciotto il giorno SEDICI
del mese di AGOSTO in OMEGNA,

IL DIRETTORE GENERALE

- Dott. Angelo Penna

coadiuvato da:

- Dott.ssa Emma Maria Zelaschi DIRETTORE SANITARIO
ASSENTE GIUSTIFICATO

- Dott.ssa Anna Ceria DIRETTORE AMMINISTRATIVO



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvcn.it - www.aslvcn.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

PROPOSTA ISTRUTTORIA DIRETTORE SOC DISTRETTO VCO

L'estensore dell'atto

Dr. Germano MARGAROLI

Omegna, li 14/08/18

Il responsabile del procedimento

Dr. Germano MARGAROLI

Omegna, li 14/08/18

Il Direttore della S.O.C. DISTRETTO VCO

Dr. Bartolomeo FICILI

Omegna, li 14/08/18

Riservato alla S.O.C. Gestione Economico-Finanziaria e Patrimonio per la registrazione della spesa:

data 16.8.2018

al N. 23. sub 106 conto 3101838

al N. _____ conto _____

al N. _____ conto _____

al N. _____ conto _____

Si attesta la regolarità contabile e le imputazioni a Bilancio derivanti dal provvedimento

Il Direttore SOC GEP

X (Dott.ssa Manuela Succi)

Manuela Succi

Beneficiario ERICO DI MAZZINA €. 1900'000,00

Beneficiario _____ €. _____

Beneficiario _____ €. _____

Annotazioni eventuali :





A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Angelo Penna
(Nominato con DGR n. 12-6931 del 29/05/2018)

Nella data sopraindicata, su proposta istruttoria del Direttore S.O.C. DISTRETTO VCO di seguito riportata, in conformità al Regolamento approvato con delibera n. 290 del 12/05/2017.

Richiamato l'articolo 8 Bis, comma 1, del D. lg.vo n. 502/92 e s.m.i. che prevede che le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'art. 1 citato decreto, avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle ASL, dalle Aziende Ospedaliere, dalle Aziende Universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'Art. 8 quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies ;

Richiamato altresì l'articolo 8 quinquies del D.lg.vo n. 502/92 e s.m.i., che prevede che l'erogazione di prestazioni sanitarie per conto e a carico del servizio sanitario presuppone, previa verifica dei fabbisogni assistenziali, la fissazione di tetti di spesa compatibili con la programmazione economica e la stipulazione di specifici accordi / contratti sulla base di uno schema tipo approvato dalla regione. Il comma 2 del medesimo articolo dispone che la regione e le ASL, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate comprese le aziende ospedaliere - universitarie, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale;

Richiamata inoltre la DGR n. 37-7057 del 14/06/2018 avente per oggetto: "regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori pubblici e privati. Integrazione alla DGR n. 73-5504 del 03/08/2018. Definizione dei tetti di spesa regionali e aziendali e approvazione dello schema di contratto per le annualità 2018 - 2019";

Dato atto che con la suddetta DGR n. 37-7057 del 14/06/2018 è stato, tra l'altro, disposto:

- l'approvazione dei valori regionali di riferimento per l'acquisto di prestazioni sanitarie di ricovero (acuzie e postacuzie) e di specialistica ambulatoriale, per gli anni 2018 e 2019, dalle strutture pubbliche e dagli erogatori privati accreditati che erogano prestazioni a carico del sistema sanitario regionale;



- l'assegnazione a ciascuna ASL dei valori di riferimento, per l'acquisto di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale da erogatori pubblici e privati accreditati, con l'individuazione all'interno di detti valori del tetto di spesa invalicabile per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati e a contratto con il servizio sanitario regionale, quantificati in relazione al consumo per residenti realizzato nell'anno 2017;
- l'approvazione dello schema di contratto 2018 – 2019 a valere per le strutture private (case di cura) e di accordo contrattuale a valere per le strutture equiparate (presidi ex art. 42 e 43 L. 833/78, progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 Bis D.lg.vo. 502/92 e s.m.i.). detti schemi di contratto/accordo contrattuale sono applicabili anche agli erogatori privati che, in base all' intese preesistenti, non sono stati assoggettati, nel corso dell'anno 2017, alle regole di cui alla DGR n. 73-5504/2017;
- l'approvazione dello schema di contratto 2018 – 2019 a valere per le strutture private accreditate e già contrattate per attività attualmente classificate come lungodegenza psichiatrica , riabilitazione psichiatrica e continuità assistenziale a valenza sanitaria – CAVS – e di assistenza domiciliare ;
- l'approvazione del documento che, in continuità con i criteri ex DGR n. 73-5504/2017 definisce le linee di indirizzo regionali 2018 - 2019 per l'esercizio da parte delle ASL della funzione di negoziazione e acquisto di prestazioni sanitari da erogatori privati accreditati nonché per la regolazione dei contratti e la valutazione della qualità della performance delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e a contratto con il servizio sanitario regionale;
- la sottoscrizione dei contratti per gli anni 2018 – 2019 con i singoli erogatori privati dovrà avvenire entro il termine di 60 gg. dall'adozione della DGR n. 37- 7057 del 14/06/2018;

Vista la D.D. 453 del 02/07/2018 avente per oggetto: " Valore annuale di riferimento/tetti per l'annualità 2018 delle prestazioni sanitarie di ricovero per acuzie e postacuzie, e di prestazioni ambulatoriali (incluso PS) per ciascun erogatore privato e progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis D.lg.vo 502/92 e s.m.i.;

Ritenuto, sulla base dei contenuti delle disposizioni legislative e regolamentari regionali di cui sopra e in ossequio alle stesse, di addivenire all'adozione dello schema di contratto per CAVS con la struttura Eremo di Miazzina S.p.A insistente sul territorio dell'ASL VCO di Omegna, come da allegato A al presente atto quale parte integrante e sostanziale composta da n. 7. pagine



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.54111 0324.49111 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvc.it - www.aslvc.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

Precisato che per quanto attiene agli importi e ai tetti di spesa, gli stessi potranno essere oggetto di rivisitazione nel tempo, nel caso intervenissero, entro l'arco temporale di validità del contratto, disposizioni e indicazioni regionali in proposito;

Dato atto che gli oneri riferiti all'accordo contrattuale di cui allo schema sopracitato risultano pari ad Euro 1.900.000,00 sul conto 3.10.18,39 per l'anno 2018 e che relativamente all'anno 2019 si rimanda a quanto disciplinato nell'accordo stesso;

Condivisa la proposta come sopra formulata e ritenendo sussistere le condizioni per l'assunzione della presente delibera.

ACQUISITO il solo parere favorevole espresso, ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. n. 502/1992 e smi dal Direttore Amministrativo, come in calce al presente atto formulato, in quanto il Direttore Sanitario risulta assente giustificato

DELIBERA

- 1) **Di adottare**, per le motivazioni e le disposizioni legislative e regolamentari regionali in premessa esposte e qui integralmente tutte richiamate, la proposta di accordo contrattuale ex art 8 quinquies D. lg.vo 502/92 per CAVS tra l'ASL VCO di Omegna e la struttura Eremo di Miazzina S.p.A., secondo lo schema di contratto approvato dalla Regione Piemonte, come da allegato A) al presente atto quale parte integrante e sostanziale composto da n. 7 pagine;
- 2) **Di precisare** che per quanto attiene agli importi e ai tetti di spesa, gli stessi potranno essere oggetto di rivisitazione nel tempo, nel caso intervenissero, entro l'arco temporale di validità del contratto, disposizioni e indicazioni regionali in proposito;
- 3) **Di dare atto** che gli oneri riferiti all'accordo contrattuale di cui allo schema sopracitato risultano pari ad Euro 1.900.000,00 per l'anno 2018 e che relativamente all'anno 2019 si rimanda a quanto disciplinato nell'accordo stesso;
- 4) **Di notificare** alla struttura la proposta di accordo contrattuale da sottoscrivere con termine di riscontro entro i 10 giorni successivi, nonché al competente Assessorato Regionale, compresa, in caso di mancato riscontro da parte della Struttura, informativa al riguardo per il conseguente procedimento di sospensione dell'accreditamento;



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.54111 0324.49111 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

- 5) **Di dare mandato** alla SOC Affari Generali, Legali e Istituzionali, di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 14c della L.R. n. 10 del 24/01/1955 e s.m.i.

Omegna, li 16 AGO, 2018

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Angelo Penna

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Anna Ceria

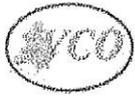
FAVOREVOLE

FIRMA

DATA 16/8/2018

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Emma Maria Zelaschi

ASSENTE GIUSTIFICATO



A.S.L. VCO.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE

Si attesta che copia del presente atto è stata posta in pubblicazione all'Albo Ufficiale dell'A.S.L. VCO il giorno 22 AGO, 2010 per 15 giorni continuativi.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

ESECUTIVITA' IN DATA _____

IL FUNZIONARIO INCARICATO

Trasmissione a:

- Collegio Sindacale	Nota prot. n. _____ del _____
- Conferenza dei Sindaci	Nota prot. n. _____ del _____
- Giunta Regionale	Nota prot. n. _____ del _____

Copia per strutture:

	DIREZIONE SANITARIA PRESIDIO VB-D		DIPSA
	DIP. PREVENZIONE	x	AFFARI GENERALI LEGALI E IST.
x	DISTRETTO VCO		LOGISTICA E SERV. TECNICI E INFORM.
x	GEST. ATTIVITA' TERRITORIALE	x	GEST. ECON. FIN. E PATRIMONIO
	FARMACIA		GEST. PERSONALE E FORMAZIONE
	SALUTE MENTALE TERRITORIALE		
	SER.D		

SCHEMA CONTRATTO EX ART. 8 *QUINQUIES* D. LGS. N. 502/1992
PER CAVS E POST ACUZIE NEUROPSICHIATRICA BIENNIO 2018-2019

Tra

l'ASL del Verbano Cusio Ossola, con sede legale in Omegna, via Mazzini, n.117, (C.F. 00634880033), rappresentata dal Direttore Generale pro tempore Dr. Angelo Penna, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Struttura privata di ricovero/ambulatoriale l'Eremo di Miazzina SpA, con sede legale in Cambiasca, Via per Miazzina, 16, (C.F. 05788741006), titolare delle strutture con sedi operative indicate nell'allegato A), accreditate per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto/accordo, successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata da Flavio Nalesso nato a Torino l'8 agosto 1969, domiciliato per la funzione c/o l'Eremo di Miazzina Via per Miazzina, 16, Cambiasca, nella qualità di Direttore Generale, con titolo di legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

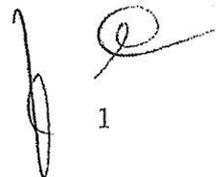
Premesso che:

- gli articoli 8-bis, quater e quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 disciplinano la partecipazione al SSN dei Soggetti Erogatori Privati;
- con DGR n. 73-5504 del 3 agosto 2017 sono state definite le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati e contrattati per il triennio 2017-2019, i tetti di spesa regionali e di ASL per il 2017 ed è stato approvato lo schema di contratto a valere per le strutture private e di accordo contrattuale a valere per i presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78 ed i progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis D. Lgs. 502/92 e s.m.i.;
- con DGR n. 37 - 7057 del 14 /06 /2018 sono stati aggiornati per il 2018-2019 i suddetti tetti di spesa le regole e lo schema di contratto/accordo contrattuale;
- con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. __ del __/__/__ è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto;
- il legale rappresentante della Struttura dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto/accordo.
2. La Struttura accreditata si impegna a somministrare, per conto e con oneri a carico del SSN, prestazioni sanitarie conformi a volumi e tipologie, per destinazione di residenza degli assistiti (Regione, Fuori regione), precisati nel successivo art 3, comma 1 e nell'allegato B) parte integrante del contratto; l'allegato B assume carattere programmatico senza vincoli economici all'interno del medesimo setting assistenziale.
3. Le prestazioni devono avere luogo nell'intera annualità con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda.
4. Nulla spetterà all'erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di accreditamento nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui al successivo art. 7, ferma restando la tutela giurisdizionale.



1

5. Qualora per giustificato motivo la Struttura non possa espletare le prestazioni oggetto del contratto dovrà dare tempestiva comunicazione all'ASL, la quale informerà le Aziende dell'Area Interaziendale di Coordinamento e la Regione. Similmente si dovrà comunicare la ripresa dell'esecuzione.

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

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, la struttura accreditata garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. La struttura è tenuta, tra l'altro, a mantenere ed adeguare i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali di accreditamento, in ragione del tasso effettivo di occupazione, ed erogare le prestazioni secondo standard e protocolli di accessibilità, appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.
2. La struttura erogherà le prestazioni contratte attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991. Al personale dipendente saranno applicati i contratti di lavoro nazionali in conformità alla normativa vigente.
3. Ai sensi dell'articolo 1, comma 42, della legge n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti di ASL e Regione che nei tre anni antecedenti abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali.
4. In ottemperanza al regolamento approvato con decreto 2 aprile 2015, n. 70, l'Erogatore trasmette annualmente alla Regione il proprio bilancio (o conto economico nel caso di Enti o di strutture facenti parte di gruppi societari) redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici.
5. La cessione del contratto a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL e della Regione, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o cambiamento di ragione sociale, subordinatamente all'adozione degli atti di competenza regionale ed aziendale.

Articolo 3 – Limiti finanziari.

1. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR per le prestazioni oggetto del contratto, sono riassunti i seguenti tetti di spesa annui massimi:

	REGIONE	FUORI REGIONE
RICOVERO		
AMBULATORIO		
DOMICILIARE		
CAVS	1.900.000	
TOTALE	1.900.000	

2. Le prestazioni erogate dal 1.1.2018 nel periodo antecedente la sottoscrizione del contratto sono comprese nei suddetti limiti annuali. Fino all'emanazione delle disposizioni attuative regionali, gli importi fissati per l'attività domiciliare e di CAVS sono compensabili con il budget complessivo assegnato per i ricoveri psichiatrici e/o per le attività ambulatoriali.
3. Al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, nell'ambito dei tetti massimi non è ammesso superare i limiti assegnati per ciascun setting assistenziale e per destinazione di residenza (Regione e Fuori regione). Eventuali eccedenze di valorizzazione per prestazioni rese rispetto a quelle previste al comma 1 non saranno remunerate, non essendo consentito l'utilizzo di eventuali economie di risorse destinate ad una tipologia di prestazioni e/o destinazione di residenza per remunerare eccedenze in altre.

4. Successivamente alla sottoscrizione del contratto, in caso di incremento dei valori unitari delle tariffe di riferimento, sia per variazione della fascia di accreditamento sia a seguito di modificazioni comunque intervenute dei tariffari, i volumi massimi di prestazioni remunerate si intendono rideterminati nella misura necessaria a mantenere i tetti di spesa massimi fissati. In caso di variazioni tariffarie in riduzione la rideterminazione dei volumi avrà luogo in base ad apposito provvedimento della Regione previa confronto con le Associazione di categoria.

Articolo 4 – Erogazione di prestazioni.

1. Per una più razionale ed efficiente gestione degli accessi ai servizi, la struttura assicura la condivisione con l'ASL delle agende di prenotazione, nei termini e modalità stabilite dall'ASL o dalla Regione.
2. Ai sensi dell'art. 41, comma 6 del D. Lgs. n. 33 del 14.3.2013 s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare in una apposita sezione nel proprio sito, denominata «Liste di attesa», i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.
3. Fermo restando il limite giornaliero di capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito entro i limiti quantitativi dei letti accreditati delle aree funzionali omogenee. I posti letto contrattati sono intesi come medi annui e il limite di occupazione giornaliero pari a quello degli accreditati.
4. La capacità produttiva non contrattata o non utilizzata dal SSN è fruibile per l'attività in regime privatistico.

Articolo 5 – Verifiche e controlli.

1. L'ASL e l'erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la coerenza di questo in relazione all'allegato B). L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della DGR n. 24-6579 del 28/10/2013 ed ulteriori disposizioni in materia. La Struttura si impegna ad agevolare l'attività di vigilanza dell'apposita Commissione ASL, nonché le ulteriori attività esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.
2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 15 giorni il legale rappresentante della struttura o suo delegato possono presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

Articolo 6 - Corrispettivo e modalità di pagamento.

1. La Struttura accetta i valori di attività di cui all'articolo 3, comma 1, articolati per setting assistenziale e destinazione di residenza, e il sistema di remunerazione in vigore nella Regione Piemonte con le relative tariffe onnicomprensive. La valorizzazione delle prestazioni avviene con la tariffa in vigore al momento dell'esecuzione della prestazione e, intendendosi per le prestazioni di ricovero la data di dimissione e per le prestazioni ricorrenti la data di completamento del ciclo terapeutico;
2. Il corrispettivo preventivato viene liquidato a titolo di acconto in quote mensili posticipate pari al 90% di 1/12 dei tetti di spesa o del realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente.
3. I pagamenti a titolo di acconto devono avere luogo, ex articolo 4 del D. Lgs. n. 231/2002 e s.m.i., entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura corredata da un elenco delle prestazioni erogate nel mese di riferimento, redatto nella forma definita dall'ASL.
4. Al termine del primo semestre di attività l'ASL verificherà, entro il mese di settembre, le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie e destinazioni di

- residenza concordate, e liquiderà il saldo della produzione erogata nel semestre nei limiti pattuiti, entro sessanta giorni dal ricevimento della fattura.
5. E' fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dell'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.
 6. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo l'ASL verifica le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie e destinazioni di residenza concordate. In caso di mancata contestazione entro tale termine, si procede alla liquidazione del saldo provvisorio della produzione erogata nei limiti pattuiti, entro sessanta giorni dal ricevimento della fattura. In caso di contestazione, l'ASL sospenderà la liquidazione delle partite contestate fino alla relativa definizione.
 7. In caso di erogazione di prestazioni in eccedenza rispetto ai volumi previsti, permane la validità dei tetti di spesa fissati per tipologie e destinazione di residenza ed è priva di titolo l'eventuale fatturazione o richiesta di pagamento delle suddette eccedenze.
 8. Il pagamento di prestazioni fatturate non esclude future contestazioni da parte dell'ASL per importi non dovuti in relazione a prestazioni che, a seguito di ulteriori controlli, risultassero rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa, nei limiti della prescrizione.
 9. Gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ASL, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno, all'occorrenza, essere oggetto di compensazione con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi.
 10. Gli importi indicati nei report prodotti dal Sistema Informativo Regionale rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dalla struttura e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente; hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.

Articolo 7 – Sospensione e risoluzione del contratto.

1. La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del presente contratto. Parimenti la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del presente contratto.
2. Ove una parte accerti l'inadempimento, concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto sarà legittimato ad emettere diffida ad adempiere ex art.1454 cod.civ. E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex art. 1218 c.c. della parte inadempiente.
3. In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purché formalmente contestati, il contratto è risolto con comunicazione ricettizia formulata dalla parte che ha contestato.
4. In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali del contratto, purché contestati formalmente, il contratto può essere sospeso da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato.

5. In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente contratto, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente contratto per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.
6. In tutte le ipotesi di sospensione di cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese dalla struttura non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti della Regione.
7. Il contratto si intenderà altresì risolto qualora intervenga condanna definitiva per reati contro la pubblica amministrazione a carico del legale rappresentante per fatti ad esso direttamente imputabili.

Articolo 8 – Clausola di manleva.

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

Articolo 9 – Clausola di salvaguardia.

1. Fatte salve le intese di cui alle premesse già sottoscritte fra la regione e la Struttura, con la sottoscrizione del contratto la struttura accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente, il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e delle tariffe, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi in quanto atti determinanti il contenuto del contratto.

Articolo 10 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo.

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2018 sino al 31 dicembre 2019. Non è tacitamente prorogabile.
2. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative, di carattere nazionale, senza che maggiori oneri derivino per l'ASL dalla necessità dell'erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze l'erogatore potrà recedere dal contratto, entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all'ASL.
3. Per gli aspetti non disciplinati dal contratto si rinvia al codice civile ed alla normativa di settore.

Articolo 11 – Bollo e registrazione.

1. Le spese di bollo sono in parti uguali. Ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.P.R. 26.4.1986 n. 131 il contratto è soggetto a registrazione in caso di uso.

Articolo 12 - Foro competente, elezione di domicilio.

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

Letto, approvato, e sottoscritto in due originali.

Li, ... / ... / 2017

Per l'ASL

Per la Struttura

.....
 Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 e 1342 del c.c. si approvano espressamente le clausole convenute negli articoli Art. 2 (Obblighi dell'erogatore), Art. 3 (Limiti finanziari), Art. 6 (Corrispettivo e modalità di pagamento), Art. 7 (Sospensione e risoluzione), Art. 8 (Clausola di manleva), Art. 9 (Clausola di salvaguardia).

Per l'ASL

Per la Struttura

Allegato A) STATO DI ACCREDITAMENTO

ASL VCO
AZIENDA Eremo di Miazzina COD. AZ. 209
SEDE Cambiasca Via per Miazzina 16

RICOVERO (Lungodegenza e/o Riabilitazione)

SEDE OPERATIVA COD. HSP11

ATTO DI ACCREDITAMENTO

DISCIPLINE	P.L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	P.L. CONTRATTATI

CAVS

DATA DI ACCREDITAMENTO /AUTOCERTIFICAZIONE

D.D. n. 189 del 20/03/2017

P.L. CONTRATTATI 2018 - 2019

50

AMBULATORIO

SEDE OPERATIVA COD. STP

ATTO DI ACCREDITAMENTO

BRANCHE SPECIALISTICHE

ALLEGATO B) DETTAGLIO PROGRAMMAZIONE DELLE PRESTAZIONI

2018-2019 RICOVERO RESIDENTI IN REGIONE	CASI	IMPORTI
MDC		
MDC		
TOTALE RIABILITAZIONE		
TOTALE LUNGODEGENZA		
TOTALE RICOVERO		

2018-2019 AMBULATORIO RESIDENTI IN REGIONE	REGIONE	N. CASI
BRANCA SPECIALISTICA 1		
- Visite		
- Altre prestazioni cliniche		
- Diagnostica per immagine		
- Prestazioni di laboratorio		
TOTALE BRANCA SPECIALISTICA 1		
NOTE BRANCA 1:		
BRANCA SPECIALISTICA 2		
- Visite		
- Altre prestazioni cliniche		
- Diagnostica per immagine		
- Prestazioni di laboratorio		
TOTALE BRANCA SPECIALISTICA 2		
NOTE BRANCA 2:		
TOTALE AMBULATORIO		

2018-2019 DOMICILIARE RESIDENTI IN REGIONE	ASL	N. CASI	IMPORTO
Prestazioni, numero e importo, per ASL di residenza			
Prestazioni, numero e importo, per ASL di residenza			
TOTALE			

2018-2019 CAVS RESIDENTI IN REGIONE	ASL	N. CASI	IMPORTO
Prestazioni, numero e importo, per ASL di residenza	VCO	500	1.900.000
TOTALE		500	1.900.000



A.S.L. VCO.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

REGIONE PIEMONTE

**AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO
OMEGNA**

**IL DIRETTORE GENERALE
(Nominato con DGR n. 12-6931 del 29/05/2018)**

DELIBERAZIONE N. 834 del 16 AGOSTO 2018

O G G E T T O	ARTICOLO 8/QUINQUIES D.LG.VO n. 502 DEL 30/12/1992 E S.M.I - ADOZIONE DELLA PROPOSTA DI ACCORDO CONTRATTUALE TRA ASL VCO DI OMEGNA E EREMO DI MIAZZINA S.P.A. ANNUALITA' 2018 - 2019
---------------------------------	---

L'anno duemiladiciotto il giorno SEDICI
del mese di AGOSTO in OMEGNA,

IL DIRETTORE GENERALE

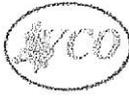
- Dott. Angelo Penna

coadiuvato da:

**- Dott.ssa Emma Maria Zelaschi DIRETTORE SANITARIO
ASSENTE GIUSTIFICATO**

- Dott.ssa Anna Ceria DIRETTORE AMMINISTRATIVO





A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod. Fisc. 00634880033

PROPOSTA ISTRUTTORIA DIRETTORE SOC DISTRETTO VCO

L'estensore dell'atto

Il responsabile del procedimento

Dr. Germano MARGAROLI

Dr. Germano MARGAROLI

Omegna, li 14/08/18

Omegna, li 14/08/18

Il Direttore della S.O.C. DISTRETTO VCO

Dr. Bartolomeo FICILI

Omegna, li 14/08/18

Riservato alla S.O.C. Gestione Economico-Finanziaria e Patrimonio per la registrazione della spesa:

data 16.8.2018

al N. 30 conto 3100471 - 3100472 - 3100478

al N. 29 conto 3100419 - 3100484 - 3100485

al N. _____ conto _____

al N. _____ conto _____

Si attesta la regolarità contabile e le imputazioni
a Bilancio derivanti dal provvedimento

Il Direttore SOC GEP

x (Dott.ssa Manuela Succi)

Manuela Succi

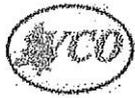
Beneficiario ERATO MAZZINA €. 9.800.000,00

Beneficiario ERATO MAZZINA €. 1.824.931,00

Beneficiario _____ €. _____

Annotazioni eventuali :

REGIONE
PIEMONTE



IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Angelo Penna
(Nominato con DGR n. 12-6931 del 29/05/2018)

Nella data sopraindicata, su proposta istruttoria del Direttore S.O.C. DISTRETTO VCO di seguito riportata, in conformità al Regolamento approvato con delibera n. 290 del 12/05/2017.

Richiamato l'articolo 8 Bis, comma 1, del D. lg.vo n. 502/92 e s.m.i. che prevede che le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'art. 1 citato decreto, avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle ASL, dalle Aziende Ospedaliere, dalle Aziende Universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'Art. 8 quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies ;

Richiamato altresì l'articolo 8 quinquies del D.lg.vo n. 502/92 e s.m.i., che prevede che l'erogazione di prestazioni sanitarie per conto e a carico del servizio sanitario presuppone, previa verifica dei fabbisogni assistenziali, la fissazione di tetti di spesa compatibili con la programmazione economica e la stipulazione di specifici accordi / contratti sulla base di uno schema tipo approvato dalla regione. Il comma 2 del medesimo articolo dispone che la regione e le ASL, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate comprese le aziende ospedaliere - universitarie, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale;

Richiamata inoltre la DGR n. 37-7057 del 14/06/2018 avente per oggetto: "regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori pubblici e privati. Integrazione alla DGR n. 73-5504 del 03/08/2018. Definizione dei tetti di spesa regionali e aziendali e approvazione dello schema di contratto per le annualità 2018 - 2019";

Dato atto che con la suddetta DGR n. 37-7057 del 14/06/2018 è stato, tra l'altro, disposto:

- l'approvazione dei valori regionali di riferimento per l'acquisto di prestazioni sanitarie di ricovero (acuzie e postacuzie) e di specialistica ambulatoriale, per gli anni 2018 e 2019, dalle strutture pubbliche e dagli erogatori privati accreditati che erogano prestazioni a carico del sistema sanitario regionale;



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvc.it - www.aslvc.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

- l'assegnazione a ciascuna ASL dei valori di riferimento, per l'acquisto di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale da erogatori pubblici e privati accreditati, con l'individuazione all'interno di detti valori del tetto di spesa invalicabile per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati e a contratto con il servizio sanitario regionale, quantificati in relazione al consumo per residenti realizzato nell'anno 2017;
- l'approvazione dello schema di contratto 2018 – 2019 a valere per le strutture private (case di cura) e di accordo contrattuale a valere per le strutture equiparate (presidi ex art. 42 e 43 L. 833/78, progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 Bis D.lg.vo. 502/92 e s.m.i.). detti schemi di contratto/accordo contrattuale sono applicabili anche agli erogatori privati che, in base all' intese preesistenti, non sono stati assoggettati, nel corso dell'anno 2017, alle regole di cui alla DGR n. 73-5504/2017;
- l'approvazione dello schema di contratto 2018 – 2019 a valere per le strutture private accreditate e già contrattate per attività attualmente classificate come lungodegenza psichiatrica , riabilitazione psichiatrica e continuità assistenziale a valenza sanitaria – CAVS – e di assistenza domiciliare ;
- l'approvazione del documento che, in continuità con i criteri ex DGR n. 73-5504/2017 definisce le linee di indirizzo regionali 2018 - 2019 per l'esercizio da parte delle ASL della funzione di negoziazione e acquisto di prestazioni sanitari da erogatori privati accreditati nonché per la regolazione dei contratti e la valutazione della qualità della performance delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e a contratto con il servizio sanitario regionale;
- la sottoscrizione dei contratti per gli anni 2018 – 2019 con i singoli erogatori privati dovrà avvenire entro il termine di 60 gg. dall'adozione della DGR n. 37- 7057 del 14/06/2018;

Vista la D.D. 453 del 02/07/2018 avente per oggetto: " Valore annuale di riferimento/tetti per l'annualità 2018 delle prestazioni sanitarie di ricovero per acuzie e postacuzie, e di prestazioni ambulatoriali (incluso PS) per ciascun erogatore privato e progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis D.lg.vo 502/92 e s.m.i.;



A.S.L. VCO.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvcn.it - www.aslvcn.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

Ritenuto, sulla base dei contenuti delle disposizioni legislative e regolamentari regionali di cui sopra e in ossequio alle stesse, di addivenire all'adozione dello schema di contratto con la struttura Eremo di Miazzina S.p.A. insistente sul territorio dell'ASL VCO di Omegna, come da allegato A al presente atto quale parte integrante e sostanziale composta da n. 17 pagine.

Precisato che per quanto attiene agli importi e ai tetti di spesa, gli stessi potranno essere oggetto di rivisitazione nel tempo, nel caso intervenissero, entro l'arco temporale di validità del contratto, disposizioni e indicazioni regionali in proposito;

Dato atto che gli oneri riferiti all'accordo contrattuale di cui allo schema sopracitato risultano pari ad Euro 9.800.000,00 sui conti 3.10.04.71 – 3.10.04.72 – 3.10.04.78 ed Euro 1.824.931,00 sui conti 3.10.04.19 – 3.10.04.84 – 3.10.04.85 per l'anno 2018 e che relativamente all'anno 2019 si rimanda a quanto disciplinato all' art.3.3 del citato schema di contratto;

Condivisa la proposta come sopra formulata e ritenendo sussistere le condizioni per l'assunzione della presente delibera.,

ACQUISITO il solo parere favorevole espresso, ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. n. 502/1992 e smi dal Direttore Amministrativo, come in calce al presente atto formulato, in quanto il Direttore Sanitario risulta assente giustificato

DELIBERA

- 1) **Di adottare**, per le motivazioni e le disposizioni legislative e regolamentari regionali in premessa esposte e qui integralmente tutte richiamate, la proposta di accordo contrattuale ex art 8 quinquies D. lg.vo 502/92 tra l'ASL VCO di Omegna e la struttura Eremo di Miazzina S.p.A., secondo lo schema di contratto approvato dalla Regione Piemonte , come da allegato A) al presente atto quale parte integrante e sostanziale composto da n. 17 pagine;
- 2) **Di precisare** che per quanto attiene agli importi e ai tetti di spesa, gli stessi potranno essere oggetto di rivisitazione nel tempo, nel caso intervenissero, entro l'arco temporale di validità del contratto, disposizioni e indicazioni regionali in proposito;
- 3) **Di dare atto** che gli oneri riferiti all'accordo contrattuale di cui allo schema sopracitato risultano pari ad Euro 9.800.000,00 sui conti 3.10.04.71 – 3.10.04.72 – 3.10.04.78 ed Euro 1.824.931,00 sui conti 3.10.04.19 – 3.10.04.84 – 3.10.04.85

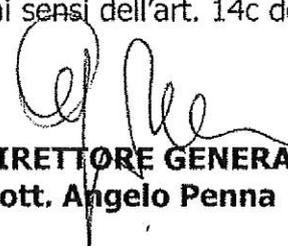
 REGIONE
PIEMONTE



per l'anno 2018 e che relativamente all'anno 2019 si rimanda a quanto disciplinato all' art.3.3 del citato schema di contratto;

- 4) **Di notificare** alla struttura la proposta di accordo contrattuale da sottoscrivere con termine di riscontro entro i 10 giorni successivi, nonché al competente Assessorato Regionale, compresa, in caso di mancato riscontro da parte della Struttura, informativa al riguardo per il conseguente procedimento di sospensione dell'accreditamento;
- 5) **Di dare mandato** alla SOC Affari Generali, Legali e Istituzionali, di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 14c della L.R. n. 10 del 24/01/1955 e s.m.i.

Omegna, li 16 AGO. 2018


IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Angelo Penna

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Anna Ceria

FAVOREVOLE

FIRMA 

DATA 16/8/2018

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Emma Maria Zelaschi

ASSENTE GIUSTIFICATO



A.S.L. VCO.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvc.it - www.aslvc.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE

Si attesta che copia del presente atto è stata posta in pubblicazione all'Albo
Ufficiale dell'A.S.L. VCO il giorno 22 AGO. 2018 per 15 giorni continuativi.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

ESECUTIVITA' IN DATA _____

IL FUNZIONARIO INCARICATO

Trasmissione a:

- Collegio Sindacale Nota prot. n. _____ del _____
- Conferenza dei Sindaci Nota prot. n. _____ del _____
- Giunta Regionale Nota prot. n. _____ del _____

Copia per strutture:

	DIREZIONE SANITARIA PRESIDI VB-D		DIPSA
	DIP. PREVENZIONE	x	AFFARI GENERALI LEGALI E IST.
x	DISTRETTO VCO		LOGISTICA E SERV. TECNICI E INFORM.
x	GEST. ATTIVITA' TERRITORIALE	x	GEST. ECON. FIN. E PATRIMONIO
	FARMACIA		GEST. PERSONALE E FORMAZIONE
	SALUTE MENTALE TERRITORIALE		
	SER.D		

SCHEMA DI CONTRATTO/ACCORDO CONTRATTUALE
EX ART. 8 QUINQUIES D. LGS. N. 502/1992 PER IL BIENNIO 2018-2019

Tra

l'ASL del Verbano Cusio Ossola, con sede legale in Omegna, via Mazzini, n.117, (C.F. 00634880033), rappresentata dal Direttore Generale pro tempore Dr. Angelo Penna, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Struttura privata di ricovero/ambulatoriale l'Eremo di Miazzina SpA, con sede legale in Cambiasca, Via per Miazzina, 16, (C.F. 05788741006), titolare delle strutture con sedi operative indicate nell'allegato A), accreditate per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto/accordo, successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata da Flavio Nalesso nato a Torino l'8 agosto 1969, domiciliato per la funzione c/o l'Eremo di Miazzina Via per Miazzina, 16, Cambiasca, nella qualità di Direttore Generale, con titolo di legale rappresentanza, ovvero con mandato speciale.

Premesso che:

1. gli articoli 8-bis, quater e quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con DGR 3 agosto 2017, n. 73-5504, sono state definite le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati e contrattati per il triennio 2017-2019, i tetti di spesa regionali e di ASL per il 2017 ed è stato approvato lo schema di contratto a valere per le strutture private e di accordo contrattuale a valere per i presidi ex artt. 42 e 43 L. 833/78 ed i progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis D. Lgs. 502/92 e s.m.i.;
3. con DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, sono stati aggiornati per il 2018-2019 i suddetti tetti di spesa e lo schema di contratto/accordo contrattuale;
4. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. ___ del ___/___/___ è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto/accordo in attuazione della citata DGR;
5. il legale rappresentante della Struttura dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto/accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto.
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 tipologie precisate nell'allegato C) parte integrante del contratto.
3. Le prestazioni devono realizzarsi nell'intera annualità, con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda.

4. Nulla spetterà all'Erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di accreditamento e nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 8.
5. Qualora per giustificato motivo l'Erogatore non possa espletare le prestazioni oggetto del contratto dovrà dare tempestiva comunicazione all'ASL, la quale informerà le Aziende dell'area omogenea di programmazione e la Regione. Similmente si dovrà comunicare la ripresa dell'esecuzione.

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

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e di provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere ed adeguare i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali di accreditamento, in ragione delle discipline contrattate e del tasso effettivo di occupazione, e ad erogare le prestazioni secondo standard e protocolli di accessibilità, appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.
2. La Struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991. Al personale dipendente saranno applicati i contratti di lavoro nazionali in conformità alla normativa vigente.
3. Ai sensi dell'articolo 1, comma 42, della legge n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti di ASL e Regione che nei tre anni antecedenti abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali.
4. In ottemperanza al regolamento approvato con decreto 2 aprile 2015, n. 70, l'Erogatore trasmette annualmente alla Regione il proprio bilancio (o conto economico nel caso di Enti o di strutture facenti parte di gruppi societari) redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici.
5. La cessione del contratto a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL e della Regione, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o cambiamento di ragione sociale, subordinatamente all'adozione degli atti di competenza regionale ed aziendale.

Articolo 3 – Limiti finanziari.

1. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR per le prestazioni da rendere ai residenti nelle varie AASSLL dall'insieme degli erogatori privati contrattati sono assunti i tetti di spesa, complessivi e invalicabili, previsti dalla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057 e riportati nell'allegato B).
2. Per il 2018 sono assegnati all'Erogatore i seguenti valori di riferimento per la produzione di prestazioni da rendere a residenti in regione e, ai

sensi della circolare del Ministero della Salute n. 5 del 24 marzo 2000, agli STR (stranieri paesi Ue/SEE/in Convenzione), ENI (europeo non iscrivibile) ed STP (stranieri temporaneamente presenti a carico del SSN):

- a) ricovero in acuzie €. // // ,00;
 - b) specialistica ambulatoriale €. 1.773.304,00;
3. Per il 2019 si assumono i valori di acuzie e di specialistica ambulatoriale che saranno definiti dalla Regione con riferimento a quelli negoziati per l'annualità 2018, eventualmente ridotti o incrementati del 70% della minore o maggiore produzione realizzata entro il 110% dei valori di riferimento, eventualmente riproporzionando ai limiti dei tetti di spesa regionali per setting assistenziale laddove la sommatoria delle eccedenze superi quella delle economie.
4. Per le prestazioni di assistenza domiciliare a favore di residenti in regione è assegnato un valore di riferimento annuo pari ad €. // // ,00. Per le prestazioni di post acuzie a favore di residenti in regione è assegnato un valore di riferimento annuo pari ad €. 4.810.000,00.
5. Ai fini del recupero della mobilità passiva, per l'incremento, rispetto al precedente anno, della produzione di prestazioni definite sulla base degli indirizzi regionali nell'apposita sezione dell'allegato C), si assegna per il 2018 un tetto di spesa di €. **32.157,00**.
6. Per prestazioni rese a residenti in altre regioni nel 2018:
- a) per la produzione/spesa di prestazioni di alta complessità è assegnato un valore di riferimento di €. ,00 ;
 - b) per il ricovero di media e bassa complessità è assegnato un tetto di spesa/produzione di € 4.990.000 ,00 ;
 - c) per la produzione/spesa di prestazioni di specialistica ambulatoriale è assegnato un valore di riferimento di € 19.470,00.
7. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a , nelle more del provvedimento regionale di riordino dei finanziamenti per le funzioni assistenziali, è previsto l'importo di € ,00 - assegnato, nel caso di IRCCS, per il secondo semestre 2018 a completamento del programma sperimentale triennale 2015-2017 di ricerca applicata ex DGR 5 agosto 2015, n. 13-2022 - che rappresenta un limite massimo da verificare dall'ASL a consuntivo sulla base dei costi sostenuti, in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte.
8. Per la somministrazione dei farmaci (file F) è previsto il rimborso ai costi sostenuti dall'erogatore o, se inferiori, ai prezzi di riferimento delle gare regionali ridotti dalle eventuali quote dovute dalle aziende farmaceutiche in applicazione della così detta "rimborsabilità condizionata" di taluni farmaci.
9. L'Erogatore accetta i tetti di spesa per ASL di residenza, i valori di riferimento assegnati, i tetti di spesa per il recupero della mobilità passiva fuori regione, e quelli per le prestazioni diverse dall'alta complessità rese a residenti in altre regioni, il sistema tariffario vigente nella Regione Piemonte e quello di remunerazione delle prestazioni rese, comprese le regole di regressione economica nel caso in cui l'insieme

delle prestazioni erogate dai privati contrattati superi i limiti per ASL di residenza dei pazienti.

10. L'erogatore prende atto ed accetta l'applicazione del sistema di valutazione della qualità che potrà comportare incrementi o riduzioni del 2,5% per premialità o penalizzazione secondo i criteri definiti dalla Regione. Il calcolo degli indicatori sarà effettuato utilizzando il Protocollo PNE contestualizzato a livello regionale.
11. I tetti di spesa complessivi e invalicabili delle AASSLL, i valori di riferimento assegnati all'erogatore e i tetti di spesa per i residenti fuori regione e per il recupero della mobilità passiva si mantengono anche in caso di variazione comunque intervenuta dei valori delle tariffe di riferimento, sia per modifica della fascia di accreditamento, sia per revisione dei tariffari regionali, intendendosi in tal caso rideterminate le prestazioni oggetto del contratto nella misura necessaria a mantenere i valori fissati.

Articolo 4 – Remunerazione delle prestazioni erogate

1. I valori indicati all'articolo 3, commi 2, lett. a), b), e 4, non rappresentano un limite di produzione invalicabile per l'erogatore poiché, in coerenza alla programmazione sanitaria dell'ASL, potranno essere remunerate anche prestazioni erogate oltre i suddetti valori, purché nei limiti dei tetti di spesa complessivi e invalicabili assegnati alle AASSLL di residenza e del 110% dei valori di riferimento contrattati.
2. I valori delle produzioni entro il 110% potranno comunque subire delle riduzioni per effetto del superamento dei limiti delle AASSLL di residenza e della conseguente applicazione dei meccanismi di regressione economica, secondo le regole riportate nell'allegato D) al contratto.
3. La remunerazione a saldo della produzione per i residenti in regione avviene considerando separatamente ricovero per acuti, ricovero per post-acuti e specialistica ambulatoriale comprensiva dell'assistenza domiciliare con le seguenti regole:
 - a) 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;
 - b) il valore della produzione a base delle regole di remunerazione contrattuale include gli abbattimenti in conseguenza degli ordinari controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione;
 - c) non saranno riconosciuti i valori economici delle prestazioni eccedenti il 110% dei valori annui di riferimento contrattati;
 - d) qualora i valori delle prestazioni realizzate da tutti gli erogatori per i residenti di ciascuna ASL, per ciascun setting assistenziale, risultino inferiori ai tetti di spesa assegnati alle AASSLL per i residenti, all'erogatore verrà corrisposta l'intera valorizzazione della produzione entro il limite massimo del 110% dei valori di riferimento contrattati;



- e) qualora i valori delle prestazioni realizzate da tutti gli erogatori per i residenti di ciascuna ASL, per ciascun setting assistenziale, risultino superiori ai tetti di spesa assegnati alle AASSLL per i residenti, si ridurrà il valore riconosciuto a ciascun erogatore secondo il meccanismo di regressione economica, di cui all'allegato D) al contratto, in modo che le valorizzazioni complessive rientrino nei limiti dei suddetti tetti di spesa invalicabile delle AASSLL;
 - f) i valori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza domiciliare sono compensabili e l'eventuale eccedenza di produzione oltre il 110% del valore di riferimento di prestazioni ambulatoriali (comprensivo dell'assistenza domiciliare) può essere compensata, e quindi economicamente riconosciuta, a fronte di una corrispondente e correlata economia entro il 110% del valore fissato per il ricovero (compensazione a livello di Erogatore);
 - g) non si procede alla regressione nei casi in cui gli esuberi dei tetti di spesa delle AASSLL per la specialistica ambulatoriale siano compensati da un corrispondente e correlato avanzo del ricovero (compensazione a livello di ASL);
 - h) saranno esclusi dalla regressione economica i valori delle prestazioni cosiddette "protette", riportate nell'allegato C) al contratto;
 - i) in ogni caso, per ciascun setting assistenziale, l'eventuale applicazione dei meccanismi di regressione non potrà determinare una remunerazione inferiore al valore della produzione resa entro il 95% dei valori di riferimento contrattati;
 - j) gli incrementi di produzione, in termini di valore rispetto al precedente anno, di prestazioni contrattate per il recupero di mobilità passiva (art. 3, comma 5, e allegato c) al contratto) saranno separatamente remunerati, entro il limite dello specifico tetto di spesa assegnato.
4. La produzione realizzata per residenti in altre regioni sarà remunerata come segue:
- a) la produzione di ricovero di alta complessità e di specialistica ambulatoriale sarà riconosciuta per intero, anche oltre gli specifici valori di riferimento (art. 3, comma 6, lett. a) e c));
 - b) la produzione di ricovero di bassa e media complessità verrà riconosciuta entro tetto di spesa fissato all'art. 3, comma 6, lett. b), mentre l'eccedenza sarà eventualmente riconosciuta al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, con riferimento alla percentuale di valore riconosciuto alla Regione Piemonte rispetto a quello complessivamente addebitato alle altre regioni.
5. Le prestazioni inviate al CSI oltre il termine ordinariamente fissato per la chiusura della gestione in competenza saranno considerate unicamente ai fini dell'obbligo informativo, ma non a fini remunerativi.

Articolo 5 - Modalità di pagamento.

1. Il corrispettivo preventivato viene liquidato a titolo di acconto in quote mensili posticipate pari al 90% di 1/12 dei valori di riferimento/tetti di spesa o del realizzato se inferiore, detratti gli importi incassati dalla



Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente. Gli acconti per i farmaci sono pari al 90% del somministrato.

2. I pagamenti a titolo di acconto devono avere luogo entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura corredata da un elenco delle prestazioni erogate nel mese di riferimento, redatto nella forma definita dall'ASL.
3. E' fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dell'accertamento di gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.
4. Entro il primo trimestre dell'anno successivo l'ASL verifica le prestazioni erogate per quanto riguarda il rispetto di volumi, tipologie concordate per destinazioni di residenza e per recupero di mobilità passiva fuori regione, e comunica alla Regione le informazioni necessarie ai fini della regressione economica che si definirà nei successivi trenta giorni. In caso di mancata contestazione, si procede alla liquidazione del saldo provvisorio della produzione erogata, ex articolo 4 del D. Lgs. n. 231/2002 e s.m.i., entro 60 giorni dal ricevimento della fattura. In caso di contestazione, l'ASL sospenderà la liquidazione delle partite contestate fino alla relativa definizione.
5. Il pagamento di prestazioni fatturate non esclude future contestazioni da parte dell'ASL per importi non dovuti in relazione a prestazioni che, a seguito di ulteriori controlli, risultassero rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa, nei limiti della prescrizione.
6. Gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ASL, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno, all'occorrenza, essere compensate con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi.
7. Gli importi indicati nella reportistica prodotta dal Sistema Informativo Regionale rappresentano le quantità di prestazioni erogate in base agli invii effettuati dall'Erogatore e la valorizzazione economica delle stesse con applicazione del tariffario vigente secondo i protocolli approvati, hanno carattere meramente informativo sull'andamento della produzione e non costituiscono titolo per il riconoscimento di pagamento di somme corrispondenti.

Articolo 6 – Erogazione di prestazioni.

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



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

Articolo 7 – Verifiche e controlli.

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

Articolo 8 - Sospensione e risoluzione del contratto.

1. La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto.
2. Ove una parte accerti l'inadempimento concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto sarà legittimata ad emettere diffida ad adempiere ex articolo 1454 cod. civ. E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex articolo 1218 cod. civ. della parte inadempiente.
3. In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purché formalmente contestati, il



contratto è risolto con comunicazione recettizia formulata dalla parte che ha contestato.

4. In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali del contratto, purché contestati formalmente, il contratto può essere sospeso da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato.
5. In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente contratto, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente contratto per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.
6. In tutte le ipotesi di sospensione di cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti dell'ASL e della Regione.
7. Il contratto si intenderà altresì risolto qualora intervenga condanna definitiva per reati contro la pubblica amministrazione a carico del legale rappresentante per fatti ad esso direttamente imputabili.

Articolo 9 – Clausola di manleva.

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

Articolo 10 – Clausola di salvaguardia.

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

Articolo 11 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo.

1. Il contratto decorre dal 1° gennaio 2018 sino al 31 dicembre 2019. Non è tacitamente prorogabile. Rientrano nel contratto anche le prestazioni rese nel corso del 2018 antecedentemente alla sottoscrizione.
2. Fatto salvo l'articolo 3, comma 3, per il 2019 si prevede la stipula di una integrazione al contratto che recepisca i valori di riferimento quantificati dalla Regione per il 2019 nonché i tetti di spesa e le prestazioni contrattate per il recupero della mobilità passiva.
3. Il contratto si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative, di carattere nazionale, senza che maggiori oneri derivino per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze l'Erogatore potrà recedere dal contratto entro 60 giorni dalla



pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all'ASL.

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

Articolo 12 – Bollo e registrazione.

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

Articolo 13 - Foro competente.

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

Li, ... / ... / 2018

Per l'ASL

Per la Struttura

.....
Ai sensi e per gli effetti dell'articoli 1341 e 1342 del cod. civ. si approvano espressamente le clausole convenute negli articoli 2 (Obblighi dell'erogatore, requisiti dei servizi), 3 (Limiti finanziari), 4 (Remunerazione delle prestazioni erogate), 5 (Modalità di pagamento), 8 (Clausola di manleva), 9 (Clausola di salvaguardia).

Per l'ASL

Per la Struttura

.....

.....



Allegato A) STATO DI ACCREDITAMENTO

AZIENDA l'Eremo di Miazzina
COD. AZ. 209
SEDE Sede principale a Cambiasca
Unità locale a Gravellona Toce

RICOVERO

STRUTTURA l'Eremo di Miazzina
SEDE OPERATIVA Cambiasca
COD. HSP11 010629-00
ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE DGR 15-7878 del 21.12.2007
ATTO/I DI ACCREDITAMENTO DGR n. 13-8076 del 28.01.2008

STRUTTURA Istituto Raffaele Garofalo
SEDE OPERATIVA Gravellona Toce
COD. HSP11 010629-00
ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE e DI ACCREDITAMENTO DGR n. 45-7636 del
21.05.2014

DISCIPLINE	P.L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	P.L. CONTRATTATI 2018-2019
R.R.F. 1° livello	90	90	
R.R.F. 2° livello	60	60	
Lungodegenza	70	70	
Totale	220	220	

VARIAZIONI RICHIESTE / PROPOSTE DI VARIAZIONE

.....
.....
.....

AMBULATORIO

STRUTTURA /E l'Eremo di Miazzina
SEDE/I OPERATIVA Cambiasca COD. STS 500070
ATTO/I DI ACCREDITAMENTO DGR 15-7878 del 21.12.2007
DGR n. 16-13102 del 21.01.2010

Codice	DISCIPLINA
68	Pneumologia
69	Radiodiagnostica
56	Riabilitazione
98	Laboratorio

STRUTTURA /E Istituto Raffaele Garofalo
SEDE/I OPERATIVA Gravellona Toce COD. STS 500069



ATTO/I DI ACCREDITAMENTO DGR n. 45-7636 del 21.05.2014

Determina n. 465 del 19.05.2014

Determina n. 393 del 18.06.2010 (come da lettera

Direzione Generale ASL VCO prot. 5946 AG/gc del 24.09.2014

Codice	DISCIPLINA
08	Cardiologia
34	Oculistica
69	Radiodiagnostica
56	Riabilitazione
	Punto prelievi per analisi chimico cliniche e microbiologiche



Allegato B) TETTI DI SPESA INVALIDABILI PER ASL DI RESIDENZA 2018 e 2019

ASL	ACUZIE	POST ACUZIE	AMBULATORIO
ASL CITTA' DI TORINO	54.043.471	41.902.898	76.491.499
ASL TO3	27.852.743	19.316.259	35.538.514
ASL TO4	33.885.737	23.528.451	25.952.050
ASL TO5	16.124.940	9.522.846	19.018.050
ASL VC	7.120.915	6.146.463	6.275.594
ASL BI	6.068.367	2.128.646	3.998.726
ASL NO	10.337.622	14.074.825	11.496.433
ASL VCO	10.598.260	9.336.274	6.972.598
ASL CN1	8.954.326	10.279.218	3.708.503
ASL CN2	5.688.967	4.704.967	3.903.527
ASL AT	5.755.793	4.317.112	5.634.761
ASL AL	17.753.837	3.363.725	14.383.543
TOTALE ASL	204.184.978	148.621.683	213.373.799
Ausiliatrice art. 26 l. 833/78		2.404.773	2.276.290
Trasferimento Guttuari LARC			718.144
TOTALE REGIONE	204.184.978	151.026.456	216.368.233



Allegato C) PRESTAZIONI CONTRATTATE

Assunto a riferimento il case mix del precedente anno, l'ASL richiede le seguenti prestazioni che, se realizzate, saranno escluse dall'eventuale regressione economica.

PRESTAZIONI PROTETTE *

POSTACUZIE

Cod.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	ASL DI RESIDENZA	N. PRESTAZIONI	VALORE TARIFFARIO	VALORE PROTETTO
56	RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE	VCO	456	3.722.281	843.000
60	LUNGODEGENZA	VCO	45	215.569	600.000
	TOTALE POSTACUZIE				1.443.000

AMBULATORIALI

Cod./DRG	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	ASL DI RESIDENZA	N. PRESTAZIONI	VALORE TARIFFARIO	VALORE PROTETTO
88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA	VCO	1.055	75.005	75.005
88.73.5	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAORTICI	VCO	674	29.589	29.589
88.77.2	ECOCOLORDOPPLER VASI PERIFERICI	VCO	733	32.179	32.179
89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO	VCO	108	6.026	6.026
89.7	VISITA PNEUMOLOGICA	VCO	180	3.726	3.726
89.7	VISITA CARDIOLOGICA	VCO	689	14.262	14.262
	TOTALE AMBULATORIO		3.439	160.787	160.787

** Importi complessivi massimi entro il 30% dei valori contrattati per ciascun setting assistenziale. Per importi eccedenti il limite saranno considerate non protette le prestazioni indicate per ultime)*

PRESTAZIONI CONTRATTATE PER RECUPERO DELLA MOBILITÀ PASSIVA *

POSTACUZIE

Cod./DRG	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	produzione 2017	produzione 2018 attesa*	VALORE incrementato

AMBULATORIALI

Cod./DRG	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	produzione 2017	produzione 2018 attesa*	VALORE incrementato
88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA	75.005	90.006	15.001
88.73.5	ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAORTICI	29.589	35.507	5.918
88.77.2	ECOCOLORDOPPLER VASI PERIFERICI	32.179	38.615	6.436
89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO	6.026	7.231	1.205
89.7	VISITA PNEUMOLOGICA	3.726	4.471	745
89.7	VISITA CARDIOLOGICA	14.262	17.114	2.852
	TOTALE	160.787	192.944	32.157

* con possibilità di compensazione

Allegato D)

REGOLE DI VALORIZZAZIONE DELLA PRODUZIONE
RESA A RESIDENTI NELLA REGIONE AI FINI DELLA REMUNERAZIONE

1. La regressione economica si applica quando la sommatoria dei valori delle prestazioni erogate dall'insieme degli erogatori privati supera i tetti di spesa invalicabili assegnati alle AASSLL per l'acquisto di prestazioni da privati contrattati a favore di propri residenti.
2. Ai fini della eventuale regressione si considerano separatamente le prestazioni rese per ricovero in regime di acuzie, ricovero in post acuzie e specialistica ambulatoriale.
3. I valori di produzione a base dei calcoli della regressione si assumono al netto degli abbattimenti conseguenti agli ordinari controlli effettuati sulla produzione; abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazione.
4. Vengono dapprima rimodulati i tetti di spesa di ricovero ed ambulatorio delle AASSLL in conseguenza di eventuali incrementi dei valori di riferimento dell'ambulatorio compensati da riduzioni di ricovero attuati dalle AASSLL in sede di sottoscrizione dei contratti. Gli adeguamenti sono effettuati nel rispetto dei volumi complessivi di ciascuna ASL di residenza (aggregato dei setting assistenziali) utilizzando i valori e le informazioni trasmesse dalle AASSLL di competenza territoriale.
5. Vengono individuate le prestazioni contrattate per il recupero della mobilità passiva e quindi valorizzate - entro il valore complessivo specificamente contrattato (compensando di ricovero e ambulatorio) - gli incrementi di valore sul precedente anno, compensando ricovero ed ambulatorio. Le prestazioni valorizzate vengono escluse dai successivi calcoli e il corrispondente valore sarà infine aggiunto a quello risultante post regressione.
6. Le restanti prestazioni sono categorizzate singolarmente, ai fini dell'eventuale regressione, con le necessarie specifiche, secondo le macrocategorie previste dall'allegato C) alla DGR n. 75-5504 del 3 agosto 2017, dall'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057 e dall'allegato C) al contratto.
7. Si effettuano le compensazioni a livello di singolo erogatore tra le eccedenze dei valori di produzione dell'ambulatorio (compresa l'assistenza domiciliare) e l'eventuale residuo del tetto di ricovero (acuzie e postacuzie), riconoscendo eventuali eccedenze oltre il 110% del valore di ambulatorio se compensate da corrispondente economia entro il 110% del ricovero.
8. Vengono scartate le prestazioni, da ultimo erogate in ordine temporale, per importi pari alle eventuali eccedenze non compensate, escludendo (dallo scarto) quelle di alta specialità e quelle protette di cui all'allegato C) alla DGR n. 75-5504 del 3 agosto 2017, all'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, e all'allegato C) al contratto.
9. Vengono di conseguenza rimodulati i tetti di spesa delle AASSLL di residenza interessate dalle compensazioni, tenendo altresì conto dell'assistenza domiciliare.

10. I valori della produzione degli erogatori non interessati alla compensazione vengono eventualmente ricondotti al 110% dei valori di riferimento.
11. Sono scartate le prestazioni da ultimo erogate in ordine temporale per importi pari alle eccedenze, escludendo (dallo scarto) quelle di alta specialità e quelle protette di cui all'allegato C).
12. Le sommatorie delle produzioni di tutti gli erogatori per ciascuna ASL di residenza e setting assistenziale sono confrontate con i tetti di spesa invalicabili per ASL di residenza e setting assistenziale (rimodulati a seguito delle compensazioni) al fine di individuare l'entità degli eventuali importi di regressione.
13. Si effettuano le possibili compensazioni a livello di ASL di residenza, nei casi in cui l'esubero del tetto di spesa di ASL per la specialistica ambulatoriale (compresa l'assistenza domiciliare) sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo del ricovero in acuzie e/o post acuzie.
14. Vengono di conseguenza rimodulati i tetti di spesa delle AASSLL di residenza interessate e quindi, per differenza, definiti gli importi di regressione complessiva di ciascuna ASL per setting assistenziale.
15. Secondo necessità, alle produzioni interessate sono consequenzialmente applicati i seguenti criteri di regressione, sino al raggiungimento degli importi (calcolati al precedente punto) necessari a ricondurre i valori delle produzioni remunerabili entro i limiti dei tetti dell'ASL di residenza, escludendo, di volta in volta, dalle produzioni interessate i valori delle prestazioni protette individuate dall'allegato C) alla DGR n. 75-5504 del 3 agosto 2017, all'allegato C) alla DGR 14 giugno 2018, n. 37-7057, o dall'ASL nell'allegato C) al contratto.

RICOVERO IN ACUZIE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	LEA	20%
II	BASSA SPECIALITA'	10%
III	MEDIA SPECIALITA'	10%
IV	TUTTE LE PRESTAZIONE NON PROTETTE	proporzionale

RICOVERO IN POST ACUZIE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	BASSA SPECIALITA'	10%
II	MEDIA SPECIALITA'	10%
III	TUTTE LE PRESTAZIONI NON PROTETTE	proporzionale

SPECIALISTICA AMBULATORIALE		
ORDINE	MACROGRUPPO	% MASSIMA
I	DGR N. 44-3399/2016 E DM APPROPRIATEZZA	15%
II	TUTTE LE PRESTAZIONI NON PROTETTE	proporzionale

16. L'applicazione dei meccanismi di regressione economica di cui ai punti precedenti non potrà in ogni caso determinare remunerazioni inferiori al 95% dei valori di riferimento assegnati all'erogatore. Tale livello di garanzia,

in assenza di disponibilità residue del tetto complessivo per residenti del SSR (aggregato dei tetti di ASL per residenti ridotto dalla produzione complessiva post regressione economica), sarà assicurato riducendo proporzionalmente, per ciascuna ASL di residenza, le eccedenze di produzione - post regressione economica - quantificate rispetto alla valore di riferimento negoziato.

17. Secondo il seguente ordine consequenziale si provvede al riutilizzo delle eventuali disponibilità residue del tetto complessivo per residenti del SSR

RIUTILIZZO DEI RESIDUI	
ORDINE	FINALITA'
I	Assicurare il livello di garanzia di regressione massima del 95%
II	Remunerare le prestazioni di alta complessità abbattute
III	Ridurre proporzionalmente il livello di regressione ambulatoriale

18. Gli importi valorizzati al 3. per recupero della mobilità passiva sono aggiunti a quelli risultanti dalla regressione per definire l'importo della remunerazione complessiva.

