



ACCORDO CONTRATTUALE

Tra

- l'Azienda Sanitaria Locale del Verbano Cusio Ossola, con sede in Via Mazzini, n. 117, CF 00634880033, rappresentata dal Direttore Generale Dr. Adriano Giacoletto, successivamente ASL VCO

e

- la struttura privata di ricovero/ambulatoriale l'Eremo di Miazzina SpA, sita in Cambiasca (VB), Via per Miazzina, 16 C.F. 05788741006, rappresentata dal Dott. Mario Vannini nella sua qualità di Direttore Generale, con titolo di legale rappresentante, successivamente Casa di cura l'Eremo di Miazzina

Premesso che

a) il d.lgs 502/1992 e s.m.i., agli art.li 8-bis, 8-quater e 8-quinquies, disciplina la partecipazione al Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) dei soggetti erogatori privati nei seguenti termini:

- le Regioni assicurano i livelli essenziali ed uniformi di assistenza avvalendosi anche dei soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;
- l'accreditamento istituzionale non costituisce vincolo per gli enti del Ssn – Regioni e Asl - a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;
- le Asl definiscono contratti con le strutture private nel rispetto dello schema contrattuale approvato con D.G.R. n. 13-6038 del 2 luglio 2013, integrata con DGR n. 22-6346 del 9 settembre 2013, e tenuto conto di quanto disposto dalla Determinazione n. 698 del 9 settembre 2013.

b) con D.G.R. n° 34-9619 in data 15.09.2008 e s.m.i. la Regione Piemonte ha provveduto alla assunzione dell'atto di regolazione delle responsabilità riservate all'istituzione regionale nonché alle ASR, in attuazione di quanto previsto dal comma 1 del medesimo art. 8 quinquies;

c) il medesimo provvedimento, anche sulla base di quanto già previsto dalla citata norma di riferimento dell'art. 8 quinquies comma 2 lett. a, b, c, d, e, e bis, ha determinato gli elementi essenziali necessari al contenuto del contratto, suscettibili peraltro di essere integrati dagli elementi ulteriori di



ravvisata opportunità nella prospettiva di perseguitamento degli obiettivi di razionalizzazione dei servizi (ristrutturazioni/riconversioni di attività, trasferimenti di sedi con o senza ristrutturazioni/riconversioni, fusioni, concentrazioni etc.), programmazione delle risorse ed equilibrio delle gestioni sanitarie, fortemente ribadito all'art 79 della decretazione sopra citata;

d) la Casa di cura/ Struttura ambulatoriale risulta accreditata definitivamente/provvisoriamente con D.G.R. n. 15-7878 del 21 dicembre 2007 e 13-8076 del 28 gennaio 2008 per l'attività di ricovero e con D.G.R. n. 15-7878 e 16-7879 del 21 dicembre 2007, n. 16-13102 del 25/1/2010 per l'attività ambulatoriale nei termini indicati **nell'allegato 1** a cui si fa rinvio;

Tutto ciò premesso, da considerarsi parte integrante e sostanziale del presente contratto, si conviene e si stipula quanto segue:

Art. 1

(Elementi essenziali oggetto del contratto)

1. Il presente contratto contiene gli elementi essenziali che seguono:

a) Disciplina il rapporto tra l'ASL VCO e la Casa di Cura l'Eremo di Miazzina SpA, ai sensi dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., per l'erogazione al SSR, a prescindere dalla residenza degli assistiti, di prestazioni di assistenza sanitaria secondo le tipologie di seguito indicate contro corrispettivo preventivo:

- prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza ordinaria;
- prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza diurna;
- prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Le prestazioni oggetto del contratto devono essere conformi al programma di integrazione dei servizi per la parte di interesse della struttura privata, quale rappresentazione del fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni da acquisire presso la Casa di cura da parte dell'ASL in quanto parte del territorio subregionale di riferimento definito in sede di coordinamento sovrazonale dalle ASL e ASO (ovvero AOU) interessate, in coerenza con gli obiettivi di salute della legge regionale di piano, tenendo altresì conto della mobilità interregionale. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. a) del comma 2 art. 8 quinquies cit.



b) Determina il volume massimo delle prestazioni che la Casa di Cura si impegna ad assicurare distinto per tipologia e modalità di erogazione, e tenendo anche conto delle eventuali prestazioni che fossero state individuate dalla Regione come soggette a preventiva autorizzazione dell'ASL per la fruizione presso le strutture accreditate del SSR. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. b) del comma 2 art. 8 quinque cit., con la modifica prevista dal comma 1 quinque dell'art 79 D.L. 25 06.2008 n°112 aggiunto dalla relativa legge di conversione.

c) Definisce i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale, in coerenza con la regolamentazione regionale in materia nonché con il programma di integrazione dei servizi sopra richiamato definito in sede di coordinamento sovrazonale. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. c) del comma 2 art. 8 quinque cit.

d) Determina il corrispettivo preventivato quale budget complessivo definito come somma dei valori di budget delle prestazioni degenziali e ambulatoriali derivanti dalla tariffazione regionale da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività svolte. Quanto sopra in corrispondenza di quanto previsto alla lett. d) del comma 2 art. 8 quinque.

e) Definisce il debito informativo della Casa di cura per il monitoraggio del contratto pattuito e le procedure da eseguirsi per il controllo esterno di appropriatezza e qualità dell'assistenza prestata e delle prestazioni rese, in conformità alla regolamentazione nazionale e regionale di riferimento. Quanto sopra in corrispondenza di quanto previsto alla lett. e) del comma 2 art. 8 quinque.

f) Precisa le modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi e tipologie concordati delle prestazioni, prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo delle prestazioni remunerate, di cui alla lett. b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lett. d). Quanto sopra in corrispondenza della lett. e) bis del comma 2 dell'art. 8 quinque.



g) Definisce gli ulteriori profili rinvissati necessari alla garanzia della coerenza agli obiettivi prioritari di sistema dell'assistenza sanitaria regionale e territoriale.

Art. 2

(Il programma di integrazione dei servizi)

Il programma di integrazione dei servizi riguardante :

1. i cittadini residenti nel territorio regionale (compresi stranieri, STP, ENI);
2. i cittadini di residenza extraregionale.

è quello definito, sulla base delle indicazioni e della programmazione regionale, in sede di coordinamento sovrazonale dalle ASL e ASO/AOU del territorio subregionale AFS 2, e riportato, per la parte afferente le prestazioni che devono essere erogate della casa di cura/struttura **nell'allegato 2** a cui si fa rinvio.

Esso rappresenta il fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni che l'ASL VCO intende acquistare dalla Casa di Cura l'Eremo di Mazzina S.p.A., che con la sottoscrizione del presente contratto si impegna ad assicurare verso il corrispettivo delle tariffe previste dai tariffari indicati nell'articolo 5).

Le parti concordano di inserire, nei tempi e con le modalità che saranno definite dalla Regione, le prestazioni della Casa di cura nel sistema integrato del Sovracup regionale o nel Centro Unico di prenotazioni dell'ASL.

Le prestazioni devono comunque avere luogo nell'intero arco temporale dell'annualità e, all'interno di essa, nei singoli mesi con distribuzione coerente all'ordinato andamento fisiologico della domanda.

Art. 3

(Volume delle prestazioni)

Il volume di prestazioni che la Casa di cura si impegna ad assicurare e l'ASL a remunerare, distinto per tipologia e modalità di erogazione, ivi comprese le prestazioni individuate dalla Regione soggette alla preventiva autorizzazione ASL per la fruizione (art. 8 quinque comma 2 lett b) e s.m.i., è quello previsto nell'allegato 2 del presente contratto, (a cui si fa rinvio) cui è connesso, nell'allegato 1, il quadro dei letti accreditati e dei letti contrattati della struttura.

NON possono essere effettuate compensazioni tra i budget per i residenti nella regione e quelli previsti per i residenti di altre regioni e tra i budget relativi alle prestazioni di ricovero (RO e DH) e a quelle ambulatoriali.



Art. 4

(*Requisiti dei servizi*)

I requisiti dei servizi da rendere sono regolati dalle norme di legge nazionali e dai provvedimenti e documenti regionali vigenti a cui le parti si impegnano a dare puntuale applicazione in particolare per quanto concerne in materia di accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale.

Essi devono essere compiutamente rispettati anche nelle indicazioni applicative e di interpretazione debitamente notificate. Del pari piena osservazione deve essere garantita ai successivi atti (leggi, regolamenti, circolari ecc.) di modifica o integrazione sulla materia, sempre debitamente notificate.

Art. 5

(*Corrispettivo*)

Il corrispettivo delle prestazioni erogate non può mai superare quello preventivato, ed è composto dalla sommatoria dei valori delle prestazioni degenziali a tariffa o diaria regionale, delle prestazioni ambulatoriali a tariffa regionale, nonché (ove previsto) delle funzioni remunerate in via extratariffaria regionale. I valori dei corrispettivi sono determinati nell'**allegato 2**, a cui si fa rinvio, a fronte di prestazioni e funzioni precisati come di seguito:

A) RICOVERI

A1) Prestazioni di ricovero per acuti: N. erogabile suddiviso per disciplina e a sua volta per DRG (oppure, se sufficiente, per MDC) e per regime di ricovero (RO oppure DH): = Costo per disciplina di prestazioni e costo complessivo prestazioni di ricovero per acuti.

A2) Prestazioni di ricovero per post acuzie: N. giornate di degenza erogabile suddiviso per codice disciplina e a sua volta per regime di ricovero (RO oppure DH) = Costo per disciplina di prestazioni e costo complessivo per post acuzie.

B) PRESTAZIONI AMBULATORIALI:

N. prestazioni suddivise per discipline/branche e raggruppate per gruppi accordo (DRG n. 53-3377 del 11/07/2006) = Costo per tipologia di prestazione e costo complessivo prestazioni ambulatoriali.



Le tariffe applicate per determinare i suddetti costi e per remunerare le prestazioni oggetto del presente contratto sono quelle previste dal tariffario regionale vigente alla data in cui viene erogata la prestazione (per i ricoveri la data è quella della dimissione) per l'attività di ricovero ospedaliero e al nomenclatore tariffario regionale vigente per l'attività di specialistica ambulatoriale al netto degli sconti, se previsti al momento della erogazione della prestazione, dall'art. 1, comma 796, lettera o) della legge 296 del 27/12/2006 e dalla D.G.R. n. 5-6391 del 17/07/2007 di attuazione di detta norma.

Il COSTO Annuo MASSIMO COMPLESSIVO DEL CONTRATTO 2013 è determinato dalla sommatoria dei costi annui delle singole tipologie di prestazioni ed è suddiviso tra costo massimo per residenti nella regione e per residenti fuori regione.

Detto COSTO, come si rileva nell'allegato 2, è il seguente:

- **COSTO ANNUO MASSIMO COMPLESSIVO DEL CONTRATTO € 13.433.998** (comprensivo di prestazioni di ricovero e di specialistica) di cui:

- a) costo annuo massimo complessivo del contratto per residenti nella Regione = €. 5.915.023 di cui:
 - a)1 costo annuo massimo complessivo del contratto per prestazioni ambulatoriali per residenti nella Regione e stranieri = €. 784.354,00 (settecentoottantaquattromilatrecentocinquantatré)
 - a)2 costo annuo massimo complessivo del contratto per prestazioni di ricovero per residenti nella Regione e stranieri = €. 5.130.669 (cinquemilacentrotrentasettezerosette) e
- b) costo annuo massimo complessivo del contratto per residenti fuori Regione = € 7.518.975 (settemilacinquecentodiciottanovecentocinquantuno) di cui:
 - b)1 costo annuo massimo complessivo del contratto per prestazioni ambulatoriali per residenti fuori Regione = € 12.289,00 (dodicimiladuecentoottantanoveeuro)
 - b)2 costo annuo massimo complessivo del contratto per prestazioni di ricovero per residenti fuori Regione = €. 7.506.686 (settemilacinquecentoseimilaseicentoventisei)

e costituisce il budget della casa di cura per l'anno 2013, a valere per tutte le prestazioni convenute per quantità e priorità e con le condizioni di flessibilità previste dagli artt. 3 e 7 del presente contratto. In detti costi annui massimi sono compresi i corrispettivi a rendicontazione del valore della somministrazione diretta di farmaci (tracciato F) se prevista e autorizzata preventivamente dalla Direzione Sanità.

Le prestazioni erogate nell'anno 2013 nel periodo antecedente la sottoscrizione del presente contratto sono ricomprese nei costi massimo annuo sudeterminati delle singole aree produttive.

Per i volumi di attività e relativi costi eccedenti i valori massimi contrattuali non potrà essere riconosciuta alcuna remunerazione. Qualora non venga prodotto per i singoli codici di disciplina di ricovero almeno il 50% del volume e del costo contrattato l'ulteriore differenza tra il 50% del costo contrattato e quello relativo alle prestazioni effettivamente erogate non potrà essere usata per la compensazione e pertanto il budget complessivo risulterà ridotto della quota di produzione non utilizzata. Qualora, per le prestazioni ambulatoriali, non venga prodotto per i singoli gruppi di accordo almeno il 50% del volume e del costo contrattato l'ulteriore differenza tra il 50% del costo contrattato e quello relativo alle prestazioni effettivamente erogate non potrà essere usata per la compensazione e pertanto il budget complessivo risulterà ridotto della quota di produzione non utilizzata. Gli scostamenti dei valori della produzione delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero rispetto al budget non possono essere oggetto di compensazione per cui le differenze non possono essere riconosciute. L'eventuale minor produzione, rispetto al valore contrattuale, per i residenti nella Regione Piemonte non può essere compensata con la maggior produzione per i residenti di altre regioni. L'eventuale minor produzione, rispetto al valore contrattuale, per i residenti di altre Regioni non può essere compensata con la maggior produzione per i residenti della Regione Piemonte.

Il corrispettivo relativo alla produzione di prestazioni viene liquidato dall'ASL competente per territorio in quote mensili posticipate rispetto alla fatturazione del periodo di riferimento nella misura del 90% del valore complessivo a preventivo; il pagamento delle quote mensili avverrà, secondo la normativa di cui al d. lgs. 9 ottobre 2002 n. 231, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della relativa fattura da parte del destinatario. Qualora la produzione sia inferiore al 90% del corrispettivo preventivato l'ASL ridurrà le quote mensili al 90% del valore dell'effettiva produzione. I maggiori ticket introdotti dopo il



31 dicembre 2010 incassati dalle singole strutture/case di cura dovranno essere mensilmente versati alle ASL mediante decurtazione della quota di acconto mensile.

Entro il mese di settembre e entro il primo trimestre dell'anno successivo a quello di riferimento sono oggetto di verifica i risultati quantitativi di produzione e le attività svolte rispettivamente nel primo semestre e nell'anno rispetto ai volumi di prestazioni concordate ed alle funzioni previste.

In caso di riscontro positivo si procede alla liquidazione finale del corrispettivo pattuito, sempre entro 30 giorni dalla data di ricevimento della relativa fattura da parte del destinatario. In caso di riscontro di prestazioni in contestazione, comprese quelle previste dall'art. 6 ultimo comma del presente contratto, si procede alla sospensione della liquidazione delle partite contestate fino alla loro definizione con accordo tra le parti, da rendersi comunque entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati, ferma restando la piena facoltà delle parti stesse di adire la via giurisdizionale ordinaria.

In presenza di variazioni, complessivamente in aumento, dei tariffari regionali successivamente alla stipulazione dei contratti, si procede in attuazione della procedura di cui alla lett. e) bis del comma 2 dell'art. 8 quinque, così come modificato dalla legge 6 agosto 2008 n. 133 di conversione del D. L. n. 112/2008, mediante rideterminazione del volume massimo delle prestazioni remunerabili nella misura necessaria al mantenimento del limite originario di corrispettivo. Nel caso di riscontro di prestazioni in eccedenza ai volumi previsti delle singole aree produttive, il corrispettivo preventivato permane nella piena validità e l'eventuale attività di fatturazione o richiesta di pagamento correlata alle suddette eccedenze è priva di titolo ad eccezione delle eventuali eccedenze di costo per prestazioni rese ad utenti extra regionali che potranno essere retribuite, in assenza di accordi di confine con le altre Regioni, al termine delle procedure nazionali di gestione della mobilità interregionale. Alle strutture verrà riconosciuto l'importo eccedente in misura pari alla percentuale di prestazioni riconosciute alla Regione rispetto a quelle addebitate complessivamente alle altre Regioni.



Art. 6

(*Il debito informativo e il controllo esterno di appropriatezza*)

Il debito informativo della Casa di cura e l'attività di controllo esterno di appropriatezza sono regolati dall'art. 8 octies del D.Lgs 229/1999, nonché dagli atti e documenti cui la normativa stessa fa rinvio in materia, derivanti dai livelli nazionali (Ministero della Salute, flussi informativi; Min. Ec Fin.), regionali (Atti della Regione Piemonte) infraregionali eventuali (Documenti del coordinamento sovrazonale di AFS) previsti in sede di programma di integrazione dei servizi.

La casa di Cura conferma la accettazione di consenso all'attività di vigilanza dell'apposita Commissione prevista dalla normativa vigente, nonché alle ulteriori attività di controllo esercitate nell'ambito della funzione ispettiva regionale, e si impegna ad agevolarne l'attuazione mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

La Casa di Cura si impegna a verificare al momento della presa in carico l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale della persona assistita tramite la rilevazione del Codice Fiscale unicamente dalla Tessera Sanitaria (o TS-CNS) rilasciata dalla Agenzia delle Entrate (è opportuno che la Casa di Cura conservi copia della Tessera), come previsto dall'art. 50 del D.L. 30 settembre 2003 n. 269, convertito con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326 e s.m.i..

La Casa di Cura si impegna a rispettare puntualmente le disposizioni della DGR 19-5226 del 16/01/2013 avente per oggetto "Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura, pubblici e privati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi e alle tempistiche di trasmissione dei flussi delle prestazioni sanitarie erogate per gli anni 2013 e 2014". Non saranno riconosciute prestazioni non rilevate nel pieno rispetto degli obblighi suddetti.

In ordine alle procedure di controllo della codificazione delle SDO, si precisa che ogni rettifica di registrazione connessa alla corretta applicazione in riduzione della tariffazione regionale, anche separata e successiva alla procedura contestativa ex art. 5 sesto comma del presente contratto, è suscettibile di determinare il recupero dei valori relativi, salvo la responsabilità ex art. 1218 cod. civ., entro il quinquennio successivo all'esecuzione delle prestazioni.



Art.7

(assistenza ospedaliera)

L'utilizzo della capacità produttiva può avvenire con i seguenti criteri e condizioni di flessibilità.

Fermo restando il limite complessivo del corrispettivo preventivato ed il limite giornaliero dato dalla capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito esclusivamente nei limiti quantitativi dei posti delle aree funzionali omogenee (A.F.O. come definite dalla regolamentazione vigente) con il limite di un tasso massimo di occupazione dei posti letto contrattati nella misura dello 80% per l'acuzie, del 95% per la riabilitazione, del 98% per la lungodegenza.

Le prestazioni previste in regime di ricovero ordinario e in regime di ricovero diurno possono essere erogate, qualora siano già previsti dalla Regione gli importi tariffari oppure siano state fornite indicazioni in tal senso, rispettivamente in regime diurno ovvero in regime ambulatoriale. Il costo complessivo di dette prestazioni non può essere superiore a quello originalmente previsto dal presente accordo.

Art.8

(risoluzione e inadempimento)

La revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento della struttura di cui alla lett. d) della premissa determina l'automatica e contestuale risoluzione del presente contratto.

Parimenti la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ovvero dell'accreditamento della struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del presente contratto.

Ove una parte accerti l'inadempimento, concernente uno o più degli elementi essenziali del contratto, come indicati agli artt. da 1 a 7, sarà legittimato ad emettere diffida ad adempire ex art. 1454 cod.civ.

E' fatta salva in ogni caso la responsabilità ex art. 1218 c.c. della parte inadempiente.

In ipotesi di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto ed i principi giuridici espressamente richiamati che ne costituiscono il fondamento, purchè formalmente contestati, il contratto è risolto con comunicazione ricettizia formulata dalla parte che ha contestato.



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.

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.

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 dell'ASL.

Art. 9

(durata e aggiornamento)

Il presente contratto ha validità per tutto l'anno 2013 e più esattamente per il periodo intercorrente tra il primo gennaio e il 31 dicembre 2013.

La Casa di Cura, con la sottoscrizione del presente contratto, dà atto di essere perfettamente a conoscenza della normativa nazionale e regionale vigente ed in particolare della D.G.R. n. 13-6038 del 2.7.2013 avente per oggetto: *"Definizione criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2013 degli erogatori privati e di quelli equiparati a quelli pubblici"*, integrata con DGR n. 22-6346 del 9.9.2013 di oggetto *"Integrazione e parziale modifica della DGR n. 13-6038 del 2/7/2013 riguardante la Definizione di criteri e modalità per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa per l'anno 2013 degli erogatori privati e di quelli equiparati a quelli pubblici"*, nonché della Determinazione n. 698 del 9/9/2013 avente per oggetto la *"Definizione per l'esercizio 2013 del fabbisogno assistenziale e dei limiti di spesa dei relativi contratti con gli erogatori privati e con gli istituti classificati"*.

7
BB
L

Art. 10
(foro competente e rinvio normativo)



In caso di controversia relativa ai contratti stipulati ex art. 8 quinquies D.lgs 502/1992 e s.m.i. si conviene che il foro competente è quello della giurisdizione civile della sede legale dell'ASL contraente.

Per quanto non previsto dal presente contratto si rinvia alle disposizioni di cui agli artt. 1325 e sgg. Cod. civ. nonché alla vigente normativa generale relativa all'assistenza sanitaria ospedaliera ed ambulatoriale.

Si allega (allegato 3) su richiesta della Casa di Cura, in calce al contratto, una dichiarazione del Direttore Generale dell'Eremo di Mazzina, Dr. Mario Vannini.

Letto, confermato e sottoscritto.

Il Direttore Generale ASL VCO
Dr. Adriano Giacoletto

Il Direttore Generale Casa di Cura
l'Eremo di Mazzina Spa
Dr. Mario Vannini

Omegna, 30 settembre 2013



ALLEGATO 1

STATO DI ACCREDITAMENTO DELLA CASA DI CURA L'EREMO DI MIAZZINA

L'Eremo di Miazzina è struttura definitivamente accreditata con D.G.R. 15 – 7878 del 21 dicembre 2007, 16 – 7879 del 21 dicembre 2007, 13 – 8076 del 28 gennaio 2008, i cui elementi essenziali e caratteristici sono i seguenti:

- Accreditamento in fascia A, ai sensi della D.C.R. n. 616-3149 del 22.02.2000 e s.m.i. delle seguenti attività degenziali
 - Recupero e Rieducazione Funzionale di 2° livello – 60 posti letto – due unità di degenza di 30 posti letto ciascuna (cod. 56.20, 56.21)
 - Recupero e Rieducazione Funzionale di 1° livello – 90 posti letto – tre unità di degenza di 30 posti letto ciascuna (cod. 56.01, 56.02, 56.03)
 - Lungodegenza – 120 posti letto – quattro unità di degenza di 30 posti letto ciascuna (cod. 60.01, 60.02, 60.03, 60.04)
- Accreditamento in fascia A, ai sensi della D.C.R. n. 616-3149 del 22.02.2000 e s.m.i. delle seguenti attività ambulatoriali
 - Attività poliambulatoriale comprensiva della branca specialistica di Pneumologia (cod. 68)
 - Attività ambulatoriale di Diagnostica per Immagini di 1° livello (cod. 69)
 - Attività ambulatoriale di Recupero e Rieducazione Funzionale di 1° livello (cod. 56)
 - Attività ambulatoriale di cardiologia e oculistica.
- Accreditamento in fascia B, ai sensi della D.C.R. n. 616-3149 del 22.02.2000 e s.m.i. delle seguenti attività ambulatoriali
 - Attività ambulatoriale del servizio di Medicina di Laboratorio (laboratorio generale di base, con settori specializzati di chimica clinica e tossicologica, microbiologia e sieroimmunologia) – cod. 98.



ANNO 2013

Area funzionale omogenea	Codice disciplina	Descrizione disciplina	Posti letto accreditati	Posti letto autorizzati non accreditati	Posti letto contrattati T.U. 90%	Posti letto accreditati non contrattati	Posti letto totali
	56	Riabilitazione 1° livello	90	0	83	7	90
	56	Riabilitazione 2° livello	60	0	51	9	60
	60	Lungodegenza	120	0	82	38	120
Totali AFO			270		216	54	270
totali Acuzie			0	0	0		0
totali Postacuzie			270	0	216	54	270
totali generali			270	0	216	54	270



ALLEGATO 2

DETERMINAZIONE DEI VALORI CORRISPETTIVI PER L'ATTIVITA' DI RICOVERO/AMBULATORIALE PER L'ANNO 2013

BUDGET 2013: RICOVERI

AFO	DFISCIPLINA		GIORNATE DEGENZA			TARIFFA	IMPORTO		
	Codice	Descrizione	Regione	F Regione	Totale		Regione	FR	Totale
	5601-5603	Riabil 1° liv	9071	18479	27550	163,99	1.487.553	3.030.371	4.517.925
	5620-5621	Riabil 2° liv Tariffa 1 MDC 01	1.478	983	2.461	273	403.051	268.064	671.115
	5620-5621	Riabil 2° liv Tariffa 2 MDC 04	559	2.700	3.259	231	129.129	623.700	752.829
	5620-5621	Riabil 2° liv Tariffa 3 MDC 05	223	473	696	251	55.973	118.723	174.696
	5620-5621	Riabil 2° liv Tariffa 4 MDC 08	2.524	2.924	5.448	247	623.176	721.936	1.345.111
		tariffa 5 altri	1.893	3.077	4.970	202	382.348	621.578	1.003.926
56	Riabilitaz totale		15.748	28.636	44.384		3.081.230	5.384.372	8.465.602
60	Lungodegenza		13.302	13.775	27.077	154	2.049.439	2.122.314	4.171.753
	TOTALE		29.050	42.411	71.461		5.130.669	7.506.686	12.637.355

Nota- la ripartizione del budget dei ricoveri 2013 è effettuato su un'ipotesi previsionale.

BUDGET 2013: SPECIALISTICA			
	Branca	Descrizione	Budget
	8	Cardiologia	€ 160.243,00
	34	Oculistica	€ 22.086,00
	56	RRF	€ 288.554,00
	68	Pneumologia	€ 5.755,00
	69	Radiodiagnostica	€ 253.968,00
	98	Laboratorio Analisi	€ 53.748,00
Totale Regione			€ 784.354,00
	8	Cardiologia	€ 1.700,00
	34	Oculistica	€ 709,00
	56	RRF	€ 3.905,00
	68	Pneumologia	€ 465,00
	69	Radiodiagnostica	€ 4.200,00
	98	Laboratorio Analisi	€ 1.310,00
Totale Fuori Regione			€ 12.289,00
TOTALE			€ 796.643,00

Nota- la ripartizione del budget della specialistica 2013 è effettuato su un'ipotesi previsionale.

*

RIEPILOGO:			
BUDGET COMPLESSIVO 2013			
RICOVERI + SPECIALISTICA			
	Budget Ricoveri	Budget Specialistica	Totale
Regione	5.130.669	784.354	5.915.023
Fuori Regione	7.506.686	12.289	7.518.975
Totale	12.637.355	796.643	13.433.998

*

6 2 4



L'Eremo di Mazzina

CASA DI CURA PRIVATA ACCREDITATA

Sede e Casa di cura: Via per Mazzina, 16 - 28814 CAMBIASCA (VB) - Tel. 0323 553700 - Telefax 0323 571557
 e-mail: info@eremodimazzina.com - www.eremodimazzina.com
 Registro Imprese n° 6842/2001 attribuito dalla C.C.I.A.A. del V.C.O. - R.E.A. n° 188950
 Codice Fiscale 05788741006 - Partita IVA 01823600034

**All'attenzione del
 Direttore Generale ASL VCO
 Dr. Adriano Giacoleto**

Oggetto: Accordo contrattuale anno 2013: dichiarazioni

Con riferimento all'accordo contrattuale 2013 si precisa quanto segue:

- il budget per la specialistica ambulatoriale, pari ad € 796.643,00, non risponde al dettato di cui alla DGR n. 22-6346 del 9.9.2013 che porterebbe ad applicare la riduzione del 3% al contrattato 2011 per la stessa attività;
- si chiede la conversione di € 400.000,00 dai ricoveri ospedalieri alla specialistica ambulatoriale ai sensi dell'art. 1, lettera f, della DGR 21-6345 del 9.9.2013, anche in considerazione del fatto che l'ASL differisce l'applicazione della DGR n. 1-6045 relativa alla conversione di posti ospedalieri, mentre la applica per l'utilizzo dei posti di lungodegenza, lasciandone la maggior parte inutilizzati;
- si sottoscrive il contratto fatte salve le divergenze già espresse sulla determinazione del budget originario di riferimento.

Cordiali saluti.

Il Direttore Generale Casa di Cura
 l'Eremo di Mazzina Spa
 Dr. Mario Vannini

ASL VCO
 0059473/13
 30/09/2013
 Comp.:30

30 settembre 2013

