



ACCORDO

ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo 30.12.1992, n. 502 tra l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina 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 2020

.....

TRA

l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina con sede a Trieste, via Costantino Costantinides n. 2, Partita IVA 01337320327, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro tempore, dott. Antonio POGGIANA

E

La **Casa di Cura SANATORIO TRIESTINO S.p.A.**, con sede in TRIESTE, via Domenico Rossetti 62, Partita IVA 00130810328, in persona del legale rappresentante dott.sa Bruna Giamperlati, il quale dichiara, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76, del DPR 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 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 suddetto Accordo prevede che l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, di seguito Azienda, debba stipulare annualmente con i soggetti privati un accordo contrattuale, di cui all'art. 51 della 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 con DGR 20.12.2019 n.2196 la Regione ha approvato la proroga degli accordi triennali stipulati con le associazioni rappresentative degli erogatori privati di cui alla DGR n. 42/2017 per il tempo necessario alla stipula

dei nuovi accordi triennali e, comunque, fino a un tempo di sei mesi della durata contrattuale dei precedenti Accordi, ovvero fino al 30.6.2020, precisando, inoltre, che gli accordi di proroga fanno riferimento al medesimo budget annuale degli accordi di cui alla DGR n. 42/2017 nella misura della metà, considerata la proroga di sei mesi; Che con DGR n.1074 del 17 luglio 2020 è stato approvato l'Accordo tra la Regione FVG e le Associazioni rappresentative degli erogatori privati accreditati del FVG avente ad oggetto l'erogazione per conto del SSR di prestazioni sanitarie da parte delle strutture private accreditate nell'emergenza Covid 19" dal quale si evince, anche per il secondo semestre 2020, il riferimento al budget riconosciuto per l'anno 2019; Con DGR 1370 dell'11/09/2020 il budget utilizzabile è quello annuale individuato nella DGR 42/17 tenuto conto di quello già utilizzato nel periodo di proroga semestrale già intervenuta.

6. Che la Casa di Cura SANATORIO TRIESTINO S.p.A, di seguito struttura, è autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento prot. 68034-19/T/GEN- IV-1-D-6dd. 07.11.2019 rilasciato dall'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste;

Che alla Casa di Cura SANATORIO TRIESTINO S.p.A. è stato concesso il rinnovo dell'accreditamento di cui al Decreto 14.10.2019, n.1939/SPS 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, La scadenza finale dell'accreditamento è fissata al 10.11.2021.

In data 20.12.2019 con decreto n. 2835/SPS alla Struttura è stata concessa l'integrazione dell'accreditamento a pieno titolo per lo svolgimento dell'attività di Gastroenterologia comprensiva dell'attività di endoscopia digestiva e di Endocrinologia/Diabetologia, la cui scadenza coincide con quanto disposto dal decreto 1939/2019 e cioè 10.11.2021

Sede operativa di Trieste, via Rossetti 62

1. Branche specialistiche di degenza e ambulatoriali: Medicina interna (15 PL per attività di degenza, di cui 8 PL esclusivamente per attività privata o extraregionale); Chirurgia generale (20 PL per attività di degenza); Urologia/andrologia (14 PL per attività di degenza); Oculistica (6 PL per attività di degenza); Ginecologia (7 PL per attività di degenza); Ortopedia e traumatologia (18 PL per attività di degenza).
 2. Branche specialistiche ambulatoriali: Dermatologia, Neurologia, Cardiologia, Endoscopia digestiva, Gastroenterologia, Endocrinologia, Diabetologia, Anestesia rianimazione e terapia del dolore.
 3. Diagnostica per immagini di primo e secondo livello per l'erogazione di prestazioni di radiologia tradizionale, ecografia, mammografia, ecocolordoppler, risonanza magnetica settoriale (artoscanner) 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 provincie 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 e n. 1815 del 25.10.2019, definiscono 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 DDGRR 2034/2015 e 951/2016 e 1815/2019 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 con DGR 14.09.2018, n. 1680, è stato approvato il nuovo nomenclatore tariffario per la Specialistica ambulatoriale della Regione Friuli Venezia Giulia, entrato in vigore il 01.01.2019;
16. Che con DGR 20.12.2019, n. 2195, sono state approvate in via preliminare le *Linee per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2020*, di cui all'art. 12, comma 2 della LR 19.12.1996, n. 49; che suddette linee di gestione al paragrafo 3.1.5 definiscono come l'accordo regionale con le associazioni rappresentative degli erogatori privati di cui alla DGR 42/2017 scade il 31.12.2019 e viene prorogato per il tempo necessario alla conclusione dei procedimenti derivanti dalla D.G.R. n. 1763/2019, che ha determinato il fabbisogno di prestazioni e di strutture sanitarie ai fine dell'accreditamento, in attuazione dell'articolo 49, comma 3 ter della legge regionale n. 17/2014;
17. Che con provvedimento della Presidenza del Consiglio dei Ministri, dd. 21.02.2019, DAR 0003203 P-4.37.2.10, *"Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 05.06.2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, su Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019 – 2021, di cui all'art. 1, comma 280, della legge 23.12.2005, n. 266*, è stato definito il Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019 - 2021;
18. 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;
19. 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; si precisa che tale riduzione è già prevista nella determinazione del budget definito dalla Regione;
20. 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;
21. Che come previsto nel precedente punto 5), gli accordi di proroga fanno riferimento al medesimo budget annuale degli accordi di cui alla DGR n. 42/2017 nella misura della metà, considerata la proroga di sei mesi; pertanto il budget determinato per il secondo semestre 2020 (periodo 1.07.2020-31.12.2020) è pari a 3.737.841;
22. 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;
23. 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;
24. Che è fatta salva da parte dell'azienda, previo accordo con le strutture, la facoltà di attivare percorsi di accoglimento, presso le Case di Cura convenzionate, degli assistiti provenienti dalle strutture ospedaliere aziendali, in circostanze di criticità o iperafflusso;
25. Che l'applicazione della Legge 7/2009 - "Disposizioni per il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale"- farà seguito a specifiche disposizioni regionali;
26. 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.
27. Vista la Delibera del Consiglio dei Ministri 31 gennaio 2020 con cui viene dichiarato lo stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili,
28. Richiamati i provvedimenti adottati dal Governo per fronteggiare l'epidemia e richiamato in particolare il D.L. 18/2020 che all'art.3 prevede *" Al fine di fronteggiare l'eccezionale carenza di personale medico e delle professioni sanitarie, in conseguenza dell'emergenza dovuta alla diffusione del COVID-19, in quanto ricoverato o in stato contumaciale a causa dell'infezione da COVID-19, le strutture private, accreditate e non, su richiesta delle*



regioni o delle province autonome di Trento e Bolzano o delle aziende sanitarie, mettono a disposizione il personale sanitario in servizio nonché i locali e le apparecchiature presenti nelle suddette strutture..”

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

Ambulatoriali

- Dermatologia
- Neurologia
- Endoscopia
- Anestesia rianimazione e terapia del dolore
- Cardiologia
- Gastroenterologia
- Endocrinologia/Diabetologia

Diagnostica per immagini

- Radiologia tradizionale
- Ecografia
- Mammografia
- Ecocolordoppler
- RMN
- 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 nei secondi sei mesi dell’anno 2020 (periodo 1.07.2020-31.12.2020) è pari a 3.737.841 con il limite del tetto massimo annuale stabilito;
2. Fermo restando quanto determinato al precedente comma 1, la struttura si impegna a realizzare i volumi minimi di attività prenotabili a CUP, come di seguito indicato:

<u>Attività di ricovero</u> Branca specialistica	Tipologia prestazioni	Numero minimo prestazioni
CHIRURGIA GENERALE	Chirurgia neoplastica, chirurgia addominale, chirurgia proctologica, chirurgia flebologica	200
	Riparazione ernia inguinale (DRG 161 – DRG 162)	150
ORTOPEDIA	Protesi anca/ginocchio, artroscopia (meniscectomia, LCA), chirurgia del piede, chirurgia della mano, chirurgia della spalla	250
UROLOGIA	TURP, TURV, chirurgia vie urinarie	150
	IPB – int. prostatectomia transuretrale	50
GINECOLOGIA	ISC, RCU, chirurgia ginecologica	60
MEDICINA GENERALE	Medicina interna	4

	prestazione	n° prestazioni*
Chirurgia	Visita chirurgica generale/vascolare	450
	ECD arti venosi/arteriosi	500
	ECD tronchi	300
Ortopedia	Visita	750
	Altre prestazioni	
	Chirurgia minore della mano	
Urologia	Visita	1000
Ginecologia	Visita	300
Oculistica	Prima visita	350
	Fundus	50
	Interventi minori sul cristallino	80
	Altre prestazioni	
Dermatologia	Prima visita	1000
Neurologia	Prima visita	375
	EMG + esami complement.	500
Endocrinologia	Prima visita endocrinologica	
Cardiologia	Visita	500
	ECG	300
	ECOcadiografia	400
	Holter	100
Endoscopia digestiva	Colonscopia	130
	Gastroscopie	40
Gastroenterologia	Visite gastroenterologiche	

Terapia del dolore	Visite	200
Diagnostica per immagini	Mammografia mono e bilat. (di cui ...per l'oncologia)	1100
	Radiologia tradizionale	500
	Ecografie***.	1500
	TC totali (torace, addome, cervello)	1100 (di cui 500 con mdc)
	RMN addome, cervello,	200
	RMN (artoscan) (colonna e muscoloscheletriche cod. 88.93 e 88.94.1)	500 (1000 numero massimo)

*La priorità B, D e P verrà gestita direttamente dal Servizio Gestione Offerta Ambulatoriale, in funzione dei tda di ASUGI e dell'evoluzione dell'emergenza COVID 19

***Si intende comprensivo di tutte le indagini ecografie (ecografia tessuti molli, muscolo scheletrica, tiroide, addominale etc)

3. La struttura garantisce l'effettuazione delle RMN secondo le indicazioni del DM pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale dd. 20.01.2016, nel rispetto della circolare applicativa del DM 09.12.2015, dd. 25.03.2016, della nota della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità, prot. n. 008894/P, dd. 15.04.2019 e della nota di ASUITs, prot. DAT 0000600 – A, dd. 07.05.2019, : *“Nella prescrizione deve essere riportato il quesito diagnostico, che tenga conto dei contenuti del decreto nell'ambito della buona pratica clinica senza l'obbligo di annotazione del codice a fianco della prestazione o del quesito diagnostico”*.
4. 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;
5. Considerata l'indicazione all'erogazione dei medicinali da parte delle strutture sanitarie (diretta e primo ciclo a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale), rappresentata nelle post-negoziazioni per la predisposizione della proposta del PAL 2020, al fine del contenimento della spesa farmaceutica, sulla base del prontuario aziendale, la struttura si impegna ad attivare nell'arco dell'anno la distribuzione diretta del I° ciclo di terapia farmacologica alla dimissione da ricovero o visita ambulatoriale;
6. La struttura si impegna a trasmettere su supporto informatico i report mensili dell'attività dell'anno in corso, suddivisi per codice di attività;
7. L'applicazione di nuove tariffe per le prestazioni di ricovero e/o di specialistica ambulatoriale non modifica il tetto economico assegnato alla struttura;
8. 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;
9. 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;
10. 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 variazioni normative in base a monitoraggio regionale o a intervenuti 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 ASUGI;
7. Le strutture private accreditate garantiscono una programmazione con un Piano inviato ad ASUGI delle prestazioni minime di specialistica ambulatoriale fino al 30 giugno 2020 e l'adesione alle agende CUP regionali, che non possono essere chiuse, a meno di cessazione dell'attività specifica, nelle more della definizione dell'accordo triennale 2020-2022;
8. Il CUP gestisce le agende delle prestazioni ambulatoriali con la prenotazione mensile dei volumi minimi erogativi, suddivisi proporzionalmente nell'arco dei sei mesi, ed è facoltà dell'azienda la prenotazione degli appuntamenti in priorità con redistribuzione sulle singole mensilità;
9. 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 120 giorni) sarà garantita nei confronti dei residenti/domiciliati nel territorio di competenza dell'azienda;
10. 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 85 euro/anno per agenda di prenotazione;
11. Come previsto dalla D.G.R. 16.10.2015, n. 2034, spetta ai medici prescrittori della struttura la prescrizione e la prenotazione delle prestazioni di controllo nel rispetto dei criteri di appropriatezza prescrittiva; pertanto le strutture private accreditate si impegnano alla predisposizione di agende informatizzate
12. I controlli, ove necessari, devono essere prescritti e prenotati dall'erogatore (professionista o struttura) contestualmente alla visita/prestazione effettuata;
13. La Struttura è tenuta ad organizzare agende separate per le attività riservate ai controlli e quelle dedicate alle prime visite;
14. 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;
15. La struttura è tenuta ad applicare le tariffe del tariffario regionale ricoveri e del nomenclatore tariffario regionale per la specialistica ambulatoriale in vigore;
16. 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 sino al 31 dicembre 2020.
17. Per ciascuna prestazione sanitaria erogata in favore dei cittadini provenienti da altre Regioni verrà riconosciuta la tariffa regionale vigente;
18. La struttura si impegna 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;
19. Inoltre la Struttura si impegna a dare la disponibilità ad ASUGI per eventuali prestazioni in overbooking per rispondere tempestivamente a specifiche richieste aziendali, sempre per il mantenimento dei tempi di attesa;
20. 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;
21. 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;

22. La struttura si impegna a mantenere per i propri dipendenti l'applicazione del CCNL di categoria per tutta la durata del contratto;
23. 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;
24. La struttura è tenuta ad osservare quanto previsto dall'art. 53, comma 16, D.lgs.165/2001, in base al quale i dipendenti dell'Azienda, che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'azienda nei rapporti con la struttura, non possono svolgere attività lavorativa o professionale presso la struttura stessa nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego;
25. 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;
26. La revoca o la sospensione dell'accreditamento, disposta con decreto della Direzione Centrale Salute, determina la risoluzione o la sospensione del presente contratto;
27. 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. 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. Le modalità di prescrizione e prenotazione delle visite/prestazioni di controllo, di cui all'art. 3 piè di pagina, saranno rese esecutive a seguito dell'installazione dell'interfaccia con Insiel (G2-G3);
4. 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;
5. I costi relativi a modifiche sui propri programmi gestionali per l'interfacciamento con i programmi INSIEL sono a carico della Struttura;
6. 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;
7. 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;
8. Le contestazioni sull'appropriatezza effettuate dall'Azienda, ancorché retroattive, hanno effetto sull'anno di esercizio nel quale è effettuata la contestazione.
9. Qualora l'ufficio Gestione reclami dell'URP ricevesse una segnalazione o un reclamo relativo a una prestazione della struttura accreditata, il trattamento della segnalazione/reclamo sarà di competenza della struttura stessa, i cui recapiti saranno forniti al cittadino.

Al fine di una completa valutazione delle segnalazioni, la Struttura Privata Accreditata invierà risposta al cittadino in merito alle verifiche effettuate, mettendo per conoscenza l'URP aziendale e la SC Gestione Prestazioni Sanitarie e Progettazione Attività Sociosanitarie.

Articolo 5 Rendicontazione e liquidazione dei corrispettivi

1. Gli erogatori privati saranno remunerati secondo quanto previsto dalla DGR n. 1074/2020, che fa riferimento al medesimo budget annuale degli accordi di cui alla DGR n. 42/2017 nella misura della metà, per la durata semestrale del presente accordo per l'anno 2020;

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. Le fatture elettroniche mensili dovranno essere emesse in modo tale che la ricezione sul sistema di Intercambi Dati (SDI) avvenga entro la prima decade del mese successivo;
- Per quanto riguarda il riconoscimento degli oneri ulteriori riconosciuti in base all'accordo regionale approvato con DGR n.1074/2020 per l'erogazione per conto del SSR di prestazioni sanitarie nell'emergenza COVID-19 la Struttura provvede con fatturazione separata.
4. Al 30 di ogni mese sarà liquidato d'ufficio l'acconto riferito al mese stesso, calcolato sulla base del 90% del budget mensile teorico (budget annuale diviso 12 con riferimento al budget di cui alla DGR n.42/2017);
 5. Il saldo verrà disposto entro 90 giorni dal ricevimento delle relative fatture;
- Qualora gli acconti liquidati nel corso dell'anno eccedano l'ammontare delle somme riconosciute per le prestazioni effettivamente erogate, la struttura si impegna ad emettere nota di accredito per la differenza; le parti definiranno la relativa regolazione finanziaria con scambio di corrispondenza.
6. 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 con decorrenza dal 01 luglio 2020 e scadenza al 31 dicembre 2020;
2. Le clausole del presente contratto possono essere modificate per effetto dell'entrata in vigore di disposizioni di legge, statale o regionale, aventi carattere imperativo;
3. 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 Tutela privacy

1. La struttura è tenuta ad osservare le disposizioni di cui al Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.
2. Nell'effettuare le operazioni di trattamento dei dati personali e sanitari correlate all'erogazione delle prestazioni nell'ambito dei compiti assegnati quali in particolare previsti dagli artt. 6 (Visibilità e prenotazione tramite il CUP regionale FVG) e 9 (Controlli e debito informativo) la struttura è nominata Responsabile al Trattamento dei dati ai sensi dell'art. 30 del Regolamento (UE) 2016/679.
3. In particolare, tenendo conto delle particolari esigenze ed obblighi di tutela dei dati sensibili concernenti la salute, si impegna ad adottare le misure di sicurezza, idonee a custodire e controllare i dati, in maniera tale da evitare un incremento dei rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta come di seguito precisato con riferimento agli adempimenti di cui ai citati artt.6 e 9 del presente atto:
 - a) a trattare i dati personali soltanto su istruzione documentata del titolare del trattamento;
 - b) a garantire che le persone autorizzate al trattamento dei dati personali si siano impegnate alla riservatezza o abbiano un adeguato obbligo legale di riservatezza;
 - c) ad adottare tutte le misure richieste ai sensi dell'articolo 32 del Regolamento (UE) 2016/69 per il Responsabile;
 - d) a non ricorrere ad un altro ulteriore responsabile senza previa autorizzazione scritta, specifica o generale, del titolare del trattamento. Nel caso di autorizzazione scritta generale, ad informare il titolare del trattamento di eventuali modifiche previste riguardanti l'aggiunta o la sostituzione di altri responsabili del trattamento, dando così al titolare del trattamento l'opportunità di opporsi a tali modifiche;
 - e) tenendo conto della natura del trattamento, ad assistere il titolare del trattamento con misure tecniche e organizzative adeguate, nella misura in cui ciò sia possibile, al fine di soddisfare l'obbligo del titolare del trattamento di dare seguito alle richieste per l'esercizio dei diritti dell'interessato di cui al capo III del medesimo Regolamento;
 - f) ad assistere il titolare del trattamento nel garantire il rispetto degli obblighi di cui agli articoli da 32 a 36 del Regolamento, tenendo conto della natura del trattamento e delle informazioni a disposizione del responsabile del trattamento;

- g) su scelta del titolare del trattamento, a cancellare o restituire tutti i dati personali dopo che è terminata la prestazione dei servizi relativi al trattamento e a cancellare le copie esistenti, salvo che non ne sia prevista la conservazione a norma di legge;
- h) a mettere a disposizione del titolare del trattamento tutte le informazioni necessarie per dimostrare il rispetto degli obblighi citati e a consentire e contribuire alle attività di revisione, comprese le ispezioni, realizzate dal titolare del trattamento o da un altro soggetto da questi incaricato. Il responsabile del trattamento informerà prontamente e non oltre le 36 ore dal momento nel quale è venuto a conoscenza del fatto il titolare del trattamento qualora, a suo parere, un'istruzione violi il presente regolamento o altre disposizioni, nazionali o dell'Unione, relative alla protezione dei dati. Le comunicazioni ad ASUGI relativamente a questioni rilevanti in tema di privacy andranno fatte all'indirizzo di PEC asugi@certsanita.fvg.it.

Nell'ipotesi che la struttura ricorra a un ulteriore responsabile del trattamento per l'esecuzione di specifiche attività di trattamento per conto del titolare del trattamento, su tale altro responsabile del trattamento dovrà imporre, mediante un contratto o un altro atto giuridico gli stessi obblighi in materia di protezione dei dati contenuti nel presente atto tra il titolare del trattamento e il responsabile del trattamento prevedendo in particolare garanzie sufficienti per mettere in atto misure tecniche e organizzative adeguate in modo tale che il trattamento soddisfi i requisiti del Regolamento (UE) 2016/679. Qualora l'ulteriore responsabile del trattamento ometta di adempiere ai propri obblighi in materia di protezione dei dati, Casa di Cura SANATORIO TRIESTINO S.p.A. conserva nei confronti di ASUGI titolare del trattamento, l'intera responsabilità dell'adempimento degli obblighi dell'altro responsabile.

4. In ogni caso la struttura si impegna espressamente a non effettuare operazioni di comunicazione e diffusione dei dati personali sottoposti al trattamento senza preventivo consenso, anche all'estero o mediante Internet.
5. La struttura assume invece la veste di titolare autonomo del trattamento dei dati personali con riferimento ai compiti relativamente ai quali assume decisioni e ne definisce l'organizzazione in piena autonomia, quali in particolare quelli previsti dagli artt. 8 (Accesso utenza), ed a tal fine dichiara di aver nominato un Responsabile della protezione dei dati personali (RPD) ai sensi degli artt. 37-39 del Regolamento (UE) 679/2016. Il dato di contatto del RPD di ASUGI è l'indirizzo di PEC asugi@certsanita.fvg.it. Il nominativo e i dati di contatto del RPD di Casa di Cura SANATORIO TRIESTINO S.p.A. saranno comunicati separatamente ad ASUGI, contestualmente alla sottoscrizione del presente accordo.

Articolo 8 Tracciabilità dei flussi finanziari

1. La struttura osservando quanto prescritto dall'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di Lavori, servizi e forniture dichiara di assumersi mediante la sottoscrizione del presente accordo, gli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui alla legge 13 agosto 2010, n. 136, modificata dagli artt. 6 e 7 del D.L. 12 novembre 2010, n. 187, convertito con modificazioni dalla legge 17 dicembre 2010, n. 217; ovvero utilizzare conti correnti bancari o postali, accesi presso banche o presso la Società Poste Italiane S.p.A., dedicati, sui quali sono registrati tutti i movimenti finanziari relativi a pubbliche commesse; ed effettuati esclusivamente tramite bonifico bancario o postale (art. 3, comma 1, legge n. 136/2010).
2. La struttura dichiara altresì di assumere l'onere di comunicare all'Azienda gli estremi identificativi dei conti correnti dedicati entro sette giorni dalla loro accensione, nonché, nello stesso termine, le generalità e il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi (art. 3, comma 7, legge n. 136/2010).

Articolo 9 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 10

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 11

Registrazione

L'accordo è redatto in duplice copia ed è soggetto all'imposta di bollo ai sensi del DPR n. 642/1972; esso è soggetto a registrazione solo in caso d'uso ai sensi dell'art. 5 del DPR 26.4.1986, n. 131.

Il soggetto che beneficia dello stesso si accollerà l'imposta di bollo rimborsando all'azienda il relativo importo. L'Azienda provvede ad assolvere all'imposta di bollo in modo virtuale e un tanto è riportato nell'atto. In relazione alla registrazione in caso d'uso l'onere è a carico di chi vi ricorre.

Articolo 12

Foro competente

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

Articolo 13

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 Sanitaria Universitaria
Giuliano Isontina
Il Direttore Generale
Dott. Antonio POGGIANA

Per la Casa di Cura Sanatorio Triestino s.p.a
Il legale rappresentante
Dott.sa Bruna Giamperlati
