

# ACCORDO

**- ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo 30.12.1992, n. 502 -  
tra l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste e la Casa di Cura Pineta del  
Carso S.p.A per l'acquisto e l'erogazione di prestazioni di ricovero, di  
specialistica ambulatoriale, diagnostica strumentale e di laboratorio  
anno 2016**

\*\*\*\*\*

L'anno 2016, il giorno 06, del mese di dicembre, in TRIESTE

TRA

L'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (ASUITS), di seguito Azienda, con sede a Trieste, via Giovanni Sai, n. 1-3, Partita IVA 01258370327, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro tempore Dott. Nicola DELLI QUADRI,

E

La PINETA DEL CARSO s.p.a. Casa di Cura, con sede legale a Duino-Aurisina, viale Stazione 26, P.I. 00051070324, in persona del legale rappresentante, amministratore delegato sig. Alberto VISINTIN, il quale dichiara, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76, del D.P.R. n. 445/2000, di non essere stato condannato con provvedimento definitivo (sentenza anche a seguito di patteggiamento, decreto penale di condanna) per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la P.A.

Premesso:

1. Che, in attuazione della legge regionale 16.10.2014, n. 17, con decreto del Presidente della Regione n. 088/Pres. dd. 27.04.2016, su conforme DGR n. 679 dd. 22.04.2016, a decorrere dal 01.05.2016 è stata costituita l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (ASUI TS), comprendente gli ambiti territoriali individuati al comma 1, lett. a), dell'art. 6 della legge stessa, per effetto dell'incorporazione da parte dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina" dell'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 4, comma 2, della predetta L.R. n. 17/2014, la quale succede all'A.O.U. "Ospedali Riuniti" di Trieste, contestualmente soppressa, ed alla quale vengono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, e tutte le funzioni già riconosciute all'A.O.U., secondo le modalità definite con il protocollo d'intesa approvato con la deliberazione giuntale n. 612 del 13.04.2016 e sottoscritto in data 22.04.2016 richiamata la deliberazione della Giunta Regionale n. 694 dd. 28.04.2016;
2. Che la Casa di Cura PINETA DEL CARSO S.p.A., di seguito Struttura, è autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento Prot. 6329-16/GEN-IV-1-D-6 dd. 09/02/2016 rilasciato dall'allora Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 Triestina;
3. Che alla predetta struttura è stata concessa l'autorizzazione/accreditamento definitivo con riserva per l'attività Hospice - dotazione di 20 posti letto - con scadenza finale al 19.02.2017, in corrispondenza dei termini assegnati alla struttura per l'adeguamento dei requisiti, di cui al decreto n. 222/DC, d.d. 11 marzo 2014;
4. Che alla predetta struttura è stato concesso il rinnovo dell'accreditamento a pieno titolo, di cui al decreto n. 1255/SPS del 19.10.2016 a rettifica del Decreto n. 943/SPS del 22.07.2016, con scadenza al 16.07.2018, nelle sedi operative a Duino-Aurisina (TS), viale Stazione 26 e a Trieste, Molo F.lli Bandiera 1 (Piscina Acquamarina), a favore di assistiti della Regione FVG e di altre Regioni, con la seguente dotazione di posti letto e nelle branche specialistiche afferenti alle rispettive sedi operative:

a) Sede operativa di Duino - Aurisina:

- Branche specialistiche di degenza e ambulatoriali:
  - Pneumologia/fisiopatologia respiratoria (12 pl per attività di degenza, di cui 4 pl esclusivamente per attività privata o extraregionale);
  - Riabilitazione (96 pl per attività di degenza, di cui 4 pl esclusivamente per attività privata o



extraregionale);

- Branche specialistiche ambulatoriali: Cardiologia, Dermatologia, Neurologia;
- Diagnostica per immagini di primo e secondo livello, per l'erogazione di prestazioni di radiologia tradizionale, ecografia, mammografia e risonanza magnetica articolare (settoriale);
- Medicina di laboratorio (punto prelievi);

b) *Sede operativa di Trieste (Piscina Acquamarina):*

- Branca specialistica ambulatoriale: Riabilitazione.

5. Che l'art. 8 quinquies, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992 stabilisce che la Regione e le Unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi contrattuali con le strutture pubbliche ed equiparate e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati;
6. Che l'art. 8 quinquies, comma 2-quinquies, del D.Lgs. n. 502/1992, in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali medesimi, prevede che l'accreditamento istituzionale di cui all'art. 8 quater delle strutture eroganti prestazioni per conto del S.S.N. è sospeso;
7. Che la D.G.R. 10.1.2014, n. 27, - con la quale è stato approvato l'Accordo tra Regione Friuli Venezia Giulia e Case di Cura private accreditate avente ad oggetto l'erogazione di prestazioni sanitarie di ricovero per acuti, ricovero per riabilitazione e post acuzie e specialistica ambulatoriale - prevede l'individuazione di un budget complessivo regionale destinato all'acquisto di prestazioni sanitarie dalle strutture private accreditate e la riorganizzazione dell'offerta delle prestazioni di laboratorio;
8. Che suddetta D.G.R. stabilisce che i budget utilizzati nel 2012 per le attività analitiche di laboratorio dovranno progressivamente essere riversati su attività per le quali sono alti i tempi di attesa oppure è elevata la fuga extraregionale;
9. Che la D.G.R. 20.02.2015 n. 299 specifica ed integra la D.G.R. 27/2014, alla luce di alcune verifiche di carattere generale e del mutato assetto istituzionale determinato dalla legge regionale n. 17 del 16 ottobre 2014, che supera il modello dell'Area Vasta;
10. Che in data 01.04.2016, protocollo n. 15790/GEN.II.3.C.2, è stato sottoscritto l' "Accordo con le Case di Cura Private Accreditate per l'utilizzo delle risorse, di cui all'accordo triennale per il periodo 2014-2016, tra Regione Friuli Venezia Giulia e Associazioni rappresentative, DGR n. 27 dd. 10.01.2014 e s.m. e i, ridistribuite fra gli Enti per quota capitaria delle nuove A.A.S., come da LR n. 17 dd. 16.10.2014 per l'anno 2016";
11. Che con note prot. n. 8161/P dd. 23.04.2015 e n. 12484/P, dd. 08.07.2015, la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia (di seguito Direzione centrale salute) ha disposto che la tariffa da applicare per le degenze in Hospice è quanto riportato nella DGR 3529/2003, "L.R. 49/1996, art. 12: linee per la gestione del servizio sanitario regionale 2004" (capitolo 4: indirizzi per la gestione) e quantificata in euro 260,00 per ogni giornata di degenza;
12. Che in proposito, come stabilito alle note di cui al punto 11, non essendo state introdotte modifiche alla tariffa per giornate di degenza, i farmaci ed i dispositivi sono da intendersi inclusi nella tariffa.
13. Che l'art. 9 quater, comma 7 del D.L. 19 giugno 2015, n. 78 convertito con Legge 6 agosto 2015, n. 125, attribuisce alle Regioni o agli Enti del Servizio sanitario nazionale la ridefinizione dei tetti di spesa annui nelle prestazioni di specialistica ambulatoriale rese dagli erogatori privati accreditati, attraverso la stipula o rinegoziazione dei relativi contratti per l'anno 2016, rideterminando il valore degli stessi in modo da ridurre la spesa complessiva annua, da privato accreditato, di almeno l'1 per cento del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'assistenza specialistica ambulatoriale per l'anno 2014;
14. Che l'art. 1, comma 574 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208 conferma che, al fine di garantire, in ogni caso, l'invarianza dell'effetto finanziario connesso alla deroga di cui al periodo precedente del medesimo comma, le regioni provvedono ad adottare misure alternative, volte, in particolare, a ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate in regime ambulatoriale, di pronto soccorso, in ricovero ordinario e in riabilitazione e lungodegenza, acquistate dagli erogatori privati accreditati, in misura tale da assicurare il rispetto degli obiettivi di riduzione di cui al primo periodo, nonché gli obiettivi previsti dall'articolo 9-quater, comma 7, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125;
15. Che risulta necessario applicare, ai tetti complessivi per l'anno 2016, la riduzione di cui ai precedenti paragrafi.
16. Che la D.G.R. 2034/2015 definisce l'organizzazione e le regole per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la gestione dei tempi di attesa;
17. Che il D.M. "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale", dd. 9 dicembre 2015, definisce, per un totale di 203 prestazioni di specialistica ambulatoriale, che le stesse possano essere erogate a carico del Servizio sanitario solo nel rispetto di determinate condizioni di erogabilità riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni), al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti progressivi;
18. Che il Ministero della Salute, circolare prot. n. 3012-P dd. 25.03.2016, ai punti 2 e 2.1 ha fornito ai medici prescrittori ed ai medici specialisti le prime indicazioni necessarie all'applicazione del suddetto Decreto e che successiva circolare, prot. n. 15141-P dd. 16.05.2016, ha riportato i chiarimenti alla circolare prot. 3012 dd. 25.03.2016, punto 2.1, indicazioni per i medici specialisti;

19. Che la D.G.R. n. 951 del 27 maggio 2016 integra le situazioni previste al punto 6.2. dell'allegato alla DGR 2034/2015 e pone indicazioni per la prescrizione su ricetta rossa e/o dematerializzata al medico specialista della struttura privata accreditata convenzionata con il SSR;
20. Che le tariffe attualmente vigenti, salvo successive modifiche, distinte per tipologie di prestazioni erogate dalle strutture accreditate sono quelle definite nel nomenclatore regionale di cui alle DD.GG.RR. 531/2006 e s.m.i; 2989/2008; 1535/2009; 1977/2012; 2349/2012; 2431/2013; 915/2015 e 1971/16 relative alle prestazioni per l'attività di specialistica ambulatoriale, di diagnostica e laboratorio, di attività di ricovero e nel D.P.R. 252/2013 per le prestazioni di medicina sportiva;
21. Che qualora intervenissero ulteriori disposizioni di carattere nazionale o regionale e/o qualora si verificasse la disponibilità di risorse derivanti dalla Legge Regionale n. 7/2009, di riservarsi la modifica dei tetti o dei termini di esecuzione del presente accordo;

Tutto ciò premesso, le parti come sopra individuate stipulano e sottoscrivono il presente contratto avente ad oggetto l'acquisto e l'erogazione di prestazioni di ricovero e di prestazioni ambulatoriali/diagnostica strumentale/laboratorio per conto del SSR a favore di assistiti della Regione FVG e di altre Regioni, che vengono riconosciute alla tariffa TUC, con oneri da porre a carico del bilancio dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste.

## Articolo 1 Oggetto del contratto

La struttura si impegna ad erogare, in coerenza con i provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento, a favore degli aventi diritto secondo la normativa statale e/o regionale vigente, nella sede indicata nei provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento, le prestazioni inerenti le seguenti branche specialistiche:

### Ricovero e ambulatoriali

- Pneumologia/fisiopatologia respiratoria
- Riabilitazione (sede Aurisina e piscina Acquamarina - TS)
- Hospice

### Ambulatoriali

- Cardiologia
- Dermatologia
- Neurologia
- Riabilitazione
- Medicina di Laboratorio

### Diagnostica per immagini di I° e II° livello

- Radiologia tradizionale
- Ecografia
- Mammografia
- Risonanza Magnetica articolare

## Articolo 2 Volume di prestazioni erogabili e limiti di spesa

1. Considerato quanto esplicitato in premessa e nel precedente art. 1 e per effetto dell'art. 9 quater, comma 7 del D.L. 19 giugno 2015, n. 78 convertito con Legge 6 agosto 2015, n. 125, la struttura e l'Azienda convengono che il volume di prestazioni erogabili dalla struttura, nell'anno 2016, non potrà superare il tetto massimo di €13.002.861,83;
2. Fermo restando quanto determinato al precedente comma 1, la struttura si impegna a realizzare i volumi minimi di attività, differenziati per branca specialistica, come di seguito indicato:



RIABILITAZIONE	Riabilitazione (Neuromotoria/Cardiologica/Respiratoria)	950	€ 10.472.318,00
	Pneumologia riabilitativa	150	
	Altri ricoveri (Hospice/Disabili Gravi)	300	

3. Prosegue l'attività di Hospice, fatte salve diverse indicazioni regionali. La disponibilità di 20 posti letto dovrà garantire le cure palliative, indipendentemente dalla patologia iniziale. Sono esclusi solo i pazienti con insufficienza renale, che necessitano di emodialisi.
- Obiettivo di processo dell'Hospice nell'assistenza ai malati terminali, in trattamento palliativo, dovrà essere la garanzia di un tasso occupazionale dei posti letto superiore all'80%, secondo gli standard previsti dal Decreto 43/2007 del Ministero della Salute. Nell'ambito della rete delle cure palliative la struttura si impegna ad effettuare l'accoglimento in Hospice anche nelle giornate prefestive e festive, al fine di evitare ricoveri inappropriati in ambito ospedaliero.
- L'invio dei pazienti è regolato dall'Unità di Valutazione Distrettuale, sulla base di accordi operativi tra le parti interessate. Sono previsti almeno 4 incontri di audit nel corso dell'anno per la valutazione dell'appropriatezza negli invii e nell'utilizzazione delle risorse.
- Si conferma la messa a regime delle attività cosiddette "di sollievo" o legate a "fasi acute", (a supporto della chemioterapia ambulatoriale, di ricoveri ripetuti del medesimo paziente, alternati a periodi di rientro a domicilio, ecc.). Tali funzioni verranno per semplicità definite "Funzione respiro", intendendo con questo termine il supporto estemporaneo offerto alle famiglie.
4. La Struttura si impegna a garantire un periodo di ricovero riabilitativo di 15 giorni, dove prioritarie saranno le prestazioni di idrokinesiterapia, ad un numero massimo annuo di 15 persone, con disabilità importanti e stabilizzate, inviate dai fisiatristi dei distretti, che declinano il progetto riabilitativo e le prestazioni da effettuarsi.

**Attività ambulatoriale** (volumi minimi prenotabili a CUP):

Budget  
indicativo

	prestazione	n° prestazioni	priorità (B)	priorità (D)	priorità (P)	€ 2.530.543,83
Cardiologia	Prima visita	4.000	250	250	800	
	ECG				800	
	da sforzo					
	Holter					
Dermatologia	ECD arti venosi/arteriosi	2.000	50	50	100	
	ECD tronchi		50	50	1.700	
	Prima visita	3.500	200	200	2.000	
Altre prestazioni						
Fisiatria	Visite	1.200	200	300	700	
	+ prestazioni	10.000				
	Idrokinesiterapia	4.000				
	Prestazioni strumentali	1.000				
Neurologia	Prima visita	200		100	100	
	EMG	7.000			800	
Pneumologia	Visite, altre prestazioni	3.000	100	100	300	
	Spirometrie	200	50	50	100	
	polisonnografia	200				

Diagnostica per Immagini	Ecografie totali	6.000			
	addome		200	200	1.200
	mammella		50	50	320
	capo-collo		50	50	780
	cardiaca			100	
	Rx tradizionale	3.000			
	Mammografia	1.300		100	1.200
	RMN artic. e rachide	3.100	300	300	2.500
Patologia clinica	Medicina di laboratorio	- riversare progressivamente i budget utilizzati per le attività analitiche nel 2012 in attività con alti tempi di attesa oppure con elevata fuga extra-regionale			

5. La struttura garantisce l'effettuazione delle prestazioni previste dal tariffario regionale e che rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), indicati dalle norme nazionali e regionali in materia;
6. Primariamente la struttura è tenuta all'esecuzione delle prestazioni, di cui alla precedente tabella, richieste dai fisiatristi delle Strutture Semplici Dipartimentali di Riabilitazione dei Distretti. Tale attività è prioritaria e il relativo fondo può essere incrementato a scapito di quello residuale lasciato a disposizione dei medici di famiglia, qualora le richieste dei Distretti fossero superiori alle previsioni. Il fondo a disposizione dei Distretti determina una specifica agenda di prenotazioni, che non può mai essere chiusa. Qualora il fondo messo a disposizione dei Distretti non fosse completamente utilizzato, il residuale potrà essere utilizzato a copertura delle prescrizioni dei MMG e degli ortopedici dell'Azienda;
7. Le prestazioni di idrokinesiterapia, in regime di convenzionamento con il SSR, saranno effettuate solamente su prescrizione dei medici fisiatristi dei Distretti per AAS n. 1, del fisiatra ospedaliero e dei fisiatristi di Pineta del Carso.
8. La struttura si impegna ad effettuare le visite fisiatriche (prime visite e visite di controllo), su prenotazione CUP le prime visite, e le prestazioni riabilitative derivanti dovranno essere effettuate presso la propria struttura, pur nella libera scelta dell'assistito;
9. In base ai criteri di appropriatezza le prestazioni richieste dai medici prescrittori, come "brevi" (codice "B"), devono essere erogate entro 10 giorni, quelle "differite" (codice "D") entro 30 giorni.
10. Per fratture con disabilità minimali segmentarie (es: fratture di polso), al medico specialista ortopedico ospedaliero, qualora ritenuto di dover attivare rapidamente un percorso riabilitativo, è data facoltà di prescrivere esclusivamente la prestazione di rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale -codice 93.11.4;
11. La struttura si impegna a non effettuare compensazioni tra le diverse tipologie di branche specialistiche, fatto salvo un eventuale accordo con l'Azienda che deve essere comunicato alla Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia (di seguito Direzione centrale salute);
12. La struttura si impegna a comunicare alla Direzione centrale salute uno spostamento di budget, fra attività di ricovero ed ambulatoriale, qualora fosse superiore al 5% di quello complessivo assegnato annualmente alla struttura; per valore inferiore è sufficiente un accordo fra la struttura e l'Azienda, che provvederà ad informare la Direzione centrale salute;
13. La struttura si impegna a riversare progressivamente i budget utilizzati nel 2012 per le attività analitiche di laboratorio in attività per le quali sono alti i tempi di attesa oppure è elevata la fuga extra-regionale, ferma restando l'erogazione interna delle prestazioni urgenti;
14. La struttura, previa disponibilità del collegamento con il modulo di accettazione Insiel ed allo scopo di ridurre il volume di budget impiegato nelle attività laboratoristiche, si impegna a far analizzare i campioni biologici dei pazienti in regime di convenzione con il S.S.R. presso il laboratorio dell'Azienda;
15. Al fine del contenimento della spesa farmaceutica e sulla base del prontuario aziendale, la Struttura si rende disponibile ad un accordo con l'Azienda per dare continuità alla distribuzione diretta dei farmaci, così come avviata negli anni precedenti, rafforzando l'impegno ad incrementare l'erogazione del primo ciclo terapeutico completo ad almeno il 90 % dei soggetti alla dimissione dal ricovero;
16. La struttura si impegna a programmare la propria attività in modo da garantire la continuità nell'erogazione delle prestazioni nei confronti degli aventi diritto e a prevedere una turnazione delle chiusure tra le strutture private accreditate in concomitanza delle festività natalizie e delle ferie estive (dicembre e agosto), in modo da evitare la contemporanea chiusura nello stesso periodo;
17. La struttura si impegna a trasmettere su supporto informatico i reports mensili dell'attività dell'anno in corso, suddivisi per codice di attività;
18. Le attività di ricovero prestate per i cittadini provenienti da altre Regioni vengono riconosciute alla tariffa TUC. In mancanza di analoga tariffa per la specialistica ambulatoriale, la stessa verrà corrisposta in base a quanto effettivamente riconosciuto dalla Regione di provenienza del paziente;
19. Eventuali accordi con altre Regioni sui flussi di mobilità extraregionale possono essere considerati ai fini dei conguagli definitivi.

Articolo 3  
Condizioni per l'erogazione delle prestazioni sanitarie

1. La struttura si impegna a garantire i volumi minimi di offerta a CUP sulle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio regionale con priorità "B" e "D" riportati in tabella e l'offerta potrà essere oggetto di rimodulazione aziendale, qualora, a seguito di monitoraggio, i tempi di attesa presentassero sforamenti. I volumi previsti dal presente accordo sono da intendersi come volumi annui ed andranno quindi riproporzionati sui mesi di attivazione degli appuntamenti in priorità;
2. La struttura si impegna a mantenere tutti i requisiti, strutturali, tecnologici ed organizzativi, generali e specifici, di autorizzazione e di accreditamento, relativi alle prestazioni oggetto del presente contratto;
3. La struttura garantisce che l'attività oggetto del presente contratto verrà svolta impiegando personale in possesso dei prescritti titoli abilitanti e che non si trovi in situazioni di incompatibilità;
4. L'eventuale accertamento di situazioni di incompatibilità determina gli effetti previsti dall'art. 1, comma 19, della legge n. 662/1996, qualora la struttura non provveda al eliminarle entro 30 giorni dal ricevimento della diffida da parte dell'Azienda;
5. La revoca o la sospensione dell'accreditamento, disposta con decreto della Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia (di seguito Direzione centrale salute) determina la risoluzione o la sospensione del presente contratto;
6. L'accertamento della non conformità ai requisiti di autorizzazione e/o di accreditamento determina la relativa comunicazione alla Direzione centrale salute, per gli adempimenti di competenza;
7. La struttura si impegna a comunicare all'Azienda e alla Direzione centrale salute i periodi di sospensione di attività da qualsiasi causa determinate, specificandone la motivazione;
8. La struttura si impegna a mantenere per i propri dipendenti l'applicazione del CCNL di categoria per tutta la durata del contratto;
9. Ferma restando l'erogazione interna di prestazioni di medicina di laboratorio, la struttura si impegna a trasmettere alla Direzione centrale salute i documenti relativi agli accordi con laboratori esterni per l'acquisto di prestazioni analitiche, con i riferimenti agli standard di qualità assicurati;
10. Per concorrere al raggiungimento degli obiettivi di accessibilità alle prestazioni del Servizio Sanitario Regionale definiti con DGR 1363/2015 e DGR 2034/2015 le strutture private accreditate si impegnano, con particolare riguardo alle prestazioni oggetto di monitoraggio regionale e a quelle prenotabili on line da parte del cittadino, a mantenere sempre aperte le agende di prenotazione CUP;  
Le agende devono risultare sempre aperte con disponibilità in qualsiasi giorno dell'anno solare e con almeno 12 mesi successivi di offerta di prenotazione;  
Il verificarsi di motivate e riconosciute situazioni che impediscono l'erogazione di una prestazione, la sospensione dell'agenda o la prenotabilità per periodi temporali inferiori all'anno devono essere concordate con la Direzione Sanitaria dell'Azienda;  
La prenotabilità delle prestazioni "B" e "D" entro i tempi massimi stabiliti (Brevi entro 10 giorni, Differite entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le indagini strumentali) sarà garantita nei confronti dei residenti/domiciliati nel territorio di competenza dell'Azienda.

Articolo 4  
Controlli e debito informativo

1. La struttura si impegna a trasmettere all'Azienda ogni flusso informativo per ciascuna prestazione effettuata secondo la modalità e i tempi previsti dalle disposizioni statali e regionali;
2. L'Azienda, come indicato dalla DGR n° 299 dd. 20/02/2015 si attiva per mettere a disposizione delle strutture che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale le agende informatizzate (G2 Strutture) e le prenotazioni su CUPWEB (G3 Sportello) con la supervisione e il supporto all'autonoma attività gestionale e di prenotazione da parte della propria Direzione del CUP;
3. L'Azienda può chiedere informazioni e documentazione ed attivare verifiche sulle prestazioni erogate dalla struttura con le modalità previste dalla specifica normativa di settore;
4. L'Azienda può effettuare i controlli anche mediante sopralluoghi presso le sedi operative della struttura per verificare il rispetto dell'accessibilità, dell'appropriatezza clinica ed organizzativa definite dalla normativa statale di riferimento e dai provvedimenti regionali attuativi;
5. Il mancato o incompleto adempimento del debito informativo determina una diffida ad adempiere entro il termine di 30 giorni; il mancato adempimento dopo il decorso di tale termine può essere causa di risoluzione anticipata del contratto;
6. L'Azienda trattiene le eventuali penalizzazioni disposte nell'ambito del controllo delle prestazioni.



Articolo 5  
Rendicontazione e liquidazione dei corrispettivi

1. Gli erogatori privati saranno remunerati secondo quanto previsto dall'art. 8 dell'Accordo di cui alla D.G.R. n. 27/2014;
2. Alla luce delle indicazioni della DGR n. 1321/2014, nell'allegato alla nota della DIR. SAN n. 28078/GEN.I.2.A, dd. 04.06.2015, sono riportate le modalità per l'esecuzione, da parte dell'Azienda, delle liquidazioni delle prestazioni sanitarie erogate in regime di ricovero e ambulatoriale;
3. Relativamente alle fatture, le spese di bollo sono a cura e a carico della struttura erogante.

Articolo 6  
Decorrenza e durata

1. Il presente contratto ha durata per l'anno 2016, con decorrenza a partire dal 01 gennaio 2016 e scadenza al 31 dicembre 2016;
2. Fino alla stipula del successivo contratto, che decorre dal 01 gennaio 2017, il contenuto del presente contratto si intende provvisoriamente confermato;
3. Le clausole del presente contratto possono essere modificate per effetto dell'entrata in vigore di disposizioni di legge, statale o regionale, aventi carattere imperativo;
4. Il presente contratto è redatto in triplice copia, una per la struttura e due per l'Azienda, che ne trasmetterà una copia alla Direzione centrale salute.

Articolo 7  
Risoluzione anticipata del contratto

1. Il presente contratto si risolve di diritto in caso di revoca dell'accreditamento, disposta con decreto della Direzione centrale salute;
2. Il contratto si intende risolto, su comunicazione dell'Azienda, qualora la struttura realizzi una o più delle seguenti fattispecie che si configurano come grave inadempimento:
  - mancato adempimento degli obblighi informativi, ai sensi dell'art. 4 del presente contratto;
  - inosservanza dell'obbligo di conservazione e custodia della documentazione prevista dalla normativa sulle prestazioni erogate;
  - impedimento ai controlli esercitati dall'azienda e previsti nel Piano Controlli regionale, ai sensi dell'art. 4 del presente contratto, decorso il termine di 30 giorni della diffida ad adempiere;
  - interruzione delle prestazioni per esaurimento del budget.
3. L'inadempimento della struttura determina il diritto dell'Azienda e della Regione al risarcimento dei danni.

Articolo 8  
Incedibilità del contratto e cessione dei crediti

1. La struttura si impegna ad eseguire personalmente le prestazioni oggetto del presente contratto e, pertanto, il presente contratto non può essere ceduto in tutto o in parte;
2. La successione nella titolarità del contratto può avvenire solo a seguito del trasferimento della titolarità dell'autorizzazione e dell'accreditamento, alle condizioni previste dai provvedimenti regionali in materia di autorizzazione e di accreditamento, nonché dall'art. 6 dell'Accordo approvato con la D.G.R. n. 27/2014;
3. L'eventuale cessione dei crediti derivanti dal presente contratto, ha efficacia dalla sua notificazione all'Azienda ai sensi dell'art. 1264 c.c..

Articolo 9  
Registrazione

Il presente atto è soggetto a registrazione in caso d'uso. Le spese di bollo sono a carico di chi richiede la registrazione.



Articolo 10  
Foro competente

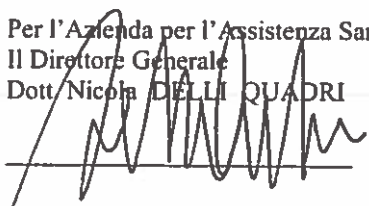
Le parti stabiliscono che per ogni eventuale e futura controversia derivante dal presente contratto è competente il foro di Trieste.

Articolo 11  
Norma di rinvio

Per ogni aspetto non disciplinato dal presente contratto si fa rinvio alle norme del codice civile e alla normativa di settore.

**FIRMATO**

Per l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria  
Il Direttore Generale  
Dott. Nicola DELLI QUADRI



Per Pineta del Carso s.p.a Casa di Cura  
Amministratore delegato

Sig. Alberto VISINTIN  
PINETA DEL CARSO S.p.A.  
Casa di Cura  
L'AMMINISTRATORE DELEGATO  
Alberto VISINTIN



---

Prot. n. 4996 / T. GEN. II. 3.C. 2 del. 21.12.16  
61872 / T. GEN. II. 3.C. 2