

**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 **Società Centro Ortopedico di Quadrante S.p.A. Ospedale Madonna del Popolo** Omegna, con sede legale in Omegna Via Lungolago Buozzi 25, (C.F. 01875380030), titolare della struttura con sede operativa indicata nell'allegato A), che ha in corso il percorso di accreditamento con autorizzazione per l'erogazione delle prestazioni oggetto dell'accordo, successivamente denominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata da Dott. Gianmaria Battaglia nella qualità di Amministratore Delegato, con titolo di legale rappresentanza.

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. Dato atto in particolare che il COQ Spa era originariamente Società mista ex art. 9 bis D.Lgs. 502/1992 e smi in relazione alla quale, attesa la specificità della natura giuridica pare opportuno richiamare:
4. la D.G.R. n. 69-5191 del 28 dicembre 2012 con la quale la Giunta regionale Piemonte ha accolto la richiesta dell'ASL VCO, di cui alle deliberazioni Direttore Generale n. 180 del 20 luglio 2012 di oggetto "Deliberazione n. 296 del 13.06.2011 avente per oggetto "Programma di Sperimentazione Gestionale Centro Ortopedico di Quadrante – Ospedale Madonna del Popolo di Omegna SPA - Relazione a Regione Piemonte risultati avviata fase di sperimentazione ex art. 9 bis c. 3 D.Lgs. 30.12.1992 n. 502 e s.m.i." – Integrazione Relazione" e n. 436 del 18 dicembre 2012 di oggetto "Società mista Centro Ortopedico di Quadrante C.O.Q. – assetto organizzativo e profilo funzionale – Presa d'atto rilievi Direzione Sanità Regione Piemonte" e, pertanto, ha autorizzato la trasformazione della gestione sperimentale dei servizi in gestione ordinaria, ai sensi dell'art. 23 comma 6 della legge regionale 12/2008 e s.m.i., relativa alla S.p.A. "Centro Ortopedico di Quadrante" per la gestione del presidio ospedaliero "Madonna del Popolo" di Omegna, società partecipata dall'ASL VCO nella misura del 51% del capitale sociale.

5. Con la medesima D.G.R. 69-5191 la Regione, ai sensi dell'art. 23 comma 8 L.R. 12/2008 e s.m.i. e dell'art. 9 bis D.Lgs. 502/92 e s.m.i., definiva le condizioni, i vincoli, i principi e gli elementi di garanzia nel rispetto dei quali dovrà operare la società COQ S.p.A, demandando alla ASL VCO l'adeguamento dello statuto e degli atti e patti parasociali e l'adozione degli atti stessi previa verifica da parte del competente Assessorato regionale della coerenza con i principi e le indicazioni contenute nel provvedimento di conversione.

-la Deliberazione Direttore Generale ASL VCO n. 445 del 29 ottobre 2013 di oggetto "Società mista Centro Ortopedico di Quadrante C.O.Q. – Inoltro schema atti societari per conversione gestione sperimentale in gestione ordinaria", con la quale l'ASL VCO provvedeva all'inoltro dello schema degli atti societari relativi alla Società mista C.O.Q. S.p.A. che venivano sottoposti al "Gruppo di Lavoro regionale per il monitoraggio, la verifica ed il controllo delle sperimentazioni gestionali ex art. 9 bis D.Lgs. 502/92 e s.m.i." istituito con D.D. n. 410 del 18.06.2012, che rilevava talune criticità.

- le successive note prot. n. 11834/DB2000 del 29.05.2014 e prot. n. 1185/A14000 del 27.01.2015, con le quali la Direzione regionale Sanità, preso atto delle criticità rilevate dal "Gruppo di Lavoro per il monitoraggio delle Sperimentazioni Gestionali", richiedeva all'ASL VCO di provvedere, entro congruo termine, all'adeguamento degli atti in conformità alle indicazioni riportate nella nota stessa, al fine di renderli coerenti alle condizioni, ai vincoli, ai principi ed agli elementi di garanzia di cui alla D.G.R. n. 69-5191 del 28 dicembre 2012;

- la nota prot. n. 68632/15 del 15.10.2015 con cui l'ASL VCO dava atto dell'effettuato riesame dello schema del Contratto di Gestione, in base ai rilievi regionali trasmessi, e rappresentava, con riferimento alla clausola 18 del Contratto di Gestione, l'esigenza di dare veste formale alla circostanza che, nell'approvazione dello schema tipo di accordo contrattuale da stipulare ex art. 8 quinquies D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., la Regione tenesse in considerazione la specifica natura giuridica della società COQ S.p.A., attesa la partecipazione azionaria pubblica di maggioranza e confermava le bozze degli atti societari (Patti Parasociali e Statuto) nella versione già trasmessa con nota prot. n. 34068/15 del 23.04.2015, in quanto non oggetto di osservazioni regionali.

Il Gruppo di lavoro regionale sulle Sperimentazioni Gestioni formulava positiva valutazione sugli schemi di atti societari.

6. 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;
7. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. __ del __/__/__ è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto/accordo in attuazione della citata DGR;
8. 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 della normativa vigente, corrisponda a quanto stabilito negli Atti sociali che hanno dato avvio alla sperimentazione gestionali*
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 alle condizioni previste negli atti societari in fase di assunzione con Società COQ Spa secondo le indicazioni contenute nella DGR 69-5191 del 28.12.2012 e

degli accordi successivi tra le parti , in particolare l'accordo sottoscritto in data 29.08.2016 che qui si intendono del tutto confermati 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 € 14.790.000 ,00;**
 - b) **specialistica ambulatoriale € 2.710.000,00;**
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 **€ 1.850.000,00.**

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 **€ 757.254,29 €**
5. 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 € 1.367.343,00 ;**
 - b) per il ricovero di media e bassa complessità è assegnato un tetto di spesa/produzione di **€ 1.322.657,00** (di cui € 1.149.936,00 per ricoveri di acuzie altre specialità e € 172.721,00 per ricoveri di post acuzie altre specialità) ;
 - c) per la produzione/spesa di prestazioni di specialistica ambulatoriale è assegnato un valore di riferimento di **€ 58.126,00.**
6. 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.

7. Per la somministrazione dei farmaci l'erogatore fa riferimento per l'assistenza in regime di degenza al Servizio Farmaceutico dell'ASL VCO attraverso un rapporto convenzionale che individua oltre al costo del farmaco i costi organizzativo gestionali. Per l'erogazione della distribuzione diretta alle dimissioni l'erogatore richiede al Servizio Farmaceutico dell'ASL VCO il farmaco da consegnare al paziente che sarà inserito nel flusso file F da parte dell'ASL VCO.
8. 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.
9. 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.
10. 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 il 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.
2. In tal caso troveranno applicazione le condizioni previste all'art. 6 dei Patti Parasociali in fase di adozione in caso di inadempimento del socio privato e alla Clausola 32 del Contratto di Gestione in fase di adozione.
3. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero

dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del presente contratto.

4. 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.
5. 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 con le conseguenze previste dagli art. 6 dei Patti Parasociali e Clausola 32 del Contratto di Gestione..
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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 riguardanti l'interpretazione, le modalità esecutive o la validità del presente 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

Il percorso autorizzativo e di accreditamento è stato ultimato positivamente con i pareri espressi dalla Commissione dell'ASL di Novara e dall'Arpa.

L'ASL ha definito gli schemi degli atti societari per la conversione dalla gestione sperimentale alla gestione ordinaria con deliberazione n. 553 del 31/05/2018 trasmessa alla Regione Piemonte con nota prot. N. 33142 del 1/06/2018 per gli adempimenti di competenza.

AZIENDA C.O.Q. S.p.A. – Ospedale Madonna del Popolo di Omegna

COD. AZ. 209

SEDE Via Lungolago Buoizzi, 25 Omegna

RICOVERO

STRUTTURA C.O.Q. S.p.A. – Ospedale Madonna del Popolo di Omegna

SEDE OPERATIVA Via Lungolago Buoizzi, 25 Omegna

COD. HSP11 010005-03

ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE DGR 67 – 4540 del 29.12.2016

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO FIMWEB – HSP 22 BIS del 26/04/2018

DISCIPLINE	P.L. AUTORIZZATI	P.L. CONTRATTATI 2018-2019
MEDICINA	12	20
ORTOPEDIA	40	32
DH Ortopedia	5	
DH Multidisciplinare	3	8
DH MEDICINA	3	3
RRF	28	28
TOTALE	91	91

VARIAZIONI RICHIESTE / PROPOSTE DI VARIAZIONE

DISCIPLINE	VARIAZIONI
MEDICINA	+8
ORTOPEDIA	-8
DH Ortopedia	-5
DH MULTIDISCIPLINARE	+5
DH MEDICINA	
RRF	

AMBULATORIO

STRUTTURA /E C.O.Q. S.p.A. – Ospedale Madonna del Popolo di Omegna

SEDE/I OPERATIVA Via Lungolago Buoizzi, 25 Omegna COD. STP 000826

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO

Codice	DISCIPLINA
01	Allergologia
08	Cardiologia
09	Chirurgia generale
14	Chirurgia vascolare
52	Dermatologia
58	Endoscopia
58	Gastroenterologia
26	Medicina Interna
30	Neurochirurgia
34	Oculistica
35	Odontoiatria Chirurgica
36	Ortopedia
38	Otorinolaringoiatra
68	Pneumologia
69	Radiodiagnostica
71	Reumatologia
56	Riabilitazione

STRUTTURA /E
 SEDE/I OPERATIVA COD. STP
 ATTO/I DI ACCREDITAMENTO

Allegato B) TETTI DI SPESA INVALIDICABILI 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 ***ACUZIE**

Cod./DRG	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	ASL DI RESIDENZA	N. PRESTAZIONI	VALORE TARIFFARIO	VALORE PROTETTO
500	Interventi sul dorso e collo eccetto per artodesi vertebrale senza cc	VCO	56	198.288	198.288
223	interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore senza cc	VCO	95	179.133	179.133
225	interventi sul piede	VCO	134	230.422	230.422
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	VCO	238	453.632	453.632
119	legatura e stripping di vene	VCO	248	384.826	384.826
127	insufficienza cardiaca e shock	VCO	54	166.810	166.810
202	cirrosi e epatite alcolica	VCO	51	124.082	124.082
256	altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	VCO	190	465.826	465.826
245	malattie dell'osso e artropatie specifiche senza cc	VCO	185	448.124	448.124
266	trapianti di pelle.....	VCO	146	253.018	253.018
162	interventi per ernia inguinale.....	VCO	143	183.040	183.040
	TOTALE ACUZIE				3.087.201

POSTACUZIE

Cod./DRG	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	ASL DI RESIDENZA	N. PRESTAZIONI	VALORE TARIFFARIO	VALORE PROTETTO
56	RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE	VCO	385	953.528	555.000
	TOTALE POSTACUZIE				555.000

AMBULATORIALI

Cod./DRG	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	ASL DI RESIDENZA	N. PRESTAZIONI	VALORE TARIFFARIO	VALORE PROTETTO
88.73.5	Ecocolordoppler tronchi sovra aortici	VCO	1.260	55.314	55.314
88.72.6	Ecocolordoppler cardiaco	VCO	455	32.669	32.669
88.77.2	Ecocolordoppler vasi periferici	VCO	1.121	49.212	49.212
89.7	Visita Chirurgia vascolare	VCO	100	2.100	2.100
13.19.1	Intervento di cataratta	VCO	186	167.400	167.400
89.7	Visita ortopedica	VCO	3.536	73.194	73.194
99.82	Terapia a luce ultravioletta	VCO	2.446	21.525	21.525
89.7	Visita dermatologica	VCO	350	7.245	7.245
	TOTALE AMBULATORIO		9.454	408.659	408.659

** 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 *

ACUZIE

Cod./DRG	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	produzione 2017	produzione 2018 attesa*	VALORE incrementato
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	3.170.716	3.520.916	350.200
498	artrodesi vertebrale	655.928	777.396	121.468
224	interventi su spalla ecc	4.770	36.570	31.800
225	interventi sul piede	230.422	282.009	51.587
	TOTALE ACUZIE	4.061.836	4.565.304	503.468

POSTACUZIE

Cod./DRG	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	produzione 2017	produzione 2018 attesa*	VALORE incrementato
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	953.528	1.077.363	123.834
	TOTALE POSTACUZIE	953.528	1.077.363	123.834

AMBULATORIALI

Cod./DRG	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	produzione 2017	produzione 2018 attesa*	VALORE incrementato
88.73.5	Ecocolordoppler tronchi sovra aortici	43.900	47.412	3.512
88.72.6	Ecocolordoppler cardiaco	32.597	38.341	5.744
88.77.2	Ecocolordoppler vasi periferici	49.211	52.723	3.512
89.7	Visita Chirurgia vascolare	10.619	12.275	1.656
89.7	Esame complessivo dell'occhio	0	4.140	4.140
13.19.1	Intervento di cataratta	167.400	252.000	84.600
89.7	Visita ortopedica	71.204	80.114	8.910
89.7	Visita dermatologica	6.003	13.455	7.462
45.23	Colonscopia		6.944	6.944
45.13	Esofagogastroduodeno scopia		3.472	3.472
	TOTALE	380.934	500.460	129.952

* con possibilità di compensazione

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 valorizzati - 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.