

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 2017

L'anno 2017, il giorno 30, del mese di marzo, in TRIESTE

TRA

L'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (ASUITS), 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 Casa di Cura PINETA DEL CARSO S.p.A., con sede legale a Duino-Aurisina, viale Stazione 26, Partita IVA 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, di seguito Azienda, 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 giunta 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 con D.G.R. n. 482/SPS dd. 28.03.2017, è stato concesso il rinnovo dell'autorizzazione e dell'accreditamento con riserva della struttura sanitaria Hospice Pineta del Carso di Duino Aurisina (TS);
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 la Direzione Centrale Salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, di seguito Direzione Centrale Salute, ha proposto per il periodo 2017-2019 alle Associazioni rappresentative delle Strutture private – AIOP, ANISAP, ARIS Triveneto ed Assosalute FVG – la stipula di due distinti accordi regionali, uno per le Case di Cura private accreditate, che erogano prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale e l'altro per le strutture private accreditate eroganti esclusivamente prestazioni di specialistica ambulatoriale;
7. Che la D.G.R. 13.1.2017, n. 42, - con la quale è stato approvato l'Accordo triennale 2017-2019 tra Regione Friuli Venezia Giulia e le Associazioni rappresentative degli erogatori privati accreditati del Friuli Venezia Giulia, avente ad oggetto l'erogazione per conto del Servizio Sanitario Regionale di prestazioni sanitarie da parte delle strutture private accreditate - specifica le risorse destinate ai singoli operatori e la riorganizzazione dell'offerta delle prestazioni di laboratorio;
8. Che suddetto Accordo prevede che l'Azienda di riferimento debba stipulare annualmente con i soggetti privati un accordo contrattuale, di cui all'art. 51 delle L.R. 17/2014, trasformando il valore economico assegnato a ciascun erogatore in volumi di attività, specificando tipologia e quantità di prestazioni nelle diverse specialità accreditate per una puntuale allocazione delle risorse;
9. Che, in ottemperanza a quanto previsto in materia di mobilità sanitaria fra regioni e province autonome, si rende necessario il potenziamento delle attività per il contenimento dei tempi di attesa e il contrasto della fuga extra-regionale;
10. 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, al fine di assicurare in maniera omogenea sull'intero territorio regionale il sistema dell'offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
11. Che vi è la necessità di integrare le modalità di accesso alle prestazioni al fine di ridurre i disagi all'utenza e di ottemperare a quanto stabilito dall'AIR con i medici di medicina generale del 21 dicembre 2015;
12. Che con note prot. n. 8161/P dd. 23.04.2015 e n. 12484/P, dd. 08.07.2015, la Direzione Centrale Salute ha disposto che la tariffa omnicomprensiva 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;
13. 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 le prestazioni di specialistica ambulatoriale che possono 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 pregressi;
14. Che il Ministero della Salute con circolare prot. n. 3012-P dd. 25.03.2016, ai punti 2 e 2.1 ha fornito ai medici prescrittori le prime indicazioni necessarie all'applicazione del suddetto Decreto e che successiva circolare, prot. n. 15141-P dd. 16.05.2016 riporta ulteriori chiarimenti;
15. Che le D.G.R. 2034/2015 e 951/2016 fissano le indicazioni per l'utilizzo del ricettario del SSN da parte dei medici operanti nelle Strutture, qualora si rendessero necessarie, anche in altre branche specialistiche, ulteriori prestazioni per una definizione del quesito clinico o essenziali al trattamento di una patologia evidenziata in corso di visita;
16. 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; 2989/2008; 1535/2009; 1977/2012; 2349/2012; 2431/2013; 915/2015; 1971/16 e s.m. e i. 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;
17. 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, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125;
18. Che l'art. 9 quater, comma 7 del D.L. 19 giugno 2015, n. 78 convertito con Legge 6 agosto 2015, n. 125, che 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, rideterminando il valore degli stessi in modo da ridurre la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale complessiva annua, da privato accreditato, di almeno l'1 per cento del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014;

19. Che AAS/ASUI utilizzano i finanziamenti assegnati annualmente, in applicazione alla legge 7/2009, per attuare progetti di abbattimento delle liste di attesa, esclusivamente per l'anno di riferimento, coinvolgendo le Case di Cura private accreditate per almeno il 20% della quota assegnata e che tali progetti non possono costituire storicizzazione del budget e possono essere rimodulati di anno in anno con le Linee per la gestione del SSR;
20. Che qualora intervenissero ulteriori indicazioni regionali in relazione alla disponibilità e quantificazione di risorse derivanti dalla Legge Regionale n. 7/2009, è prevista la possibilità di modificare i tetti o i termini di esecuzione del presente accordo;
21. Che eventuali risorse recuperate in seguito agli accordi con le altre Regioni sulla mobilità extra-regionale potranno essere assegnate alle case di cura private accreditate per appositi progetti di recupero della fuga extra-regionale con apposito accordo integrativo;
22. Che, per necessità specifiche del territorio e per il potenziamento dell'attività di screening, è fatta salva da parte dell'Azienda l'attivazione di ulteriori progetti extra-budget e che tali progetti non producono storicizzazione del budget.

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.

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 la struttura e l'Azienda convengono che il volume di prestazioni erogabili dalla struttura, nell'anno 2017, non potrà superare il tetto massimo di **€13.008.329,00**;
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:

Attività di ricovero Branca specialistica

Tipologia prestazioni

n° minimo
prestazioni

Budget
Indicativo

<u>Attività di ricovero</u> Branca specialistica	Tipologia prestazioni	n° minimo prestazioni	Budget Indicativo
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 fisiatri 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)	€ 2.536.011,00	
Cardiologia	Prima visita	4.000	250	250	1.000		
	ECG						800
	da sforzo						
	Holter						
	ECD arti venosi/arteriosi	2.400	50	50	200		
	ECD tronchi		50	50	2.000		
Dermatologia	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	300	50	100	150		
	EMG	7.000					800
Pneumologia	Visita + spirometria semplice Visita + spirometria globale, altre prestaz.	3.200	150	150	400		
	polisonnografia	200					
Diagnostica per immagini	Ecografie totali	6.000	300	400	2.300		
	Rx tradizionale	3.000					
	Mammografia	1.500	100	100	1.300		
	RMN - osteoarticolare	4.000	300	300	2.500		
Patologia clinica	Medicina di laboratorio						

5. La struttura garantisce e 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. In considerazione della prospettiva di trattare ambulatorialmente un sempre maggior numero di tipologie di prestazioni svolte attualmente in regime di ricovero (ordinario o day hospital), le due componenti del budget riportati nell'Accordo tra Regione e Case di Cura Private Accreditate, periodo 2017-2019, possono essere modificate con successivo accordo contrattuale annuale;
7. Primariamente la struttura è tenuta all'esecuzione delle prestazioni, di cui alla precedente tabella, richieste dai fisiatristi delle Strutture 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;
8. Le prestazioni di idrokinesiterapia, in regime di convenzionamento con il SSR, saranno effettuate solamente su prescrizione dei medici fisiatristi di ASUITS e dei fisiatristi di Pineta del Carso;
9. La struttura si impegna ad effettuare le visite fisiatriche (prime visite e visite di controllo), su prenotazione CUP le visite e le prestazioni riabilitative derivanti devono essere effettuate prioritariamente presso la propria struttura, pur nella libera scelta dell'assistito, e nel rispetto dei tempi definiti dai codici di priorità.
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, 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;
12. Considerata la riorganizzazione complessiva dell'attività di Medicina di Laboratorio la Struttura deve progressivamente limitare al di sotto di 250.000 euro le prestazioni erogate per conto del SSR nella branca di Medicina di Laboratorio, fatta salva l'attività di prelievo;
13. 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;
14. La struttura si rende disponibile a collaborare con i Distretti nella definizione e/o sperimentazione di nuovi percorsi riabilitativi per soggetti affetti da specifiche patologie;
15. La struttura si impegna a trasmettere su supporto informatico i reports mensili dell'attività dell'anno in corso, suddivisi per codice di attività;
16. L'applicazione di nuove tariffe per le prestazioni di ricovero e/o di specialistica ambulatoriale non modifica il tetto economico assegnato alla Struttura;
17. Nelle more della definizione degli accordi fra le Regioni, l'attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale per i cittadini residenti presso le altre regioni è svolta nel rispetto del tetto economico fissato dalla norma nazionale in vigore, che stabilisce di fare riferimento all'erogato 2011 ridotto del 2% per l'attività di ricovero e del 3% per l'attività di specialistica ambulatoriale fatte salve evoluzioni della normativa o accordi interregionali; rimane senza vincoli di tetto la sola attività riguardante i ricoveri con DRG di alta complessità, come definita dalla Legge 28 dicembre 2015, n. 208 (articolo 1 comma 574);
18. Eventuali crediti o debiti sugli account riconosciuti dall'Azienda o sui ticket incassati andranno a modificare il budget dell'anno successivo;
19. Le prestazioni eccedenti il budget assegnato sono riconosciute fino ad un massimo del 3% da detrarsi al budget dell'anno successivo; ulteriori prestazioni non vengono riconosciute. Parimenti, sottoutilizzi del budget inferiori al 3% vengono riassegnati per l'anno successivo, sottoutilizzi superiori vengono incamerati nel bilancio dell'Azienda.

Articolo 3

Condizioni per l'erogazione delle prestazioni sanitarie

1. La struttura si impegna a garantire alti livelli di qualità e sicurezza delle prestazioni, con particolare riferimento all'appropriatezza, alla congruità tecnologica ed alla modalità in refertazione;
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 si impegna a partecipare alle attività di studio, monitoraggio e miglioramento promosse dalla Direzione Centrale Salute rendendosi parte attiva nei programmi di miglioramento per la sicurezza dei pazienti e nelle

percentuali previste annualmente dalle Linee di gestione del SSR per i DRG riguardanti i ricoveri a potenziale rischio di inappropriatazza;

4. La struttura può erogare prestazioni di ricovero e ambulatoriali nelle sole branche per le quali è stato rilasciato l'accREDITAMENTO. Per le prestazioni di ricovero l'accREDITAMENTO riguarda le sole branche indicate nella DGR 2673/2014 e l'esecuzione di prestazioni di ricovero o ambulatoriali in branche diverse non può dar seguito al riconoscimento economico da parte dell'Azienda,
5. Per le attività di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private accreditate è obbligatoria l'adesione alle agende CUP regionali, che non possono essere chiuse, a meno di cessazione dell'attività specifica;
6. La prenotabilità delle prestazioni "B", "D" e "P" entro i tempi massimi stabiliti (Brevi entro 10 giorni, Differite entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le indagini strumentali, Programmate entro 180 giorni) sarà garantita nei confronti dei residenti/domiciliati nel territorio di competenza dell'Azienda;
7. La struttura si impegna a garantire i volumi minimi di offerta a CUP sulle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio regionale con priorità "B", "D" e "P" 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;
8. L'utilizzo del servizio di prenotazione fornito dal call center/CUP regionale per le prestazioni erogate per conto del SSR da parte degli erogatori privati è riconosciuto tramite l'abbattimento del 2% delle tariffe per la specialistica ambulatoriale, di cui all'art. 8; per le prestazioni non convenzionate con il SSR è a totale carico dell'erogatore;
9. La Struttura è tenuta ad applicare le tariffe del tariffario regionale ricoveri e del nomenclatore tariffario regionale per la specialistica ambulatoriale in vigore, al netto dei ticket per i residenti in FVG, mentre per i cittadini extra regionali si applica il DM 18.10.2012 e s.m.i. Alle tariffe della specialistica ambulatoriale si applica l'abbattimento del 2% (20% per la diagnostica di laboratorio) ex lege 296/2006, comma 796;
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, 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;
11. Le attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale prestate ai cittadini provenienti da altre Regioni verranno corrisposte in base a quanto effettivamente riconosciuto dalla regione di provenienza del paziente;
12. La struttura si impegna a programmare la propria attività in modo da garantire armonicamente nell'arco dell'anno la distribuzione 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 per le medesime branche di attività;
13. Non è consentita l'interruzione delle prestazioni per fine budget, pena la risoluzione dell'accordo contrattuale.
14. La Struttura si impegna ad accogliere in ricovero assistiti con casistica clinica di medicina generale provenienti dal Pronto soccorso dell'Azienda, in circostanze di criticità o iperafflusso, secondo le modalità riportate nel decreto del Direttore Generale n. 26, dd. 25.01.2017;
15. La struttura, preso atto della necessità di alimentare correttamente e compiutamente il registro tumori ed il registro resistenze batteriche, che non si avvallesse dei servizi presenti presso uno dei presidi ospedalieri hub della Regione per i pazienti ricoverati, è tenuta ad inviare tutti i dati necessari rispettivamente alla struttura di Epidemiologia del Centro di Riferimento Oncologico di Aviano e alla struttura di Microbiologia e virologia di riferimento;
16. 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;
17. La struttura si impegna a mantenere per i propri dipendenti l'applicazione del CCNL di categoria per tutta la durata del contratto;
18. 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;
19. 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 ad eliminarle entro 30 giorni dal ricevimento della diffida da parte dell'Azienda;
20. La revoca o la sospensione dell'accREDITAMENTO, disposta con decreto della Direzione Centrale Salute, determina la risoluzione o la sospensione del presente contratto;
21. 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;

Articolo 4 Controlli e debito informativo

1. La Struttura, fino a realizzazione degli adeguamenti di interoperabilità con i programmi INSIEL, è tenuta a fornire i dati obbligatori, secondo gli standard indicati dall'INSIEL, per compilare e trasmettere la SDO, alimentare il FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico), comunicare le prescrizioni dematerializzate prese in carico ed inviare i dati relativi alle prestazioni effettuate;
2. 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;
3. I costi relativi a modifiche sui propri programmi gestionali per l'interfacciamento con i programmi INSIEL sono a carico della Struttura;
4. 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.
5. L'Azienda, come da L.133/2008 e s.m.i. e da provvedimenti regionali attuativi, si riserva la richiesta di informazioni, di documentazione e l'effettuazione di accertamenti atti alla verifica del rispetto dell'accessibilità, dell'appropriatezza clinica ed organizzativa sull'attività erogata, anche mediante sopralluoghi presso le sedi operative della struttura con le modalità operative riportate nella DGR n. 1321 dd. 11 luglio 2014;
6. Gli importi recuperati con i controlli rimangono agli erogatori per l'effettuazione di nuove prestazioni, fino ad un massimo del 5% del budget annuale assegnato alla struttura; gli importi eccedenti il 5% rimangono alle aziende sanitarie e vengono trattenuti nel saldo finale relativo all'annualità;
7. Le contestazioni sull'appropriatezza effettuate dall'Azienda, ancorché retroattive, hanno effetto sull'anno di esercizio nel quale è effettuata la contestazione.

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. Al 30 di ogni mese sarà liquidato d'ufficio l'acconto riferito al mese stesso, calcolato sulla base del 70% del budget mensile teorico (budget annuale diviso 12);
4. Il saldo verrà disposto entro 90 giorni dal ricevimento delle relative fatture;
5. Le spese di bollo, relativamente alle fatture, sono a cura e a carico della struttura erogante.

Articolo 6 Decorrenza e durata

1. Il presente contratto ha durata per l'anno 2017, con decorrenza a partire dal 01 gennaio 2017 e scadenza al 31 dicembre 2017;
2. Fino alla stipula del successivo contratto, che decorre dal 01 gennaio 2018, 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

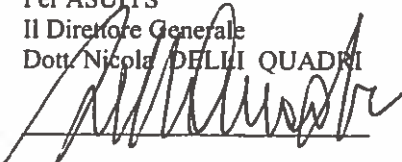
Le parti stabiliscono che per ogni eventuale e futura controversia derivante dal presente contratto è competente il foro di Trieste.

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 ASUITS
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
AMMINISTRATORE DELEGATO
Alberto VISINTIN



Prot. n. 16886/T GEN. II 3.C. 2 del. 30/03/17
1211