



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

Azienda Sanitaria Locale
del Verbanò Cusio Ossola

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

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 809 del 22/11/2022

**Oggetto: ARTICOLO 8/QUINQUIES D.LGS. N. 502/1992 E SMI -
ADOZIONE DELLA PROPOSTA DI CONTRATTO/ACCORDO TRA ASL
VCO E LA SOCIETÀ CENTRO ORTOPEDICO DI QUADRANTE S.P.A.
OSPEDALE MADONNA DEL POPOLO - ANNI 2022-2023.**

DIRETTORE GENERALE - DOTT.SSA CHIARA SERPIERI
(NOMINATO CON DGR N.11-3293 DEL 28/05/2021)

DIRETTORE AMMINISTRATIVO - AVV. CINZIA MELODA

DIRETTORE SANITARIO - DOTT.SSA EMANUELA PASTORELLI



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

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

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

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Struttura proponente: DISTRETTO VCO

L'estensore dell'atto: Petronini Francesca

Il Responsabile del procedimento: Varallo Rosarita

Il Dirigente/Funziario: Borgotti Paolo

Il Responsabile Servizio Economico Finanziario: Succi Manuela

Il funzionario incaricato alla pubblicazione.



IL DIRETTORE GENERALE

Nella data sopraindicata, su proposta istruttoria del Direttore SOC DISTRETTO VCO di seguito riportata, in conformità al Regolamento approvato con delibera n. 290 del 12/05/2017 e modificato con delibera n. 65 del 28/01/2020.

«PREMESSO CHE:

1. il Centro Ortopedico di Quadrante Ospedale Madonna del Popolo - COQ SpA è una società partecipata dall'ASL VCO nella misura del 51% del capitale sociale, costituita in data 19.07.2002 tra l'ASL e la società a responsabilità limitata Casa di Cura S. Rita in raggruppamento d'impresa con Generale de Santé;
2. con Deliberazione del Direttore Generale n. 370 del 14.05.2019, l'ASL VCO ha dato avvio alla fase di sottoscrizione e formalizzazione degli atti societari, come approvati con DDG ASL VCO n. 533 del 31.02.2018 e smi, verificata la sussistenza di quanto stabilito nella DGR n. 58-8782 del 12.04.2019, pubblicata sul BUR n. 19 del 09.05.2019, avente oggetto "presa d'atto, autorizzazione ed accreditamento per la conversione della gestione sperimentale della Società Centro Ortopedico di Quadrante S.p.A. Ospedale Madonna del Popolo di Omegna, in gestione ordinaria", ai sensi ex art. 23 c. 6 LR 12/2008 e smi;
3. con successiva DGR n. 41-5140 del 27.05.2022 è stato disposto di aggiornare la sopraddeata DGR n. 58-8782 del 12.04.2019 sulla base del "Piano di sviluppo COQ-ASL VCO per il triennio 2022-2024", trasmesso dall'ASL VCO in accordo con COQ SpA, che costituisce documento di programmazione triennale per la gestione del presidio ospedaliero "Madonna del Popolo" di Omegna, con riguardo all'assetto degenziale della struttura COQ e parametro di riferimento e verifica di funzionalità ai sensi degli artt. 8 ter - 8 quater del D.Lgs. 502/1992 e smi;
4. al punto 3) del dispositivo della predetta DGR n. 41-5140 del 27.05.2022 si da atto che COQ ed ASL VCO stipuleranno il contratto ai sensi dell'articolo 8 quinquies del D.Lgs n. 502/92 e smi per la regolamentazione delle attività della struttura medesima in conformità al piano di cui sopra ed in conformità alle condizioni generali dello schema di contratto vigente per gli erogatori accreditati.

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



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

RICHIAMATA la DGR n. 26-5656 del 19/09/2022, acquisita formalmente al nostro protocollo al n. 58619 del 21/09/2022, avente per oggetto: "Regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per gli anni 2022-2023 ed assegnazione dei tetti di spesa. Approvazione dello schema di contratto per prestazioni di ricovero in regime di acuzie e post-acuzie, di specialistica ambulatoriale e di CAVS."

DATO ATTO che con la suddetta DGR n. 26-5656 del 19/09/2022 è stato, tra l'altro, disposto:

- **di approvare** i criteri e la determinazione dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera, attività di CAVS, domiciliare e specialistica ambulatoriale erogata nei confronti dei cittadini residenti nel Piemonte e residenti fuori regione, per gli anni 2022 e 2023, nonché i criteri per l'utilizzo del finanziamento di cui all'art. 1 della L. 30 dicembre 2021 n. 234 da parte degli erogatori privati accreditati, a parziale modifica di quanto disposto dalla DGR n. 4-4878 del 14 aprile 2022, dando atto che lo stesso avverrà entro l'importo massimo di euro 20.000.000 ed a copertura delle prestazioni rese nelle seguenti fattispecie:
 1. prestazioni contrattualizzate dalle AA.SS.LL. secondo i criteri di cui alla DGR n. 4-4878 del 14 aprile 2022;
 2. a consuntivo, per le maggiori prestazioni effettuate nel 2022 rispetto alla produzione delle stesse riconosciuta nell'anno 2019 nella Regione Piemonte dagli erogatori privati accreditati, rientranti nelle tipologie oggetto di monitoraggio ai fini del recupero delle liste di attesa (PNGLA).
- **di approvare** lo **Schema di contratto/accordo contrattuale ex art. 8 quinquies D.Lgs. n. 502/1992 per le annualità indicate al punto precedente, allegato B) alla DGR citata**, da adottarsi dalle AA.SS.LL. per la contrattualizzazione delle strutture private accreditate con riguardo alle prestazioni sanitarie di ricovero in regime di acuzie, di ricovero in regime di post-acuzie e di specialistica ambulatoriale, in regime di lungodegenza e riabilitazione psichiatrica e di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria - CAVS;



- **di demandare** alle AA.SS.LL. competenti per territorio la sottoscrizione dei contratti con le singole strutture private. Le AA.SS.LL. provvederanno a dare tempestiva informazione alla Regione dei casi di mancata sottoscrizione per l'avvio del procedimento di sospensione dell'accreditamento secondo le modalità previste dalla DGR 5 dicembre 2011, n. 58-3079;
- **di approvare la ripartizione** del budget indistinto delle annualità 2022 e 2023 fra gli erogatori privati accreditati, e relativo alle prestazioni sanitarie seguenti:
RESIDENTI IN REGIONE - BUDGET:
 1. di ricovero in regime di acuzie
 2. di ricovero in regime di post-acuzie
 3. di ricovero in regime di post-acuzie (lungodegenza e riabilitazione) psichiatrica
 4. di specialità ambulatoriale
 5. di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS)
 6. di cure domiciliari riabilitativeRESIDENTI FUORI REGIONE - BUDGET:
 1. di ricovero in acuzie in regime di acuzie di alta complessità
 2. di ricovero in acuzie in regime di acuzie di bassa e media complessità
 3. di ricovero in regime di post-acuzie di alta complessità
 4. di ricovero in regime di post-acuzie di bassa e media complessità
 5. di ricovero in regime di post-acuzie neuropsichiatrica
 6. di specialistica ambulatorialenonché il riparto degli importi del finanziamento relativo a funzioni riconducibili ai progetti di ricerca applicata nonché di emergenza urgenza e di ossigeno terapia iperbarica in regime di emergenza;
- **di dare atto** che la spesa complessiva massima derivante dai provvedimenti discendente dalla DGR n. 26-5656 del 19/09/2022 in esame, comprendente l'attività di ricovero, specialistica ambulatoriale, domiciliare, Cavs, pre residenti e non residenti, l'attività finanziata a funzione ed i farmaci in File F, eccettuata quella per la riduzione delle liste d'attesa di cui alla DGR n. 4-4878 del 14 aprile 2022, trova copertura a valere sugli stanziamenti 2022 del Fondo sanitario indistinto, (Missione 13, Programma 1), già assegnati alle ASL con DGR n. 2-4147 del 24/11/2021, e sugli stanziamenti per l'anno 2023, che saranno oggetto di successiva assegnazione.

RITENUTO, pertanto, sulla base dei contenuti delle disposizioni legislative e regolamentari regionali di cui sopra e in ossequio alle stesse, di procedere con l'adozione dello schema di contratto con la **LA SOCIETÀ CENTRO ORTOPEDICO DI QUADRANTE SPA/COQ - OSPEDALE MADONNA DEL POPOLO**, con sede legale in Omegna (VB) ed insistente sul territorio dell'ASL VCO, come da allegato AL. A/01 al presente atto quale parte integrante e sostanziale composto da n. 8+1 pagine.



DATO ATTO che i tetti/valori di riferimento sono i seguenti:

1. prestazioni per residenti in Regione: € 19.653.612,00,
 2. prestazioni residenti in altre Regioni: € 2.654.055,98,
- per un totale complessivo pari ad € 22.307.667,98.

Detti importi trovano imputazione sui Conti Economici Esercizi 2022 e 2023 come segue: conti 3.10.18.13/AUT28.1 per ricoveri di residenti in Regione/ASL VCO, 3.10.18.13/AUT28.2 per ricoveri di residenti in Regione/altre AA.SS.LL., 3.10.18.13/AUT28.3 per ricoveri di residenti in altre Regioni, conti 3.10.18.14/AUT28.4 per specialistica per residenti in Regione/ASL VCO, 3.10.18.14/AUT28.5 per specialistica per residenti in Regione/altre AA.SS.LL., conto 3.10.18.14/AUT28.6 per specialistica per residenti in altre Regioni.».

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

Acquisiti i pareri favorevoli espressi ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 502/1992 e smi, come formulati nel frontespizio del presente atto

DELIBERA

1) DI ADOTTARE, per le motivazioni e le disposizioni legislative e regolamentari regionali in premessa esposte e qui integralmente tutte richiamate, la proposta di accordo contrattuale ex art 8 quinquies D.Lgs. n. 502/92 tra l'ASL VCO e **LA SOCIETÀ CENTRO ORTOPEDICO DI QUADRANTE SPA/COQ - OSPEDALE MADONNA DEL POPOLO di Omegna (VB)**, **anni 2022-2023**, secondo lo schema di contratto approvato dalla Regione Piemonte, come da allegato AL.A/01 al presente atto quale parte integrante e sostanziale composto da n. 8+1 pagine.

2) DI DARE ATTO che i tetti/valori di riferimento sono i seguenti:

1. prestazioni per residenti in Regione: €19.653.612,00,
2. prestazioni residenti in altre Regioni: € 2.654.055,98,

per un totale complessivo pari ad € 22.307.667,98.

Detti importi trovano imputazione sui Conti Economici Esercizi 2022 e 2023 come segue: conti **3.10.18.13/AUT28.1** per ricoveri di residenti in Regione/ASL VCO, **3.10.18.13/AUT28.2** per ricoveri di residenti in Regione/altre AA.SS.LL., **3.10.18.13/AUT28.3** per ricoveri di residenti in altre Regioni, conti **3.10.18.14/AUT28.4** per specialistica per residenti in Regione/ASL VCO, **3.10.18.14/AUT28.5** per specialistica per residenti in Regione/altre AA.SS.LL., conto **3.10.18.14/AUT28.6** per specialistica per residenti in altre Regioni.



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

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

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

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

3) DI NOTIFICARE alla struttura la proposta di accordo contrattuale da sottoscrivere con termine di riscontro entro i 10 giorni successivi, nonché al competente Assessorato Regionale, compresa, in caso di mancato riscontro da parte della Struttura stessa, informativa al riguardo per il conseguente procedimento di sospensione dell'accreditamento.

4) DI DARE MANDATO alla SOC Affari Generali, Legali e Istituzionali, di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 14 della LR n. 10 del 24/01/1955 e smi.

SCHEMA DI CONTRATTO/ACCORDO ANNI 2022-2023

EX ART. 8 *QUINQUIES* D. LGS. N. 502/1992 e s.m.i

Tra

l'ASL VCO Azienda Sanitaria del Verbano Cusio Ossola, con sede legale in Omegna, via Mazzini 117, (C.F. 00634880033), rappresentata dal Direttore Generale *pro tempore* dott.ssa Chiara Serpieri, successivamente nominata "Azienda sanitaria" o "ASL"

e

la Società Centro Ortopedico di Quadrante S.p.A./COQ - Ospedale Madonna del Popolo, con sede legale in Omegna, via lungolago Buozzi 25, (C.F. 01875380030), titolare della struttura con sede operativa indicata nell'**allegato A**), accreditata per l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto/accordo, successivamente nominata "Struttura" o "Erogatore", rappresentata dal dott. Emanuele Davide Ruffino (C.F. RFFMLD60M19L219I), nella qualità di Presidente del Consiglio di Amministrazione, con titolo di legale rappresentanza.

Premesso che:

1. gli articoli 8-*bis*, *quater* e *quinquies* del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;
2. con DGR n. 26-5656 del 19 settembre 2022 sono state definite, per gli anni 2022 e 2023, le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati, il budget ed è stato approvato lo schema di contratto a valere per le strutture private e per i presidi/IRCCS ex artt. 42 e 43 L. 833/78
3. con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL n. __ del __ / __ / __ è stata disposta la sottoscrizione del presente contratto in attuazione della citata DGR;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto del contratto/accordo.

1. Le premesse costituiscono parte integrante del contratto/accordo.
2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e a carico del SSR, conformi a volumi riassunti all'articolo 3, comma 1 e di cui ai seguenti setting:

RESIDENTI IN REGIONE

I. ricovero in regime di acuzie

II. ricovero in regime di post-acuzie

III. ricovero in regime di post-acuzie neuropsichiatrica

IV. specialistica ambulatoriale

V. cure domiciliari riabilitative (su specifici progetti concordati con l'Asl)

VI. continuità assistenziale a valenza sanitaria – CAVS

RESIDENTI FUORI REGIONE

I. di ricovero in regime di acuzie

II. di ricovero in regime di post-acuzie

III. di ricovero in regime di post-acuzie neuropsichiatrica

IV. di specialistica ambulatoriale

3. Le prestazioni devono realizzarsi all'interno di ogni annualità, con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda e nel rispetto del budget assegnato.

Art. 2 - Obblighi dell'erogatore e 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 dei provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere e ad adeguare i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali di accreditamento, in ragione delle discipline contrattate e del tasso effettivo di occupazione, e ad erogare le prestazioni secondo standard e protocolli di accessibilità, appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale.

2. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.

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

- la condivisione con le ASL di tutte le agende di prenotazione relative alle prime visite e altre prestazioni di primo accesso, al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale nei termini e nelle modalità di cui alla DGR n. 4-4878 del 14 aprile 2022; le eventuali prime visite e prestazioni di primo accesso erogate dal 1° settembre 2022 in assenza di un appuntamento programmato sul sistema CUP regionale non saranno valorizzate ai fini della remunerazione economico-finanziaria, fatta salva l'impossibilità ad avviare il sistema non addebitabile all'erogatore ,
- l'adesione al progetto Fascicolo Sanitario Elettronico, attraverso la condivisione dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito, e la corretta gestione del consenso informato.

4. 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.

5. Fermo restando il limite giornaliero di capacità produttiva complessiva, l'utilizzo flessibile dei posti letto della struttura è consentito entro i limiti quantitativi dei letti accreditati delle aree funzionali omogenee. I posti letto contrattati sono intesi come medi annui e il limite di occupazione giornaliero pari a quello degli accreditati.

6. La capacità produttiva non contrattata o non utilizzata dal SSN è fruibile per l'attività in regime privatistico.

7. La Struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazione d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991. Al personale saranno applicati i contratti di lavoro nazionali in conformità alla normativa vigente.

8. Ai sensi dell'art. 1, comma 42, della legge n. 190/2012, la Struttura non potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi ad ex dipendenti di ASL e Regione che nei tre anni antecedenti abbiano esercitato nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali.

9. 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, anche religiosi, o di strutture facenti parte di gruppi societari) redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici. In alternativa, si ritiene sufficiente l'indicazione della pubblicazione sul proprio o su altro sito che possa assolvere alla medesima forma di pubblicità.

10. Qualora l'ente intenda cessare l'attività sanitaria deve comunicare la suddetta volontà con un preavviso di almeno 90 giorni, salvo diversa comunicazione dell'ASL e fermo restando l'obbligo di garantire la continuità delle prestazioni fino al provvedimento regionale di decadenza dall'accreditamento.

11. L'Erogatore può sospendere l'erogazione delle prestazioni soltanto per giusta causa con comunicazione tempestiva all'ASL, la quale informerà la Regione; allo stesso modo dovrà essere comunicata la ripresa dell'attività. Non costituiscono giusta causa gli eventuali ritardi nei pagamenti dei corrispettivi dovuti all'Erogatore, ferme restando per tale ultima evenienza le tutele accordate dagli art. 3 e 6 D. Lgs. 9 ottobre 2002, n. 231. Qualora l'Erogatore sospenda l'erogazione senza giusta causa resta facoltà dell'ASL di risolvere il contratto mediante dichiarazione unilaterale comunicata con lettera AR o a mezzo PEC, con conseguente addebito di tutti i danni subiti e subendi.

12. La cessione del contratto a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL e della Regione; in caso di mutamento di carattere soggettivo (fusione, incorporazione, scissione, cessione ramo d'azienda, subentro di altro titolare, etc.) l'efficacia della cessione del contratto, insieme all'accreditamento e all'autorizzazione, è sospensivamente condizionata all'adozione degli atti di competenza regionale circa la verifica dei requisiti soggettivi ed oggettivi.

Art. 3 - Budget

1. Per il 2022 ed il 2023, in relazione alle risorse finanziarie programmate per le prestazioni da rendere dall'Erogatore per conto e a carico del SSR, nei limiti dei posti letto/branche specialistiche ambulatoriali accreditati indicati nell'allegato A), sono assegnati all'Erogatore i seguenti budget complessivi, suddivisi indicativamente per tipologia di setting assistenziali:

- per i residenti in regione (compresi, ai sensi della circolare del Ministero della Salute n. 5 del 24 marzo 2000, gli STR (stranieri paesi Ue/SEE/in Convenzione), ENI (europei non iscrivibili) ed STP (stranieri temporaneamente presenti a carico del SSN)

RICOVERO IN ACUZIE	BUDGET	€ 15.082.243,00
RICOVERO IN POST ACUZIE	BUDGET	€ 1.850.000,00
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	BUDGET	€ 2.721.369,00
		= € 19.653.612,00

- per i residenti fuori regione:

RICOVERO IN ACUZIE	BUDGET	€ 2.358.075,00
RICOVERO IN POST ACUZIE	BUDGET	€ 189.993,00
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	BUDGET	€ 105.987,98
		= € 2.654.055,98

E' ammessa la compensazione nell'ambito di una medesima struttura all'interno dei vari setting di produzione e tra le attività per i residenti in Regione e fuori regione in presenza di economie dell'una o dell'altra, fino a concorrenza del budget complessivo assegnato alla stessa.

Eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno riconosciute al termine della procedura di compensazione della mobilità interregionale, nella misura in cui siano valorizzate all'interno della stessa e, comunque, entro e non oltre il tetto massimo complessivo di spesa regionale per prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, fissato in euro 713.000.000 al fine del rispetto del limite di spesa di cui all'art. 15, c. 14 del D.L. n. 95/2012. Eventuali ulteriori eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno oggetto di regressione tariffaria fino al raggiungimento del predetto importo mediante riduzione in misura proporzionale alle eccedenze di produzione della singola struttura, partendo dalle prestazioni di bassa e media complessità in ricovero ordinario, seguite da quelle potenzialmente inappropriate erogate in regime ambulatoriale (escludendo quelle di medicina nucleare, dialisi ed oncologiche). E' ammessa, infine, la compensazione della produzione all'interno della stessa struttura o delle strutture facenti parte del medesimo gruppo societario;

Trasferimenti definitivi di attività e correlato budget tra strutture appartenenti al medesimo gruppo societario potranno essere richiesti ed autorizzati dalla Regione previo parere favorevole delle aziende sanitarie territorialmente interessate.

2. L'Asl si riserva di richiedere, all'interno del budget, l'esecuzione di prestazioni specifiche di cui rilevi il fabbisogno nella sua funzione di tutela.

3. Il budget ambulatoriale è al lordo del ticket.

4. L'erogatore dichiara di conoscere ed accetta:

- l'applicazione del sistema dei controlli di cui alla D.G.R. n. 13-6981 del 30 dicembre 2013 e s.m.i.
- l'applicazione del sistema dei controlli di qualità ed appropriatezza dei ricoveri previsti dall'art. 79 comma 1 septies D.L. 112/2008, convertito con la Legge n. 133/2008, e dal DM 10/12/2009, così come declinati nei provvedimenti attuativi regionali di riferimento.

Art. 4 - Regole di remunerazione

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

2. Fino al 31 marzo 2022, alla remunerazione delle prestazioni ospedaliere si applicano i disposti del DM Salute 12.08.2021. In deroga ai principi di cui al punto precedente, ai ricoveri di pazienti inseriti entro il 31 marzo 2022, ancorchè la data di dimissione sia successiva al termine dello stato di emergenza, si applicheranno le regole di cui al DM medesimo, qualora ne sussistano i presupposti.

3. 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, non a fini remunerativi.

4. La variazione a qualunque titolo (ivi compresa la modifica della fascia di accreditamento) dei valori delle tariffe di riferimento non determinano un correlato adeguamento dei budget assegnati. In tali fattispecie saranno le prestazioni oggetto del contratto ad essere rideterminate in misura compatibile con i richiamati valori di budget/tetti di spesa, salvo che intervengano specifiche

indicazioni nazionali o accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato e nel limite di spesa di cui all'art. 45, c. 1-ter, D.L. 124/2019 conv. con L. 157/2019.

5. L'Erogatore avrà diritto al riconoscimento della produzione annualmente erogata entro il limite massimo delle risorse allo stesso assegnate. Nulla spetterà all'Erogatore, per compenso, indennizzo o risarcimento, rese dalla Struttura in carenza di autorizzazione/dei requisiti di accreditamento nonché nei casi di sospensione degli effetti del contratto di cui all'articolo 7.

6. Per la somministrazione dei farmaci (File F) da parte degli aventi diritto è previsto il rimborso sulla base dei costi sostenuti o, se inferiori, ai prezzi di riferimento delle gare regionali ridotti dalle eventuali quote dovute dalle aziende farmaceutiche in applicazione della cd. "rimborsabilità condizionata" di taluni farmaci. Nei farmaci rilevati in File F rientrano, in considerazione delle semplificate modalità di somministrazione delle nuove terapie oncologiche orali, anche quelli dispensati a seguito di visita ambulatoriale e/o *day hospital*, così come previsto dalla DGR 19 febbraio 2021 n. 14-2889.

Art. 5 - Modalità di pagamento e cessione del credito

I soggetti erogatori emettono fatture mensili di acconto, a seguito dell'ordine trasmesso dall'Azienda tramite il sistema NSO pari al 90% di 1/12 del budget (acconto che viene riallineato alla produzione effettiva in caso di riduzione stabile dell'attività).

E' consentita l'emissione di una fattura a saldo delle prestazioni erogate nel primo semestre fino al 50% del budget con la dicitura "salvo conguaglio" (o la richiesta di nota di credito da parte dell'azienda, qualora la produzione della struttura nel semestre sia stata inferiore al 90% del budget, ad eccezione del caso in cui la minor produzione sia dovuta alla messa a disposizione, nel primo trimestre dell'anno, di posti letto Covid su richiesta delle strutture pubbliche, caso in cui il conguaglio è rinviato alla chiusura dell'anno). Il documento contabile a conguaglio dell'annualità, emesso previo ricevimento dell'ordine elettronico dell'ASL, viene liquidato a seguito dei controlli effettuati circa l'osservanza del contratto/accordo.

1. Per il finanziamento per l'esercizio di specifiche funzioni sono corrisposti, sulla base di apposita fattura emessa dall'Erogatore, acconti mensili, determinati nella misura di 1/12 del valore assegnato come limite annuo massimo attribuito. Entro il primo quadrimestre dell'anno successivo, l'ASL effettua una verifica a consuntivo dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte ed eroga il conguaglio.

2. La produzione ambulatoriale viene liquidata dall'ASL previa detrazione degli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti.

3. Per i farmaci (file F) sono corrisposti, sulla base di apposita fattura emessa dall'erogatore, acconti mensili pari al 95% del valore risultante dal suddetto tracciato. Entro il quadrimestre dell'anno successivo l'ASL verifica la congruità dei farmaci addebitati e della loro valorizzazione e procede, in relazione alle verifiche effettuate, alla liquidazione del saldo degli stessi.

4. L'ASL si impegna ad emettere l'ordine tramite il sistema NSO in modo da garantire la regolarità dei pagamenti.

5. I pagamenti devono aver luogo nel termine di 60 giorni dal ricevimento della fattura, ai sensi dell'art. 4 del D. Lgs. 231/2002 e s.m.i.

6. I ritardi di pagamento dovuti ad errori o incompletezza dei dati nelle fatture, tempestivamente segnalati dall'ASL, non sono imputabili a quest'ultima, per cui il termine di pagamento decorre interamente dalla trasmissione della fattura con le dovute rettifiche/integrazioni.

7. Gli importi versati dall'ASL e non dovuti sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile.

8. 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 o di appropriatezza clinica od organizzativa.

9. E' fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere totalmente o parzialmente i pagamenti, comunicandolo previamente e formalmente alla Struttura, 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. Le partite contestate devono essere comunque definite entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.

10. Laddove la Struttura intenda cedere il proprio credito nei confronti dell'ASL ad un terzo, la cessione dev'essere notificata all'ASL ai sensi dell'art. 69, comma 1, del R.D. n. 2440/1923. La cessione diventa opponibile all'ASL solo se quest'ultima vi presta il proprio consenso, secondo quanto previsto dall'art. 9, all. E, della legge n. 2248/1865. La misura degli interessi moratori di cui al D. Lgs. 231/2002 non può essere superiore al tasso legale stabilito con decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze non aumentato dei punti percentuali. In caso di cessione del credito da parte della Struttura, quest'ultima si impegna ad accollarsi il debito avente ad oggetto il pagamento degli interessi moratori in esame qualora sorgano successivamente alla cessione.

In ogni caso la struttura si impegna ad emettere nota di credito sulle fatture oggetto di cessione qualora l'ASL lo richieda per la parte di produzione non effettuata.

Art. 6 - Verifiche e controlli

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza rispetto alle prestazioni contrattate. L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si obbliga a consentire lo svolgimento dell'attività di vigilanza dell'apposita Commissione ASL, a pena di risoluzione del contratto/accordo secondo la previsione di cui all'art. 7, comma 6, lett. e).

L'Erogatore si impegna altresì ad agevolare l'attività di vigilanza stessa, nonché quelle ulteriori 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 10 giorni, il legale rappresentante della Struttura, o suo delegato, può presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

Art. 7 - Sospensione e risoluzione del contratto/accordo

1. In caso di grave inadempimento altrui, anche parziale, di obbligazioni nascenti dal contratto/accordo, e previa contestazione formale, la parte può sospendere l'efficacia del contratto/accordo o di parte di esso da un minimo di 3 mesi ad un massimo di 12 mesi, inviando comunicazione formale in cui indica anche la durata della sospensione.

2. La revoca dell'autorizzazione o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto/accordo. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione

dell'efficacia del contratto/accordo. Sono fatte salve ulteriori cause di sospensione e di risoluzione del contratto/accordo previste dalla legge.

3. Dalla data della comunicazione della sospensione dell'efficacia contrattuale anche solo parziale le prestazioni eventualmente rese non produrranno effetti obbligatori nei confronti dell'ASL e della Regione.

4. La Struttura si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo (tracciati C ed ulteriori flussi previsti dalla normativa vigente), nei confronti dell'ASL e del SSR secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'Erogatore è motivo di risoluzione del contratto.

5. In caso di grave inadempimento di uno degli obblighi derivanti dal presente contratto/accordo, la parte adempiente assegna all'altra un termine di giorni 10 per presentare le relative giustificazioni in forma scritta. In caso di mancato accoglimento delle stesse o di decorso inutile del termine il contratto si risolverà di diritto. In caso di riconosciuta fondatezza delle scusanti apportate, la parte adempiente assegnerà alla controparte un termine pari a 15 giorni, laddove non diversamente indicato, per adottare i necessari rimedi, decorso inutilmente il quale il contratto si risolve di diritto.

6. Il presente contratto/accordo si intenderà altresì risolto *ope iuris* qualora intervenga una o più delle ipotesi di seguito indicate:

a) l'emersione di precedenti condanne penali, o sopravvenienza di nuove condanne penali, di carattere definitivo per uno o più reati di cui all'art. 80 c. 1 del D. Lgs. 50/2016 nei confronti dei soggetti indicati al comma 5 del medesimo articolo;

b) l'accertamento o la sopravvenienza, con riferimento ai soggetti indicati al comma 5 dell'art. 80 del D. Lgs. 50/2016, di cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del D. Lgs. 159/2011 e smi, o in caso di ricevimento della comunicazione antimafia o di sussistenza di un tentativo di infiltrazione mafiosa accertato dall'informativa antimafia interdittiva ex art. 84 del medesimo decreto.

c) violazione accertata definitivamente delle norme in materia di protezione infortunistica, sicurezza sui luoghi di lavoro idonea ad incidere gravemente sull'esecuzione delle prestazioni sanitarie;

d) ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni;

e) impedimento al controllo esercitato dalle AA.SS.LL. competenti per territorio o dalle Commissioni di Vigilanza situate nel territorio aziendale.

La risoluzione di cui alle lettere a) e b) non si produce quando il reato è stato depenalizzato ovvero quando è intervenuta la riabilitazione, ovvero, nei casi di condanna ad una pena accessoria perpetua, quando questa è stata dichiarata estinta ai sensi dell'art. 179, comma 7, del codice penale, ovvero quando il reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna ovvero in caso di revoca della condanna medesima.

Articolo 8 - Clausola di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del contratto/accordo, il soggetto erogatore accetta il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione del sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.

2. Le parti sono consapevoli che il presente contratto/accordo non può essere oggetto di condizioni o di riserve relative al sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.

3. Costituiscono integrazione del contenuto contrattuale i provvedimenti di determinazione dei budget, dei tetti di spesa e del sistema tariffario, per cui la conclusione del contratto comporta accettazione di questi ultimi.

Articolo 9 - Durata, aggiornamento e rinvio normativo

1. Il contratto/accordo decorre dal 1° gennaio 2022 al 31 dicembre 2023; per il primo trimestre 2022 si richiamano le regole di cui all'art. 4 comma 2 del presente contratto.

2. Il contratto/accordo si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative di carattere nazionale o regionale, senza che derivino maggiori oneri per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze, e purché le stesse siano legate all'erogazione di prestazioni sanitarie per conto del SSR, l'Erogatore potrà recedere dal contratto/accordo entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante comunicazione formale all'ASL.

Articolo 10 - Bollo e registrazione

1. Il presente contratto/accordo è soggetto ad imposta di bollo ai sensi dell'art. 2, comma 1, del D.P.R. 26 ottobre 1972 n. 642 e successive modificazioni e la relativa spesa è divisa in parti uguali.

2. E' inoltre soggetto a registrazione solo in caso d'uso ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.P.R. 26 aprile 1986 n. 131.

Art. 11 - Foro competente

In caso di controversia tra le parti 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.

Letto, confermato e sottoscritto

Per l'ASL VCO
Il Direttore Generale
Dott.ssa Chiara Serpieri

Per l'Erogatore
il Presidente del CdA
Dott. Emanuele Davide Ruffino

.....

.....

AL.A/01

ALLEGATO A) STATO DI ACCREDITAMENTO

AZIENDA ASL VCO - Azienda Sanitaria Locale del Verbano Cusio Ossola
COD. AZ. 209
SEDE via Mazzini 117 - 28887 OMEGNA (VB)

RICOVERO

STRUTTURA Centro Ortopedico di Quadrante - COQ S.p.A.
SEDE OPERATIVA Presidio Ospedaliero "Madonna del popolo" di Omegna, Via Lungolago
Buozzi n. 25, OMEGNA (VB) - CAP 28887

COD. HSP11 010005-03
ATTO/I DI AUTORIZZAZIONE DGR 58-8782 del 12.04.2019

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO FIMWEB - HSP bis del 26.04.2018

ATTO/I DI ACCREDITAMENTO DGR 41-5140 del 27.05.2022

DISCIPLINE OSPEDALIERE	Posti Letto AUTORIZZATI RO + DH + DS	P.L. ACCREDITATI RO + DH + DS	P.L. CONTRATTATI 2022	EVENTUALI PRESTAZIONI OSPEDALIERE CONTRATTATE (DRG, MDC) RICHIESTE ALL'INTERNO DELLE DISCIPLINE ACCREDITATE E DEL BUDGET ASSEGNATO
Medicina	20 + 3	20 + 3		
Ortopedia e Traumatologia	24	24		
Chirurgia Generale	2	2		
Odontostomatologia	2	2		
Urologia	2	2		
Dermatologia	2	2		
Day Surgery multidisciplinare	- + - + 8	- + - + 8		
Week Surgery Multidisciplinare				
Totale PL acuzie	52 + 3 + 8 = 63	52 + 3 + 8 = 63		
RRF	28	28		
Totale PL post acuzie	80 + 3 + 8 = 91	80 + 3 + 8 = 91		