

**ACCORDO TRA L'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO-ISONTINA E LA CASA DI**

**CURA SANATORIO TRIESTINO S.P.A. PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI RICOVERO**

**E DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE - ANNO 2023.**

(ai sensi dell'art. 8 quinquies D.Lgs. 502/92)

Con la presente scrittura privata da valere ad ogni effetto di legge, tra

**1)** il dott. \_\_\_\_\_ che interviene al presente atto non in proprio

bensì quale Direttore ff. della S.C. Affari Generali e Patrimonio, delegato

dal Direttore Generale e legale rappresentante *pro tempore* dell'**Azienda Sa-**

**nitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASU GI)** con sede legale in Trieste

alla via Costantino Costantinides n. 2, dove domicilia per la carica,

C.F./P.I. 01337320327, indirizzo di PEC [asugi@certsanita.fvg.it](mailto:asugi@certsanita.fvg.it) ed autoriz-

zato alla sottoscrizione del presente accordo giusto decreto n. 318 dd.

12.04.2023, d'ora in avanti anche "Azienda";

e

**2)** il dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_. C.F.

\_\_\_\_\_ il quale interviene nel presente atto non in proprio bensì

nella sua qualità di Amministratore Delegato, autorizzato alla sottoscrizio-

ne del presente accordo, della struttura sanitaria **Casa di Cura SANATORIO**

**TRIESTINO S.p.A.**, con sede legale in Trieste alla via Domenico Rossetti n.

62, dove domicilia per la carica, C.F. e P. IVA 00130810328, indirizzo PEC:

[sanatorio.triestino@legalmail.it](mailto:sanatorio.triestino@legalmail.it), d'ora in avanti anche "Struttura".

L'Amministratore Delegato dichiara, ad ogni effetto di legge e 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 compor

tano l'incapacità a contrarre con la P.A..

**PREMESSO CHE:**

1. 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 e che l'art. 8 quinquies, comma 2-quinquies del medesimo decreto legislativo prevede che l'accreditamento istituzionale di cui all'art. 8 quater delle strutture eroganti prestazioni per conto del S.S.N. sia sospeso in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali;

2. ex combinato disposto degli artt. 34 e 65 della L.R. FVG dd. 12.12.2019 n. 22 afferente la "Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006", i soggetti erogatori privati accreditati concorrono alla definizione della rete di assistenza pubblica assicurando funzioni complementari o integrative per il Servizio sanitario regionale sulla base degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies del decreto legislativo 502/1992, stipulati dagli enti del SSR territorialmente competenti, sulla base del fabbisogno programmato, al fine dell'erogazione, da parte degli soggetti privati accreditati, di prestazioni per conto e con oneri a carico del SSR ed in coerenza con la programmazione regionale che determina il fabbisogno e le risorse sulla base di requisiti e valutazioni di comparazione della qualità e dei costi;

3. con L.R. n. 27 del 17.12.2018 rubricata "Assetto Istituzionale e Organizzativo del Servizio Sanitario Regionale" è stata istituita l'Azienda Sanita-

ria Universitaria Giuliano Isontina - ASUGI - legittimata a stipulare gli accordi contrattuali con le strutture private accreditate, atteso che a far data dal 01 gennaio 2020 sono stati trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'ex Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (A.S.U.I.T.S.) e alla parte "Isontina" dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana - Isontina" (A.A.S. n. 2);

**4.** con la DGR FVG n. 1763 del 18.10.2019 avente ad oggetto "D.Lgs. 502/1992, art. 8 quater - LR 17/2014, art. 49 Determinazione del fabbisogno di assistenza ai fini dell'accreditamento istituzionale", la Regione ha identificato gli ambiti specialistici che presentano maggiore criticità in termini di offerta, di tempi d'attesa e conseguentemente di flussi di mobilità intra ed extraregionale, al fine di rendere coerenti i fabbisogni con le attività delle strutture private;

**5.** con DGR FVG n. 1815 dd. 25.10.2019 recante "Approvazione del piano regionale di governo delle liste d'attesa 2019-2021" è stato recepito il Piano Nazionale di cui all'art. 1, comma 280, della legge n. 266/2005 prevedendo l'applicazione delle disposizione contenute nel piano regionale a tutte le Aziende del S.S.R. e agli erogatori privati convenzionati considerando questi ultimi parte integrante dell'offerta complessiva regionale e come tale oggetto di politiche di programmazione sanitaria coerenti con quelle che regolano l'erogazione dei servizi nelle strutture pubbliche a partire da un'analisi dell'offerta complessiva regionale in rapporto ai bisogni della popolazione;

**6.** la DGR n. 1037 dd. 02.07.2021 - con cui è stato approvato l'Accordo

triennale 2021-2023 tra la Regione e le Associazioni rappresentative degli erogatori privati FVG, avente ad oggetto l'erogazione per conto del Servizio Sanitario Regionale di prestazioni sanitarie da parte delle strutture private accreditate - quantifica le risorse economiche destinate ai singoli operatori privati per l'attività erogata a favore di utenti regionali, ricalcolando gli importi sul budget storico 2011 rivalutato ai sensi del decreto legge 26.10.2019 n. 124, convertito con modificazioni dalla legge di conversione 19.12.2019, n. 157;

7. con la citata DGR 1037/2021, la Regione definiva:

\* un ulteriore finanziamento per le branche specialistiche individuate dalla DGR FVG 1763/2019 ripartito tra le strutture già accreditate e le strutture di nuovo accreditamento, in considerazione che dai dati contenuti nell'allegato della citata Delibera Regionale emergono criticità, in particolare, per alcune branche specialistiche in ordine alla riduzione dei tempi d'attesa e alla connessa mobilità extraregionale (fuga), destinando così le risorse finalizzate necessarie ai sensi della disposizione di cui all'art. 34, comma 3, della L.R. FVG n. 22/2019 e nei limiti percentuali previsti dal medesimo comma;

\* una "Progettualità recupero fuga extraregionale e liste d'attesa" finalizzata all'erogazione di specifiche prestazioni identificando risorse economiche aggiuntive destinate alle singole strutture private accreditate;

\* che, nelle more della stipula degli Accordi fra le Regioni, l'attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale per i cittadini residenti presso le altre Regioni deve rispettare il tetto economico fissato dalla norma nazionale in vigore che stabilisce di fare riferimento all'erogato 2011;

\* che gli Accordi regionali hanno durata triennale e ricomprendono le prestazioni rese nei confronti dell'Azienda sanitaria dal 01/01/2021, nelle more del perfezionamento degli stessi Accordi;

\* la destinazione di tale ulteriore finanziamento agli erogatori privati accreditati sulla base di accordi aventi ad oggetto apposita "Progettualità recupero fuga extraregionale e liste d'attesa" finalizzata all'erogazione di specifiche prestazioni identificando le apposite commesse e le correlate risorse economiche aggiuntive destinate alle singole strutture private accreditate. Tali progettualità soggiacciono a specifiche modalità di verifica, hanno valore esclusivamente per il periodo di riferimento e non possono costituire storicizzazione del budget che potrà altresì essere rimodulato di anno in anno in relazione agli esiti delle verifiche effettuate

\* in merito all'utilizzo dell'ulteriore predetto finanziamento aggiuntivo come "[...] la disposizione del terzo comma dell'art. 34 della legge regionale n. 22/2019 prevede, nell'ambito della gestione aziendale e della clausola di invarianza finanziaria - la quale impone dei limiti complessivi di spesa di cui al consolidato regionale che, in quanto tali, non consentono di sostenere oneri eccedenti la copertura prestabilita - di porre in essere nei rapporti con i soggetti privati accreditati, azioni che destinino maggiori risorse sino al massimo del 6 per cento del finanziamento di parte corrente per il SSR con correlate riduzioni di altri costi [...]";

\* "il recupero della fuga extraregionale consente la progressiva e contestuale diminuzione del costo a carico del bilancio degli enti del S.S.R. costituito dal valore delle prestazioni acquistate dai residenti in FVG presso strutture di altre Regioni, (...) e, pertanto, tale manovra è coerente con il

*principio dell'invarianza dell'effetto finanziario";*

**8.** con decreto del Direttore Generale n. 872 del giorno 8.10.2021 veniva approvato lo schema contrattuale con le strutture private accreditate afferenti al territorio dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, avente ad oggetto nella sezione denominata "PARTE I" l'acquisto ed erogazione di prestazioni di ricovero, ambulatoriali e di diagnostica strumentale per conto del SSR a favore di assistiti della Regione FVG, con oneri da porre a carico del bilancio delle Aziende sanitarie della Regione - ANNO 2021, nella sezione denominata "PARTE II" l'acquisto ed erogazione di prestazioni di ricovero, ambulatoriali e di diagnostica strumentale per conto del SSR a favore di assistiti della Regione FVG, con oneri da porre a carico del bilancio delle Aziende sanitarie della Regione - nella sezione denominata finanziamento aggiuntivo per "Progettualità recupero fuga extraregionale e liste d'attesa" dell'Accordo triennale 2021-2023 approvato con DGR 1037/2021 e per l'utilizzo del finanziamento all'uopo finalizzato;

**9.** con DGR FVG n. 480 del 17.03.2023 sono state approvate, in via definitiva, le Linee per la gestione del SSR FVG 2023 con le quali sono stati identificati gli obiettivi per l'anno 2023, i vincoli gestionali e le risorse disponibili. In particolare si prevede la disponibilità di specifiche e aggiuntive risorse finanziarie sovraziendali (linee 58 e 59) destinate a facilitare l'attività di incremento delle prestazioni sanitarie di cui alla citata DGR n. 1037/2021 (linee 48 e 49) con riguardo all'apposita Progettualità di recupero fuga extraregionale e liste d'attesa;

**10.** la Casa di Cura SANATORIO TRIESTINO S.p.A., di seguito struttura, è autorizzata all'esercizio di attività sanitaria, come da provvedimento del Di-

partimento di Prevenzione di ASUGI n. prot. 112674/T-GEN-IV-1-D-6 dd.

25/11/2022 conservato in atti, per la sede operativa sita in Trieste, alla  
via Domenico Rossetti n. 62;

**11.** la Struttura è accreditata a pieno titolo con decreto n. 31611/GRFVG dd.

21.12.2022 della Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità

per l'erogazione di prestazioni di ricovero e ambulatoriali per conto del

SSR FVG, nelle seguenti:

**Branche specialistiche di degenza e ambulatoriali**

\* Chirurgia generale (20 pl per attività di degenza);

\* Ginecologia (7 pl);

\* Medicina interna (15 pl per attività di degenza, di cui 8 pl esclusivamen-  
te per attività privata o extraregionale);

\* Oculistica (6 pl per attività di degenza), Ortopedia e traumatologia (18  
pl per attività di degenza);

\* Urologia/Andrologia (14 pl per attività di degenza);

**Branche specialistiche ambulatoriali**

\* Anestesia rianimazione e terapia del dolore;

\* Cardiologia;

\* Dermatologia;

\* Endocrinologia/Diabetologia;

\* Gastroenterologia (comprensiva di Endoscopia digestiva);

\* Neurologia;

\* Diagnostica per immagini di primo e secondo livello, per l'erogazione di  
prestazioni di radiologia tradizionale, ecografia, mammografia, ecocolordop-  
pler e risonanza magnetica settoriale (artoscan) TRM e TAC;

**12.** il Decreto del Ministero della Salute del 09.12.2015 recante le "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 delle procedure o accertamenti pregressi;

**13.** il DPCM 12.01.2017 definisce ed aggiorna i Livelli essenziali di assistenza LEA, di cui all'articolo 1, comma 7, del D.Lgs. 502/1992;

**14.** la DGR FVG 22.09.2017 n. 1783 avente ad oggetto "DPCM 12.01.2017 - Aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie regionali aggiuntive (extraLEA)", dispone l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza - LEA - e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie regionali aggiuntive (extra-LEA);

**15.** le tariffe attualmente vigenti per la specialistica ambulatoriale ed applicate nel presente accordo, salvo successive modifiche, sono quelle definite nel nomenclatore tariffario regionale di cui alla DGR FVG n. 1680 del 14.09.2018 e s.m.i.;

**16.** le DGR FVG n. 2034 del 16.10.2015 e n. 1815 del 25.10.2019 definiscono rispettivamente l'organizzazione e le regole per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la gestione delle liste di attesa al fine di assicurare in maniera omogenea sull'intero territorio regionale il



sistema dell'offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;

17. all'art. 6 nella sezione "Progettualità recupero fuga extraregionale e liste d'attesa" della DGR FVG 1037/2021 è previsto che gli erogatori privati concorrono nel perseguimento dell'obiettivo della limitazione della mobilità extraregionale attraverso la riduzione delle liste di attesa, sia sul versante dell'offerta di ricovero sia sul versante dell'offerta di prestazioni ambulatoriali;

18. anche in ragione della valutazione periodica dei tempi di attesa e del recupero della fuga extraregionale, risulta opportuno procedere ad un monitoraggio infrannuale dei volumi prestazionali richiesti ed erogati ed addìvenire ad eventuale modifica e/o integrazione del presente accordo;

**Tutto ciò premesso**

e ritenuto parte integrante e sostanziale del presente accordo, le parti stipulano e sottoscrivono il presente contratto, avente ad oggetto nella sezione denominata:

\* "PARTE I" l'acquisto ed erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale per conto del SSR a favore di assistiti della Regione FVG, con oneri da porre a carico del bilancio delle Aziende sanitarie della Regione - ANNO 2023;

\* "PARTE II" l'acquisto ed erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale per conto del SSR a favore di assistiti della Regione FVG, con oneri da porre a carico delle due specifiche linee di attività finalizzate - c.d. sovraziendali - distinte per l'attività di ricovero e per quella ambulatoriale da utilizzarsi allo scopo di recuperare i volumi di prestazioni sanitarie oggetto di fuga extraregionale in attuazione

della DGR FVG 1037/2021 - anno 2023.

**PARTE I**

**Acquisto ed erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale per conto del SSR FVG a favore di assistiti della Regione FVG, con oneri da porre a carico del bilancio delle Aziende sanitarie della Regione -**

**ANNO 2023, nella sezione denominata - BUDGET ORDINARIO**

**Articolo 1 = Oggetto dell'accordo**

1. 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 operativa sita in Trieste, in via Domenico Rossetti n. 62 come indicata nei provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento, le prestazioni inerenti alle seguenti branche specialistiche:

**Branche specialistiche di degenza e ambulatoriali**

\* Chirurgia generale (20 pl per attività di degenza);

\* Ginecologia (7 pl);

\* Medicina interna (15 pl per attività di degenza, di cui 8 pl esclusivamente per attività privata o extraregionale);

\* Oculistica (6 pl per attività di degenza), Ortopedia e traumatologia (18 pl per attività di degenza);

\* Urologia/Andrologia (14 pl per attività di degenza);

**Branche specialistiche ambulatoriali**

\* Anestesia rianimazione e terapia del dolore;

\* Cardiologia;

\* Dermatologia;

\* Endocrinologia/Diabetologia;

\* Gastroenterologia (comprensiva di Endoscopia digestiva);

\* Neurologia;

\* Diagnostica per immagini di primo e secondo livello, per l'erogazione di prestazioni di radiologia tradizionale, ecografia, mammografia, ecocolordoppler e risonanza magnetica settoriale (artoscan) TRM e TAC.

**Articolo 2 = Volume di prestazioni erogabili e limiti di spesa**

1. Il budget assegnato alla Struttura per prestazioni a residenti FVG per l'anno 2023 è di complessivi euro 7.481.216,18 per le quote di competenza relative alle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale. Si precisa che, in coerenza con quanto definito dalla DGR FVG n. 1037/2021 ed essendo il 2023 annualità conclusiva del triennio 2021 - 2023 di vigenza dell'accordo regionale approvato con la citata delibera regionale, eventuali prestazioni eccedenti il budget come definito dal presente articolo non saranno riconosciute a valere sul budget dell'anno successivo. Le parti coinvolgono, pertanto, che il tetto del budget ordinario 2023 è da considerarsi fisso e non suscettibile di incrementi mediante l'applicazione del meccanismo di flessibilità del 5% (cinque per cento) in più o in meno dell'importo relativo al suddetto budget.

2. Fermo restando quanto determinato al precedente comma 1, la Struttura si impegna a realizzare i volumi di attività di seguito indicati:

**BUDGET ORDINARIO**

**Attività di specialistica ambulatoriale Budget: euro 2.602.329,90 \$**

BRANCA	PRESTAZIONE	N° PRESTAZIONI *
Cardiologia	Prima visita	1600
	ECG	600

		ECO Cardiografia	700
		Holter	130
	<b>Chirurgia</b>	Visite chirurgiche generali	2000
		ECD arti venosi/arteriosi	1000
		ECD tronchi	
		Interventi minori	
	<b>Dermatologia</b>	Prima visita	2000
	<b>Endocrinologia/ Diabetologia</b>	Visita endocrinologica	0***
		Visita diabetologica	0***
	<b>Endoscopia digestiva</b>	Colonscopia	300
		EGDS	200
		Visita gastroenterologica	300
	<b>Ginecologia</b>	Prima visita	300
	<b>Neurologia</b>	Prima visita	400
		EMG + esami complementari	700
	<b>Oculistica</b>	Prima visita	1200
		Fundus	300
		Intervento minimo cristallino *	250
		Altre prestazioni	
	<b>Ortopedia</b>	Prima visita	2000
	<b>Terapia del dolore</b>	Prima visita	200
		Terapia antalgica	
	<b>Urologia/Andrologia</b>	Prima visita	2000
		Eco transrettali	
		Bio prostata/Altre prestazioni	
		Mammografia	600
		TC	2300
	<b>Diagnostica per immagini</b>	RMN (addome, cervello)	400
		RMN (oste articolare e muscoloscheletriche cod. 88.93 e 88.94.1)	1600
		Ecografie**	4000
		Radiologia tradizionale	1600

§ tale importo deriva dalla somma del budget ordinario destinato all'attività ambulatoriale definito da 1037/2021 a cui si aggiungono 360.000 € spostati dal budget ordinario dei ricoveri al budget ordinario ambulatoriale per effettuare interventi di cataratta (alla luce del fatto che tale prestazioni rientra tra quelle ambulatoriali)

\* La priorità B, D e P verrà gestita direttamente dal Servizio Gestione Offerta Ambulatoriale

\*\* si intende comprensivo di tutte le indagini ecografie (ecografia tessuti molli, muscolo scheletrica, tiroide, addominale etc.

\*\*\* volume ridotto o assente per carenza/assenza di medici

**Attività di ricovero**

BRANCA SPECIALISTICA	TIPOLOGIA PRESTAZIONI	BUDGET
<b>Chirurgia generale</b>	Chirurgia neoplastica; Chirurgia addominale; Chirurgia proctologica (almeno 80 interventi con DRG 158); Chirurgia flebologica (almeno 100 interventi con DRG 119); Riparazione ernia inguinale (almeno 150 interventi con DRG 161 - DRG 162)	<b>€ 4.878.886,28</b>
<b>Ortopedia</b>	Protesi anca/ginocchio, artroscopia (meniscectomia, LCA), chirurgia del piede, chirurgia della mano, chirurgia della spalla	
<b>Urologia</b>	TURP (almeno 80 interventi DRG 337); TURV, chirurgia vie urinarie	
<b>Ginecologia</b>	ISC, RCU, chirurgia ginecologica	

Ai sensi della DGR FVG 22.09.2017 n. 1783 "DPCM 12.01.2017: aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie regionali aggiuntive (EXTRA LEA)", alcune prestazioni (laser-terapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, mesoterapia, esercizio assistito in acqua) sono erogabili esclusivamente per le indicazioni cliniche specificate nell'allegato 2 della DGR FVG n. 2747/2002 e solamente a residenti regionali (EXTRA LEA FVG).

3. La Struttura si impegna a programmare la propria attività in modo da ga-

rantire la continuità nell'erogazione delle prestazioni.

4. Le richieste di prestazioni aggiuntive previste dai LEA e prescrittive durante la visita quali completamento del percorso diagnostico e/o terapeutico (prestazioni correlate a terapia del dolore, prestazioni riabilitative, infiltrazioni, etc) devono essere erogate dalla medesima Struttura all'interno del budget ordinario della quota del 30%.

5. La Struttura applica le tariffe del nomenclatore tariffario regionale in vigore, approvato con DGR FVG n. 1680 dd. 14.09.2018 e successive modifiche ed integrazioni, al netto del ticket.

6. Le parti concordano di riservare all'Azienda la possibilità di modificare in corso d'anno i volumi di attività, come sopra specificati, per specifiche esigenze aziendali.

### **Articolo 3 = Prestazioni erogate a residenti extra regione**

1. Nelle more della definizione degli accordi fra le Regioni, l'attività di specialistica ambulatoriale per i cittadini residenti presso altre regioni svolta dagli erogatori privati accreditati del Friuli Venezia Giulia deve rispettare il tetto economico fissato dalla norma nazionale in vigore che stabilisce di fare riferimento all'erogato 2011.

2. L'importo dell'erogato 2011 dalla Struttura per i cittadini residenti presso le altre regioni, pari ad euro 211.746,00 per l'attività di ricovero e pari ad euro 6.553,12 per l'attività ambulatoriale - come desunto dalle Direttive regionali per la redazione del Bilancio di chiusura 2012 delle Aziende sanitarie -, costituisce quindi il tetto per l'attrazione extraregionale.

3. Eventuali accordi con altre Regioni sui flussi di mobilità extraregionale

possono essere considerati ai fini dei conguagli definitivi.

**4.** La Struttura s'impegna a fornire immediata comunicazione a mezzo PEC all'Azienda in caso di sfioramento del tetto massimo di cui al precedente comma 2. In detta ipotesi, l'Azienda provvederà alla chiusura delle agende di prenotazione facendo salve esclusivamente le prestazioni già prenotate a CUP per i residenti extra regione alla data della suddetta comunicazione a mezzo PEC che saranno comunque erogate al fine di evitare disservizi per l'utenza.

**5.** In caso di mancata o intempestiva comunicazione formale ai sensi del precedente comma 4, l'Azienda non riconoscerà a suo carico alcun compenso alla Struttura per le prestazioni oggetto di sfioramento del tetto massimo per l'attrazione extraregionale, che comunque dovranno essere erogate a totale carico della Struttura al fine di evitare disservizi per l'utenza.

**Articolo 4 = Condizioni per l'erogazione delle prestazioni sanitarie**

**1.** 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 accordo.

**2.** 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.

**3.** 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.

**4.** La revoca o la sospensione dell'accreditamento, disposta con decreto del-

la Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità determina la risoluzione o la sospensione del presente accordo.

5. L'accertamento della non conformità ai requisiti di autorizzazione e/o di accreditamento determina la relativa comunicazione alla Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità per gli adempimenti di competenza.

6. La Struttura si impegna a comunicare all'Azienda e alla Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità i periodi di sospensione di attività da qualsiasi causa determinate, specificandone la motivazione.

7. La Struttura si impegna a mantenere l'applicazione del CCNL di categoria e degli obblighi previdenziali conseguenti per tutta la durata dell'accordo.

8. La Struttura si impegna a trasmettere alla Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità i documenti relativi agli accordi con laboratori esterni per l'acquisto di prestazioni analitiche, con i riferimenti agli standard di qualità assicurati.

**Articolo 5 = Accesso dell'utenza e certificazioni di malattia**

1. L'accesso dell'utenza alle prestazioni erogate dalla Struttura avviene tramite proposta motivata del medico di fiducia dell'assistito su ricettario S.S.N. o di altro specialista autorizzato all'utilizzo del ricettario regionale. La Struttura garantisce la parità di trattamento tra utenti, senza alcuna discriminazione tra esenti e non esenti ticket, prevedendo una distribuzione dell'offerta nell'arco di dodici mesi. Al fine di semplificare l'accesso dei cittadini alle prestazioni ambulatoriali, la Struttura si impegna ad attivare e mantenere aggiornata la propria offerta a CUPweb e la disponibilità della prenotazione a Call Center regionale.

2. La Struttura è tenuta ad effettuare i controlli sulla regolarità delle



prescrizioni mediche, in conformità alle norme in materia di quota di partecipazione ed esenzioni, e a verificare e documentare la residenza dell'assistito (con codice fiscale alfanumerico), rilevandola opportunamente nei sistemi informativi. Non possono essere accettate in esenzione prescrizioni senza l'evidente identificazione del codice di esenzione riportato sulla ricetta dal medico prescrittore. Eventuali errori nelle prescrizioni saranno segnalati all'Azienda per gli adempimenti di pertinenza.

**3.** Le agende devono risultare sempre aperte con disponibilità, ossia in qualsiasi giorno dell'anno solare hanno almeno 12 mesi successivi di possibile offerta di prenotazione. Ogni condizione al di fuori di questa fattispecie è considerata agenda chiusa. Il verificarsi di motivate e riconosciute situazioni che impediscono l'erogazione di una prestazione sanitaria, deve essere comunicato alla Direzione dell'Azienda e alla Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità, secondo i criteri generali della D.G.R. FVG 1815/2019 - Piano regionale di governo delle liste d'attesa - paragrafo 3.5..

**4.** Le agende di tutte le prestazioni di primo accesso devono essere articolate per classe di priorità (Breve, Differita, Programmata) come definito dalla D.G.R. FVG 1815/2019 "Piano regionale di governo delle liste d'attesa", assicurando adeguati livelli di collaborazione per il conseguimento degli obiettivi aziendali che prevedono la garanzia erogativa nei tempi previsti per il 90% delle prenotazioni. L'offerta ambulatoriale dovrà essere strutturata dando maggiore disponibilità per posti con priorità B e D.

**5.** Per fratture con disabilità minimali segmentarie (es: fratture di polso), al medico specialista ortopedico ospedaliero, qualora ritenuto di dover at-

tivare rapidamente un percorso riabilitativo, è data facoltà di prescrivere esclusivamente la prestazione di rieducazione motoria individuale in motule-  
so segmentale - codice 93.11.4 da effettuarsi presso le strutture private convenzionate.

**6.** La struttura si impegna ad effettuare le visite fisiatriche e ortopediche (prime visite e visite di controllo) su prenotazione CUP e le prestazioni riabilitative derivanti dovranno essere effettuate prioritariamente presso la propria struttura, o a seguire presso altre strutture private convenzionate, pur nella libera scelta dell'assistito e nel rispetto dei tempi definiti dai codici di priorità.

**7.** In ossequio alla circolare n. 1/2010/DFP/DDI dd. 11.03.2010 della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimenti della Funzione Pubblica e per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e per l'Innovazione - la Struttura si impegna a rilasciare la certificazione di malattia esclusivamente per via telematica. In caso di impossibilità del rilascio digitale, la predetta certificazione potrà essere rilasciata in forma cartacea da qualsiasi medico dipendente della Struttura.

**8.** La Struttura si impegna altresì a dotare il personale medico delle credenziali personali rilasciate da INPS ed INAIL necessarie, oltre a redigere le predette certificazioni di malattia, anche i certificati di invalidità nonché di infortunio sul lavoro.

#### **Articolo 6 = 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 alimentare il FSE (Fascicolo Sanitario

Elettronico), comunicare le prescrizioni dematerializzate prese in carico ed

inviare i dati relativi alle prestazioni effettuate entro il giorno 5 del

mese successivo.

**2.** L'azienda, in attuazione della DGR FVG n. 299 dd. 20.02.2015, si attiva

per mettere a disposizione delle strutture, che erogano prestazioni di spe-

cialistica ambulatoriale, le agende informatizzate (G2 Strutture) e le pre-

notazioni 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

dell'accordo.

**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 FVG n. 1321

dd. 11.07.2014 come revisionata con DGR FVG n. 182 dd. 02.02.2018.

**6.** Gli importi recuperati con i controlli rimangono alle Aziende Sanitarie e

vengono regolati nel saldo finale relativo all'annualità 2023 e non saranno

riconosciute, in conformità all'art. 2 comma 1 del presente accordo, even-

tuali eccedenze a valere sul budget dell'anno successivo.

7. Le contestazioni sull'appropriatezza effettuate dall'azienda, ancorché retroattive, hanno effetto sull'anno di esercizio nel quale è effettuata la contestazione.

8. 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 resta di competenza dell'Azienda e la Struttura Privata Accreditata invierà, entro i termini richiesti, una relazione sui fatti oggetto di contestazione alla struttura aziendale preposta.

#### **Articolo 7 = Rendicontazione e liquidazione dei corrispettivi**

1. Per quanto attiene la rendicontazione e la liquidazione dei corrispettivi si applicano le modalità e i termini previsti dall'art. 10 dell'Accordo di cui alla D.G.R. FVG n. 1037/2021. Le prestazioni erogate a cittadini residenti extra Regione vengono escluse dalla determinazione dell'acconto, in quanto non comprese nel budget assegnato.

2. L'addebito delle prestazioni sarà effettuato all'Azienda con fatturazione distinta per Azienda regionale di residenza degli utenti, utenti extraregionali e stranieri.

3. Le emissioni delle fatture mensili in acconto (calcolato sulla base del 70% del budget mensile teorico) trasmesse entro il 15 del mese saranno liquidate entro il 30 del mese stesso. In caso di trasmissione delle fatture dopo tale termine, il pagamento verrà effettuato entro i 15 giorni successivi alla data di ricevimento (protocollo d'arrivo). Le fatture a saldo saranno liquidate entro 90 giorni dal ricevimento.

4. Le fatturazioni di chiusura dell'anno 2023 saranno trasmesse entro e non

oltre il 15 marzo 2024.

#### **Articolo 8 = Decorrenza e durata**

1. Il presente accordo ha durata per l'anno 2023, con decorrenza a partire dal 1° gennaio e scadenza al 31 dicembre.

2. Le clausole del presente accordo possono essere modificate per effetto dell'entrata in vigore di disposizioni di legge, statale o regionale.

3. La validità del presente accordo è condizionata alla permanenza dei presupposti di autorizzazione e accreditamento della Struttura.

#### **Articolo 9 = Risoluzione anticipata del contratto**

1. Il presente accordo si risolve di diritto in caso di revoca dell'accreditamento, disposta con decreto della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità.

2. L'accordo 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 del comma 1, dell'art. 6 "Controlli e debito informativo" del presente accordo, decorso il termine di 30 giorni della diffida ad adempiere;

- inosservanza dell'obbligo di conservazione e custodia della documentazione prevista dalla normativa sulle prestazioni erogate;

- impedimento ai controlli esercitati dall'Azienda, ai sensi dell'art. 6 "Controlli e debito informativo" del presente accordo, decorso il termine di 30 giorni della diffida ad adempiere;

- mancato mantenimento dei livelli erogativi programmati con garanzia dell'articolazione sulle dodici mensilità;

- in tutti i casi in cui la risoluzione è prevista da disposizioni normative di settore.

**3.** L'inadempimento della Struttura determina il diritto dell'Azienda e della Regione al risarcimento dei danni.

**4.** Il presente accordo viene sottoscritto anche in assenza di informazione antimafia di cui D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159 e pertanto lo stesso sarà soggetto alla clausola risolutiva legale di cui al terzo comma dell'art. 92 del medesimo D.Lgs. n. 159/2011. L'azienda dal canto suo si impegna a chiedere l'emissione della predetta informazione antimafia contestualmente alla sottoscrizione contrattuale.

## **PARTE II**

**Acquisto ed erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale per conto del SSR a favore di assistiti della Regione FVG, con oneri da porre a carico delle due specifiche linee di attività finalizzate - c.d. sovraziendali -, distinte per l'attività di ricovero e per l'attività ambulatoriale, da utilizzarsi allo scopo di recuperare i volumi di prestazioni sanitarie oggetto di fuga extraregionale in attuazione della DGR 1037/2021 - anno 2023.**

### **Articolo 10 = Finalità dell'Accordo**

**1.** In conformità e nei limiti del finanziamento specifico di cui alla DGR FVG n. 480 dd. 17.03.2023, il presente Accordo è finalizzato alla riduzione, dei tempi di attesa e della conseguente mobilità extraregionale (fuga) degli utenti del S.S.R. FVG in attuazione della DGR FVG n.1037/2021. Detta finalità viene realizzata mediante l'ampliamento dell'offerta di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale secondo l'incremento dell'offerta

di cui al successivo art. 12.

**Articolo 11 = Oggetto del contratto**

1. Per le finalità stabilite al precedente art. 10, la Struttura si impegna ad erogare nella sede indicata nei provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento, a favore degli aventi diritto secondo la normativa statale e/o regionale vigente ed in coerenza con i provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento, le prestazioni inerenti alle branche specialistiche di cui al successivo art. 12.

2. Le branche specialistiche individuate al comma 1 rientrano in quelle che, ex DGR FVG n. 1763/2019, registrano una rilevante mobilità extraregionale.

**Articolo 12 = Volume di prestazioni erogabili e budget assegnato**

1. Il budget assegnato alla Struttura, comunque non superiore al tetto massimo fissato per il budget straordinario, per l'erogazione delle prestazioni oggetto del presente Accordo è specificato nella sotto riportata tabella nella quale è analiticamente individuato, allo stato, l'importo delle quote di competenza relative alle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale per l'annualità di riferimento e di vigenza del presente Accordo:

**Attività di specialistica ambulatoriale**

**Budget: € 448.465,98**

<b>BRANCA SPECIALISTICA</b>	<b>TIPOLOGIA PRESTAZIONI</b>	<b>N° PRESTAZIONI</b>
	TC totali	500
<b>Radiologia</b>	RMN addome, torace, cervello	400
	RMN (artoscan) (colonna e muscoloscheletriche cod. 88.93 e 88.94.1)	500
<b>Oculistica</b>	Interventi minori sul cristallino	110

Attività di ricovero

<b>BRANCA SPECIALISTICA</b>	<b>TIPOLOGIA PRESTAZIONI</b>	<b>BUDGET</b>
	DGR 544 sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto	
<b>Ortopedia</b>	DGR 223 chirurgia della spalla	€ 1.081.759,59
	DGR 225 interventi sul piede	
	DGR 503 interventi sul ginocchio senza diagnosi principale	

2. La Struttura si impegna a realizzare i volumi di attività e relativo ammontare sopra indicati con corrispondente riduzione dei volumi di attività e valore economico della mobilità passiva extraregionale e dei tempi di attesa.

3. La Struttura si impegna a programmare la propria attività in modo da garantire la continuità nell'erogazione delle prestazioni.

4. La Struttura applica le tariffe del nomenclatore tariffario regionale in vigore, approvato con DGR FVG n. 1680 del 14.09.2018 e successive modifiche ed integrazioni, al netto del ticket.

**Articolo 13 = Rendicontazione delle prestazioni e verifica della riduzione dei volumi di attività ed economici della mobilità passiva extraregionale e dei tempi di attesa**

1. In conformità all'Accordo approvato con DGR FVG n. 1037/2021, le prestazioni di cui all'art. 12 sono oggetto di apposita separata e analitica rendicontazione rispetto all'utilizzo del finanziamento specifico finalizzato ed entro i limiti del budget individuato al medesimo art. 12.

2. La Struttura s'impegna mensilmente a fornire all'Azienda apposita rendicontazione analitica delle prestazioni effettuate di cui all'art. 12.



3. Sulla base dei dati derivanti dalle rendicontazioni, l'Azienda provvede a verificare la congruità delle prestazioni erogate rispetto alle condizioni stabilite nel presente Accordo.

4. Ai sensi dell'art. 6 della DGR FVG n. 1037/2021 "le parti si impegnano ad attivare tavoli di confronto almeno una volta l'anno, anche con le Aziende sanitarie ed ARCS per gli aspetti di competenza, per un'analisi congiunta della reportistica prodotta da queste ultime, ai fini della valutazione dell'efficacia della presente progettualità e del permanere delle condizioni necessarie alla sua prosecuzione e al suo finanziamento. Qualora sulla base dei dati oggettivi rilevati, emerga una parziale o totale inefficacia della progettualità oggetto del presente Accordo, avendo particolare riguardo al raggiungimento degli obiettivi prefissati di riduzione progressiva dei tempi di attesa e della connessa mobilità passiva extraregionale, la Regione, previo confronto con gli erogatori privati accreditati, potrà adottare le azioni necessarie a rimodulare, limitare e/o sospendere tale progettualità ed il relativo finanziamento".

5. Giusta DGR FVG n. 480/2023 relativamente all'utilizzo delle risorse finanziarie aggiuntive di cui alle linee di stanziamento delle c.d. sovrazienali n. 58 e n. 59, si farà riferimento, altresì, alle specifiche direttive e indirizzi emanati dal Servizio Assistenza Distrettuale e Ospedaliera della Regione.

#### **Articolo 14 = Liquidazione del corrispettivo**

1. Non sono oggetto di remunerazione alcuna le seguenti prestazioni e, precisamente:

\* quelle erogate a cittadini non residenti in Regione FVG;

\* quelle non ricomprese nelle branche specialistiche e nelle tipologie prestazionali individuate analiticamente al precedente art. 12;

\* quelle che, seppur ricomprese nelle branche specialistiche e nelle tipologie prestazionali individuate analiticamente al precedente art. 12, superano per valore economico il budget concretamente attribuito di cui al medesimo articolo;

\* quelle non rendicontate secondo le specifiche modalità stabilite al precedente art. 13.

2. L'addebito delle prestazioni sarà effettuato all'Azienda con fatturazione dalla quale emerga il costo riconducibile alle prestazioni erogate e suddivise per ciascuna prestazione specialistica e allegata rendicontazione analitica e dettagliata.

3. L'Azienda, riconosce un acconto mensile da considerarsi quale anticipazione finanziaria nella misura del 70% del budget mensile teorico.

4. Le fatture emesse saranno liquidate nella suddetta misura entro 60 giorni dal ricevimento e per il restante 30% dopo il processo di verifica di cui al precedente articolo 13.

#### **Articolo 15 = Condizioni per l'erogazione delle prestazioni sanitarie**

1. La Struttura si impegna a mantenere tutti i requisiti, strutturali, tecnologici ed organizzativi, generali e specifici, di autorizzazione e di accreditamento, relative alle prestazioni oggetto del presente Accordo.

2. La Struttura garantisce che l'attività oggetto del presente Accordo verrà svolta impiegando personale in possesso dei prescritti titoli abilitanti e che non si trovi in situazioni di incompatibilità.

3. 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.

4. La revoca o la sospensione dell'accreditamento, disposta con decreto della Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità determina la risoluzione o la sospensione del presente contratto.

5. L'accertamento della non conformità ai requisiti di autorizzazione e/o di accreditamento determina la relativa comunicazione alla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità per gli adempimenti di competenza.

6. La Struttura si impegna a comunicare all'Azienda e alla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità i periodi di sospensione di attività da qualsiasi causa determinate, specificandone la motivazione.

7. La Struttura si impegna a mantenere l'applicazione del CCNL di categoria e degli obblighi previdenziali conseguenti per tutta la durata del contratto.

8. La Struttura si impegna a trasmettere alla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità i documenti relativi agli accordi con laboratori esterni per l'acquisto di prestazioni analitiche, con i riferimenti agli standard di qualità assicurati.

**Articolo 16 = Accesso utenza e certificazioni di malattia**

1. L'accesso dell'utenza alle prestazioni erogate dalla Struttura avviene tramite proposta motivata del medico di fiducia dell'Assistito su ricettario S.S.N. o altro specialista autorizzato all'utilizzo del ricettario regionale. La Struttura garantisce la parità di trattamento tra utenti, senza alcuna discriminazione tra esenti e non esenti ticket, prevedendo una distribu-

zione dell'offerta nell'arco di dodici mesi. Al fine di semplificare l'accesso dei cittadini alle prestazioni ambulatoriali, la Struttura si impegna ad attivare e mantenere aggiornata la propria offerta a CUPweb e la disponibilità della prenotazione a Call Center regionale.

**2.** La Struttura è tenuta ad effettuare i controlli sulla regolarità delle prescrizioni mediche, in conformità alle norme in materia di quota di partecipazione ed esenzioni, e a verificare e documentare la residenza dell'assistito (con codice fiscale alfanumerico), rilevandola opportunamente nei sistemi informativi. Non possono essere accettate in esenzione prescrizioni senza l'evidente identificazione del codice di esenzione riportato sulla ricetta dal medico prescrittore. Eventuali errori nelle prescrizioni saranno segnalati all'Azienda per gli adempimenti di pertinenza.

**3.** Le agende devono risultare sempre aperte con disponibilità, ossia in qualsiasi giorno dell'anno solare hanno almeno 12 mesi successivi di possibile offerta di prenotazione. Ogni condizione al di fuori di questa fattispecie è considerata agenda chiusa. Il verificarsi di motivate e riconosciute situazioni che impediscono l'erogazione di una prestazione sanitaria, deve essere comunicato alla Direzione dell'Azienda e alla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità, secondo i criteri generali della D.G.R. 1815/2019 - Piano regionale di governo delle liste d'attesa - paragrafo 3.5.

**4.** Le agende di tutte le prestazioni di primo accesso devono essere articolate per classe di priorità (Breve, Differita, Programmata) come definito dalla D.G.R. 1815/2019 "Piano regionale di governo delle liste d'attesa", assicurando adeguati livelli di collaborazione per il conseguimento degli

obiettivi aziendali che prevedono la garanzia erogativa nei tempi previsti per il 90% delle prenotazioni. L'offerta ambulatoriale dovrà essere strutturata dando maggiore disponibilità per posti con priorità B e D.

5. In ossequio alla circolare n. 1/2010/DFP/DDI dd. 11.03.2010 della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimenti della Funzione Pubblica e per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e per l'Innovazione - la Struttura si impegna a rilasciare la certificazione di malattia esclusivamente per via telematica. In caso di impossibilità del rilascio digitale, la predetta certificazione potrà essere rilasciata in forma cartacea da qualsiasi medico dipendente della Struttura.

6. La Struttura si impegna altresì a dotare il personale medico delle credenziali personali da INPS ed INAIL necessarie, oltre a redigere le predette certificazioni di malattia, anche i certificati di invalidità nonché di infortunio sul lavoro.

#### **Articolo 17 = 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 alimentare il FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico), comunicare le prescrizioni dematerializzate prese in carico ed inviare i dati relativi alle prestazioni effettuate entro il giorno 5 del mese successivo.

2. L'azienda, in attuazione della DGR FVG n. 299 dd. 20.02.2015, si attiva per mettere a disposizione delle strutture, che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale, le agende informatizzate (G2 Strutture) e le prenotazioni su CUPWEB (G3 Sportello) con la supervisione e il supporto

all'autonoma attività gestionale e di prenotazione da parte della propria Direzione del CUP.

**3.** 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 FVG n. 1321 dd. 11.07.2014, come revisionata con DGR FVG n. 182 dd. 02.02.2018.

**6.** Gli importi recuperati con i controlli rimangono alle Aziende Sanitarie e vengono regolati nel saldo finale relativo all'annualità 2023 e non saranno riconosciute, in conformità all'art. 2 comma 1 del presente accordo, eventuali eccedenze a valere sul budget dell'anno successivo.

**7.** Le contestazioni sull'appropriatezza effettuate dall'azienda, ancorché retroattive, hanno effetto sull'anno di esercizio nel quale è effettuata la contestazione.

**8.** 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 resta di competenza dell'Azienda e la

Struttura Privata Accreditata invierà, entro i termini richiesti, una relazione sui fatti oggetto di contestazione alla struttura aziendale preposta.

#### **Articolo 18 = Decorrenza e durata**

1. Il presente Accordo decorre dall'1 gennaio 2023 e scade al 31 dicembre 2023.

2. Le clausole del presente Accordo possono essere modificate per effetto dell'entrata in vigore di disposizioni di legge, statale o regionale.

#### **Articolo 19 = Risoluzione anticipata del contratto**

1. Il presente Accordo si risolve di diritto in caso di revoca dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento disposto con decreto della Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità.

2. L'Accordo si intende, altresì, 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 del comma 1, dell'art. 17 "Controlli e debito informativo" del presente contratto, decorso il termine di 30 giorni della diffida ad adempiere;

- inosservanza dell'obbligo di conservazione e custodia della documentazione prevista dalla normativa sulle prestazioni erogate;

- impedimento ai controlli esercitati dall'Azienda, ai sensi dell'art. 17 "Controlli e debito informativo" del presente contratto, decorso il termine di 30 giorni della diffida ad adempiere;

- in tutti i casi in cui la risoluzione è prevista da disposizioni normative di settore.

3. L'inadempimento della Struttura determina il diritto dell'Azienda e della

Regione al risarcimento dei danni.

4. Il presente accordo viene sottoscritto anche in assenza di informazione antimafia di cui D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159 e pertanto lo stesso sarà soggetto alla clausola risolutiva legale di cui al terzo comma dell'art. 92 del medesimo D.Lgs. n. 159/2011. L'azienda dal canto suo si impegna a chiedere l'emissione della predetta informazione antimafia contestualmente alla sottoscrizione contrattuale.

#### **DISPOSIZIONI FINALI E GENERALI**

##### **Articolo 20 = Partecipazione a tavoli aziendali**

1. La Struttura si impegna con la sottoscrizione del presente Accordo alla partecipazione ai tavoli convocati dall'Azienda anche allo specifico fine di definire percorsi di presa in carico ed di appropriatezza prescrittiva.

##### **Articolo 21 = Tutela dei dati personali**

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. 5 e 16 (Accesso dell'utenza) nonché degli artt. 6 e 17 (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.5, 6, 16 e 17 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) 2016/679 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](mailto:asugi@certsanita.fvg.it).

**3.** 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 orga-

nizzative 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, la **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. 5 e 16 (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](mailto: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 22 = Tracciabilità dei flussi finanziari**

**1.** Con la sottoscrizione del presente accordo la Struttura assume 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; si impegna ad 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 23 = Incompatibilità**

**1.** È fatto divieto alle strutture private accreditate di avere nel proprio organico o a livelli di consulenti, personale medico e non, in posizione di incompatibilità ex art. 4 comma 7 della L n. 412 del 31.12.1991 e art. 1 della L. n. 662 del 23.12.1996.

**2.** La Struttura si impegna a fornire all'Azienda l'elenco aggiornato del personale cui si avvale a qualsiasi titolo, comunicando semestralmente le variazioni intervenute.

**3.** A seguito dei controlli, l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità determina l'applicazione delle sanzioni previste dalla normativa vigente nonché la segnalazione alla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità per l'adozione delle determinazioni conseguenti.

#### **Articolo 24 = Incedibilità del contratto e cessione dei crediti**

**1.** La Struttura si impegna ad eseguire direttamente le prestazioni oggetto del presente Accordo 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.

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 25 = Registrazione e altri adempimenti**

1. Il presente contratto è redatto in unica copia con sottoscrizioni digitali, rispettivamente, dei rappresentanti della Struttura e dell'Azienda muniti dei poteri di firma. L'Azienda trasmetterà una copia telematica alla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità.

2. Sono a carico della Struttura tutti gli oneri relativi alla stipula del presente Accordo. 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 - Autorizzazione dell'Agenzia delle Entrate - Ufficio Territoriale di Trieste n. 173/2020 del 2 gennaio 2020.

3. In relazione alla registrazione in caso d'uso l'onere è a carico di chi vi ricorre.

#### **Articolo 26 = Foro competente**

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

#### **Articolo 27 = Norma di rinvio**

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

**Articolo 28 = Disposizioni finali**

1. Vista la DGR FVG n. 480 del 17 marzo 2023 e, in particolare, le linee di finanziamento n. 58 e n. 59 c.d. sovraziendali in cui si prevede la disponibilità di specifiche e aggiuntive risorse finanziarie destinate a facilitare l'attività di incremento delle prestazioni sanitarie di cui alla citata DGR FVG n. 1037/2021, le parti convengono che l'accordo approvato con decreto del Direttore Generale n. 872 del 08.10.2021, debitamente sottoscritto, che ha già cessato di produrre effetti dall'1 gennaio 2022 relativamente al budget straordinario anno 2022, continua a produrre effetti esclusivamente per quanto riguarda le prestazioni rese nell'anno 2021.

2. Le parti danno atto che si è proceduto alla liquazione integrale di tutte le fatture emesse a seguito dell'attività svolta con riferimento alla progettualità straordinaria 2021.

3. Le parti concordano che gli effetti di cui alle verifiche previste dagli artt. 13 e 14 del sopra citato accordo - che qui si intendono integralmente richiamati e riportati - approvato con decreto del Direttore Generale n. 872 dell'08.10.2021, avranno efficacia, anche e soprattutto ai fini dell'eventuale recupero economico, a decorrere dall'1 gennaio 2023.

4. Per quanto concerne la progettualità straordinaria erogata nel 2021, a seguito delle verifiche previste dagli artt. 13 e 14 dell'accordo approvato con decreto del Direttore Generale n. 872 d.d. 08.10.2021, nell'eventualità di parziale o totale inefficacia del recupero delle Liste di Attesa, la Struttura si impegna a partecipare ad un tavolo aziendale concordato sul tema del recupero economico da parte di A.S.U.G.I, prevedendo una possibile rimodulazione del budget ordinario del triennio 2024-2026, al fine di garan-

tire l'invarianza finanziaria di cui alla DGRFVG n. 1037/2021.

Letto, approvato e sottoscritto nelle date delle rispettive sottoscrizioni digitali.

**Per l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina**

Il Direttore ff. della S.C. Affari generali e Patrimonio

Dott. \_\_\_\_\_

(per delega del Direttore Generale dott. Antonio Poggiana)

**Per la Struttura Casa di Cura SANATORIO TRIESTINO S.p.A.**

L'Amministratore Delegato

Dott. \_\_\_\_\_

Le parti, letto e condiviso, accettano espressamente i contenuti degli artt. 9, 19 e 28.

**Per l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina**

Il Direttore ff. della S.C. Affari generali e Patrimonio

Dott. \_\_\_\_\_

(per delega del Direttore Generale dott. Antonio Poggiana)

**Per la Struttura Casa di Cura SANATORIO TRIESTINO S.p.A.**

L'Amministratore Delegato

Dott. \_\_\_\_\_

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: DANIELE PITTIONI

CODICE FISCALE: PTTDNL61R10L483E

DATA FIRMA: 09/08/2023 15:49:43

IMPRONTA: 4B3FAD7680012696E422DA8DF5905212250983B03CAE31C98F4F0F9EAA837F03  
250983B03CAE31C98F4F0F9EAA837F03629F97D22D9370591AA2700176BDF207  
629F97D22D9370591AA2700176BDF20727434E86DD70EE312EA849F3B1FE9A80  
27434E86DD70EE312EA849F3B1FE9A808F94345E58DC9F67FA34EC25323C8D13

NOME: EUGENIO POSSAMAI

CODICE FISCALE: PSSGNE59M27C957L

DATA FIRMA: 09/08/2023 15:58:22

IMPRONTA: 3997C791EE83C65AF7909A03A5B209AB3976CAFECBEC68D737A2DF6B9CDBBA2A  
3976CAFECBEC68D737A2DF6B9CDBBA2A5038A63236284AEABF6D48E11597309B  
5038A63236284AEABF6D48E11597309BD7C117852067C3C17111BD857F9EB501  
D7C117852067C3C17111BD857F9EB5015BAD61E5F114B52FC31BF535D0FD704C

NOME: ANTONIO POGGIANA

CODICE FISCALE: PGGNTN64M30C743F

DATA FIRMA: 09/08/2023 16:03:21

IMPRONTA: 453DA6BBF4A9452F314E72EFBA6049100E77AAA0752A7EEAEC8DB364598C103E  
0E77AAA0752A7EEAEC8DB364598C103EADB48E020B4F3ADA771C678C0BC03A5D  
ADB48E020B4F3ADA771C678C0BC03A5D580E8C46B4EED93E196A7A5BBE36B214  
580E8C46B4EED93E196A7A5BBE36B214F48FC407F43A349DD769054DF41BFBCA

NOME: MARILENA FRANCIOSO

CODICE FISCALE: FRNMLN57L54E098U

DATA FIRMA: 09/08/2023 16:08:38

IMPRONTA: 34B2488B7259D6829A0190D2DCB33FE78CC3CEE0343126B4C61BA5D84CD131F0  
8CC3CEE0343126B4C61BA5D84CD131F0F576688BD863FBDEE1A8E684F88B944D  
F576688BD863FBDEE1A8E684F88B944DB41E2472245BCCDDC3C8CDC886646CA4  
B41E2472245BCCDDC3C8CDC886646CA4041F313675834D38EBCBC29BE11D4B8