

Proposta di Contratto

Tra

l'Azienda Sanitaria Locale del Verbano Cusio Ossola, con sede legale in Omegna, via Mazzini, n. 117, (C.F. 00634880033), rappresentata dal Direttore Generale Dr. Giovanni Caruso, 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 della struttura L'Eremo di Miazzina, con sedi operative in Cambiasca, Via per Miazzina, 16, e Gravellona, Via Albertini, 21, accreditata/e per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto, successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata dal Dr. Mario Vannini, nella qualità di Direttore Generale, con titolo di legale rappresentante.

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. 13-2022 del 05 /08/2015 sono stati definiti i criteri e le modalità di sottoscrizione dei contratti ex art. 8-quinquies D. Lgs n. 502/1992;
 - i fabbisogni di prestazioni da acquistare dagli erogatori privati sono stati definiti in sede di programmazione regionale dalla DGR n. 67-1716 del 6.7.2015 e s.m.i., anche tramite intese che espressamente si richiamano, con le Associazioni rappresentative degli erogatori e con le singole strutture;
 - con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. _ _ del _ _ /_ _ /_ _ è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto/accordo in attuazione alla DGR n. 13-2022 del 05 /08 /2015;
 - 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/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/accordo; le parti concordano che gli allegati A e B per il 2016 saranno oggetto di approfondimento nel prossimo mese di settembre.
3. Le prestazioni devono avere luogo nell'intera annualità con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda. Per il 2016 si assume il tetto massimo complessivo del 75% annuo al 31 agosto.
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/accordo 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/accordo 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.
3. La struttura, ai sensi dell'art. 1, comma 42, L. n. 190/2012, non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi a ex dipendenti di ASL e Regione che abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro.
4. In ottemperanza al regolamento approvato con decreto 2.4.2015, 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/accordo a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o cambiamento di ragione sociale subordinatamente all'adozione degli atti di competenza regionale ed aziendale.

Articolo 3 – Limiti finanziari.

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

RICOVERO	Regione	Fuori Regione	TOTALE
2014	5.130.669	7.506.686	12.637.355
2015	5.010.000	4.790.000	9.800.000
2016	4.810.000	4.990.000	9.800.000
CAVS	Regione	Fuori Regione	TOTALE
2015	1.900.000	0	1.900.000
2016	1.900.000	0	1.900.000
AMBULATORIO	Regione	Fuori Regione	TOTALE
2014	1.025.631	15.605	1.041.236
2015	1.711.436	12.718	1.724.154
2016	1.711.436	12.718	1.724.154
ASSISTENZA DOMICILIARE CAVS	REGIONE	FUORI REGIONE	TOTALE
2015	/	/	/
2016	/	/	/
FARMACI (FLUSSO F)	Regione	Fuori Regione	TOTALE

2014	/	/	/
2015	/	/	/
2016	/	/	/
FINANZIAMENTO			
FUNZIONI	REGIONE	---	TOTALE
2015	/	---	//
2016	/	---	
TOTALE COMPLESSIVO	Regione	Fuori Regione	TOTALE
2014	6.156.300	7.522.291	13.678.591
2015	8.621.436	4.802.718	13.424.154
2016	8.421.436	5.002.718	13.424.154

2. Per il 2014 si applicano le disposizioni stabilite dalla DGR n. 46-233 del 4.8.2014 in materia di compensazione e l'eventuale eccedenza di valore di produzione resi ad utenti extraregionali rispetto al budget assegnato sarà fatturata e potrà essere riconosciuta al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale, in conformità dei provvedimenti regionali in materia.
3. Le prestazioni erogate dal 1.1.2015 nel periodo antecedente la sottoscrizione del contratto/accordo sono comprese nei suddetti limiti annuali. Per il 2015 e fino all'emanazione delle disposizioni attuative regionali gli importi fissati per l'attività di CAVS e domiciliare sono compensabili con il budget complessivo assegnato per i ricoveri e/o per le attività ambulatoriali.
Per il 2015, in considerazione che l'avvio dell'attività è avvenuto a far data dal 2.1.2014, e sino all'emanazione delle disposizioni regionali, l'attività del CAVS viene remunerata sulla base del valore medio della tariffa giornaliera pari ad € 125,00. Nel mese di settembre le parti si incontreranno per concordare le modalità per l'individuazione della tipologia dei pazienti e del loro grado di complessità, a cui dovrà corrispondere la tariffa giornaliera di € 130,00 (alta complessità) e di € 120,00 (media/alta complessità) e per l'individuazione delle modalità operative relative agli inserimenti ed alle dimissioni.
4. Al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, nell'ambito dei tetti massimi non è ammesso superare i limiti di ciascuna tipologia di prestazione concordata per destinazione di residenza (Regione e Fuori regione). Eventuali eccedenze di prestazioni rese rispetto a quelle previste nell'art. 3 punto 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.
5. Successivamente alla sottoscrizione del contratto/accordo, 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 Associazioni 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 dato dalla capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito entro i limiti quantitativi dei letti accreditati delle aree funzionali omogenee, con un tasso annuo massimo di occupazione dei medesimi, per l'anno 2016, nella misura del 85% e di 1,5 accessi al giorno per 250 giornate all'anno per i letti di ricovero in day hospital/day surgery.

Per l'anno 2014 e 2015 il tasso annuo massimo di occupazione per la postacuzie è del 95% per la riabilitazione e del 98% per la lungodegenza.

4. La capacità produttiva non contrattata è utilizzabile per l'attività in regime privatistico.
5. L'utilizzo della capacità produttiva può avvenire con i seguenti criteri e condizioni di flessibilità. I posti letto contrattualizzati devono intendersi come "medi annui", essendo il limite giornaliero pari al numero dei posti letto accreditati di ciascuna area funzionale omogenea (A.F.O).
In caso di erogazione di attività di chirurgia ambulatoriale, accreditate ed oggetto del presente contratto/accordo, le esigenze di pernottamento per eventuali complicanze o patologie concomitanti potranno essere soddisfatte con ricoveri medici o chirurgici nella specialità coerente con la patologia da trattarsi.
6. Le strutture sono tenute ad erogare le attività oggetto del presente contratto/accordo utilizzando il livello assistenziale meno oneroso.

Articolo 5 – Verifiche e controlli.

1. L'ASL e l'erogatore verificano trimestralmente 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/accordo 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. Attività di ricovero e ambulatoriale

1. La Struttura accetta i valori di attività di cui alla tabella art 3, comma 1 articolata per tipologia di prestazione e destinazione di residenza (Regione/fuori Regione), e il sistema di remunerazione in vigore nella Regione Piemonte con le relative tariffe onnicompreensive. La valorizzazione delle prestazioni avviene con la tariffa in vigore al momento dell'esecuzione della prestazione e, nel caso di ricoveri, alla dimissione.
2. Il corrispettivo preventivato relativo ad attività di ricovero ed ambulatoriali viene liquidato in quote mensili posticipate a titolo di acconto pari, di a 90% del valore mensile previsto detratti gli importi incassati dalla struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente. I pagamenti a titolo di acconto devono avere luogo entro 30 giorni dalla data di ricevimento della fattura corredata da un elenco delle prestazioni erogate nel mese di riferimento, redatto nella forma precisata dall'ASL. suddividendo, per l'attività di RRF, il livello e la sede di erogazione. 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 corrispettivo a saldo del 10% della produzione erogata nei limiti pattuiti, entro 30 dal ricevimento della fattura.
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/accordo. 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 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 30 giorni dal ricevimento della fattura. In caso di contestazione, l'ASL sosponderà la liquidazione delle partite contestate fino alla relativa definizione.

5. 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 fatto salvo quanto stabilito dall'art 3 punto 2 in merito alle prestazioni extra budget extra regionali.
6. 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.
7. 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.
8. 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.

Art 6 bis – Corrispettivo e modalità pagamento attività CAVS

Il corrispettivo dell'attività svolta viene liquidato mensilmente sulla base di fattura che contiene i seguenti elementi numero totale delle giornate di degenza suddiviso tra alta complessità e medio bassa complessità con la rispettiva tariffa giornaliera.

Al fine di accelerare la verifica della fattura la Struttura allega alla fattura l'elenco dei pazienti con il rispettivo numero di giornate di ricovero del mese in esame.

Il pagamento mensile sarà erogato entro sessanta giorni dal ricevimento della fattura e dell'allegato elenco dei pazienti.

In caso di richieste dell'Asl Vco di delucidazioni o approfondimenti della fattura emessa, il periodo dei trenta giorni di cui al capoverso precedente si intende interrotto sino al ricevimento della delucidazione o della conclusione dell'approfondimento.

Articolo 7 – Sospensione e risoluzione del contratto/accordo.

1. La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento del Presidio/IRCCS determina l'automatica e contestuale risoluzione del presente accordo. Parimenti la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del presente accordo.
2. Ove una parte accerti l'inadempimento, concernente uno o più degli elementi essenziali dell'accordo 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 dell'accordo ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purché formalmente contestati, l'accordo è risolto con comunicazione ricettizia formulata dalla parte che ha contestato.
4. In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali dell'accordo, purché contestati formalmente, l'accordo 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 accordo, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente accordo per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni.

M A

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/accordo 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/accordo.

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/accordo 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/accordo.

Articolo 10 – Durata, aggiornamento e rinvio normativo.

1. Il contratto/accordo decorre dal 1° gennaio 2014 sino al 31 dicembre 2016 (fatta salva l'intesa di cui in premessa sottoscritta fra la Regione e la struttura). Non è tacitamente prorogabile.
2. Il contratto/accordo 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/accordo, entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante formale comunicazione all'ASL.
3. Per gli aspetti non disciplinati dal contratto/accordo 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/accordo 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/accordo saranno devolute all'autorità giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Articolo 13 – Rinuncia a ricorsi e future azioni

Si prende atto del contenuto del verbale dell'incontro svolto, in data 2 luglio 2015, che ha visto la partecipazione del Direttore Regionale alla Sanità, Dr. Fulvio Moirano, e del Direttore Generale della Casa di cura "L'Eremo di Mazzina", Dr. Mario Vannini, dalle parti sottoscritto, con il quale il Dr. Vannini si è impegnato a rinunciare a future azioni e ricorsi per pretese sostanziali relative alle gestioni contrattuali oggetto del verbale per gli anni 2014-2016.

Letto, approvato, e sottoscritto in due originali.

Li, ... / ... / 2015

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

AZIENDA

COD. AZ.

SEDE

RICOVERO

STRUTTURA

SEDE OPERATIVA

COD. HSP11

ATTO DI AUTORIZZAZIONE

ATTO DI ACCREDITAMENTO

DISCIPLINE	P.L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	P.L. CONTRATTATI 2016

Indicare con * quelle per cui è prevista la variazione dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento.

CAVS

DATA AUTOCERTIFICAZIONE

P.L. CONTRATTATI 2016

AMBULATORIO

STRUTTURA

SEDE OPERATIVA

COD. STP

ATTO DI ACCREDITAMENTO

BRANCHE SPECIALISTICHE

ALLEGATO B) DETALLO PROGRAMMAZIONE DELLE PRESTAZIONI

2016 RICOVERO (n° prestazioni)	RESIDENTI IN PIEMONTE	RESIDENTI FUORI REGIONE	TOTALE
DISCIPLINA			
DRG			
DRG			
Altro			
TOTALE DISCIPLINA			
NOTE:			
DISCIPLINA			
DRG			
DRG			
Altro			
TOTALE DISCIPLINA			
NOTE:			

2016 AMBULATORIO (n° prestazioni)	REGIONE	RESIDENTI FUORI REGIONE	TOTALE CASI
BRANCA SPECIALISTICA			
- Visite			
- Altre prestazioni cliniche			
- Diagnostica per immagine			
- Prestazioni di laboratorio			
TOTALE BRANCA SPECIALISTICA			
NOTE:			
BRANCA SPECIALISTICA			
- Visite			
- Altre prestazioni cliniche			
- Diagnostica per immagine			
- Prestazioni di laboratorio			
TOTALE BRANCA SPECIALISTICA			
NOTE:			

Ma