

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
SANATORIO TRIESTINO S.p.A. per l'acquisto e l'erogazione di prestazioni
di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale**

anno 2018

.....

L'anno 2018, il giorno 12 del mese di giugno, in TRIESTE

TRA

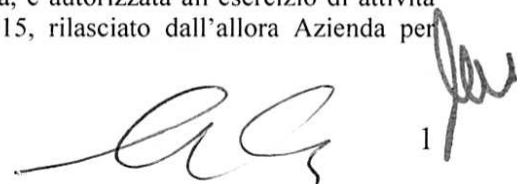
L'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (ASUITS), con sede a Trieste, via Giovanni Sai, n. 1-3, Partita IVA 01258370327, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro tempore Dott. Adriano MARCOLONGO

E

La Casa di Cura SANATORIO TRIESTINO S.p.A., con sede in TRIESTE, via Domenico Rossetti 62, Partita IVA 00130810328, in persona dell'amministratore delegato dott. Salvatore GUARNERI, il quale dichiara, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76, del DPR n. 445/2000, di non essere stata 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 l'art. 8 quinquies, comma 2, del D.Lgs. 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;
2. 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;
3. Che la DGR 13.01.2017, 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 – quantifica le risorse destinate ai singoli operatori e la riorganizzazione dell'offerta delle prestazioni di laboratorio;
4. Che il 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;
5. Che la Casa di Cura SANATORIO TRIESTINO S.p.A, di seguito Struttura, è autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento Prot. 46874-15/GEN.IV.1.D.6, dd. 30.09.2015, rilasciato dall'allora Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 Triestina;



6. Che alla predetta struttura è stato concesso il rinnovo dell'accreditamento a pieno titolo, di cui al Decreto 29.04.2016, n. 595/SPS, per la durata di tre anni, decorrente dal 10.11.2015 data di adozione del Decreto 926/2015, per l'erogazione di prestazioni di ricovero, ambulatoriali e di diagnostica per conto del SSR a favore di assistiti della Regione FVG e di altre Regioni, nelle seguenti branche specialistiche e con la seguente dotazione di posti letto:

Branche specialistiche di degenza e ambulatoriali

Posti letto

- | | |
|-----------------------------|--|
| • Medicina interna | 15 (di cui 8 esclusivamente per attività privata o extraregionale) |
| • Chirurgia generale | 20 (attività di degenza) |
| • Urologia/andrologia | 14 (attività di degenza) |
| • Oculistica | 6 (attività di degenza) |
| • Ginecologia | 7 (attività di degenza) |
| • Ortopedia e traumatologia | 18 (attività di degenza) |

Branche specialistiche ambulatoriali

- Dermatologia
- Neurologia
- Endoscopia digestiva
- Anestesia rianimazione e terapia del dolore
- Cardiologia

Diagnostica per immagini di I° e II° livello

- Radiologia tradizionale
- Ecografia
- Mammografia
- Ecocolordoppler
- Risonanza magnetica settoriale (artoscan) TRM
- TAC

7. Che in considerazione della prospettiva di trattare ambulatorialmente un sempre maggior numero di tipologie di prestazioni, attualmente svolte in regime di ricovero (ordinario o day hospital), le due componenti del budget delle Case di Cura private accreditate possono essere modificate in sede di accordo contrattuale con il quale le AAS/ASUI concordano le attività da svolgere per l'annualità in corso;
8. 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;
9. Che la DGR 16.10.2015, n. 2034, 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;
10. Che il D.M. 09.12.2015, recante *Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale*, 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;
11. Che il Ministero della Salute con Circolare 25.03.2016, prot. n. 3012-P, ai punti 2 e 2.1 ha fornito ai medici prescrittori le prime indicazioni necessarie all'applicazione del suddetto Decreto, ulteriormente integrato con Circolare 16.05.2016, prot. n. 15141-P;
12. Che le DDGGRR 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;
13. Che il DPCM 12.01.2017 definisce ed aggiorna i livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del D.Lgs. 502/1992;
14. Che la DGR 22.09.2017, n. 1783, ad oggetto il DPCM 12.01.2017, dispone l'Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie regionali aggiuntive (Extra LEA);
15. Che sino alla formalizzazione da parte del Ministero della Salute, che disporrà in merito ad una nuova definizione delle tariffe massime per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, le tariffe per tipologie di prestazioni erogate dalle strutture accreditate sono quelle definite nel nomenclatore regionale, di cui alle DDGGRR n. 531/2006; 2989/2008; 1535/2009; 1977/2012; 2349/2012; 2431/2013; 915/2015; 1971/16 e s.m.i., e relativamente alle

- prestazioni per l'attività di specialistica ambulatoriale, di diagnostica e laboratorio; di attività di ricovero e nel DPRReg 19.12.2013, n. 252, per le prestazioni di medicina sportiva;
16. Che con DGR 02 febbraio 2018, n. 185, è stato approvato in via definitiva il documento "Linee per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2018", di cui all'art. 12, comma 2 della LR 19.12.1996, n. 49;
 17. Che l'art. 1, comma 574 della Legge 28.12.2015, 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 D.L. 19.06. 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla Legge 06.08.2015, n. 125;
 18. Che l'art. 9 quater, comma 7, del suddetto decreto-legge 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 con DGR 10.11.2017, n. 2181, sono stati approvati gli accordi di modifica dell'Accordo fra Regione Friuli Venezia Giulia e Case di Cura Private accreditate – periodo 2017-2019 e di modifica dell'Accordo fra Regione Friuli Venezia Giulia e Strutture private accreditate per la specialistica ambulatoriale – periodo 2017-2019 stipulati con le Associazioni rappresentative degli erogatori privati accreditati;
 20. Che l'applicazione della Legge regionale, 7/2009 "Disposizioni per il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale" sarà oggetto di specifici e successivi accordi;
 21. Che, ai sensi dell'art. 8 dell'allegato 1 alla D.G.R. n. 42/2017, per l'anno 2017 le prestazioni eccedenti il budget assegnato sono riconosciute fino ad un massimo del 3% da detrarsi al budget dell'anno 2018; ulteriori prestazioni non vengono riconosciute. Parimenti, sottoutilizzi del budget inferiori al 3% vengono riassegnati per l'anno 2018, sottoutilizzi superiori vengono incamerati nel bilancio dell'Azienda;
 22. Che il totale riconosciuto alla Struttura per l'anno 2017 è stato di € 7.663.788,21 con un'eccedenza di € 188.106,21 rispetto al finanziamento assegnato per l'anno 2017 pari a € 7.475.682,00;
 23. Che, pertanto, il tetto per l'anno 2018 viene rideterminato in € 7.287.575,79;
 24. 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;
 25. 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;
 26. Che è fatta salva da parte dell'Azienda, previo accordo con le Strutture, la facoltà di attivare percorsi di accogliimento, presso le Case di Cura convenzionate, degli assistiti provenienti dalle strutture ospedaliere aziendali, in circostanze di criticità o iperafflusso;
 27. Che, anche in ragione della valutazione periodica dei tempi di attesa, risulta opportuno procedere ad un monitoraggio infrannuale dei volumi prestazionali richiesti ed erogati ed addivenire ad eventuale modifica e/o integrazione 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 per conto del SSR a favore di assistiti della Regione FVG e di altre Regioni, secondo quanto enunciato all'art. 2, comma 21, del presente accordo, 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 alle seguenti branche specialistiche:

Ricovero e ambulatoriali:

- Medicina interna
- Chirurgia generale
- Urologia/Andrologia
- Oculistica
- Ginecologia
- Ortopedia e traumatologia



Handwritten signatures and a page number '3'.

Ambulatoriali

- Dermatologia
- Neurologia
- Endoscopia
- Anestesia rianimazione e terapia del dolore
- Cardiologia

Diagnostica per immagini

- Radiologia tradizionale
- Ecografia
- Mammografia
- Ecocolordoppler
- Risonanza magnetica settoriale (artoscan) TRM
- TAC

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 2018, non potrà superare il tetto massimo di € **7.287.575,79**.
2. Fermo restando quanto determinato al precedente comma 1, la struttura si impegna a garantire i volumi minimi e massimi di attività, differenziati per branca specialistica, come di seguito indicato:

<u>Attività di ricovero</u> Branca specialistica	Tipologia prestazioni	Numero minimo prestazioni	Budget indicativo
CHIRURGIA GENERALE	Chirurgia neoplastica, chirurgia addominale, chirurgia proctologica, chirurgia flebologica	400	€ 5.112.515,79
ORTOPEDIA	Protesi anca/ginocchio, artroscopia (meniscectomia, LCA), chirurgia del piede, chirurgia della mano, chirurgia della spalla	400	
UROLOGIA	TURP, TURV, chirurgia prostatica, chirurgia vie urinarie	250	
GINECOLOGIA	ISC, RCU, chirurgia ginecologica	100	
MEDICINA GENERALE	Medicina interna	7	
OCULISTICA	Cataratta	4	

Attività ambulatoriale (volumi minimi prenotabili a CUP):

						Budget indicativo
	prestazione	n° prestazioni	priorità (B)	priorità (D)	priorità (P)	€ 2.175.060,00
Chirurgia	Visita chirurgica generale/vascolare	4.500	100	100	200	
	ECD arti venosi/arteriosi		200	100	100	
	ECD tronchi		200	200	1.700	
	Interventi minori					
	Altre prestazioni					
Ortopedia	Visita	2.200	200	200	700	
	Altre prestazioni					
	Chirurgia minore della mano	250				

Urologia	Visita	1.800	400	400	450
	ECO trans rettali		600		
	Biopsia prostata e altre prestazioni				
Ginecologia	Visita	2.000	150	150	500
	ECO TV				
	Pap Test e altre prestazioni				
Oculistica	Prima visita	3.200	500	600	1.400
	Fundus		200	200	300
	Tonometria				
	Perimetria				
	Interventi sul cristallino altre prestazioni	350			
Dermatologia	Prima visita	2.000	200	200	500
	DTC				
	Trattamenti chirurgici minori e altre prestazioni				
Neurologia	Prima visita	2.000	100	100	250
	EMG		250	250	800
	Test diagnostici altre prestazioni				
Cardiologia	Visita	3.000	150	150	150
	ECG		250	250	300
	ECOcadiografia		50	50	100
	Holter		100	100	50
	Test da sforzo altre prestazioni				
Endoscopia digestiva	Colonscopia	300	100	100	100
	Gastroscopie	100			
Terapia del dolore	Visite	300	50	50	50
	Terapia antalgica, altre prest.				
Diagnostica per immagini	Mammografia mono e bilat.	1.000	100	100	800
	Radiologia tradizionale	500	100	100	300
	Ecografie monitoraggio reg.	3.500	700	700	1.500
	TC totali (torace, addome, cervello)	1.600	300 100 con mdc	300 100 con mdc	1.000 300 con mdc
	RMN osteoarticolare	1.000 (n° massimo)	150	150	200

- La struttura garantisce la prenotabilità dei volumi minimi di attività, di cui alla precedente tabella, salvo situazioni di criticità non diversamente sopportabili, da comunicare tempestivamente all'azienda;
- La struttura si impegna ad erogare un tetto massimo di 1.000 RMN nell'arco dell'anno. Ulteriori volumi dovranno essere concordati con l'Azienda;

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. Al fine del contenimento della spesa farmaceutica e sulla base del prontuario aziendale, a seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata l'erogazione del I° ciclo di terapia in distribuzione diretta;
7. La struttura si impegna a trasmettere su supporto informatico i report mensili dell'attività dell'anno in corso, suddivisi per codice di attività;
8. L'applicazione di nuove tariffe per le prestazioni di ricovero e/o di specialistica ambulatoriale non modifica il tetto economico assegnato alla Struttura;
9. La struttura applica ai pazienti residenti in regioni diverse le medesime regole di accesso e di erogazione delle prestazioni previste per i pazienti residenti in Regione FVG;
10. Per qualsiasi prestazione sanitaria erogata si applicano le tariffe del nomenclatore tariffario regionale in vigore, al netto dei ticket per i residenti in FVG o in altre regioni;
11. Alle tariffe della specialistica ambulatoriale si applica l'abbattimento del 2% (20% per la diagnostica di laboratorio) ex lege 296/2006 comma 796;
12. 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 28.12.2015, n. 208 (articolo 1, comma 574, lettera b).

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, mediante firma digitale per le prestazioni specialistiche e per le lettere di dimissione;
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. Ai sensi della D.G.R. n. 1436/2011 la struttura ha stabilito e diffuso le modalità per la riduzione di barriere fisiche, linguistiche, culturali e di altro genere per l'accesso ai servizi.
4. 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 inappropriata;
5. 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;
6. Per le situazioni di urgenza ed emergenza, la Struttura si avvale e si coordina con il D.A.I. Emergenza, urgenza, accettazione di ASUITS;
7. Le strutture private accreditate garantiscono una programmazione con un Piano inviato ad ASUITS entro e non oltre il 30 giugno 2018 delle prestazioni minime di specialistica ambulatoriale sui 12 mesi e l'adesione alle agende CUP regionali, che non possono essere chiuse, a meno di cessazione dell'attività specifica;
8. La struttura si impegna a garantire i volumi minimi e massimi 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.
9. I volumi previsti dal presente accordo sono da intendersi come volumi minimi annui ed è facoltà dell'Azienda la prenotazione degli appuntamenti in priorità con redistribuzione sulle singole mensilità;
10. 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;
11. 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, per le prestazioni non convenzionate con il SSR è a totale carico dell'erogatore;
12. Per l'attività privata non convenzionata erogata dalla Struttura, l'Azienda si rende disponibile ad organizzare e gestire le agende di prenotazione CUP, con le modalità indicate dalla Struttura stessa, a fronte del ristoro dei costi sostenuti pari a circa 85 euro/anno per agenda di prenotazione;



13. Come previsto dalla D.G.R. 16.10.2015, n. 2034, spetta ai medici prescrittori della Struttura la prescrizione e la prenotazione delle eventuali visite e/o prestazioni di controllo nel rispetto delle tempistiche e dei criteri di appropriatezza prescrittiva;¹
14. Le visite/prestazioni di controllo, ove necessarie, devono essere prescritte e prenotate dall'erogatore (professionista o struttura) contestualmente alla visita/prestazione effettuata;
15. La Struttura è tenuta ad organizzare agende separate per le attività riservate ai controlli e quelle dedicate alle prime visite;
16. Ai fini di una valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, su richiesta aziendale relativamente alle branche con maggior criticità, la struttura si rende disponibile a fornire copia delle impegnative;
17. La Struttura è tenuta ad applicare le tariffe del tariffario regionale ricoveri e del nomenclatore tariffario regionale per la specialistica ambulatoriale in vigore;
18. Per concorrere al raggiungimento degli obiettivi di accessibilità alle prestazioni del Servizio Sanitario Regionale definiti con DGR 10.07.2015, n. 1363, e DGR 16.10.2015, n. 2034, 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;
19. Per ciascuna prestazione sanitaria erogata in favore dei cittadini provenienti da altre Regioni verrà riconosciuta la tariffa regionale vigente;
20. 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;
21. Non è consentita l'interruzione delle prestazioni per fine budget, pena la risoluzione dell'accordo contrattuale;
22. 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;
23. 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;
24. La struttura si impegna a mantenere per i propri dipendenti l'applicazione del CCNL di categoria per tutta la durata del contratto;
25. 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;
26. L'eventuale accertamento di situazioni di incompatibilità determina gli effetti previsti dall'art. 1, comma 19, della Legge 662/1996, qualora la struttura non provveda al eliminarle entro 30 giorni dal ricevimento della diffida da parte dell'Azienda;
27. La revoca o la sospensione dell'accreditamento, disposta con decreto della Direzione Centrale Salute, determina la risoluzione o la sospensione del presente contratto;
28. 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.

¹ Per prestazioni di controllo è da intendersi la visita successiva o di controllo in cui un problema di salute, già noto, viene rivalutato a distanza e la documentazione scritta esistente viene aggiornata o modificata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita. Per le visite/prestazioni di controllo non si utilizzano le classi di priorità di cui al punto 5.2.1.. Le stesse, inoltre, non sono soggette a controllo sui tempi d'attesa.

Per non costringere l'utente a recarsi dal proprio MMG per l'impegnativa, evitargli di contattare il call center o recarsi allo sportello CUP, nonché prevenire il rischio di non trovare la disponibilità del posto entro il tempo indicato dallo specialista per l'effettuazione del controllo, le prestazioni di controllo, ove necessarie, devono essere prescritte e prenotate dall'erogatore (professionista o struttura) contestualmente alla visita effettuata. In tal modo al paziente viene subito fornita la data per l'effettuazione del controllo. Ogni erogatore è tenuto ad organizzare le agende distinguendo le attività riservate ai controlli rispetto a quelli dedicati alle prime visite.

Dal punto di vista prescrittivo sono da equipararsi al controllo anche le visite o gli accertamenti diagnostici strumentali successivi ad un inquadramento diagnostico già concluso che ha definito il caso ed eventualmente già impostato una prima terapia. Si tratta di prestazioni finalizzate ad esempio a seguire nel tempo l'evoluzione di patologie croniche, a valutare a distanza l'eventuale insorgenza di complicanze, a verificare la stabilizzazione della patologia o la sua progressione, a monitorare il mantenimento del buon esito dell'intervento, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo accesso (follow-up).

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. L'Azienda, in attuazione della DGR 20.02.2015, n. 299, 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. 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;
4. I costi relativi a modifiche sui propri programmi gestionali per l'interfacciamento con i programmi INSIEL sono a carico della Struttura;
5. L'Azienda, in attuazione della Legge 06.08.2008, n. 133 e s.m.i., e dei 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 11.07.2014, n. 1321, come revisionata con DGR 02.02.2018, n. 182;
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

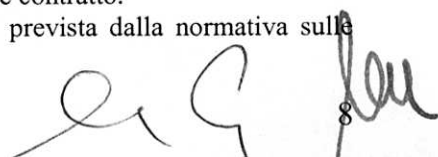
1. Gli erogatori privati saranno remunerati secondo quanto previsto dall'art. 8 dell'Accordo, di cui alla DGR 42/2017;
2. Alla luce delle indicazioni della DGR 1321/2014, nell'allegato alla nota della DIR. SAN. 28078/GEN.I.2.A, dd. 04.06.2015, sono riportate le modalità per l'esecuzione, da parte dell'Azienda, 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. 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 2018, con decorrenza dal 01 gennaio 2018 e scadenza al 31 dicembre 2018;
2. Fino alla stipula del successivo contratto, che decorre dal 01 gennaio 2019, 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. 7 dell'Accordo approvato con la DGR 42/2017;
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

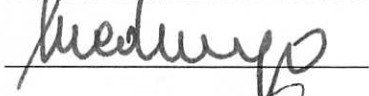
Norma di rinvio

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

Trieste, li 26 luglio 2018

FIRMATO

Per ASUITS
Il Direttore Generale
Dott. Adriano MARCOLONGO



Per la Casa di Cura Sanatorio Triestino s.p.a.
Amministratore Delegato
Dott. Salvatore Guarneri



ASUITS - T-GEN-II-3-C-2

PROTGEN

Prot. n.

0040362 - P

26/07/2018