

Allegato alla deliberazione n 397
del 24 APRILE 2018

ALLEGATO B)

Schema Contratto/Accordo contrattuale

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.

Giovanni Caruso, 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 nominata "Struttura" o "Erogatore",

rappresentata da Dott. Gianmaria Battaglia nella qualità di Amministratore

Delegato, con titolo di legale rappresentanza.

Premesso che:

- 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;

- con DGR n. 73 - 5504 del 03 /08 /2017 sono state definite le nuove regole di

finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati

accreditati e a contratto, i tetti di spesa regionali e di ASL per il 2017 ed è stato

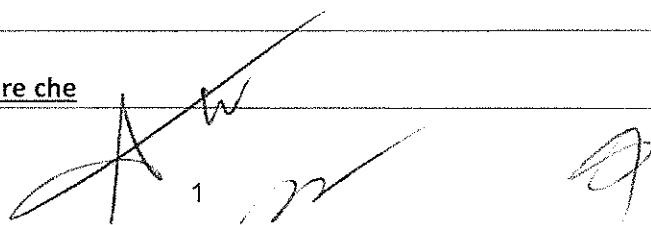
approvato lo schema di contratto a valere per le strutture private (Case di cura)

e di accordo contrattuale a valere per le strutture equiparate (presidi ex artt. 42

e 43 L. 833/78, progetti di sperimentazione gestionale ex art. 9 bis d.lgs. 502/92

e s.m.i.);

- **Dato atto in particolare che**

A series of handwritten signatures and initials are visible at the bottom of the page. From left to right, there is a large signature that includes the number '1', followed by a signature that includes the number '22', and finally a signature that includes the letter 'P'. There are also some smaller, less distinct initials and signatures to the right of these main ones.

il COQ Spa era originariamente Società mista ex art. 9 bis D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. in relazione alla quale, attesa la specificità della natura giuridica pare opportuno richiamare:

- 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.
- 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.

Premesso altresì che

-in data 29/8/2016 è stato sottoscritto specifico accordo tra la Regione Piemonte - Fulvio Moirano- Coq – Gianmaria Battaglia, Asl Vco – Giovanni Caruso- e Generale de Sante Italia (Arnaud Jeudy) finalizzato a determinare, tra le altre, il budget assegnato al COQ per il triennio (2016-2017-2018)

Richiamata altresì:

-la Determinazione Direzione Sanità Regione Piemonte n. 574 del 13.09.2017 con particolare riferimento all'allegato A) con cui sono stati indicati i valori di riferimento annuali e semestrali 2017 per COQ

Considerato che

è in corso la procedura di formalizzazione degli atti societari così come formulati ed approvati tra i soci, al fine di dare esecuzione alla DGR n. 69-5191 del 28 dicembre 2012

Dato atto che:

con la sottoscrizione degli atti societari sopra individuati è stabilito un diverso assetto della gestione affidata al COQ SpA, in base alla quale la struttura Ospedale "Madonna del Popolo" di Omegna è riconosciuta a tutti gli effetti come ospedale pubblico che va ad integrarsi nella rete dei servizi ospedalieri e territoriali della ASL VCO quale presidio ospedaliero a prevalente profilo ORTOPEDICO-RIABILITATIVO.

- con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. ___ del ___ / ___ / ___ è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto/accordo in attuazione della citata DGR,

- 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 dell'accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante dell'accordo.
2. L'Erogatore per l'anno 2017 si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e con oneri a carico del SSR, conformi a tipologie e volumi riassunti all'articolo 3, comma 1 e precisati nell'allegato C) parte integrante dell'accordo.
3. Le prestazioni devono comunque 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 dell'accordo di cui all'articolo 8, ferma restando la tutela giurisdizionale.
5. Qualora per giustificato motivo l'Erogatore non possa espletare le prestazioni oggetto dell'accordo 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

V 5

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, L. 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 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 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, 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 e alla adozione degli atti di competenza regionale ed aziendale.

Articolo 3 – Limiti finanziari.

1. Il valore di riferimento annuale per il 2017 della Struttura per i residenti piemontesi è pari a quanto previsto nell'accordo stipulato tra Regione Piemonte, ASL VCO e COQ in data 29.08.2016 al budget 2016 - ovvero al valore contrattato 2016 per gli erogatori ambulatoriali - comprensivo del valore di riferimento per il 2^a semestre 2017 determinato in misura pari al 90% della differenza fra il budget 2016 – ovvero del valore contrattato 2016 per gli erogatori ambulatoriali - ed il valore della produzione erogata dalla Struttura al 30.6.2017, quest'ultima riconosciuta anche in misura eccedente i 6/12, ma comunque non superiore al limite del 57% del budget - ovvero del valore contrattato – 2016 del singolo erogatore.

2. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR sono riassunti i

seguenti valori annuali di riferimento per la Struttura:

a) per prestazioni rese a residenti in regione e STR (stranieri paesi Ue/SEE/in Convenzione), ENI (Europeo Non Iscrivibile) ed STP (stranieri temporaneamente presenti) a carico del SSN ai sensi della circolare Ministero Salute n. 5 del 24.3.2000:

- ricovero acuzie **€. 15.571.572,00** . (di cui **€. 6.482.974,00** valore di riferimento per il 2^a semestre 2017)

- ricovero post acuzie **€.1.068.428,00** (di cui **€ 444.823,00**... valore di riferimento per il 2^a semestre 2017)

ricovero totale **€. 16.640.000,00** (di cui **€ 6.927.797,00** valore di riferimento per il 2^a semestre 2017)

- specialistica ambulatoriale **€.2.710.000,00** (di cui **€...1.200.899** valore di riferimento per il 2^a sem. 2017)

- per recupero della mobilità passiva sulla base degli indirizzi regionali, per specifiche prestazioni/DRG definiti nell'apposita sezione dell'allegato C), € . . .

b) per prestazioni rese a residenti in altre regioni:

- ricovero totale € 2.690.000,00, di cui: € 1.440.000,00 per alta specialità ed

€ 1.250.000,00 per le rimanenti prestazioni;

- specialistica ambulatoriale € 110.000,00

c) per gli STP (stranieri temporaneamente presenti) la cui competenza in materia sanitaria, ai sensi dell'art. 32 del Decreto Legge n. 50 del 24/4/2017, è stata trasferita dal Ministero degli interni al Ministero della Salute, verranno riconosciuti gli importi delle prestazioni erogate secondo le indicazioni nazionali.

3. Nel caso di trasferimento da un setting assistenziale all'altro, il valore di cui al comma 2 lett. a) relativo alla specialistica ambulatoriale potrà essere incrementato con corrispondente riduzione dei valori di riferimento per il ricovero.

4. I valori di cui al comma 2 lett. a) - fatta eccezione per il budget assegnato per il recupero della mobilità passività fuori regione - non rappresentano un limite invalicabile per l'erogatore poiché potranno essere incrementati, a chiusura dell'esercizio, attraverso la valorizzazione di prestazioni erogate in coerenza alla programmazione sanitaria dell'ASL purchè nei limiti dei tetti di spesa, complessivi e invalicabili, assegnati alle AASSLL di residenza e del 110% del valore della produzione entro il budget/valore contrattato 2016 della singola Struttura. Le valorizzazioni economiche delle prestazioni - ridotte dagli abbattimenti applicati per controlli di tempestività, di pre-valorizzazione e di post-valorizzazioni - eccedenti il limite del 110% della produzione 2016 entro

budget/valore contrattato della singola Struttura non saranno riconosciute, mentre quelle ricomprese in detto limite ma eventualmente eccedenti i tetti di spesa dell'ASL di residenza potranno essere riconosciute con l'applicazione di meccanismi di regressione economica, secondo le regole riportate nell'allegato B) al contratto e secondo le indicazioni di cui all'allegato C) alla DGR..... Non si procede alla regressione nel caso in cui l'esubero del tetto di spesa dell'ASL di residenza per la specialistica ambulatoriale sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo dei tetti di spesa per il ricovero.

5. La remunerazione per le prestazioni erogate nel 2017 non potrà comunque essere inferiore al 95% del valore della produzione 2016 entro budget del singolo erogatore.

6. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a . . =====, è previsto l'importo di €. . //,00 assegnato nelle more del provvedimento regionale di riordino dei finanziamenti per le funzioni assistenziali, precisando che l'importo rappresenta un limite annuo massimo da verificare dalle AASSLL 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 prende atto dei tetti di spesa complessivi e invalidabili delle AASSLL

per le prestazioni da erogare ai propri residenti da parte dei privati contrattati, definiti sul consumo storico dei residenti dell'ASL, riproporzionato ai valori complessivi di produzione entro il budget regionale.

9. L'Erogatore accetta i valori di riferimento assegnati, il tetto di spesa per ASL di residenza, i tetti di spesa per il recupero della mobilità passiva fuori regione e delle prestazioni – diverse dall'alta complessità - rese a cittadini di 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 dal privato contrattato per il 2^a semestre 2017, sommata alla remunerazione delle prestazioni erogate dalle Strutture per i residenti dell'ASL al 30.06.2017, abbia superato i limiti per ASL di residenza dei pazienti.

10. L'erogatore prende atto ed accetta l'applicazione, per il 2^a semestre 2017, del sistema di valutazione della qualità con applicazione del 2,5% di premialità o di penalizzazione secondo i criteri definiti all'allegato C) alla DGR.... Il calcolo degli indicatori sarà effettuato utilizzando il Protocollo PNE contestualizzato a livello regionale.

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

12. I valori di riferimento assegnati all'erogatore, i tetti di spesa, complessivi e invalidabili, delle AASSLL per le prestazioni da erogare a propri residenti da parte dei privati contrattati, e i restanti tetti di spesa applicati all'erogatore, 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 massimi fissati.

Articolo 4 – Remunerazione delle prestazioni erogate

1. Le prestazioni erogate sino al 30 giugno 2017 sono remunerate entro il 57% dei tetti di spesa massimi contrattati per il 2016 secondo le previgenti regole del contratto 2014-2016 ed entro il 30 ottobre sarà definito il saldo dei primi sei mesi, fatti salvi eventuali conguagli conseguenti ai successivi controlli;
2. La remunerazione a saldo della produzione 2017 per i residenti in regione avviene con le seguenti regole, considerando separatamente ricovero per acuti, ricovero per post-acuti e specialistica ambulatoriale:
 - a) nel caso in cui la valorizzazione delle prestazioni realizzate nel 2^o semestre 2017 da tutti gli erogatori privati per i residenti dell'ASL - ridotti degli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre valorizzazione e di post valorizzazione - risultati inferiore rispetto ai tetti di spesa assegnati all'ASL di residenza, all'erogatore verrà corrisposta l'intera valorizzazione della produzione, entro il limite del 110% della produzione 2016 entro budget /valore contrattato;
 - b) nel caso in cui la valorizzazione delle prestazioni realizzate nel 2^o semestre 2017 da tutti gli erogatori accreditati e contrattati per i residenti dell'ASL - ridotti degli abbattimenti applicati per i controlli di tempestività, di pre valorizzazione e di post valorizzazione - risultati superiore ai tetti di spesa assegnati all'ASL di residenza si ridurrà il valore riconosciuto a ciascun erogatore secondo il meccanismo di regressione economica di cui

all'allegato B) al contratto ed alle indicazioni di cui all'allegato C) alla DGR....., in modo che la valorizzazione complessiva rientri nei limiti dei tetti di spesa dell'ASL di residenza.

3. Non saranno comunque riconosciute eccedenze di produzione oltre il 110% della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato 2016 della singola Struttura privata contrattata e la regressione non potrà, in ogni caso, determinare una remunerazione inferiore al 95% della produzione 2016 entro il budget/valore contrattatato del singolo erogatore.

4. Saranno esclusi dalla regressione economica i valori delle prestazioni cosiddette "protette", corrispondenti alle prestazioni riportate nell'allegato C) al contratto secondo le indicazioni di cui all'allegato C) alla DGR 73-5504 del 3 Agosto 2017;

5. I DRG contrattati dall'ASL per il recupero della mobilità passiva, di cui all'allegato C) al presente contratto, saranno remunerati anche al di sopra del tetto del 110% della Struttura.

6. La produzione realizzata per residenti in altre regioni sarà remunerata come segue:

a. la produzione entro il valore di cui all'art. 3, comma 2, lett. b) viene integralmente riconosciuta;

b. gli incrementi rispetto ai valori 2016 delle prestazioni di alta specialità saranno riconosciuti per intero;

c. gli eventuali incrementi di mobilità attiva su prestazioni di bassa e media complessità (rispetto alla produzione 2016) saranno eventualmente riconosciuti 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.

7. 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 – Erogazione di prestazioni.

1. Per una più razionale ed efficiente gestione degli accessi ai servizi, la struttura erogatrice assicura la condivisione con l'ASL delle agende di prenotazione, nei termini e secondo le modalità stabilite dall'ASL o dalla Regione.

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", essendo il limite giornaliero pari al numero di quelli accreditati.

4. La capacità produttiva non contrattata è utilizzabile per l'attività in regime privatistico.

Articolo 6 – Verifiche e controlli.

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza in relazione all'allegato C). 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 7 - Modalità di pagamento.

1 Il corrispettivo preventivato viene liquidato, a decorrere dal secondo semestre 2017, a titolo di acconto in quote mensili posticipate pari, di norma, a:

a) 90% di 1/12 del budget 2016 - ovvero del valore contrattatato 2016 per gli erogatori ambulatoriali - o del realizzato se inferiore, fino alla definizione dei valori di riferimento di cui all'articolo 3, comma 2, detratti gli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti e di quota fissa per ricetta non esente;

b) successivamente alla definizione dei valori di riferimento, pari al 100% di 6/12 del valore di riferimento 2[^] semestre 2017, di cui all'articolo 3, comma 2, o al 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;

c) successivamente alla definizione del budget per recupero della mobilità passiva fuori regione, pari al 100% di 6/12 del budget assegnato per il 2[^] semestre 2017, di cui all'articolo 3, comma 2, o al 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.

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 entro tale termine, si procede alla liquidazione del saldo provvisorio della produzione erogata nei limiti pattuiti, entro 60 giorni dal ricevimento della fattura ex articolo 4 del decreto legislativo n. 231/2002 e s.m.i.. In caso di contestazione, l'ASL sosponderà 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 eventuali incrementi di prestazioni di ricovero, di bassa e media complessità, rese a cittadini di altre regioni italiane rispetto alla produzione 2016, saranno riconosciuti 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, in conformità ai provvedimenti regionali in materia.

8 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 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 alla base del presente atto, nonché ogni altro atto presupposto o collegato agli stessi, in quanto atti 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 2017 sino al 31 dicembre 2017. Non è prorogabile.

2. Il contratto si adeguà 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 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, elezione di domicilio.

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.

Letto, approvato, e sottoscritto in due originali.

Li, ... / ... / 2017

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), 6 (Corrispettivo e 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.

La proprietà sta aggiornando i patti interni per adeguarli alle norme legislative intervenute.

La Regione con l'autorizzazione, l'accreditamento e i patti interni disporrà degli elementi costituenti il passaggio dalla sperimentazione regionale all'inserimento del COQ nell'ambito della rete ospedaliera accreditata.

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

COD. AZ. 503

SEDE Via Lungolago Buozzi, 25 Omegna

RICOVERO

STRUTTURA/E COQ S.p.A. Ospedale Madonna del Popolo di Omegna

SEDE/I OPERATIVA/E Via Lungolago Buozzi, 25 Omegna

COD. HSP11 010005-03

DISCIPLINE	P.L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	P.L. CONTRATTATI 2017
MEDICINA	20	20	20
ORTOPEDIA	32	32	32
DH MULTIDISCIPLINARE	10	10	10
DH MEDICINA	3	3	3
RRF	28	28	28

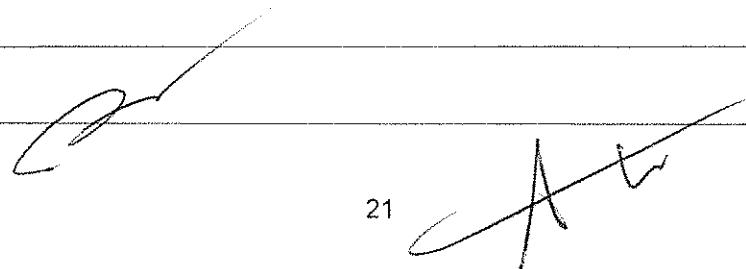
AMBULATORIO

STRUTTURA /E COQ S.p.A Ospedale Madonna del Popolo di Omegna

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

- Ortopedia
- Riabilitazione
- Radiodiagnostica
- Oculistica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Gastroenterologia
- Flusso C-Altro ?

VARIAZIONI RICHIESTE / PROPOSTE DI VARIAZIONE



Allegato B) REGOLE DI VALORIZZAZIONE DELLA PRODUZIONE RESA A RESIDENTI

NELLA REGIONE AI FINI DELLA REMUNERAZIONE

1. La regressione economica si applica alle valorizzazioni delle prestazioni rese nel 2^o semestre 2017 dagli erogatori privati contrattati a favore dei residenti di una determinata ASL, quando la sommatoria delle stesse (sommata alla remunerazione delle prestazioni erogate dalle Strutture per i residenti dell'ASL al 30.06.2017) supera i tetti di spesa 2017, complessivi ed invalidabili, assegnati all'ASL per l'acquisto di prestazioni da privati contrattati a favore di propri residenti.
2. Ai fini della eventuale regressione sulla valorizzazione delle prestazioni rese nel 2^o semestre 2017 si considerano separatamente le prestazioni rese per ricovero in regime di acuzie, ricovero in regime di 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. I valori di produzione di ciascun erogatore, rideterminati come indicato al punto 3, vengono preliminarmente ricondotti ad un valore non superiore al 110% del valore della produzione 2016 entro il budget - ovvero il valore contrattato per gli erogatori ambulatoriali - fatta eccezione per i DRG contrattati dall'ASL per il recupero della mobilità passiva (di cui all'allegato C) che potranno essere remunerati anche al di sopra del tetto del 110%. Le prestazioni che saranno oggetto di riconduzione al tetto del 110% saranno individuate fra quelle prodotte, in termini temporali, successivamente al raggiungimento del tetto,

escluse le prestazioni di alta specialità e quelle "protette" di cui all'allegato C).

5. Non si procede alla regressione qualora la sommatoria delle valorizzazioni delle prestazioni rese nel 2^o semestre 2017 dagli erogatori per i residenti dell'ASL (sommata alla remunerazione delle prestazioni dagli stessi erogate per i residenti della stessa ASL al 30.06.2017) risulti pari o inferiore ai tetti di spesa 2017, complessivi ed invalidabili, assegnati all'ASL per i propri residenti. Non si procede altresì alla regressione nel caso in cui l'esubero del tetto di spesa di ASL per la specialistica ambulatoriale sia compensato da un corrispondente e correlato avanzo dei tetti di spesa per il ricovero.

6. Sono escluse dalla procedura di regressione economica i valori di produzioni riconducibili a prestazioni di ricovero di alta specialità e quelle riconducibili a prestazioni cosiddette "protette" individuate, per il secondo semestre 2017, dalla Regione, o dall'ASL di residenza, secondo le indicazioni regionali di cui all'allegato C) alla DGR.....e dettagliate all'allegato C) al contratto.

7. La sommatoria dei valori di produzione di tutti gli erogatori privati, così rideterminati e diminuiti dei valori delle produzioni cosiddette "protette", quantifica i valori soggetti a regressione, per ASL di residenza dei pazienti.

8. Gli importi di cui all'alinea precedente vengono rideterminati con applicazione sequenziale dei criteri di seguito indicati, in modo che la sommatoria delle valorizzazioni – incluse le prestazioni escluse dalla regressione – sia ricondotta entro il valore limite per le prestazioni da rendere ai residenti dell'ASL (tetti di spesa dell'ASL):

a) regressione massima, nell'ambito delle percentuali di seguito indicate, delle seguenti tipologie di prestazioni (con sequenza progressiva da 1 a 3):

	LEA	Bassa specialità	Media specialità
Sequenza	1	2	3
Ricovero in acuzie	20%	10%	10%
Ricovero in post-acuzie	n.a.	10%	10%

	Elenco Prestazioni ex DGR n. 44-3399/2016 e DM Appropriatezza
Ambulatoriale	25%

b) in caso di insufficienza del criterio di cui alla lettera a), regressione proporzionale del valore delle prestazioni erogate da tutte le strutture.

9. L'applicazione del meccanismo di regressione economica di cui ai punti precedenti non potrà in ogni caso determinare una remunerazione inferiore al 95% del valore della produzione 2016 entro il budget/valore contrattato del singolo erogatore.

10. All'esito dell'eventuale regressione economica verrà applicato ai singoli erogatori il sistema di valutazione della qualità con applicazione del 2,5% di premialità o di penalizzazione secondo i criteri definiti all'allegato C) alla DGR n.. del.....

11. La rivalorizzazione non esclude gli ulteriori abbattimenti di remunerazione delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture nel rispetto alla normativa vigente in materia (esempio: controlli esterni del Flusso SDO, controlli automatici di III° Livello e controlli effettuati dai Nuclei di Controllo e ulteriori controlli aziendali), nel rispetto di quanto disposto all'art. 7 comma 6 del contratto.

Allegato C) PRESTAZIONI CONTRATTATE

Per il secondo semestre si assume a riferimento il 90% del case mix del 2016.

L'ASL per il secondo semestre richiede le seguenti prestazioni che, se realizzate, saranno escluse dalla regressione

Inserire tabelle di cui all'allegato C) alla DGR.....

CENTRO ORTOPEDICO DI QUADRANTE ACUZIE					
DISCIPLINA	ALTA	MEDIA	BASSA	LEA	TOTALE
DAY SURGERY		20.083,00 €	1.394,00 €	110.657,00 €	132.134,00 €
MEDICINA GENERALE	21.114,00 €	76.745,00 €	7.511,00 €	32.225,00 €	137.595,00 €
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	92.257,00 €	61.658,00 €	17.798,00 €	4.258,00 €	175.971,00 €
TOTALE	113.371,00 €	158.486,00 €	26.703,00 €	147.140,00 €	445.700,00 €

SPECIFICA DELLA PRODUZIONE AGGIUNTIVA PROTETTA ACUZIE					
DRG	descrizione DRG	DISCIPLINA	MACROCATEGORIA	QUANTITA	VALORE
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	DAY SURGERY	4-LEA	20	28.360,00 €
266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	DAY SURGERY	4-LEA	13	21.577,00 €
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	DAY SURGERY	4-LEA	7	13.073,00 €
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	DAY SURGERY	4-LEA	12	15.400,00 €
	altre	DAY SURGERY		47	132.133,00 €
395	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' > 17	MEDICINA GENERALE	4-LEA	10	16.749,00 €
225	Interventi sul piede	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3-BASSA	6	11.468,00 €
500	Interventi su dorso e collo eccetto artrodesi vertebrale senza CC	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2-MEDIA	10	29.742,00 €

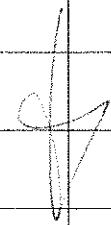
498	Arthrodesi vertebrale ecetto cervicale senza CC	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1-ALTA	2	47.696,00 €
491	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI SUPERIORI	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1-ALTA	3	9.700,00 €
	altre	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		27	88.832,00 €

CENTRO ORTOPEDICO DI QUADRANTE POSTACUZIE					
DISCIPLINA	ALT A	MEDIA	BASSA	LEA	TOTALE
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE 2 LIVELLO				26.015,48 €	26.015,48 €

SPECIFICA DELLA PRODUZIONE AGGIUNTIVA PROTETTA ACUZIE					
DRG	descrizione DRG	DISCIPLINA	MACROCATEGORIA	QUANTITA'	VALORE
	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA				
	MUSCOLO-SCHELETTRICO E DEL TESSUTO	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE			
256	CONNETTIVO	2 LIVELLO	4-LEA	10,00 €	26.000,00 €

CENTRO ORTOPEDICO DI QUADRANTE AMBULATORIALE					
cod.	prestazione	descrizione	q.ta	valore	
	89.01	visita	523	€ 6.728,49	
		Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto :RM gomito, polso, ginocchio, caviglia: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione; RM avambraccio, mano, gamba, piede : almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione	260	€ 34.458,89	
	88.94.1				
	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA -	220	€ 2.545,55	
	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE	192	€ 5.465,96	

 26 



	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale	140	€ 16.069,09	
88.93				
88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA	60	€ 4.361,93	
88.75.3	ECOGRAFIA RENO- VESCICALE	39	€ 1.684,11	
	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE COMPRESI GLI ESAMI E VISITE PREOPERATORI E I CONTROLLI POSTOPERTORI	13	€ 13.592,71	
13.19.1	ALTRO	677	€ 19.373,00	