

**ACCORDO TRA L'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO-ISONTINA E
L'ISTITUTO FISIOTERAPICO MAGRI SNC PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI
DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE – ANNO 2022.**
(ai sensi dell'art. 8 quinquies D.Lgs. 502/92)

TRA

l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina con sede in Trieste via Costantino Costantinides, C.F. e P. IVA 01337320327, in persona del Direttore della Struttura Complessa Convenzioni, Affari generali e Legali – dott.ssa Bernardetta Maioli, delegata alla firma del presente atto dal Direttore Generale e legale rappresentante dell'Azienda dott. Antonio Poggiana, giusto decreto n. 271 del 1 aprile 2021;

E

l'Istituto Fisioterapico Magri S.n.c., con sede in Trieste, Via Silvio Pellico 8, Partita IVA 00664210325, in persona del legale rappresentante sig. Rino MAGRI, 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 e che l'art. 8 quinquies, comma 2-quinquies del medesimo D.Lgs 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. che l'art. 65 della L.R. n. 22 del 12.12.2019 *“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”* prevede che la stipula di accordi contrattuali regionali con le organizzazioni rappresentative delle strutture private e di accordi aziendali con le strutture accreditate per l'erogazione di prestazioni per conto e con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale siano definiti 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. che con L.R. 27 del 17.12.2018 rubricata *“Assetto Istituzionale e Organizzativo del Servizio Sanitario Regionale”* è stata istituita l'Azienda Sanitaria 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. che con la DGR n. 1763 del 18.10.2019 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. che con DGR 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 disposizioni 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. che la DGR n. 1037 del 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 dicembre 2019, n. 157;

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

- un ulteriore finanziamento per le branche specialistiche individuate dalla DGR 1763/2019 ripartito tra le strutture già accreditate e le strutture di nuovo accreditamento;
- 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 definizione 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;

8. la sopra citata Delibera di Giunta Regionale stabiliva altresì:

- un ulteriore finanziamento per le branche specialistiche individuate dalla DGR 1763/2019 ripartito tra le strutture già accreditate e le strutture di nuovo accreditamento, in considerazione che dai dati contenuti nell'allegato della citata DGR 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. n. 22/2019 e nei limiti percentuali previsti dal medesimo comma;
- 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, difatti testualmente recita che: *“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”*;

9. con decreto del direttore generale n 872 del 8 ottobre 2021 veniva approvato lo schema contrattuale con le strutture private accreditate efferenti al territorio dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, avente ad oggetto nella sezione denominata “PARTE I” l'acquisto e l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 e l'erogazione di prestazioni 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 sulla base delle disposizioni contenute nell'apposito paragrafo rubricato “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.

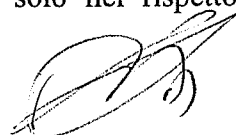
10. Con DGR n. 321 del 11 marzo 2022 sono state approvate, in via preliminare, le Linee per la gestione del SSR 2022 con le quali sono stati identificati gli obiettivi per l'anno 2022, i vincoli gestionali e le risorse disponibili. In particolare al punto 2.1.13 “Erogatori Privati” si prevede la disponibilità di specifiche e aggiuntive risorse finanziarie destinate a facilitare l'attività di incremento delle prestazioni sanitarie di cui alla citata DGR n. 1037/2021 (linee 48 e 49).

11. che l'Istituto Fisioterapico Magri, di seguito struttura, è autorizzato all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento Prot. 54202-13/GEN.IV.1.D.6, dd.14/11/2013, rilasciato dall'allora Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 “Triestina”;

12. che la Struttura è accreditata a pieno titolo con decreto n. 546/SPS del 21/3/2019 della Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali per conto del SSR (prorogata al 29.6.2022, per effetto del combinato disposto dei summenzionati decreti legge n. 18/2020 e n. 221/2021), nelle seguenti branche specialistiche:

- Medicina fisica e riabilitativa

13. che 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;

14. che 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;

15. che la DGR 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);

16. che 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 n. 1680 del 14/09/2018 e s.m.i.;

17. che le DGR 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;

18. che all'art. 6 nella sezione "Progettualità recupero fuga extraregionale e liste d'attesa" della DGR 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 ambulatoriale;

19. che, 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 addivenire ad eventuale modifica e/o integrazione del presente accordo;

20. che con decreto del Direttore Generale n. dd è stato approvato il testo del presente accordo.

Tutto ciò premesso e considerato, le parti stipulano e sottoscrivono il presente contratto, avente ad oggetto nella sezione denominata "PARTE I" l'acquisto e l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 2022, nella sezione denominata "PARTE II" l'acquisto e l'erogazione di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale 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 2022.

PARTE I

Acquisto ed erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 2022, nella sezione denominata – BUDGET ORDINARIO

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:

Medicina fisica e riabilitazione

Articolo 2

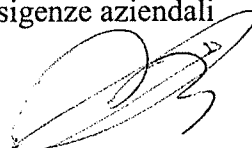
Volume di prestazioni erogabili e limiti di spesa

- Il budget assegnato alla Struttura per prestazioni a residenti FVG per l'anno 2022 è di complessivi € 138.103,98 per le quote di competenza relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.
Si precisa che, in coerenza con quanto definito dalla DGR 1037/2021, eventuali prestazioni eccedenti il budget sono riconosciute fino a un massimo del 5% da detrarsi dal budget dell'anno successivo; ulteriori prestazioni non vengono riconosciute. Parimenti, vengono riassegnati per l'anno successivo sottoutilizzi di budget entro e non oltre il 5% del budget stesso entro il triennio di vigenza dell'accordo.
- Fermo restando quanto determinato al precedente comma 1, la Struttura si impegna a realizzare i volumi di attività di seguito indicati:

Branca	Prestazione	n° prestazioni	€ 138.103,98
Medicina Fisica e Riabilitazione	Rieducazione motoria individuale 30' Rieducazione motoria individuale 45' Rieducazione motoria individuale 60' Training deambulatori e del passo mobilizzazione vertebrale, mobilizzazione articolare Altre prestazioni	3000	
	Terapia antalgica strumentale	2000	

Ai sensi della DGR 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 (laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, mesoterapia, esercizio assistito in acqua) sono erogabili esclusivamente per le indicazioni cliniche specificate nell'allegato 2 della precedente DGR 2747/2002 e solamente a residenti regionali (EXTRA LEA FVG).

- La Struttura si impegna a programmare la propria attività in modo da garantire la continuità nell'erogazione delle prestazioni.
- La Struttura applica le tariffe del nomenclatore tariffario regionale in vigore, approvato con DGR n. 1680 del 14.09.2018 e successive modifiche ed integrazioni, al netto del ticket.
- La struttura si impegna ad utilizzare i codici di diagnosi e le relative tariffe di ricovero di cui alla "classifica della malattia Sars-Co-V-2 (Covid-19) e sue manifestazioni cliniche e nuove linee guida di codifica della SDO" approvate dal Ministero della Salute.
- 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 € 0,00 (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.

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, relative alle prestazioni oggetto del presente contratto.
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 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 5

Accesso utenza

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 distribuzione dell'offerta nell'arco di dodici mesi. Al fine di semplificare l'accesso dei cittadini alle prestazioni ambulatoriali, la

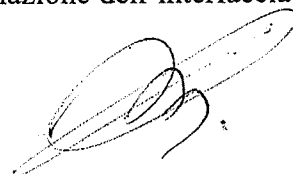
Struttura si impegna ad attivare e mantenere aggiornata la propria offerta a CUPweb e la disponibilità della prenotazione a Call Center regionale.

2. La Struttura è tenuta ad effettuare i controlli sulla regolarità delle prescrizioni mediche, in conformità alle norme in materia di quota di compartecipazione 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. Per fratture con disabilità minimali segmentarie (es: fratture di polso), al medico specialista ortopedico ospedaliero, qualora ritenuto di dover attivare rapidamente un percorso riabilitativo, è data facoltà di prescrivere esclusivamente la prestazione di rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale -codice 93.11.4 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.

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 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 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. Si applicano le modalità e i termini previsti dall'art. 10 dell'Accordo di cui alla D.G.R. 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 gg 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 2022 saranno trasmesse entro e non oltre il 15 marzo 2023.

Articolo 8

Decorrenza e durata

1. Il presente contratto ha durata per l'anno 2022, con decorrenza a partire dal 1° gennaio e scadenza al 31 dicembre. Fino alla stipula del successivo contratto, che decorre dal 1° gennaio 2023, il contenuto del presente contratto si intende provvisoriamente confermato.
2. Le clausole del presente contratto possono essere modificate per effetto dell'entrata in vigore di disposizioni di legge, statale o regionale.
3. La validità del presente contratto è condizionata alla permanenza dei presupposti di autorizzazione e accreditamento della Struttura.

4. Il presente contratto è redatto in duplice copia, una per la Struttura e l'altra per l'Azienda, che ne trasmetterà una copia telematica alla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità.

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, Politiche sociali e Disabilità.
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 del comma 1, dell'art. "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. "Controlli e debito informativo" del presente contratto, 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.

PARTE II

Acquisto ed erogazione di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale 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. sovrazionali -, 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 2022.

Articolo 10

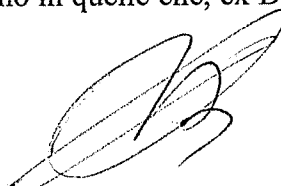
Finalità dell'Accordo

1. In conformità e nei limiti del finanziamento specifico di cui alla DGR 321 dd. 21.01.2022, 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 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. 11.

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 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 specialistica ambulatoriale per ciascuna annualità di riferimento e di vigenza del presente Accordo:

Branca	Prestazione	n° prestazioni	€ 50.000
Medicina Fisica e Riabilitazione	Rieducazione motoria individuale in motuleso grave, strumentale complessa per seduta di 60 minuti (93.11.1)	2000	
	Rieducazione motoria individuale in motuleso grave, semplice per seduta di 45 minuti (93.11.2)		
	Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice per seduta di 30 minuti (93.11.4)		
	Rieducazione motoria di gruppo (93.11.5)		
	Mobilizzazione di altre articolazioni manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni (93.16)		
	Training deambulatori e del passo incluso: addestramento all'uso di protesi, ortesi, ausili e/o istruzione dei familiari (93.22)		
	Elettroterapia di muscoli normo o denervati della mano o del viso (93.39.6)		
	Magnetoterapia (93.39.8)		
	Ultrasonoterapia (93.39.9)		
Lasert terapia antalgica (99.99.1)			

2. La Struttura si impegna a realizzare i volumi di attività e relativo ammontare sopra indicati con relativa 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 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 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 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. Come previsto dalla DGR 321/2022 relativamente all'utilizzo delle risorse finanziarie aggiuntive di cui alle linee sovraziendali n. 48 e 49, 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 comma 3.

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

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 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 compartecipazione 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.

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 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 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 2022 e scade al 31 dicembre 2022.
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. "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. "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.

DISPOSIZIONI FINALI E GENERALI

Articolo 20

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, Istituto Fisioterapico Magri Snc 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 Istituto Fisioterapico Magri Snc saranno comunicati separatamente ad ASUGI, contestualmente alla sottoscrizione del presente accordo.

Articolo 21

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, accessi 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 22

Incompatibilità

1. E' 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 23

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 24

Registrazione e altri adempimenti

1. Il presente contratto è redatto in duplice copia, una per la Struttura e l'altra per l'Azienda, che ne 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 25

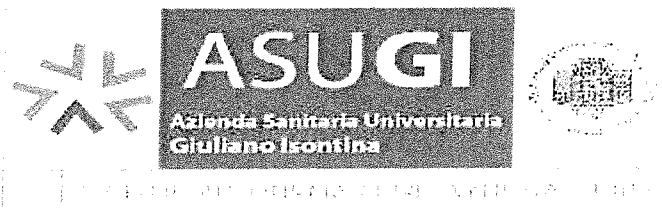
Foro competente

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

Articolo 26

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.
2. Nel caso di interventi normativi nazionali o regionali specifici aventi ad oggetto l'erogazione di prestazioni volte a fronteggiare la pandemia covid19, con conseguente relativo finanziamento specifico il presente accordo verrà conseguentemente integrato.



Articolo 27

Disposizioni finali

Vista la DGR n. 321 del 11 marzo 2022 e in particolare il punto 2.1.13 “Erogatori Privati” 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 n. 1037/2021 (linee 48 e 49), le parti convengono che l’accordo approvato con decreto del Direttore Generale n. 872 del 08/10/2021 e sottoscritto in data 25/10/2021 cessa di produrre effetti dall’1 gennaio c.a. relativamente al budget straordinario anno 2022, continuando ad avere effetti esclusivamente per quanto riguarda le prestazioni rese nell’anno 2021.

Le parti concordano di procedere alla liquazione integrale di tutte le fatture emesse a seguito dell’attività svolta con riferimento alla progettualità straordinaria 2021.

Le parti concordano che gli effetti di cui alle verifiche previste dagli artt. 13 e 14 del sopra citato accordo approvato con decreto del Direttore Generale n. 872 del 08/10/2021, anche e soprattutto dell’eventuale recupero, decorreranno solo dal 1 gennaio 2023.

Per l’Azienda Sanitaria Universitaria

Giuliano Isontina

Il Direttore della Struttura Complessa

Convenzioni, Affari generali e Legali

dott.sa Bernardetta Maioli

(per delega del Direttore Generale dott. Antonio Poggiana)

Per la Struttura

Il legale rappresentante p.t.

sig. Rino MAGRI

Le parti, letto e condiviso, accettano espressamente i contenuti degli artt. 9, 19 e 27

Per l’Azienda Sanitaria Universitaria

Giuliano Isontina

Il Direttore della Struttura Complessa

Convenzioni, Affari generali e Legali

dott.sa Bernardetta Maioli

(per delega del Direttore Generale dott. Antonio Poggiana)

Per la Struttura

Il legale rappresentante p.t.

sig. Rino MAGRI



**ACCORDO TRA L'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO-ISONTINA E
LA FISIOTERAPIA RINALDI SRL PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI
SPECIALISTICA AMBULATORIALE - ANNO 2022**
(ai sensi dell'art. 8 quinquies D.Lgs. 502/92)

TRA

l'**Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina** con sede in Trieste via Costantino Costantinides, C.F. e P. IVA 01337320327, in persona del Direttore della Struttura Complessa Convenzioni, Affari generali e Legali – dott.ssa Bernardetta Maioli, delegata alla firma del presente atto dal Direttore Generale e legale rappresentante dell'Azienda dott. Antonio Poggiana, giusto decreto n. 271 del 1 aprile 2021;

E

la **Fisioterapia Rinaldi S.r.l.**, con sede in Trieste, via S. Lazzaro 1, Partita IVA 00124360322, in persona dell'amministratore unico sig.ra Margherita Redoni, 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 e che l'art. 8 quinquies, comma 2-quinquies del medesimo D.Lgs 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. che l'art. 65 della L.R. n. 22 del 12.12.2019 *“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”* prevede che la stipula di accordi contrattuali regionali con le organizzazioni rappresentative delle strutture private e di accordi aziendali con le strutture accreditate per l'erogazione di prestazioni per conto e con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale siano definiti 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. che con L.R. 27 del 17.12.2018 rubricata *“Assetto Istituzionale e Organizzativo del Servizio Sanitario Regionale”* è stata istituita l'Azienda Sanitaria 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. che con la DGR n. 1763 del 18.10.2019 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. che con DGR 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 disposizioni 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. che la DGR n. 1037 del 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 dicembre 2019, n. 157;

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

- un ulteriore finanziamento per le branche specialistiche individuate dalla DGR 1763/2019 ripartito tra le strutture già accreditate e le strutture di nuovo accreditamento;
- 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 definizione 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;

8. la sopra citata Delibera di Giunta Regionale stabiliva altresì:

- un ulteriore finanziamento per le branche specialistiche individuate dalla DGR 1763/2019 ripartito tra le strutture già accreditate e le strutture di nuovo accreditamento, in considerazione che dai dati contenuti nell'allegato della citata DGR 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. n. 22/2019 e nei limiti percentuali previsti dal medesimo comma;
- 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, difatti testualmente recita che: *“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”*;

9. con decreto del Direttore Generale n. 872 del 8 ottobre 2021 veniva approvato lo schema contrattuale con le strutture private accreditate efferenti al territorio dell’Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, avente ad oggetto nella sezione denominata “PARTE I” l’acquisto e l’erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 e l’erogazione di prestazioni 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 sulla base delle disposizioni contenute nell’apposito paragrafo rubricato “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.

Con DGR n. 321 del 11 marzo 2022 sono state approvate, in via definitiva, le Linee per la gestione del SSR 2022 con le quali sono stati identificati gli obiettivi per l’anno 2022, i vincoli gestionali e le risorse disponibili. In particolare al punto 2.1.13 “Erogatori Privati” 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 n. 1037/2021 (linee 48 e 49).

10. che la Fisioterapia Rinaldi S.r.l., di seguito struttura, è autorizzata all’esercizio di attività sanitaria con provvedimento Prot. 29084-12/GEN.IV.1.D.6 02/07/2012, rilasciato dall’allora Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 “Triestina”;

11. che la Struttura è accreditata a pieno titolo con i decreti n. 912/SPS del 22.6.2018 e n. 54/SPS dell’11.1.2019, cui scadenza deve intendersi prorogata al 29.6.2022, per effetto del combinato disposto dei decreti legge n. 18/2020 e n. 221/2021 come comunicato con nota n. 3588/SPS del 4/2/2022 della Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità per l’erogazione di prestazioni ambulatoriali per conto del SSR, nelle seguenti branche specialistiche:

- **Medicina fisica e riabilitativa**

12. che 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. che 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. che la DGR 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. che 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 n. 1680 del 14/09/2018 e s.m.i.;

16. che le DGR 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. che all'art. 6 nella sezione "Progettualità recupero fuga extraregionale e liste d'attesa" della DGR 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 ambulatoriale;

18. che, 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 addivenire ad eventuale modifica e/o integrazione del presente accordo;

19. che con decreto del Direttore Generale n. dd è stato approvato il testo del presente accordo

Tutto ciò premesso e considerato, le parti stipulano e sottoscrivono il presente contratto, avente ad oggetto nella sezione denominata "PARTE I" l'acquisto e l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 2022, nella sezione denominata "PARTE II" l'acquisto e l'erogazione di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale 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 2022.

PARTE I

Acquisto ed erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 2022, nella sezione denominata – BUDGET ORDINARIO

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:

Medicina fisica e riabilitazione

Articolo 2

Volume di prestazioni erogabili e limiti di spesa

1. Il budget assegnato alla Struttura per prestazioni a residenti FVG per l'anno 2022 è di complessivi € 307.376,72 per le quote di competenza relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.
Si precisa che, in coerenza con quanto definito dalla DGR 1037/2021, eventuali prestazioni eccedenti il budget sono riconosciute fino a un massimo del 5% da detrarsi dal budget dell'anno successivo; ulteriori prestazioni non vengono riconosciute. Parimenti, vengono riassegnati per l'anno successivo sottoutilizzi di budget entro e non oltre il 5% del budget stesso entro il triennio di vigenza dell'accordo.
2. Fermo restando quanto determinato al precedente comma 1, la Struttura si impegna a realizzare i volumi di attività di seguito indicati:

Branca	Prestazione	n° prestazioni	€ 307.376,72
Medicina Fisica e Riabilitativa	Rieducazione motoria individuale 30'	5500	
	Rieducazione motoria individuale 45'		
	Rieducazione motoria individuale 60'		
	Training deambulatori e del passo Altre prestazioni		
	Rieducazione motoria di gruppo e post.	2600	
	Terapia antalgica strumentale	6000	

Ai sensi della DGR 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 (laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, mesoterapia, esercizio assistito in acqua) sono erogabili esclusivamente per le indicazioni cliniche specificate nell'allegato 2 della precedente DGR 2747/2002 e solamente a residenti regionali (EXTRA LEA FVG).

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 n. 1680 del 14.09.2018 e successive modifiche ed integrazioni, al netto del ticket.
5. La struttura si impegna ad utilizzare i codici di diagnosi e le relative tariffe di ricovero di cui alla “classifica della malattia Sars-Co-V-2 (Covid-19) e sue manifestazioni cliniche e nuove linee guida di codifica della SDO” approvate dal Ministero della Salute.



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 € 0, (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.

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, relative alle prestazioni oggetto del presente contratto.
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 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 5

Accesso utenza

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 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 compartecipazione 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. Per fratture con disabilità minimali segmentarie (es: fratture di polso), al medico specialista ortopedico ospedaliero, qualora ritenuto di dover attivare rapidamente un percorso riabilitativo, è data facoltà di prescrivere esclusivamente la prestazione di rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale -codice 93.11.4 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.

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 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 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. Si applicano le modalità e i termini previsti dall'art. 10 dell'Accordo di cui alla D.G.R. 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 gg 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 2022 saranno trasmesse entro e non oltre il 15 marzo 2023.

Articolo 8

Decorrenza e durata

1. Il presente contratto ha durata per l'anno 2022, con decorrenza a partire dal 1° gennaio e scadenza al 31 dicembre. Fino alla stipula del successivo contratto, che decorre dal 1° gennaio 2023, il contenuto del presente contratto si intende provvisoriamente confermato.



2. Le clausole del presente contratto possono essere modificate per effetto dell'entrata in vigore di disposizioni di legge, statale o regionale.
3. La validità del presente contratto è condizionata alla permanenza dei presupposti di autorizzazione e accreditamento della Struttura.
4. Il presente contratto è redatto in duplice copia, una per la Struttura e l'altra per l'Azienda, che ne trasmetterà una copia telematica alla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità.

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, Politiche sociali e Disabilità.
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 del comma 1, dell'art. "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. "Controlli e debito informativo" del presente contratto, 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.

PARTE II

Acquisto ed erogazione di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale 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 2022.

Articolo 10

Finalità dell'Accordo

1. In conformità e nei limiti del finanziamento specifico di cui alla DGR 321 dd. 11.03.2022, 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 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. 11.

Art.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.

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

Articolo 12

Volume di prestazioni erogabili e budget assegnato

- 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 sottoriportata tabella nella quale è analiticamente individuato l'importo delle quote di competenza relative alle prestazioni di ricovero e a quelle di specialistica ambulatoriale per ciascuna annualità di riferimento e di vigenza del presente Accordo:

Branca	Prestazione	n° prestazioni	€ 50.000
Medicina Fisica e Riabilitativa	Rieducazione motoria individuale in motuleso grave, strumentale complessa per seduta di 60 minuti (93.11.1) Rieducazione motoria individuale in motuleso grave, semplice per seduta di 45 minuti (93.11.2) Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice per seduta di 30 minuti (93.11.4) Rieducazione motoria di gruppo (93.11.5) Mobilizzazione di altre articolazioni manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni (93.16) Training deambulatori e del passo incluso: addestramento all' uso di protesi, ortesi, ausili e/o istruzione dei familiari (93.22) Elettroterapia di muscoli normo o denervati della mano o del viso (93.39.6) Magnetoterapia (93.39.8) Ultrasonoterapia (93.39.9) Laser terapia antalgica (99.99.1)	2000	

- La Struttura si impegna a realizzare i volumi di attività e relativo ammontare sopra indicati con relativa riduzione dei volumi di attività e valore economico della mobilità passiva extraregionale e dei tempi di attesa.
- La Struttura si impegna a programmare la propria attività in modo da garantire la continuità nell'erogazione delle prestazioni.
- La Struttura applica le tariffe del nomenclatore tariffario regionale in vigore, approvato con DGR 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

- In conformità all'Accordo approvato con DGR 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 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. Come previsto dalla DGR 321/2022 relativamente all’utilizzo delle risorse finanziarie aggiuntive di cui alle linee sovraziendali n. 48 e 49, 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 comma 3.

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

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 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 compartecipazione 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.

Articolo 17

Controlli e debito informativo

- 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.
- 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.
- 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).
- 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.
- I costi relativi a modifiche sui propri programmi gestionali per l'interfacciamento con i programmi INSIEL sono a carico della struttura.
- 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.
- 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.
- Le contestazioni sull'appropriatezza effettuate dall'azienda, ancorché retroattive, hanno effetto sull'anno di esercizio nel quale è effettuata la contestazione.
- 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 2022 e scade al 31 dicembre 2022.
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. "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. "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.

DISPOSIZIONI FINALI E GENERALI

Articolo 20

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) 20167679. Qualora l'ulteriore responsabile del trattamento ometta di adempiere ai propri obblighi in materia di protezione dei dati, Fisioterapia Rinaldi S.r.l. 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 Fisioterapia Rinaldi S.r.l. saranno comunicati separatamente ad ASUGI, contestualmente alla sottoscrizione del presente accordo.

Articolo 21

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 22

Incompatibilità

1. E' 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 23

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 24

Registrazione e altri adempimenti

1. Il presente contratto è redatto in duplice copia, una per la Struttura e l'altra per l'Azienda, che ne 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 25

Foro competente

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

Articolo 26

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.
2. Nel caso di interventi normativi nazionali o regionali specifici aventi ad oggetto l'erogazione di prestazioni volte a fronteggiare la pandemia covid19, con conseguente relativo finanziamento specifico il presente accordo verrà conseguentemente integrato.

Articolo 27

Disposizioni finali

Vista la DGR n. 321 del 11 marzo 2022 e in particolare il punto 2.1.13 "Erogatori Privati" 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 n. 1037/2021 (linee 48 e 49), le parti convengono che l'accordo approvato con decreto del Direttore Generale n. 872 del 08/10/2021 e sottoscritto in data 18/12/2021 e in data 21/12/2021 cessa di produrre effetti dall'1 gennaio c.a. relativamente al budget straordinario anno 2022, continuando ad avere effetti esclusivamente per quanto riguarda le prestazioni rese nell'anno 2021.

Le parti concordano di procedere alla liquazione integrale di tutte le fatture emesse a seguito dell'attività svolta con riferimento alla progettualità straordinaria 2021.

Le parti concordano che gli effetti di cui alle verifiche previste dagli artt. 13 e 14 del sopra citato accordo approvato con decreto del Direttore Generale n. 872/2021, anche e soprattutto dell'eventuale recupero, decorreranno solo dal 1 gennaio 2023.

Per l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

**Il Direttore della Struttura Complessa
Convenzioni, Affari generali e Legali
dott.sa Bernardetta Maioli
(per delega del Direttore Generale dott. Antonio
Poggiana)**



Documento firmato da:
BERNARDETTA MAIOLI
18.07.2022 08:51:48
UTC

Per la Struttura

**Il legale rappresentante p.t.
sig.ra Margherita Redoni**

Firmato digitalmente da: REDONI MARGHERITA
Organizzazione: ORDINE ARCHITETTI PPC PROV. TRIESTE
Data: 30/06/2022 15:45:43

Le parti, letto e condiviso, accettano espressamente i contenuti degli artt. 9, 19 e 27

Per l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

**Il Direttore della Struttura Complessa
Convenzioni, Affari generali e Legali
dott.sa Bernardetta Maioli
(per delega del Direttore Generale dott. Antonio
Poggiana)**



Documento firmato da:
BERNARDETTA MAIOLI
18.07.2022 08:52:33 UTC

Per la Struttura

**Il legale rappresentante p.t.
sig.ra Margherita Redoni**

Firmato digitalmente da: REDONI MARGHERITA
Organizzazione: ORDINE ARCHITETTI PPC PROV. TRIESTE
Data: 30/06/2022 15:45:46



**ACCORDO TRA L'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO-ISONTINA E
LO STUDIO RADIOLOGICO ZUCCONI SRL PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI
DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE - Anno 2022**
(ai sensi dell'art. 8 quinquies D.Lgs. 502/92)

TRA

l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina con sede in Trieste via Costantino Costantinides, C.F. e P. IVA 01337320327, in persona del Direttore della Struttura Complessa Convenzioni, Affari generali e Legali – dott.ssa Bernardetta Maioli, delegata alla firma del presente atto dal Direttore Generale e legale rappresentante dell'Azienda dott. Antonio Poggiana, giusto decreto n. 271 del 1 aprile 2021;

E

lo **Studio Radiologico Zucconi S.r.l.**, con sede in Trieste, via Rismondo 3, Partita IVA 01031620329, in persona dell'amministratore unico dott. Furio Zucconi, 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 e che l'art. 8 quinquies, comma 2-quinquies del medesimo D.Lgs 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. che l'art. 65 della L.R. n. 22 del 12.12.2019 *“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”* prevede che la stipula di accordi contrattuali regionali con le organizzazioni rappresentative delle strutture private e di accordi aziendali con le strutture accreditate per l'erogazione di prestazioni per conto e con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale siano definiti 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. che con L.R. 27 del 17.12.2018 rubricata *“Assetto Istituzionale e Organizzativo del Servizio Sanitario Regionale”* è stata istituita l'Azienda Sanitaria 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. che con la DGR n. 1763 del 18.10.2019 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. che con DGR 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 disposizioni 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. che la DGR n. 1037 del 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 dicembre 2019, n. 157;

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

- un ulteriore finanziamento per le branche specialistiche individuate dalla DGR 1763/2019 ripartito tra le strutture già accreditate e le strutture di nuovo accreditamento;
- 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 definizione 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;

8. la sopra citata Delibera di Giunta Regionale stabiliva altresì:

- un ulteriore finanziamento per le branche specialistiche individuate dalla DGR 1763/2019 ripartito tra le strutture già accreditate e le strutture di nuovo accreditamento, in considerazione che dai dati contenuti nell’allegato della citata DGR 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. n. 22/2019 e nei limiti percentuali previsti dal medesimo comma;
- 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, difatti testualmente recita che: *“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”*;

9. con decreto del direttore generale n 872 del 8 ottobre 2021 veniva approvato lo schema contrattuale con le strutture private accreditate efferenti al territorio dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, avente ad oggetto nella sezione denominata “PARTE I” l'acquisto e l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 e l'erogazione di prestazioni 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 sulla base delle disposizioni contenute nell'apposito paragrafo rubricato “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.

10. Con DGR n. 321 del 11 marzo 2022 sono state approvate, in via preliminare, le Linee per la gestione del SSR 2022 con le quali sono stati identificati gli obiettivi per l'anno 2022, i vincoli gestionali e le risorse disponibili. In particolare al punto 2.1.13 “Erogatori Privati” 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 n. 1037/2021 (linee 48 e 49).

11. che lo Studio Radiologico Zucconi s.r.l., di seguito struttura, è autorizzato all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento Prot. 28319-18/GEN.IV.1.D.6, dd. 28.05.2018, rilasciato dall'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, visto il parere positivo della Commissione di Vigilanza (prot. 2568-18/T/GEN.IV.1.D.6);

12. che la Struttura è accreditata a pieno titolo con decreto n. 3749/SPS del 10.6.2022 della Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali per conto del SSR, nelle seguenti branche specialistiche:

Diagnostica delle immagini

13. che 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 progressi;

14. che 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;

15. che la DGR 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);

16. che 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 n. 1680 del 14/09/2018 e s.m.i.;

17. che le DGR 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;

18. che all’art. 6 nella sezione *“Progettualità recupero fuga extraregionale e liste d’attesa”* della DGR 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 ambulatoriale;

19. che, 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 addivenire ad eventuale modifica e/o integrazione del presente accordo;

20. che con decreto del Direttore Generale viene recepito il testo del presente accordo sottoscritto dalle parti/che con decreto del Direttore Generale n. dd è stato approvato il testo del presente accordo

Tutto ciò premesso e considerato, le parti stipulano e sottoscrivono il presente contratto, avente ad oggetto nella sezione denominata *“PARTE I”* l’acquisto e l’erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 2022, nella sezione denominata *“PARTE II”* l’acquisto e l’erogazione di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale 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 2022.

PARTE I

Acquisto ed erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 2022, nella sezione denominata – BUDGET ORDINARIO

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:

Diagnostica per immagini di primo livello

1. Radiologia tradizionale
2. Ecografia
3. Risonanza magnetica muscoloscheletrica
1. 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 2022 è di complessivi € 391.648,56 per le quote di competenza relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.
Si precisa che, in coerenza con quanto definito dalla DGR 1037/2021, eventuali prestazioni eccedenti il budget sono riconosciute fino a un massimo del 5% da detrarsi dal budget dell'anno successivo; ulteriori prestazioni non vengono riconosciute. Parimenti, vengono riassegnati per l'anno successivo sottoutilizzi di budget entro e non oltre il 5% del budget stesso entro il triennio di vigenza dell'accordo
2. Fermo restando quanto determinato al precedente comma 1, la Struttura si impegna a realizzare i volumi di attività di seguito indicati:

Branca	Prestazione	n° prestazioni*	€ 391.648,56
Diagnostica per immagini	Rx toraco - scheletriche	1000	
	Ecografie**	1800	
	TC (di cui almeno 80 con m.d.c.)	300	
	RMN – colonna e muscolo scheletrica (cod. 88.93 e 88.94.1)	200	

*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 ecografiche (ecografia tessuti molli, muscolo scheletrica, tiroide, addominale etc)

Ai sensi della DGR 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 (laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, mesoterapia, esercizio assistito in acqua) sono erogabili esclusivamente per le indicazioni cliniche specificate nell'allegato 2 della precedente DGR 2747/2002 e solamente a residenti regionali (EXTRA LEA FVG).

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 n. 1680 del 14.09.2018 e successive modifiche ed integrazioni, al netto del ticket.
5. La struttura si impegna ad utilizzare i codici di diagnosi e le relative tariffe di ricovero di cui alla “classifica della malattia Sars-Co-V-2 (Covid-19) e sue manifestazioni cliniche e nuove linee guida di codifica della SDO” approvate dal Ministero della Salute.
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 € 3.415,01, (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.

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, relative alle prestazioni oggetto del presente contratto.
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 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 5

Accesso utenza

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 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 compartecipazione 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.

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 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 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. Si applicano le modalità e i termini previsti dall'art. 10 dell'Accordo di cui alla D.G.R. 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 gg 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 2022 saranno trasmesse entro e non oltre il 15 marzo 2023.

Articolo 8

Decorrenza e durata

1. Il presente contratto ha durata per l'anno 2022, con decorrenza a partire dal 1° gennaio e scadenza al 31 dicembre. Fino alla stipula del successivo contratto, che decorre dal 1° gennaio 2023, il contenuto del presente contratto si intende provvisoriamente confermato.
2. Le clausole del presente contratto possono essere modificate per effetto dell'entrata in vigore di disposizioni di legge, statale o regionale.
3. La validità del presente contratto è condizionata alla permanenza dei presupposti di autorizzazione e accreditamento della Struttura.
4. Il presente contratto è redatto in duplice copia, una per la Struttura e l'altra per l'Azienda, che ne trasmetterà una copia telematica alla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità.

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, Politiche sociali e Disabilità.
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 del comma 1, dell'art. "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. "Controlli e debito informativo" del presente contratto, 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.

PARTE II

Acquisto ed erogazione di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale 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 2022.

Articolo 10

Finalità dell'Accordo

1. In conformità e nei limiti del finanziamento specifico di cui alla DGR 321 dd. 11.03.2022, 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 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. 11.

Art.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 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 l'importo delle quote di competenza relative alle prestazioni di ricovero e a quelle di specialistica ambulatoriale per ciascuna annualità di riferimento e di vigenza del presente Accordo:

Branca	Prestazione	n° prestazioni*	€ 125.000
	TC (di cui almeno 40 con m.d.c.)	250	
	RMN – colonna e muscolo scheletrica (cod. 88.93 e 88.94.1)	350	

5. La Struttura si impegna a realizzare i volumi di attività e relativo ammontare sopra indicati con relativa riduzione dei volumi di attività e valore economico della mobilità passiva extraregionale e dei tempi di attesa.
6. La Struttura si impegna a programmare la propria attività in modo da garantire la continuità nell'erogazione delle prestazioni.
7. La Struttura applica le tariffe del nomenclatore tariffario regionale in vigore, approvato con DGR 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 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 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. *Come previsto dalla DGR 321/2022 relativamente all'utilizzo delle risorse finanziarie aggiuntive di cui alle linee sovraziendali n. 48 e 49, 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 comma 3.

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

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 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 compartecipazione 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.

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 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 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 2022 e scade al 31 dicembre 2022.
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:
 - a) mancato adempimento degli obblighi informativi, ai sensi del comma 1, dell'art. "Controlli e debito informativo" del presente contratto, decorso il termine di 30 giorni della diffida ad adempiere;
 - b) inosservanza dell'obbligo di conservazione e custodia della documentazione prevista dalla normativa sulle prestazioni erogate;
 - c) impedimento ai controlli esercitati dall'Azienda, ai sensi dell'art. "Controlli e debito informativo" del presente contratto, decorso il termine di 30 giorni della diffida ad adempiere;
 - d) 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.

DISPOSIZIONI FINALI E GENERALI

Articolo 20

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) 20167679. Qualora l'ulteriore responsabile del trattamento ometta di adempiere ai propri obblighi in materia di protezione dei dati, Studio Radiologico Zucconi S.r.l. 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 Studio Radiologico Zucconi S.r.l. saranno comunicati separatamente ad ASUGI, contestualmente alla sottoscrizione del presente accordo.

Articolo 21

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, accessi 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 22

Incompatibilità

1. E' 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 23

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 24

Registrazione e altri adempimenti

1. Il presente contratto è redatto in duplice copia, una per la Struttura e l'altra per l'Azienda, che ne 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 25

Foro competente

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

Articolo 26

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.

2. Nel caso di interventi normativi nazionali o regionali specifici aventi ad oggetto l'erogazione di prestazioni volte a fronteggiare la pandemia covid19, con conseguente relativo finanziamento specifico il presente accordo verrà conseguentemente integrato.

Articolo 27

Disposizioni finali

Vista la DGR n. 321 del 11 marzo 2022 e in particolare il punto 2.1.13 "Erogatori Privati" 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 n. 1037/2021 (linee 48 e 49), le parti convengono che l'accordo approvato con decreto del Direttore Generale n. 1066 del 17/12/2021 e sottoscritto in data 3/12/2021 e in data 20/12/2021 cessa di produrre effetti dall'1 gennaio c.a. relativamente al budget straordinario anno 2022, continuando ad avere effetti esclusivamente per quanto riguarda le prestazioni rese nell'anno 2021.

Le parti concordano di procedere alla liquazione integrale di tutte le fatture emesse a seguito dell'attività svolta con riferimento alla progettualità straordinaria 2021.

Le parti concordano che gli effetti di cui alle verifiche previste dagli artt. 13 e 14 del sopra citato accordo approvato con decreto del Direttore Generale n. 1066/2021, anche e soprattutto dell'eventuale recupero, decorreranno solo dal 1 gennaio 2023.

Per l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

**Il Direttore della Struttura Complessa
Convenzioni, Affari generali e Legali
dott.sa Bernardetta Maioli
(per delega del Direttore Generale dott. Antonio
Poggiana)**



Documento firmato da:
BERNARDETTA
MAIOLI
18.07.2022 08:45:05
UTC

Per la Struttura

**Il legale rappresentante p.t.
dott. Furio Zucconi**

Firmato digitalmente da: ZUCCONI FURIO
Ruolo: AMMINISTRATORE UNICO
Organizzazione: STUDIO RADIOLOGICO ZUCCONI SRL
Unità organizzativa: VIA RISSMONDO 3 TRIESTE TS
Data: 28/06/2022 15:07:06

Le parti, letto e condiviso, accettano espressamente i contenuti degli artt. 9, 19 e 27

Per l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

**Il Direttore della Struttura Complessa
Convenzioni, Affari generali e Legali
dott.sa Bernardetta Maioli
(per delega del Direttore Generale dott. Antonio
Poggiana)**



Documento firmato da:
BERNARDETTA MAIOLI
18.07.2022 08:46:27
UTC

Per la Struttura

**Il legale rappresentante p.t.
dott. Furio Zucconi**

Firmato digitalmente da: ZUCCONI FURIO
Ruolo: AMMINISTRATORE UNICO
Organizzazione: STUDIO RADIOLOGICO ZUCCONI SRL
Unità organizzativa: VIA RISSMONDO 3 TRIESTE TS
Data: 28/06/2022 15:07:08



ACCORDO TRA L'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO-ISONTINA E LO STUDIO RADIOLOGICO CATANIA SRL PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE - ANNO 2022.

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

TRA

l'**Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina** con sede in Trieste via Costantino Costantinides, C.F. e P. IVA 01337320327, in persona del Direttore della Struttura Complessa Convenzioni, Affari generali e Legali – dott.ssa Bernardetta Maioli, delegata alla firma del presente atto dal Direttore Generale e legale rappresentante dell'Azienda dott. Antonio Poggiana, giusto decreto n. 271 del 1 aprile 2021;

E

lo **Studio Radiologico Catania S.r.l.**, con sede in Trieste, via della Geppa 17, Partita IVA 01171000324, in persona del legale rappresentante dott. Luigi CATANIA, 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 e che l'art. 8 quinquies, comma 2-quinquies del medesimo D.Lgs 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. che l'art. 65 della L.R. n. 22 del 12.12.2019 *“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”* prevede che la stipula di accordi contrattuali regionali con le organizzazioni rappresentative delle strutture private e di accordi aziendali con le strutture accreditate per l'erogazione di prestazioni per conto e con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale siano definiti 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. che con L.R. 27 del 17.12.2018 rubricata *“Assetto Istituzionale e Organizzativo del Servizio Sanitario Regionale”* è stata istituita l'Azienda Sanitaria 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. che con la DGR n. 1763 del 18.10.2019 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. che con DGR 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 disposizioni 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. che la DGR n. 1037 del 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 dicembre 2019, n. 157;

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

1. un ulteriore finanziamento per le branche specialistiche individuate dalla DGR 1763/2019 ripartito tra le strutture già accreditate e le strutture di nuovo accreditamento;
2. 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;
3. che, 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 deve rispettare il tetto economico fissato dalla norma nazionale in vigore che stabilisce di fare riferimento all’erogato 2011;
4. 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;

8. la sopra citata Delibera di Giunta Regionale stabiliva altresì:

- un ulteriore finanziamento per le branche specialistiche individuate dalla DGR 1763/2019 ripartito tra le strutture già accreditate e le strutture di nuovo accreditamento, in considerazione che dai dati contenuti nell’allegato della citata DGR 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. n. 22/2019 e nei limiti percentuali previsti dal medesimo comma;
- 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, difatti testualmente recita che:

- *“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”;*

9. con decreto del Direttore Generale n. 872 del 8 ottobre 2021 veniva approvato lo schema contrattuale con le strutture private accreditate efferenti al territorio dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, avente ad oggetto nella sezione denominata “PARTE I” l'acquisto e l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 e l'erogazione di prestazioni 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 sulla base delle disposizioni contenute nell'apposito paragrafo rubricato “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.

Con DGR n. 321 del 11 marzo 2022 sono state approvate, in via definitiva, le Linee per la gestione del SSR 2022 con le quali sono stati identificati gli obiettivi per l'anno 2022, i vincoli gestionali e le risorse disponibili. In particolare al punto 2.1.13 “Erogatori Privati” 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 n. 1037/2021 (linee 48 e 49).

10. Che lo Studio Radiologico Catania s.r.l., di seguito struttura, è autorizzato all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento prot. 52495-09/GEN.IV.1.D.6, dd. 09.12.2009, rilasciato dall'allora Azienda per i servizi sanitari n. 1 “Triestina”;

11. che la Struttura è accreditata a pieno titolo con decreto n. 240/SPS del 23/2/2022 e integrato con decreto n. 2930/GRFVG del 25/5/2022 della Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali per conto del SSR, nelle seguenti branche specialistiche:

- **Diagnostica delle immagini**

12. che 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. che 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. che la DGR 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. che 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 n. 1680 del 14/09/2018 e s.m.i.;

16. che le DGR 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. che all’art. 6 nella sezione *“Progettualità recupero fuga extraregionale e liste d’attesa”* della DGR 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 ambulatoriale;

18. che, 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 addivenire ad eventuale modifica e/o integrazione del presente accordo;

19. che con decreto del Direttore Generale viene recepito il testo del presente accordo sottoscritto dalle parti/che con decreto del Direttore Generale n. dd è stato approvato il testo del presente accordo

Tutto ciò premesso e considerato, le parti stipulano e sottoscrivono il presente contratto, avente ad oggetto nella sezione denominata *“PARTE I”* l’acquisto e l’erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 2022, nella sezione denominata *“PARTE II”* l’acquisto e l’erogazione di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale 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 2022.

PARTE I

Acquisto ed erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 2022, nella sezione denominata – BUDGET ORDINARIO

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:

Diagnostica per immagini di primo livello

- Radiografia con e senza mezzo di contrasto
- Ecografia
- Risonanza magnetica nucleare
- Tomografia computerizzata

Articolo 2

Volume di prestazioni erogabili e limiti di spesa

1. Il budget assegnato alla Struttura per prestazioni a residenti FVG per l'anno 2022 è di complessivi € 473.085,44 per le quote di competenza relative alle prestazioni di ricovero e a quelle di specialistica ambulatoriale.

Si precisa che, in coerenza con quanto definito dalla DGR 1037/2021, eventuali prestazioni eccedenti il budget sono riconosciute fino a un massimo del 5% da detrarsi dal budget dell'anno successivo; ulteriori prestazioni non vengono riconosciute. Parimenti, vengono riassegnati per l'anno successivo sottoutilizzi di budget entro e non oltre il 5% del budget stesso entro il triennio di vigenza dell'accordo.

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

Branca	Prestazione	n° prestazioni*	€ 473.085,44
	Rx	1000	
	Ecografie** (incluse le ecografie per la clinica nefrologica e clinica dermatologica)	3700	
	TC	50	
	RMN Addome Cervello	50	
	RMN (<i>muscolo scheletrica, osteoarticolare</i>)	100	



*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)

Ai sensi della DGR 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 (laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, mesoterapia, esercizio assistito in acqua) sono erogabili esclusivamente per le indicazioni cliniche specificate nell'allegato 2 della precedente DGR 2747/2002 e solamente a residenti regionali (EXTRA LEA FVG).

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 n. 1680 del 14.09.2018 e successive modifiche ed integrazioni, al netto del ticket.
5. 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 € 2.220,64 (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.

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, relative alle prestazioni oggetto del presente contratto.
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 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 5

Accesso utenza

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 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 compartecipazione 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.

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 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 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. Si applicano le modalità e i termini previsti dall'art. 10 dell'Accordo di cui alla D.G.R. 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 gg 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 2022 saranno trasmesse entro e non oltre il 15 marzo 2023.

Articolo 8

Durata e decorrenza

1. Il presente contratto ha durata per l'anno 2022, con decorrenza a partire dal 1° gennaio e scadenza al 31 dicembre. Fino alla stipula del successivo contratto, che decorre dal 1° gennaio 2023, il contenuto del presente contratto si intende provvisoriamente confermato.
2. Le clausole del presente contratto possono essere modificate per effetto dell'entrata in vigore di disposizioni di legge, statale o regionale.
3. La validità del presente contratto è condizionata alla permanenza dei presupposti di autorizzazione e accreditamento della Struttura.
4. Il presente contratto è redatto in duplice copia, una per la Struttura e l'altra per l'Azienda, che ne trasmetterà una copia telematica alla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità.

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, Politiche sociali e Disabilità.
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 del comma 1, dell'art. "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. "Controlli e debito informativo" del presente contratto, 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.

PARTE II

Acquisto ed erogazione di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale 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 2022.

Articolo 10

Finalità dell'Accordo

1. In conformità e nei limiti del finanziamento specifico di cui alla DGR 321 dd. 11.03.2022, 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 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. 11.

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 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 specialistica ambulatoriale per ciascuna annualità di riferimento e di vigenza del presente Accordo:

Branca	Prestazione	n° prestazioni	€ 100.000
	TC	140	
	RMN Addome Cervello	140	
	RMN (<i>muscolo scheletrica, osteoarticolare</i>)	50	

2. La Struttura si impegna a realizzare i volumi di attività e relativo ammontare sopra indicati con relativa 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 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 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 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. Come previsto dalla DGR 321/2022 relativamente all'utilizzo delle risorse finanziarie aggiuntive di cui alle linee sovraziendali n. 48 e 49, 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% calcolato sulla base 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 comma 3.

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

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 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 compartecipazione 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.

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 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 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 2022 e scade al 31 dicembre 2022.
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. "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. "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.

DISPOSIZIONI FINALI E GENERALI

Articolo 20

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, Studio Radiologico Catania S.r.l. 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 Studio Radiologico Catania S.r.l. saranno comunicati separatamente ad ASUGI, contestualmente alla sottoscrizione del presente accordo.

Articolo 21

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, accessi 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 22

Incompatibilità

1. E' 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 23

Incedibilità del contratto e cessione dei crediti

6. 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.
7. 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.
8. L'eventuale cessione dei crediti derivanti dal presente contratto ha efficacia dalla sua notificazione all'Azienda ai sensi dell'art. 1264 c.c.

Articolo 24

Registrazione e altri adempimenti

1. Il presente contratto è redatto in duplice copia, una per la Struttura e l'altra per l'Azienda, che ne 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 25

Foro competente

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

Articolo 26

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.
2. Nel caso di interventi normativi nazionali o regionali specifici aventi ad oggetto l'erogazione di prestazioni volte a fronteggiare la pandemia covid19, con conseguente relativo finanziamento specifico il presente accordo verrà conseguentemente integrato.



Articolo 27

Disposizioni finali

Vista la DGR n. 321 del 11 marzo 2022 e in particolare il punto 2.1.13 “Erogatori Privati” 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 n. 1037/2021 (linee 48 e 49), le parti convengono che l’accordo approvato con decreto del Direttore Generale n. 872 del 08/10/2021 e sottoscritto in data 14/10/2021 cessa di produrre effetti dall’1 gennaio c.a. relativamente al budget straordinario anno 2022, continuando ad avere effetti esclusivamente per quanto riguarda le prestazioni rese nell’anno 2021.

Le parti concordano di procedere alla liquazione integrale di tutte le fatture emesse a seguito dell’attività svolta con riferimento alla progettualità straordinaria 2021.

Le parti concordano che gli effetti di cui alle verifiche previste dagli artt. 13 e 14 del sopra citato accordo approvato con decreto del Direttore Generale n. 872 del 08/10/2021, anche e soprattutto dell’eventuale recupero, decorreranno solo dal 1 gennaio 2023.

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

**Il Direttore della Struttura Complessa
Convenzioni, Affari generali e Legali
dott.sa Bernardetta Maioli
(per delega del Direttore Generale dott.
Antonio Poggiana)**

Per la Struttura

**Il legale rappresentante p.t.
dott.**

Le parti, letti e condivisi, accettano espressamente i contenuti degli artt. 9, 19 e 27.

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

**Il Direttore della Struttura Complessa
Convenzioni, Affari generali e Legali
dott.sa Bernardetta Maioli
(per delega del Direttore Generale dott.
Antonio Poggiana)**

Per la Struttura

**Il legale rappresentante p.t.
dott.**



**ACCORDO TRA L'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO-ISONTINA E
POLICLINICO TRIESTINO SPA PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI
RICOVERO E DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE – ANNO 2022.**
(ai sensi dell'art. 8 quinquies D.Lgs. 502/92)

TRA

l'**Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina** con sede in Trieste via Costantino Costantinides, C.F. e P. IVA 01337320327, in persona del Direttore della Struttura Complessa Convenzioni, Affari generali e Legali – dott.ssa Bernardetta Maioli, delegata alla firma del presente atto dal Direttore Generale e legale rappresentante dell'Azienda dott. Antonio Poggiana, giusto decreto n. 271 del 1 aprile 2021;

E

la struttura sanitaria **Policlinico Triestino Spa**, con sede in Trieste, via Bonaparte n. 4-6, C.F. e P. IVA 00139620322 (di seguito struttura), in persona del legale rappresentante pro tempore dott. Guglielmo Danelon, 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 e che l'art. 8 quinquies, comma 2-quinquies del medesimo D.Lgs 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. che l'art. 65 della L.R. n. 22 del 12.12.2019 *“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”* prevede che la stipula di accordi contrattuali regionali con le organizzazioni rappresentative delle strutture private e di accordi aziendali con le strutture accreditate per l'erogazione di prestazioni per conto e con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale siano definiti 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. che con L.R. 27 del 17.12.2018 rubricata *“Assetto Istituzionale e Organizzativo del Servizio Sanitario Regionale”* è stata istituita l'Azienda Sanitaria 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. che con la DGR n. 1763 del 18.10.2019 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. che con DGR 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 disposizioni 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. che la DGR n. 1037 del 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 dicembre 2019, n. 157;

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

- un ulteriore finanziamento per le branche specialistiche individuate dalla DGR 1763/2019 ripartito tra le strutture già accreditate e le strutture di nuovo accreditamento;
- 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 definizione 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;

8. la sopra citata Delibera di Giunta Regionale stabiliva altresì:

- un ulteriore finanziamento per le branche specialistiche individuate dalla DGR 1763/2019 ripartito tra le strutture già accreditate e le strutture di nuovo accreditamento, in considerazione che dai dati contenuti nell’allegato della citata DGR 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. n. 22/2019 e nei limiti percentuali previsti dal medesimo comma;
- 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, difatti testualmente recita che:

- *“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”;*

9. con decreto del Direttore Generale n. 872 del 8 ottobre 2021 veniva approvato lo schema contrattuale con le strutture private accreditate efferenti al territorio dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, avente ad oggetto nella sezione denominata “PARTE I” l'acquisto e l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 e l'erogazione di prestazioni 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 sulla base delle disposizioni contenute nell'apposito paragrafo rubricato “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.

10. Con DGR n. 321 del 11 marzo 2022 sono state approvate, in via definitiva, le Linee per la gestione del SSR 2022 con le quali sono stati identificati gli obiettivi per l'anno 2022, i vincoli gestionali e le risorse disponibili. In particolare al punto 2.1.13 “Erogatori Privati” 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 n. 1037/2021 (linee 48 e 49).

11. che il PoliclinicoTriestino S.p.A, di seguito struttura, è autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento prot. 0072351-P di data 27/11/2019 rilasciato dall'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste;

12. che a far data dal 27 dicembre 2021 l'Istituto Radiologico Sergio Polonio Srl è stato incorporato per fusione da Policlinico Triestino SpA, struttura accreditata a pieno titolo con decreto n. 3441/SPS del 16/12/2021 della Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali per conto del SSR, nelle seguenti branche specialistiche presso la sede operativa di via Macchiavelli n.13:



- Diagnostica per immagini di I° livello senza m.d.c ed ecografia
- Medicina fisica e riabilitazione

13. che la Struttura è accreditata a pieno titolo con decreto n. 3469/SPS del 22/12/2021 della Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità per l'erogazione di prestazioni di ricovero e ambulatoriali per conto del SSR, nelle seguenti branche specialistiche:

Branche specialistiche di prestazioni ambulatoriali

- **Medicina fisica e riabilitativa**
- **Medicina dello sport**
- **Cardiologia**
- **Anestesia e terapia antalgica**
- **Dermatologia**
- **Neurologia**
- **Ortopedia e traumatologia**
- **Otorinolaringoiatria**
- **Oculistica**
- **Pneumologia**
- **Chirurgia generale con endoscopia digestiva**
- **Endocrinologia e Gastroenterologia**
- **Diagnostica delle immagini**
- **Medicina di Laboratorio**

Branche specialistiche di degenza

- **Oculistica**
- **Otorinolaringoiatria**
- **Medicina interna**
- **Chirurgia generale con endoscopia digestiva**
- **Ginecologia**
- **Pneumologia**
- **Ortopedia e Traumatologia**
- **Medicina fisica e riabilitativa**
- **Hospice e disabili gravi**

13. che 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 progressivi;

14. che 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;

15. che la DGR 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);

16. che 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 n. 1680 del 14/09/2018 e s.m.i.;

17. che le DGR 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;

18. che all’art. 6 nella sezione “Progettualità recupero fuga extraregionale e liste d’attesa” della DGR 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 ambulatoriale;

19. che, 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 addivenire ad eventuale modifica e/o integrazione del presente accordo;

20. che con decreto del Direttore Generale n. dd è stato approvato il testo del presente accordo

Tutto ciò premesso e considerato, le parti stipulano e sottoscrivono il presente contratto, avente ad oggetto nella sezione denominata “PARTE I” l’acquisto e l’erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 2022, nella sezione denominata “PARTE II” l’acquisto e l’erogazione di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale 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 2022.

PARTE I

Acquisto ed erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 2022, nella sezione denominata – BUDGET ORDINARIO

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 nelle seguenti sedi operative:

a) Sede operativa di Trieste, via Bonaparte, 4 - 6:

- Diagnostica per immagini di primo e secondo livello per l'erogazione di prestazioni di radiologia tradizionale, ecografia, mammografia, risonanza magnetica e TAC;
- Medicina di laboratorio (laboratorio e punto prelievi);
- Branche specialistiche di degenza e ambulatoriali: Medicina interna (20 pl per attività di degenza, di cui 2 pl esclusivamente per attività privata o extraregionale), Chirurgia generale con endoscopia digestiva (16 pl per attività di degenza, di cui 2 pl esclusivamente per attività privata o extraregionale), Ginecologia (2 pl esclusivamente per attività privata o extraregionale);
- Branche specialistiche di degenza e ambulatoriale; Oculistica (3 pl per attività di degenza, di cui 1 pl esclusivamente per attività privata o extraregionale), Otorinolaringoiatria (10 pl per attività di degenza, di cui 2 pl esclusivamente per attività privata o extraregionale) e Ortopedia (23 pl per attività di degenza, di cui 5 pl esclusivamente per attività privata o extraregionale);
- Branche specialistiche ambulatoriali: Cardiologia, Dermatologia, Neurologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Otorinolaringoiatria e Oculistica

b) Sede operativa di Trieste, via Gallina, 4:

- Punto prelievo;
- Oculistica;
- Diagnostica per immagini di primo e secondo livello per l'erogazione di prestazioni di radiologia tradizionale, ecografia, risonanza magnetica;

c) Sedi operative di:

1. **Trieste, Studio Biomedico Roiano**, via Barbariga 7/a punto prelievi;
2. **Trieste Studio Biomedico Opicina**, Strada per Vienna 9/a, punto prelievi;
3. **Trieste Studio Biomedico Muggia**, via Signolo n.3, punto prelievi;
4. **Studio Biomedico Monfalcone**, via Duca D'Aosta 40, struttura condotta in esercizio dalla "Casa di Cura Salus – Policlinico Triestino S.p.a.", punto prelievi;
5. **Studio Biomedico Ronchi**, p.za Oberdan n.35, Ronchi dei Legionari, struttura condotta in esercizio dalla "Casa di Cura Salus – Policlinico Triestino S.p.a.", punto prelievi;
6. **Studio Biomedico Gorizia**, Corso G. Verdi 12, Gorizia, struttura condotta in esercizio dalla "Casa di Cura Salus – Policlinico Triestino S.p.a.", punto prelievi.

d) Sede operativa di Duino - Aurisina, viale Stazione, 26:

- Diagnostica per immagini di primo e secondo livello, per l'erogazione di prestazioni di radiologia tradizionale, ecografia, mammografia e risonanza magnetica e TAC
- Medicina di laboratorio (punto prelievi);
- Branche specialistiche di degenza e ambulatoriali;
- *Pneumologia/fisiopatologia respiratoria* (12 p.l. per attività di degenza, di cui 4 p.l. esclusivamente per attività privata o extraregionale);
- Branche specialistiche di degenza:
- *Medicina fisica e riabilitativa* (96 p.l. per attività di degenza, di cui 4 p.l. esclusivamente per attività privata o extraregionale);
- *Hospice*
- *Disabili Gravi*
- Branche specialistiche ambulatoriali: Cardiologia, Dermatologia, Anestesia e Terapia Antalgica e Neurologia;
- Branca specialistica ambulatoriale: Medicina fisica e riabilitativa.

e) Sede operativa di Trieste, via Bartolomeo D'Alviano, 23 (Pineta City – Therapy&Sport):

- Branca specialistica ambulatoriale: Medicina fisica e riabilitativa;
- Medicina dello sport di primo livello.

Articolo 2

Volume di prestazioni erogabili e limiti di spesa

1. Il budget assegnato alla Struttura per prestazioni a residenti FVG per l'anno 2022 è di complessivi € 23.414.332,89 per le quote di competenza relative alle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale.
Si precisa che, in coerenza con quanto definito dalla DGR 1037/2021, eventuali prestazioni eccedenti il budget sono riconosciute fino a un massimo del 5% da detrarsi dal budget dell'anno successivo; ulteriori prestazioni non vengono riconosciute. Parimenti, vengono riassegnati per l'anno successivo sottoutilizzi di budget entro e non oltre il 5% del budget stesso entro il triennio di vigenza dell'accordo.
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: € 7.635.187,63

BRANCA	PRESTAZIONE	N° PRESTAZIONI *
Cardiologia	Prima visita	1900
	ECO Cardiografia	2900
	ECG	1100
	Holter	500
Dermatologia	Prima visita	2600
Oculistica	Prima visita	2800
	Fundus	400
	Cataratta	200
Neurologia	Prima visita	1700
	EMG	2300
Ortopedia	Prima visita	1000
ORL	Prima visita	1700
	Audiometrie	400
Medicina dello sport	Visite	800
Endoscopia digestiva	Colonscopia	100
	Visita gastro	500
Chirurgia vascolare	Visite	500
	ECD arti	650
	ECD tronchi	5800
Anestesia	Terapia antalgica	200
	Visite	1800
	Riabilitazione respiratoria/prestazioni strumentali	10000

Medicina fisica e riabilitativa	Rieducazione motoria individuale 30'	5700
	Rieducazione motoria individuale 45'	
	Rieducazione motoria individuale 60'	
	Training deambulatori e del passo mobilizzazione vertebrale, mobilizzazione articolare Altre prestazioni	
	Rieducazione motoria di gruppo e post.	2900
	Terapia antalgica strumentale/altro	4000
Pneumologia	Visite	2000
	Spirometria	1100
Diagnostica per immagini	Mammografia	2000
	TC	2850
	TC (<i>S.C. Oncologia</i>)	2000
	RMN (<i>addome, cervello</i>)	2200
	RMN (<i>osteoarticolare e muscoloscheletriche cod. 88.93 e 88.94.1</i>)	800
	Ecografie**	8600
	Radiologia tradizionale	4000

*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.

Attività di ricovero

BRANCA SPECIALISTICA	TIPOLOGIA PRESTAZIONI	BUDGET
Chirurgia generale	Riparazione ernia inguinale (almeno 150 interventi con DRG 161 – DRG 162); Chirurgia flebologica (almeno 50 interventi con DRG 119); altri interventi	€ 15.779.145,26
Ortopedia	Protesi anca/ginocchio; interventi spalla; interventi ginocchio, intervento piede , altri interventi ortopedici	
Riabilitazione	Riabilitazione neuromotoria/cardiológica/respiratoria; pneumologia, altri ricoveri (Hospice e disabili gravi)	

Ai sensi della DGR 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 (laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, mesoterapia, esercizio assistito in acqua) sono erogabili esclusivamente per

le indicazioni cliniche specificate nell'allegato 2 della precedente DGR 2747/2002 e solamente a residenti regionali (EXTRA LEA FVG).

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 n. 1680 del 14.09.2018 e successive modifiche ed integrazioni, al netto del ticket.
5. La struttura si impegna ad utilizzare i codici di diagnosi e le relative tariffe di ricovero di cui alla "classifica della malattia Sars-Co-V-2 (Covid-19) e sue manifestazioni cliniche e nuove linee guida di codifica della SDO" approvate dal Ministero della Salute.
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 € 69.078,98 (ambulatoriale) e € 1.369.655,60 (ricovero) (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.

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, relative alle prestazioni oggetto del presente contratto.
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 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 5

Accesso utenza

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 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 compartecipazione 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. Per fratture con disabilità minimali segmentarie (es: fratture di polso), al medico specialista ortopedico ospedaliero, qualora ritenuto di dover attivare rapidamente un percorso riabilitativo, è data facoltà di prescrivere esclusivamente la prestazione di rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale -codice 93.11.4 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.

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 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 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. Si applicano le modalità e i termini previsti dall'art. 10 dell'Accordo di cui alla D.G.R. 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 gg

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 2022 saranno trasmesse entro e non oltre il 15 marzo 2023.

Articolo 8

Decorrenza e durata

1. Il presente contratto ha durata per l'anno 2022, con decorrenza a partire dal 1° gennaio e scadenza al 31 dicembre. Fino alla stipula del successivo contratto, che decorre dal 1° gennaio 2023, il contenuto del presente contratto si intende provvisoriamente confermato.
2. Le clausole del presente contratto possono essere modificate per effetto dell'entrata in vigore di disposizioni di legge, statale o regionale.
3. La validità del presente contratto è condizionata alla permanenza dei presupposti di autorizzazione e accreditamento della Struttura.
4. Il presente contratto è redatto in duplice copia, una per la Struttura e l'altra per l'Azienda, che ne trasmetterà una copia telematica alla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità.

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, Politiche sociali e Disabilità.
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 del comma 1, dell'art. "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. "Controlli e debito informativo" del presente contratto, 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.

PARTE II

Acquisto ed erogazione di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale 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 2022.

Articolo 10

Finalità dell'Accordo

1. In conformità e nei limiti del finanziamento specifico di cui alla DGR 321 dd. 11.03.2022, 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 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. 11.

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 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 specialistica ambulatoriale per ciascuna annualità di riferimento e di vigenza del presente Accordo:

Attività di specialistica ambulatoriale

BRANCA SPECIALISTICA	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI	N. PRESTAZIONI
Radiologia	TC totali	2500
	RMN addome, torace cervello,	1200
	RMN (<i>artoscans</i>) (<i>colonna e muscoloscheletriche</i> <i>cod. 88.93 e 88.94.1</i>)	2000
Oculistica	Interventi minori sul cristallino	800
Medicina Fisica e Riabilitazione	Rieducazione motoria individuale in motuleso grave, strumentale complessa per seduta di 60 minuti (93.11.1)	1200
	Rieducazione motoria individuale in motuleso grave, semplice per seduta di 45 minuti (93.11.2)	
	Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice	

	<p>per seduta di 30 minuti (93.11.4)</p> <p>Rieducazione motoria di gruppo (93.11.5)</p> <p>Mobilizzazione di altre articolazioni manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni (93.16)</p> <p>Training deambulatori e del passo incluso: addestramento all'uso di protesi, ortesi, ausili e/o istruzione dei familiari (93.22)</p> <p>Elettroterapia di muscoli normo o denervati della mano o del viso (93.39.6)</p> <p>Magnetoterapia (93.39.8)</p> <p>Ultrasonoterapia (93.39.9)</p> <p>Laser terapia antalgica (99.99.1)</p>	
--	--	--

Attività di ricovero

BRANCA SPECIALISTICA	TIPOLOGIA PRESTAZIONI	BUDGET
Ortopedia	DRG 544 SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DRG 545 REVISIONE DI SOSTITUZIONE DELL'ANCA O DEL GINOCCHIO DRG 223 CHIRURGIA DELLA SPALLA DRG 225 INTERVENTI SUL PIEDE DRG 503 INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE	€ 2.215.569,64 §

§ Il budget straordinario assegnato a Policlinico ex DGR 1037/2021, nel rispetto del tetto massimo riconosciuto, viene rimodulato destinando la somma di € 1.186.726,07 per l'effettuazione di ulteriori interventi di cataratta. Tale scelta, essendo le suddette prestazioni qualificate come "ambulatoriali", comporta la corrispondente diminuzione del budget destinato all'attività di ricovero in favore del budget previsto per l'attività ambulatoriale.

- La Struttura si impegna a realizzare i volumi di attività e relativo ammontare sopra indicati con relativa 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 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 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 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. Come previsto dalla DGR 321/2022 relativamente all'utilizzo delle risorse finanziarie aggiuntive di cui alle linee sovraziendali n. 48 e 49, 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 comma 3.

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

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 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 compartecipazione 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.

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 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 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 2022 e scade al 31 dicembre 2022.
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. "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. "Controlli e debito informativo" del presente contratto, decorso il termine di 30 giorni della diffida ad adempiere;
3. in tutti i casi in cui la risoluzione è prevista da disposizioni normative di settore.
4. L'inadempimento della Struttura determina il diritto dell'Azienda e della Regione al risarcimento dei danni.

DISPOSIZIONI FINALI E GENERALI

Articolo 20

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, Policlinico Triestino Spa 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 Policlinico Triestino Spa saranno comunicati separatamente ad ASUGI, contestualmente alla sottoscrizione del presente accordo.

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, accessi 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 22

Incompatibilità

1. E' 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 23

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 24

Registrazione e altri adempimenti

1. Il presente contratto è redatto in duplice copia, una per la Struttura e l'altra per l'Azienda, che ne 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 25

Foro competente



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

Articolo 26

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.
2. Nel caso di interventi normativi nazionali o regionali specifici aventi ad oggetto l'erogazione di prestazioni volte a fronteggiare la pandemia covid19, con conseguente relativo finanziamento specifico il presente accordo verrà conseguentemente integrato.

Articolo 27

Disposizioni finali

Vista la DGR n. 321 del 11 marzo 2022 e in particolare il punto 2.1.13 "Erogatori Privati" 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 n. 1037/2021 (linee 48 e 49), le parti convengono che l'accordo approvato con decreto del Direttore Generale n. 977 del 19/11/2021 e sottoscritto in data 15/11/2021 e in data 22/11/2021 cessa di produrre effetti dall'1 gennaio c.a. relativamente al budget straordinario anno 2022, continuando ad avere effetti esclusivamente per quanto riguarda le prestazioni rese nell'anno 2021.

Le parti concordano di procedere alla liquazione integrale di tutte le fatture emesse a seguito dell'attività svolta con riferimento alla progettualità straordinaria 2021.

Le parti concordano che gli effetti di cui alle verifiche previste dagli artt. 13 e 14 del sopra citato accordo approvato con decreto del Direttore Generale n. 977/2021, anche e soprattutto dell'eventuale recupero, decorreranno solo dal 1 gennaio 2023.

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

**Il Direttore della Struttura Complessa
Convenzioni, Affari generali e Legali
Dott.sa Bernardetta Maioli
(per delega del Direttore Generale dott.
Antonio Poggiana)**

Per la Struttura

**Il legale rappresentante p.t.
Dott. Guglielmo Danelon**

Le parti, letto e condiviso, accettano espressamente i contenuti degli artt. 9, 19 e 27

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

**Il Direttore della Struttura Complessa
Convenzioni, Affari generali e Legali
Dott.sa Bernardetta Maioli
(per delega del Direttore Generale dott.
Antonio Poggiana)**

Per la Struttura

**Il legale rappresentante p.t.
Dott. Guglielmo Danelon**



**ACCORDO TRA L'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO-ISONTINA E
CASA DI CURA SANATORIO TRIESTINO SPA PER L'EROGAZIONE DI
PRESTAZIONI DI RICOVERO E SPECIALISTICA AMBULATORIALE – ANNO 2022.**
(ai sensi dell'art. 8 quinquies D.Lgs. 502/92)

TRA

l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina con sede in Trieste via Costantino Costantinides, C.F. e P. IVA 01337320327, in persona del Direttore della Struttura Complessa Convenzioni, Affari generali e Legali – dott.ssa Bernardetta Maioli, delegata alla firma del presente atto dal Direttore Generale e legale rappresentante dell'Azienda dott. Antonio Poggiana, giusto decreto n. 271 del 1 aprile 2021;

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 Ing. Alessandro Catalani, 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 e che l'art. 8 quinquies, comma 2-quinquies del medesimo D.Lgs 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. che l'art. 65 della L.R. n. 22 del 12.12.2019 *“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”* prevede che la stipula di accordi contrattuali regionali con le organizzazioni rappresentative delle strutture private e di accordi aziendali con le strutture accreditate per l'erogazione di prestazioni per conto e con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale siano definiti 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. che con L.R. 27 del 17.12.2018 rubricata *“Assetto Istituzionale e Organizzativo del Servizio Sanitario Regionale”* è stata istituita l'Azienda Sanitaria 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. che con la DGR n. 1763 del 18.10.2019 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. che con DGR 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 disposizioni 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. che la DGR n. 1037 del 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 dicembre 2019, n. 157;

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

- un ulteriore finanziamento per le branche specialistiche individuate dalla DGR 1763/2019 ripartito tra le strutture già accreditate e le strutture di nuovo accreditamento;
- 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 definizione 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;

8. la sopra citata Delibera di Giunta Regionale stabiliva altresì:

- un ulteriore finanziamento per le branche specialistiche individuate dalla DGR 1763/2019 ripartito tra le strutture già accreditate e le strutture di nuovo accreditamento, in considerazione che dai dati contenuti nell’allegato della citata DGR 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. n. 22/2019 e nei limiti percentuali previsti dal medesimo comma;

- 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, difatti testualmente recita che:

- *"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";*

9. con decreto del direttore generale n 872 del 8 ottobre 2021 veniva approvato lo schema contrattuale con le strutture private accreditate efferenti al territorio dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, avente ad oggetto nella sezione denominata "PARTE I" l'acquisto e l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 e l'erogazione di prestazioni 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 sulla base delle disposizioni contenute nell'apposito paragrafo rubricato "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.

10. Con DGR n. 321 del 11 marzo 2022 sono state approvate, in via definitiva, le Linee per la gestione del SSR 2022 con le quali sono stati identificati gli obiettivi per l'anno 2022, i vincoli gestionali e le risorse disponibili. In particolare al punto 2.1.13 "Erogatori Privati" 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 n. 1037/2021 (linee 48 e 49).

11. 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-6 dd 07.11.2019 rilasciato dall'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste;



12. che la Struttura è accreditata a pieno titolo con decreto n. 1282/SPS del 17/7/2020, con proroga al 29/6/2022 come da nota prot.n. 3604/SPS del 4/2/2022 della Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità, per l'erogazione di prestazioni di ricovero e ambulatoriali per conto del SSR, nelle seguenti branche specialistiche:

- **Branche specialistiche di degenza e ambulatoriali: Medicina interna; Chirurgia generale; Urologia/andrologia; Oculistica; Ginecologia; Ortopedia e traumatologia.**
- **Branche specialistiche ambulatoriali: Dermatologia, Neurologia, Cardiologia, Endoscopia digestiva, Gastroenterologia, Endocrinologia, Diabetologia, Anestesia rianimazione e terapia del dolore.**
- **Diagnostica per immagini di primo e secondo livello per l'erogazione di prestazioni di radiologia tradizionale, ecografia, mammografia, ecocolordoppler, risonanza magnetica settoriale (artoscan) TRM, TAC.**

13. che 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;

14. che 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;

15. che la DGR 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);

16. che 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 n. 1680 del 14/09/2018 e s.m.i.;

17. che le DGR 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;

18. che all’art. 6 nella sezione *“Progettualità recupero fuga extraregionale e liste d’attesa”* della DGR 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 ambulatoriale;

19. che, 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 addivenire ad eventuale modifica e/o integrazione del presente accordo;



20. che con decreto del Direttore Generale n. dd è stato approvato il testo del presente accordo

Tutto ciò premesso e considerato, le parti stipulano e sottoscrivono il presente contratto, avente ad oggetto nella sezione denominata “PARTE I” l’acquisto e l’erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 2022, nella sezione denominata “PARTE II” l’acquisto e l’erogazione di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale 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 2022.

PARTE I

Acquisto ed erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 2022, nella sezione denominata – BUDGET ORDINARIO

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 (artoscanner) TRM; • 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 2022 è di complessivi € 7.268.571,47 per le quote di competenza relative alle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale.

Si precisa che, in coerenza con quanto definito dalla DGR 1037/2021, eventuali prestazioni eccedenti il budget sono riconosciute fino a un massimo del 5% da detrarsi dal budget dell’anno successivo; ulteriori prestazioni non vengono riconosciute. Parimenti, vengono riassegnati per l’anno successivo sottoutilizzi di budget entro e non oltre il 5% del budget stesso entro il triennio di vigenza dell’accordo.

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

<u>Attività di specialistica ambulatoriale</u>			
Branca specialistica	prestazione	n° prestazioni *	2.242.329,90
Chirurgia	Visita chirurgica generale/vascolare	2000	
	ECD arti venosi/arteriosi ECD tronchi	1200	
Ortopedia	Visita ortopedica	1600	
	Chirurgia minore della mano		
Urologia	Visita	3000	
Ginecologia	Visita	0	
Oculistica	Prima visita	1000	
	Fundus	300	
	Interventi minori sul cristallino	300	
Dermatologia	Prima visita	2000	
Neurologia	Prima visita	0	
	EMG + esami complement.	1300	
Cardiologia	Visita	1000	
	ECG	500	
	ECOcadiografia	500	
	Holter	200	
Endoscopia digestiva	Colonscopia	600	
	Visite Gastro	500	
	EGDS	100	
Terapia del dolore	Visite	200	
Diagnostica per immagini	Mammografia mono e bilat.	600	
	Radiologia tradizionale	3000	
	Ecografie**	2000	
	TC totali	1800	
	RMN addome, cervello,	500	
	RMN (<i>artoscan</i>) (<i>colonna e muscoloscheletriche</i> <i>cod. 88.93 e 88.94.1</i>)	1000	

*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 ecografiche (ecografia tessuti molli, muscolo scheletrica, tiroide, addominale etc)

Attività di ricovero

Branca specialistica	Tipologia prestazioni	
CHIRURGIA GENERALE	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)	€ 5.026.241,57
ORTOPEDIA	Protesi anca/ginocchio, artroscopia (meniscectomia, LCA), chirurgia del piede, chirurgia della mano, chirurgia della spalla	
UROLOGIA	TURP(almeno 80 interventi DRG 337); TURV, chirurgia vie urinarie	
GINECOLOGIA	ISC, RCU, chirurgia ginecologica	

Ai sensi della DGR 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 (laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, mesoterapia, esercizio assistito in acqua) sono erogabili esclusivamente per le indicazioni cliniche specificate nell'allegato 2 della precedente DGR 2747/2002 e solamente a residenti regionali (EXTRA LEA FVG).

- La Struttura si impegna a programmare la propria attività in modo da garantire la continuità nell'erogazione delle prestazioni.
- La Struttura applica le tariffe del nomenclatore tariffario regionale in vigore, approvato con DGR n. 1680 del 14.09.2018 e successive modifiche ed integrazioni, al netto del ticket.
- La struttura si impegna ad utilizzare i codici di diagnosi e le relative tariffe di ricovero di cui alla “classifica della malattia Sars-Co-V-2 (Covid-19) e sue manifestazioni cliniche e nuove linee guida di codifica della SDO” approvate dal Ministero della Salute.
- Le parti concordano di riservare all'Azienda la possibilità di modificare in corso d'anno i volumi di attività, come sopra specificati, per motivate esigenze aziendali

Articolo 3

Prestazioni erogate a residenti extra regione

- 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.
- L'importo dell'erogato 2011 dalla Struttura per i cittadini residenti presso le altre regioni, pari ad € 6.653,12 (ambulatoriale) e € 211.746,000,00 (ricovero) (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.

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, relative alle prestazioni oggetto del presente contratto.
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 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 5

Accesso utenza

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 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 compartecipazione 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.

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 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 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. Si applicano le modalità e i termini previsti dall'art. 10 dell'Accordo di cui alla D.G.R. 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 gg 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 2022 saranno trasmesse entro e non oltre il 15 marzo 2023.

Articolo 8

Decorrenza e durata

1. Il presente contratto ha durata per l'anno 2022, con decorrenza a partire dal 1° gennaio e scadenza al 31 dicembre. Fino alla stipula del successivo contratto, che decorre dal 1° gennaio 2023, il contenuto del presente contratto si intende provvisoriamente confermato.
2. Le clausole del presente contratto possono essere modificate per effetto dell'entrata in vigore di disposizioni di legge, statale o regionale.
3. La validità del presente contratto è condizionata alla permanenza dei presupposti di autorizzazione e accreditamento della Struttura.
4. Il presente contratto è redatto in duplice copia, una per la Struttura e l'altra per l'Azienda, che ne trasmetterà una copia telematica alla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità.

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, Politiche sociali e Disabilità.
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 del comma 1, dell'art. "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. "Controlli e debito informativo" del presente contratto, 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.

PARTE II

Acquisto ed erogazione di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale 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 2022.

Articolo 10

Finalità dell'Accordo

1. In conformità e nei limiti del finanziamento specifico di cui alla DGR 54 dd. 21.01.2022, 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 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. 11.

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 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 specialistica ambulatoriale per ciascuna annualità di riferimento e di vigenza del presente Accordo:

Attività di specialistica ambulatoriale

Branca specialistica	prestazioni	Nr prestazioni	€ 448.465,98
Radiologia	TC totali	300	
	RMN addome, cervello,	400	

	RMN (<i>artoscan</i>) (<i>colonna e muscoloscheletriche cod. 88.93 e 88.94.1</i>)	500
Oculistica	Interventi minori sul cristallino	110

Attività di ricovero

Branca specialistica	Tipologia prestazioni	Budget
ORTOPEDIA	DRG 544 SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DRG 223 CHIRURGIA DELLA SPALLA DRG 225 INTERVENTI SUL PIEDE DRG 503 INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIAGNOSI PRINCIPALE	€ 1.081.759,59

2. La Struttura si impegna a realizzare i volumi di attività e relativo ammontare sopra indicati con relativa 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 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 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 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. Come previsto dalla DGR 321/2022 relativamente all'utilizzo delle risorse finanziarie aggiuntive di cui alle linee sovraziendali n. 48 e 49, 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 comma 3.

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

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 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 compartecipazione 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.

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 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 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 2022 e scade al 31 dicembre 2022.
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. "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. "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.

DISPOSIZIONI FINALI E GENERALI

Articolo 20

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) 20167679. Qualora l'ulteriore responsabile del trattamento ometta di adempiere ai propri obblighi in materia di protezione dei dati, Casa di cura Sanatorio Triestino Spa 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 della Casa di cura Sanatorio Triestino Spa saranno comunicati separatamente ad ASUGI, contestualmente alla sottoscrizione del presente accordo.

Articolo 21

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 22

Incompatibilità

1. E' 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 23

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 24

Registrazione e altri adempimenti

1. Il presente contratto è redatto in duplice copia, una per la Struttura e l'altra per l'Azienda, che ne 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 25

Foro competente

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

Articolo 26

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.
2. Nel caso di interventi normativi nazionali o regionali specifici aventi ad oggetto l'erogazione di prestazioni volte a fronteggiare la pandemia covid19, con conseguente relativo finanziamento specifico il presente accordo verrà conseguentemente integrato.

Articolo 27

Disposizioni finali

Vista la DGR n. 321 del 11 marzo 2022 e in particolare il punto 2.1.13 "Erogatori Privati" 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 n. 1037/2021 (linee 48 e 49), le parti convengono che l'accordo approvato con decreto del Direttore Generale n. 939 del 28/10/2021 e sottoscritto in data 16/11/2021 cessa di produrre effetti dall'1 gennaio c.a. relativamente al budget



straordinario anno 2022, continuando ad avere effetti esclusivamente per quanto riguarda le prestazioni rese nell'anno 2021.

Le parti concordano di procedere alla liquazione integrale di tutte le fatture emesse a seguito dell'attività svolta con riferimento alla progettualità straordinaria 2021.

Le parti concordano che gli effetti di cui alle verifiche previste dagli artt. 13 e 14 del sopra citato accordo approvato con decreto del Direttore Generale n. 939/2021, anche e soprattutto dell'eventuale recupero, decorreranno solo dal 1 gennaio 2023.

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

**Il Direttore della Struttura Complessa
Convenzioni, Affari generali e Legali
Dott.sa Bernardetta Maioli
(per delega del Direttore Generale dott.
Antonio Poggiana)**



Documento
firmato da:
BERNARDETTA
MAIOLI
18.07.2022 08:42:
10 UTC

Per la Struttura

**Il legale rappresentante p.t.
Ing. Alessandro Catalani**

Le parti, letto e condiviso, accettano espressamente i contenuti degli artt. 9, 19 e 27

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

**Il Direttore della Struttura Complessa
Convenzioni, Affari generali e Legali
Dott.sa Bernardetta Maioli
(per delega del Direttore Generale dott.
Antonio Poggiana)**



Documento firmato
da:
BERNARDETTA
MAIOLI
18.07.2022 08:43:
50 UTC

Per la Struttura

**Il legale rappresentante p.t.
Ing. Alessandro Catalani**



ACCORDO TRA L'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO-ISONTINA E EUTONIA SRL SANITA' E SALUTE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE - ANNO 2022.

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

TRA

l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina con sede in Trieste via Costantino Costantinides, C.F. e P. IVA 01337320327, in persona del Direttore della Struttura Complessa Convenzioni, Affari generali e Legali – dott.ssa Bernardetta Maioli, delegata alla firma del presente atto dal Direttore Generale e legale rappresentante dell'Azienda dott. Antonio Poggiana, giusto decreto n. 271 del 1 aprile 2021;

E

EUTONIA S.r.l. Sanità e Salute, con sede in Trieste, via Domenico Rossetti 62, Partita IVA 01223070325, in persona del legale rappresentante, dott. Salvatore GUARNERI, 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 e che l'art. 8 quinquies, comma 2-quinquies del medesimo D.Lgs 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. che l'art. 65 della L.R. n. 22 del 12.12.2019 *“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”* prevede che la stipula di accordi contrattuali regionali con le organizzazioni rappresentative delle strutture private e di accordi aziendali con le strutture accreditate per l'erogazione di prestazioni per conto e con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale siano definiti 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. che con L.R. 27 del 17.12.2018 rubricata *“Assetto Istituzionale e Organizzativo del Servizio Sanitario Regionale”* è stata istituita l'Azienda Sanitaria 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. che con la DGR n. 1763 del 18.10.2019 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. che con DGR 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 disposizioni 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. che la DGR n. 1037 del 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 dicembre 2019, n. 157;

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

1. un ulteriore finanziamento per le branche specialistiche individuate dalla DGR 1763/2019 ripartito tra le strutture già accreditate e le strutture di nuovo accreditamento;
2. 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;
3. che, 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 deve rispettare il tetto economico fissato dalla norma nazionale in vigore che stabilisce di fare riferimento all’erogato 2011;
4. 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;

8. la sopra citata Delibera di Giunta Regionale stabiliva altresì:

- un ulteriore finanziamento per le branche specialistiche individuate dalla DGR 1763/2019 ripartito tra le strutture già accreditate e le strutture di nuovo accreditamento, in considerazione che dai dati contenuti nell’allegato della citata DGR 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. n. 22/2019 e nei limiti percentuali previsti dal medesimo comma;
- 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, difatti testualmente recita che:

- *“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”;*

9. con decreto del direttore generale n 872 del 8 ottobre 2021 veniva approvato lo schema contrattuale con le strutture private accreditate efferenti al territorio dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, avente ad oggetto nella sezione denominata “PARTE I” l'acquisto e l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 e l'erogazione di prestazioni 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 sulla base delle disposizioni contenute nell'apposito paragrafo rubricato “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.

Con DGR n. 321 del 11 marzo 2022 sono state approvate, in via definitiva, le Linee per la gestione del SSR 2022 con le quali sono stati identificati gli obiettivi per l'anno 2022, i vincoli gestionali e le risorse disponibili. In particolare al punto 2.1.13 “Erogatori Privati” 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 n. 1037/2021 (linee 48 e 49).

10. Che EUTONIA s.r.l. Sanità e Salute, di seguito struttura, è autorizzato all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento prot. 73968-19/T/GEN- IV-1-D-6 05/12/2019 rilasciato dall'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste;

11. che la Struttura è accreditata a pieno titolo con decreto n. 3516/SPS del 28/12/2021 della Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali per conto del SSR, nelle seguenti branche specialistiche:

- **Medicina fisica e riabilitativa**

- **Ortopedia**

12. che 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. che 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. che la DGR 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. che 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 n. 1680 del 14/09/2018 e s.m.i.;

16. che le DGR 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. che all’art. 6 nella sezione *“Progettualità recupero fuga extraregionale e liste d’attesa”* della DGR 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 ambulatoriale;

18. che, 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 addivenire ad eventuale modifica e/o integrazione del presente accordo;

19. che con decreto del Direttore Generale n. dd è stato approvato il testo del presente accordo

Tutto ciò premesso e considerato, le parti stipulano e sottoscrivono il presente contratto, avente ad oggetto nella sezione denominata *“PARTE I”* l’acquisto e l’erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 2022, nella sezione denominata *“PARTE II”* l’acquisto e l’erogazione di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale 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 2022.

PARTE I

Acquisto ed erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 2022, nella sezione denominata – BUDGET ORDINARIO

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:

1. Medicina fisica e riabilitazione
2. Ortopedia

Articolo 2

Volume di prestazioni erogabili e limiti di spesa

1. Il budget assegnato alla Struttura per prestazioni a residenti FVG per l'anno 2022 è di complessivi € 1.219.898,70 per le quote di competenza relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.
Si precisa che, in coerenza con quanto definito dalla DGR 1037/2021, eventuali prestazioni eccedenti il budget sono riconosciute fino a un massimo del 5% da detrarsi dal budget dell'anno successivo; ulteriori prestazioni non vengono riconosciute. Parimenti, vengono riassegnati per l'anno successivo sottoutilizzi di budget entro e non oltre il 5% del budget stesso entro il triennio di vigenza dell'accordo.
2. Fermo restando quanto determinato al precedente comma 1, la Struttura si impegna a realizzare i volumi di attività di seguito indicati:

EUTONIA

Budget
complessivo

Branca	Prestazione	n° prestazioni	€ 1.219.898,70
Ortopedia Medicina Fisica e Riabilitativa	Visita ortopedica	2400	
	Visita fisiatrice	5000	
	Rieducazione motoria individuale 30' Rieducazione motoria individuale 45' Rieducazione motoria individuale 60' mobilizzazione vertebrale,	25000	

	mobilitazione articolare Altre prestazioni riabilitative Training deambulatori e del passo	
	Rieducazione motoria di gruppo, posturali di gruppo	5500
	Riabilitazione logopedica per seduta individuale, eventualmente anche in lingua slovena	1800
	Elettroterapia antalgica Ultrasuonoterapia, Laserterapia Altre prestazioni	5000

3. Ai sensi della DGR 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 (laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, mesoterapia, esercizio assistito in acqua) sono erogabili esclusivamente per le indicazioni cliniche specificate nell'allegato 2 della precedente DGR 2747/2002 e solamente a residenti regionali (EXTRA LEA FVG).
4. La Struttura si impegna a programmare la propria attività in modo da garantire la continuità nell'erogazione delle prestazioni.
5. La Struttura applica le tariffe del nomenclatore tariffario regionale in vigore, approvato con DGR n. 1680 del 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 € 2.220,64 (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.

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, relative alle prestazioni oggetto del presente contratto.
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 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 5

Accesso utenza

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 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 compartecipazione 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. Per fratture con disabilità minimali segmentarie (es: fratture di polso), al medico specialista ortopedico ospedaliero, qualora ritenuto di dover attivare rapidamente un percorso riabilitativo, è data facoltà di prescrivere esclusivamente la prestazione di rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale -codice 93.11.4 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.

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 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 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. Si applicano le modalità e i termini previsti dall'art. 10 dell'Accordo di cui alla D.G.R. 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 gg 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 2022 saranno trasmesse entro e non oltre il 15 marzo 2023.

Articolo 8

Decorrenza e durata

1. Il presente contratto ha durata per l'anno 2022, con decorrenza a partire dal 1° gennaio e scadenza al 31 dicembre. Fino alla stipula del successivo contratto, che decorre dal 1° gennaio 2023, il contenuto del presente contratto si intende provvisoriamente confermato.
2. Le clausole del presente contratto possono essere modificate per effetto dell'entrata in vigore di disposizioni di legge, statale o regionale.
3. La validità del presente contratto è condizionata alla permanenza dei presupposti di autorizzazione e accreditamento della Struttura.
4. Il presente contratto è redatto in duplice copia, una per la Struttura e l'altra per l'Azienda, che ne trasmetterà una copia telematica alla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità.

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, Politiche sociali e Disabilità.
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 del comma 1, dell'art. "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. "Controlli e debito informativo" del presente contratto, 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.

PARTE II

Acquisto ed erogazione di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale 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 2022.

Articolo 10

Finalità dell'Accordo

1. In conformità e nei limiti del finanziamento specifico di cui alla DGR 321 dd. 21.01.2022, 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 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. 11.

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 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 specialistica ambulatoriale per ciascuna annualità di riferimento e di vigenza del presente Accordo:

BUDGET FUGHE

Branca	Prestazione	n° prestazioni	Budget complessivo
			€ 151.000
Ortopedia Medicina Fisica e Riabilitativa	Rieducazione motoria individuale in motuleso grave, strumentale complessa per seduta di 60 minuti (93.11.1)	6000	
	Rieducazione motoria individuale in motuleso grave, semplice per seduta di 45 minuti (93.11.2)		
	Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice per seduta di 30 minuti (93.11.4)		
	Rieducazione motoria di gruppo (93.11.5)		
	Mobilizzazione di altre articolazioni manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni (93.16)		
	Training deambulatori e del passo incluso: addestramento all' uso di protesi, ortesi, ausili e/o istruzione dei familiari (93.22)		
	Elettroterapia di muscoli normo o denervati della mano o del viso (93.39.6)		
	Magnetoterapia (93.39.8)		
	Ultrasonoterapia (93.39.9)		
Lasere terapia antalgica (99.99.1)			

2. La Struttura si impegna a realizzare i volumi di attività e relativo ammontare sopra indicati con relativa 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 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 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 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. Come previsto dalla DGR 321/2022 relativamente all'utilizzo delle risorse finanziarie aggiuntive di cui alle linee sovraziendali n. 48 e 49, 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 comma 3.



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

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 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 compartecipazione 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.

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 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 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 2022 e scade al 31 dicembre 2022.
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. "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. "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.

DISPOSIZIONI FINALI E GENERALI

Articolo 20

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, Eutonia Srl Sanità e Salute 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 Eutonia Srl Sanità e Salute saranno comunicati separatamente ad ASUGI, contestualmente alla sottoscrizione del presente accordo.

Articolo 21

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, accessi 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 22

Incompatibilità

1. E' 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 23

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 24

Registrazione e altri adempimenti

1. Il presente contratto è redatto in duplice copia, una per la Struttura e l'altra per l'Azienda, che ne 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 25

Foro competente

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

Articolo 26

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.
2. Nel caso di interventi normativi nazionali o regionali specifici aventi ad oggetto l'erogazione di prestazioni volte a fronteggiare la pandemia covid19, con conseguente relativo finanziamento specifico il presente accordo verrà conseguentemente integrato.

Articolo 27

Disposizioni finali

Vista la DGR n. 321 del 11 marzo 2022 e in particolare il punto 2.1.13 "Erogatori Privati" 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 n. 1037/2021 (linee 48 e 49), le parti convengono che l'accordo approvato con decreto del Direttore Generale n. 939 del 28/10/2021 e sottoscritto in data 29/10/2021 e in data 2/11/2021 cessa di produrre effetti dall'1 gennaio c.a. relativamente al budget straordinario anno 2022, continuando ad avere effetti esclusivamente per quanto riguarda le prestazioni rese nell'anno 2021.

Le parti concordano di procedere alla liquazione integrale di tutte le fatture emesse a seguito dell'attività svolta con riferimento alla progettualità straordinaria 2021.

Le parti concordano che gli effetti di cui alle verifiche previste dagli artt. 13 e 14 del sopra citato accordo approvato con decreto del Direttore Generale n. 939/2021, anche e soprattutto dell'eventuale recupero, decorreranno solo dal 1 gennaio 2023.

Per l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

**Il Direttore della Struttura Complessa
Convenzioni, Affari generali e Legali
dott.sa Bernardetta Maioli
(per delega del Direttore Generale dott. Antonio
Poggiana)**

Per la Struttura

**Il legale rappresentante p.t.
dott. Salvatore GUARNERI**

Le parti, letti e condivisi, accettano espressamente i contenuti degli artt. 9, 19 e 27.

Per l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

**Il Direttore della Struttura Complessa
Convenzioni, Affari generali e Legali
dott.sa Bernardetta Maioli
(per delega del Direttore Generale dott. Antonio
Poggiana)**

Per la Struttura

**Il legale rappresentante p.t.
dott. Salvatore GUARNERI**



ACCORDO TRA L'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO-ISONTINA E L'ISTITUTO RADIOLOGICO GORTAN SRL PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE – ANNO 2022.

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

TRA

l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina con sede in Trieste via Costantino Costantinides, C.F. e P. IVA 01337320327, in persona del Direttore della Struttura Complessa Convenzioni, Affari generali e Legali – dott.ssa Bernardetta Maioli, delegata alla firma del presente atto dal Direttore Generale e legale rappresentante dell'Azienda dott. Antonio Poggiana, giusto decreto n. 271 del 1 aprile 2021;

E

l'Istituto Radiologico GORTAN S.r.l., con sede in Trieste, via Cesare Beccaria 8, Partita IVA 00659050322, in persona dell'amministratore dott. Giovanni Battista Bellis, 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 e che l'art. 8 quinquies, comma 2-quinquies del medesimo D.Lgs 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. che l'art. 65 della L.R. n. 22 del 12.12.2019 *“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”* prevede che la stipula di accordi contrattuali regionali con le organizzazioni rappresentative delle strutture private e di accordi aziendali con le strutture accreditate per l'erogazione di prestazioni per conto e con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale siano definiti 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. che con L.R. 27 del 17.12.2018 rubricata *“Assetto Istituzionale e Organizzativo del Servizio Sanitario Regionale”* è stata istituita l'Azienda Sanitaria 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. che con la DGR n. 1763 del 18.10.2019 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. che con DGR 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 disposizioni 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. che la DGR n. 1037 del 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 dicembre 2019, n. 157;

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

- un ulteriore finanziamento per le branche specialistiche individuate dalla DGR 1763/2019 ripartito tra le strutture già accreditate e le strutture di nuovo accreditamento;
- 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 definizione 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;

8. la sopra citata Delibera di Giunta Regionale stabiliva altresì:

- un ulteriore finanziamento per le branche specialistiche individuate dalla DGR 1763/2019 ripartito tra le strutture già accreditate e le strutture di nuovo accreditamento, in considerazione che dai dati contenuti nell’allegato della citata DGR 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. n. 22/2019 e nei limiti percentuali previsti dal medesimo comma;

- 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, difatti testualmente recita che:

- *“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”;*

9. con decreto del Direttore Generale n. 872 del 8 ottobre 2021 veniva approvato lo schema contrattuale con le strutture private accreditate efferenti al territorio dell’Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, avente ad oggetto nella sezione denominata “PARTE I” l’acquisto e l’erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 e l’erogazione di prestazioni 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 sulla base delle disposizioni contenute nell’apposito paragrafo rubricato “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.

Con DGR n. 321 del 11 marzo 2022 sono state approvate, in via definitiva, le Linee per la gestione del SSR 2022 con le quali sono stati identificati gli obiettivi per l’anno 2022, i vincoli gestionali e le risorse disponibili. In particolare al punto 2.1.13 “Erogatori Privati” 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 n. 1037/2021 (linee 48 e 49).

10. che l’Istituto Radiologico Gortan Srl, di seguito struttura, è stato autorizzato all’esercizio di attività sanitaria con provvedimento prot. 61961/GEN.IV.1.D.6 dd 07/10/2019 rilasciato dall’Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste;

11. che alla predetta struttura è stato concesso il rinnovo dell’accreditamento a pieno titolo per la durata di anni 3, a decorrere dal 30.6.2022, di cui al Decreto n. 2012 del 9/5/2022 della Direzione



Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità, per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali per conto del SSR, nelle seguenti branche specialistiche:

- Diagnostica delle immagini

12. che 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. che 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. che la DGR 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. che 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 n. 1680 del 14/09/2018 e s.m.i.;

16. che le DGR 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. che all’art. 6 nella sezione *“Progettualità recupero fuga extraregionale e liste d’attesa”* della DGR 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 ambulatoriale;

18. che, 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 addivenire ad eventuale modifica e/o integrazione del presente accordo;

19. che con decreto del Direttore Generale n. dd è stato approvato il testo del presente accordo

Tutto ciò premesso e considerato, le parti stipulano e sottoscrivono il presente contratto, avente ad oggetto nella sezione denominata *“PARTE I”* l’acquisto e l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 2022, nella sezione denominata *“PARTE II”* l’acquisto e l'erogazione di prestazioni



ambulatoriali e di diagnostica strumentale 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 2022.

PARTE I

Acquisto ed erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 2022, nella sezione denominata – BUDGET ORDINARIO

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:

Diagnostica per immagini di primo livello

- Radiografia generale
- Ecografia generale
- Diagnostica mammografica
- TAC
- RMN

Articolo 2

Volume di prestazioni erogabili e limiti di spesa

1. Il budget assegnato alla Struttura per prestazioni a residenti FVG per l'anno 2022 è di complessivi € 769.444,98 per le quote di competenza relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Si precisa che, in coerenza con quanto definito dalla DGR 1037/2021, eventuali prestazioni eccedenti il budget sono riconosciute fino a un massimo del 5% da detrarsi dal budget dell'anno successivo; ulteriori prestazioni non vengono riconosciute. Parimenti, vengono riassegnati per l'anno successivo sottoutilizzi di budget entro e non oltre il 5% del budget stesso entro il triennio di vigenza dell'accordo.

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

Branca	Prestazione	n° prestazioni*	€ 769.444,98
	Rx	2000	
	Ecografie** (incluse le ecografie per la clinica nefrologica e clinica dermatologica)	1500	
	TC	500	



	RMN Addome Cervello	500	
	RMN (<i>muscolo scheletrica, osteoarticolare</i>)	300	

*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 ecografiche (ecografia tessuti molli, muscolo scheletrico, tiroide, addominale etc)

Ai sensi della DGR 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 (laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, mesoterapia, esercizio assistito in acqua) sono erogabili esclusivamente per le indicazioni cliniche specificate nell'allegato 2 della precedente DGR 2747/2002 e solamente a residenti regionali (EXTRA LEA FVG).

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 n. 1680 del 14.09.2018 e successive modifiche ed integrazioni, al netto del ticket.
5. La struttura si impegna ad utilizzare i codici di diagnosi e le relative tariffe di ricovero di cui alla "classifica della malattia Sars-Co-V-2 (Covid-19) e sue manifestazioni cliniche e nuove linee guida di codifica della SDO" approvate dal Ministero della Salute.
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 € 2.988,22 (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.

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, relative alle prestazioni oggetto del presente contratto.
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 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 5

Accesso utenza

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 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 compartecipazione 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.

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 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 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. Si applicano le modalità e i termini previsti dall'art. 10 dell'Accordo di cui alla D.G.R. 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 gg 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 2022 saranno trasmesse entro e non oltre il 15 marzo 2023.

Articolo 8

Decorrenza e durata

1. Il presente contratto ha durata per l'anno 2022, con decorrenza a partire dal 1° gennaio e scadenza al 31 dicembre. Fino alla stipula del successivo contratto, che decorre dal 1° gennaio 2023, il contenuto del presente contratto si intende provvisoriamente confermato.
2. Le clausole del presente contratto possono essere modificate per effetto dell'entrata in vigore di disposizioni di legge, statale o regionale.
3. La validità del presente contratto è condizionata alla permanenza dei presupposti di autorizzazione e accreditamento della Struttura.
4. Il presente contratto è redatto in duplice copia, una per la Struttura e l'altra per l'Azienda, che ne trasmetterà una copia telematica alla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità.

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, Politiche sociali e Disabilità.
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 del comma 1, dell'art. "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. "Controlli e debito informativo" del presente contratto, 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.

PARTE II

Acquisto ed erogazione di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale 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 2022.

Articolo 10

Finalità dell'Accordo

1. In conformità e nei limiti del finanziamento specifico di cui alla DGR 321 dd. 11.03.2022, 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 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. 11.

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 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 specialistica ambulatoriale per ciascuna annualità di riferimento e di vigenza del presente Accordo:

Branca	Prestazione	n° prestazioni	€ 230.000
	TC	200	
	RMN Addome Cervello	350	
	RMN (<i>muscolo scheletrica, osteoarticolare</i>)	350	

2. La Struttura si impegna a realizzare i volumi di attività e relativo ammontare sopra indicati con relativa 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 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 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 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. Come previsto dalla DGR 321/2022 relativamente all'utilizzo delle risorse finanziarie aggiuntive di cui alle linee sovraziendali n. 48 e 49, 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 comma 3.



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

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 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 compartecipazione 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.

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 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 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 2022 e scade al 31 dicembre 2022.
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. "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. "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.

DISPOSIZIONI FINALI E GENERALI

Articolo 20

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, Istituto Radiologico Gortan Srl 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 Istituto



Radiologico Gortan Srl saranno comunicati separatamente ad ASUGI, contestualmente alla sottoscrizione del presente accordo.

Articolo 21

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, accessi 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 22

Incompatibilità

1. E' 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 23

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 24

Registrazione e altri adempimenti

1. Il presente contratto è redatto in duplice copia, una per la Struttura e l'altra per l'Azienda, che ne 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 25

Foro competente

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

Articolo 26

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.
2. Nel caso di interventi normativi nazionali o regionali specifici aventi ad oggetto l'erogazione di prestazioni volte a fronteggiare la pandemia covid19, con conseguente relativo finanziamento specifico il presente accordo verrà conseguentemente integrato.

Articolo 27

Disposizioni finali

Vista la DGR n. 321 del 11 marzo 2022 e in particolare il punto 2.1.13 "Erogatori Privati" 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 n. 1037/2021 (linee 48 e 49), le parti convengono che l'accordo approvato con decreto del Direttore Generale n. 1066 del 17.12.2021 e sottoscritto in data 6/12/2021 e in data 20/12/2021 cessa di produrre effetti dall'1 gennaio c.a. relativamente al budget straordinario anno 2022, continuando ad avere effetti esclusivamente per quanto riguarda le prestazioni rese nell'anno 2021.

Le parti concordano di procedere alla liquazione integrale di tutte le fatture emesse a seguito dell'attività svolta con riferimento alla progettualità straordinaria 2021.

Le parti concordano che gli effetti di cui alle verifiche previste dagli artt. 13 e 14 del sopra citato accordo approvato con decreto del Direttore Generale n. 1066/2021, anche e soprattutto dell'eventuale recupero, decorreranno solo dal 1 gennaio 2023.

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

**Il Direttore della Struttura Complessa
Convenzioni, Affari generali e Legali
dott.sa Bernardetta Maioli
(per delega del Direttore Generale dott. Antonio
Poggiana)**



Documento firmato da:
BERNARDETTA
MAIOLI
18.07.2022 08:47:44
UTC

Per la Struttura

**Il legale rappresentante p.t.
dott. Giovanni Battista Bellis**
Data: 28/06/2022 13:48:00

Le parti, letto e condiviso, accettano espressamente i contenuti degli artt. 9, 19 e 27

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

**Il Direttore della Struttura Complessa
Convenzioni, Affari generali e Legali
dott.sa Bernardetta Maioli
(per delega del Direttore Generale dott. Antonio
Poggiana)**



Documento firmato da:
BERNARDETTA
MAIOLI
18.07.2022 08:48:37
UTC

Per la Struttura

**Il legale rappresentante p.t.
dott. Giovanni Battista Bellis**
Firmato digitalmente da: BELLIS GIOVANNI BATTISTA
Data: 28/06/2022 13:48:01



**ACCORDO TRA L'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO-ISONTINA E
NOVA SALUS SRL PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA
AMBULATORIALE - ANNO 2022.**

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

TRA

l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina con sede in Trieste via Costantino Costantinides, C.F. e P. IVA 01337320327, in persona del Direttore della Struttura Complessa Convenzioni, Affari generali e Legali – dott.ssa Bernardetta Maioli, delegata alla firma del presente atto dal Direttore Generale e legale rappresentante dell'Azienda dott. Antonio Poggiana, giusto decreto n. 271 del 1 aprile 2021;

E

la **Struttura Sanitaria "NOVA SALUS S.R.L."**, con sede in Gorizia (GO), via Cascino n. 8, C.F. e P. IVA 00379040314 in persona del gen. Nicola Apa legale rappresentante della struttura sanitaria "Nova Salus Srl" (di seguito struttura), il quale dichiara, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76, del D.P.R. n. 445/2000, di non essere stato condannato con provvedimento definitivo (sentenza anche a seguito di patteggiamento o decreto penale di condanna) per reati che comportano l'incapacità a contrattare 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 e che l'art. 8 quinquies, comma 2-quinquies del medesimo D.Lgs 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. che l'art. 65 della L.R. n. 22 del 12.12.2019 "*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*" prevede che la stipula di accordi contrattuali regionali con le organizzazioni rappresentative delle strutture private e di accordi aziendali con le strutture accreditate per l'erogazione di prestazioni per conto e con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale siano definiti 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. che con L.R. 27 del 17.12.2018 rubricata "*Assetto Istituzionale e Organizzativo del Servizio Sanitario Regionale*" è stata istituita l'Azienda Sanitaria 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. che con la DGR n. 1763 del 18.10.2019 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. che con DGR 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 disposizioni 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. che la DGR n. 1037 del 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 dicembre 2019, n. 157;

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

1. un ulteriore finanziamento per le branche specialistiche individuate dalla DGR 1763/2019 ripartito tra le strutture già accreditate e le strutture di nuovo accreditamento;
2. 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;
3. che, 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 deve rispettare il tetto economico fissato dalla norma nazionale in vigore che stabilisce di fare riferimento all'erogato 2011;
4. 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;

8. la sopra citata Delibera di Giunta Regionale stabiliva altresì:

- un ulteriore finanziamento per le branche specialistiche individuate dalla DGR 1763/2019 ripartito tra le strutture già accreditate e le strutture di nuovo accreditamento, in considerazione che dai dati contenuti nell'allegato della citata DGR 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. n. 22/2019 e nei limiti percentuali previsti dal medesimo comma;
- 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, difatti testualmente recita che: *“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”*;

9. con decreto del Direttore Generale n. 872 del 8 ottobre 2021 veniva approvato lo schema contrattuale con le strutture private accreditate efferenti al territorio dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, avente ad oggetto nella sezione denominata “PARTE I” l'acquisto e l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 e l'erogazione di prestazioni 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 sulla base delle disposizioni contenute nell'apposito paragrafo rubricato “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.

10. Con DGR n. 321 del 11 marzo 2022 sono state approvate, in via definitiva, le Linee per la gestione del SSR 2022 con le quali sono stati identificati gli obiettivi per l'anno 2022, i vincoli gestionali e le risorse disponibili. In particolare al punto 2.1.13 “Erogatori Privati” 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 n. 1037/2021 (linee 48 e 49).

11. la struttura sanitaria “NOVA SALUS S.R.L.”, con sede in Gorizia (GO), via Cascino n. 8, C.F. e P. IVA 00379040314 in persona del gen. Nicola Apa legale rappresentante della struttura sanitaria “Nova Salus Srl” (di seguito struttura), il quale dichiara, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76, del D.P.R. n. 445/2000, di non essere stato condannato con provvedimento definitivo (sentenza anche a seguito di patteggiamento o decreto penale di condanna) per reati che comportano l'incapacità a contrattare con la P.A.

12. che la Struttura è accreditata a pieno titolo con decreto n. 138/SPS del 4/2/2022 della Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali per conto del SSR, nelle seguenti branche specialistiche:

- **Medicina fisica e riabilitativa**
- **Medicina dello sport**
- **Ortopedia e traumatologia**



- **Diagnostica delle immagini**

13. che 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 progressivi;

14. che 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;

15. che la DGR 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);

16. che 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 n. 1680 del 14/09/2018 e s.m.i.;

17. che le DGR 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;

18. che all’art. 6 nella sezione “*Progettualità recupero fuga extraregionale e liste d’attesa*” della DGR 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 ambulatoriale;

19. che, 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 addivenire ad eventuale modifica e/o integrazione del presente accordo;

20. che con decreto del Direttore Generale n. dd è stato approvato il testo del presente accordo

Tutto ciò premesso e considerato, le parti stipulano e sottoscrivono il presente contratto, avente ad oggetto nella sezione denominata “PARTE I” l’acquisto e l’erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 2022, nella sezione denominata “PARTE II” l’acquisto e l’erogazione di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale 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 2022.

PARTE I

Acquisto ed erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 2022, nella sezione denominata – BUDGET ORDINARIO

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, nelle sedi operative di Gorizia, Monfalcone (GO), le prestazioni ambulatoriali inerenti alle seguenti branche specialistiche:
 - Medicina fisica e riabilitativa
 - Medicina sportiva.
 - Diagnostica per immagini (solo per la sede di Monfalcone)
 - Ortopedia e traumatologia (solo per la sede di Gorizia)

Articolo 2

Volume di prestazioni erogabili e limiti di spesa

- Il budget assegnato alla Struttura per prestazioni a residenti FVG per l'anno 2022 è di complessivi € 1.067.513,04 per le quote di competenza relative alle prestazioni di ricovero e a quelle di specialistica ambulatoriale.
Si precisa che, in coerenza con quanto definito dalla DGR 1037/2021, eventuali prestazioni eccedenti il budget sono riconosciute fino a un massimo del 5% da detrarsi dal budget dell'anno successivo; ulteriori prestazioni non vengono riconosciute. Parimenti, vengono riassegnati per l'anno successivo sottoutilizzi di budget entro e non oltre il 5% del budget stesso entro il triennio di vigenza dell'accordo.
- Fermo restando quanto determinato al precedente comma 1, la Struttura si impegna a realizzare i volumi di attività di seguito indicati:

Branca specialistica	Tipologia prestazioni	Numero* minimo prestazioni	
ORTOPEDIA	PRIMA VISITA ORTOPEDICA	1800	€1.067.513,04
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA (Monfalcone e Gorizia)	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	2700	
	Rieducazione motoria individuale 30'	6000	
	Rieducazione motoria individuale 45'		
	Rieducazione motoria individuale 60'		
	Training deambulatori e del passo Altre prestazioni		
	RIEDUCAZIONE MOTORIA DI GRUPPO. Per seduta di 60 minuti max 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute)	100	
	Terapia antalgica strumentale/altro	8000	
RADIOLOGIA	ECOGRAFIACARDIACA A RIPOSO	200	

	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	1500	
	ECOGRAFIA** (88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1 ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE, INFERIORE, co88.71.4 - DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E COLLO ED ECOTESSUTI MOLLI, TIROIDE**	2700	
	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI, INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	1000	
	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA	100	
	RADIOLOGIA TRADIZIONALE (RX TORACO SCHELETRICHE INCLUSO MAMMOMGRAFIA)	1550	
MEDICINA DELLO SPORT	CERTIFICAZIONI MEDICINA DELLO SPORT – sede di Gorizia	350	
	CERTIFICAZIONI MEDICINA DELLO SPORT – sede di Monfalcone	350	

*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)

Ai sensi della DGR 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 (laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, mesoterapia, esercizio assistito in acqua) sono erogabili esclusivamente per le indicazioni cliniche specificate nell'allegato 2 della precedente DGR 2747/2002 e solamente a residenti regionali (EXTRA LEA FVG).

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 n. 1680 del 14.09.2018 e successive modifiche ed integrazioni, al netto del ticket.
5. 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 € 5.569,08 (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.

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, relative alle prestazioni oggetto del presente contratto.
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 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 5

Accesso utenza

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 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 compartecipazione 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. Per fratture con disabilità minimali segmentarie (es: fratture di polso), al medico specialista ortopedico ospedaliero, qualora ritenuto di dover attivare rapidamente un percorso riabilitativo, è data facoltà di prescrivere esclusivamente la prestazione di rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale -codice 93.11.4 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.

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 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 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. Si applicano le modalità e i termini previsti dall'art. 10 dell'Accordo di cui alla D.G.R. 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 gg 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 2022 saranno trasmesse entro e non oltre il 15 marzo 2023.

Articolo 8

Decorrenza e durata

1. Il presente contratto ha durata per l'anno 2022, con decorrenza a partire dal 1° gennaio e scadenza al 31 dicembre. Fino alla stipula del successivo contratto, che decorre dal 1° gennaio 2023, il contenuto del presente contratto si intende provvisoriamente confermato.
2. Le clausole del presente contratto possono essere modificate per effetto dell'entrata in vigore di disposizioni di legge, statale o regionale.
3. La validità del presente contratto è condizionata alla permanenza dei presupposti di autorizzazione e accreditamento della Struttura.
4. Il presente contratto è redatto in duplice copia, una per la Struttura e l'altra per l'Azienda, che ne trasmetterà una copia telematica alla Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità.

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, Politiche sociali e Disabilità.
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 del comma 1, dell'art. "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. "Controlli e debito informativo" del presente contratto, 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.

PARTE II

Acquisto ed erogazione di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale 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 2022.

Articolo 10

Finalità dell'Accordo

1. In conformità e nei limiti del finanziamento specifico di cui alla DGR 321 dd. 11.03.2022, 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 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. 11.

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 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 specialistica ambulatoriale per ciascuna annualità di riferimento e di vigenza del presente Accordo:

Branca	Prestazione	n° prestazioni	€ 84.000
Medicina Fisica e Riabilitativa	<p>Rieducazione motoria individuale in motuleso grave, strumentale complessa per seduta di 60 minuti (93.11.1)</p> <p>Rieducazione motoria individuale in motuleso grave, semplice per seduta di 45 minuti (93.11.2)</p> <p>Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice per seduta di 30 minuti (93.11.4)</p> <p>Rieducazione motoria di gruppo (93.11.5)</p> <p>Mobilizzazione di altre articolazioni manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni (93.16)</p> <p>Training deambulatori e del passo incluso: addestramento all' uso di protesi, ortesi, ausili e/o istruzione dei familiari (93.22)</p> <p>Elettroterapia di muscoli normo o denervati della mano o del viso (93.39.6)</p> <p>Magnetoterapia (93.39.8)</p> <p>Ultrasonoterapia (93.39.9)</p> <p>Laser terapia antalgica (99.99.1)</p>	3000	
Branca	Prestazione	n° prestazioni	€ 100.000
Radiologia	<p>RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA</p>	500	

- La Struttura si impegna a realizzare i volumi di attività e relativo ammontare sopra indicati con relativa riduzione dei volumi di attività e valore economico della mobilità passiva extraregionale e dei tempi di attesa.
- La Struttura si impegna a programmare la propria attività in modo da garantire la continuità nell'erogazione delle prestazioni.
- La Struttura applica le tariffe del nomenclatore tariffario regionale in vigore, approvato con DGR 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 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 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. Come previsto dalla DGR 321/2022 relativamente all'utilizzo delle risorse finanziarie aggiuntive di cui alle linee sovraziendali n. 48 e 49, si farà riferimento, altresì, alle specifiche direttive e indirizzi emanati dal Servizio Assistenza Distrettuale e Ospedaliera della Regione

Articolo 14

Liquidazione del corrispettivo

9. 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.
10. 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.
11. L'Azienda, riconosce un acconto mensile da considerarsi quale anticipazione finanziaria nella misura del 70% del budget mensile teorico.
12. 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 comma 3.

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

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 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 compartecipazione 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.

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 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 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 2022 e scade al 31 dicembre 2022.
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. "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. "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.

DISPOSIZIONI FINALI E GENERALI

Articolo 20

Tutela privacy

13. 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.
14. 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.
15. 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) 20167679. Qualora l'ulteriore responsabile del trattamento ometta di adempiere ai propri obblighi in materia di protezione dei dati, Nova Salus Srl conserva nei confronti di ASUGI, titolare del trattamento, l'intera responsabilità dell'adempimento degli obblighi dell'altro responsabile.

- 16. 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.
- 17. 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 Nova Salus Srl saranno comunicati separatamente ad ASUGI, contestualmente alla sottoscrizione del presente accordo.

Articolo 21

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 22

Incompatibilità

1. E' 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 23

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 24

Registrazione e altri adempimenti

1. Il presente contratto è redatto in duplice copia, una per la Struttura e l'altra per l'Azienda, che ne 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 25

Foro competente

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

Articolo 26

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.



2. Nel caso di interventi normativi nazionali o regionali specifici aventi ad oggetto l'erogazione di prestazioni volte a fronteggiare la pandemia covid19, con conseguente relativo finanziamento specifico il presente accordo verrà conseguentemente integrato.

Articolo 27

Disposizioni finali

Vista la DGR n. 321 del 11 marzo 2022 e in particolare il punto 2.1.13 "Erogatori Privati" 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 n. 1037/2021 (linee 48 e 49), le parti convengono che l'accordo approvato con decreto del Direttore Generale n. 872 del 08/10/2021 e sottoscritto in data 21/10/2021 cessa di produrre effetti dall'1 gennaio c.a. relativamente al budget straordinario anno 2022, continuando ad avere effetti esclusivamente per quanto riguarda le prestazioni rese nell'anno 2021.

Le parti concordano di procedere alla liquazione integrale di tutte le fatture emesse a seguito dell'attività svolta con riferimento alla progettualità straordinaria 2021.

Le parti concordano che gli effetti di cui alle verifiche previste dagli artt. 13 e 14 del sopra citato accordo approvato con decreto del Direttore Generale n. 872 del 08/10/2021, anche e soprattutto dell'eventuale recupero, decorreranno solo dal 1 gennaio 2023.

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

**Il Direttore della Struttura Complessa
Convenzioni, Affari generali e Legali
dott.sa Bernardetta Maioli**

(per delega del Direttore Generale dott. Antonio Poggiana)

Per la Struttura

Il legale rappresentante p.t.

Firmato digitalmente da: APA NICOLA
Data: 28/06/2022 10:09:24



Documento firmato da:
BERNARDETTA MAIOLI
18.07.2022 08:49:52 UTC

Le parti, letti e condivisi, accettano espressamente i contenuti degli artt. 9, 19 e 27.

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

**Il Direttore della Struttura Complessa
Convenzioni, Affari generali e Legali
dott.sa Bernardetta Maioli**

(per delega del Direttore Generale dott. Antonio Poggiana)

Per la Struttura

Il legale rappresentante p.t.

Firmato digitalmente da: APA NICOLA
Data: 28/06/2022 10:09:26



Documento firmato da:
BERNARDETTA MAIOLI
18.07.2022 08:50:38
UTC