

ACCORDO

**- ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo 30.12.1992, n. 502 -
tra l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste e la Casa di Cura Salus -
Policlinico Triestino S.p.A. per l'acquisto e l'erogazione di prestazioni di ricovero,
di specialistica ambulatoriale, diagnostica strumentale e di laboratorio
anno 2017**

L'anno 2017, il giorno 05, del mese di aprile, in TRIESTE

TRA

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

E

La Casa di Cura SALUS - POLICLINICO TRIESTINO S.p.A., con sede in TRIESTE, via Bonaparte, n. 4 - 6, Partita IVA 00139620322, in persona del legale rappresentante pro tempore Dott. Guglielmo DANELON, il quale dichiara, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76, del D.P.R. n. 445/2000, di non essere stato condannato con provvedimento definitivo (sentenza anche a seguito di patteggiamento, decreto penale di condanna) per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la P.A.

Premesso:

1. Che, in attuazione della legge regionale 16.10.2014, n. 17, con decreto del Presidente della Regione n. 088/Pres. dd. 27.04.2016, su conforme DGR n. 679 dd. 22.04.2016, a decorrere dal 01.05.2016 è stata costituita l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, di seguito Azienda, comprendente gli ambiti territoriali individuati al comma 1, lett. a), dell'art. 6 della legge stessa, per effetto dell'incorporazione da parte dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina" dell'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 4, comma 2, della predetta L.R. n. 17/2014, la quale succede all'A.O.U. "Ospedali Riuniti" di Trieste, contestualmente soppressa, ed alla quale vengono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, e tutte le funzioni già riconosciute all'A.O.U., secondo le modalità definite con il protocollo d'intesa approvato con la deliberazione giunta n. 612 del 13.04.2016 e sottoscritto in data 22.04.2016 richiamata la deliberazione della Giunta Regionale n. 694 dd. 28.04.2016;
2. Che la Casa di Cura SALUS - Policlinico triestino S.p.A, di seguito Struttura, è autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento Prot. 6650-16/GEN.IV.D.6, dd. 11/02/2016, rilasciato dall'allora Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 - Triestina;
3. Che alla predetta struttura è stato concesso il rinnovo e l'integrazione dell'accreditamento a pieno titolo, di cui al decreto n. 523/SPS del 16 luglio 2015, per il periodo di anni tre, decorrenti dal 19.07.2015, data di scadenza dell'accreditamento di cui al decreto n. 618/2012, per l'erogazione di prestazioni di ricovero, ambulatoriali e di diagnostica per conto del SSR a favore di assistiti della Regione FVG e di altre Regioni, nelle seguenti branche specialistiche afferenti alle rispettive sedi operative:



- a) Sede operativa di Trieste, via Bonaparte, 4 - 6
- Medicina dello sport di primo livello;
 - Diagnostica per immagini di primo e secondo livello per l'erogazione di prestazioni di radiologia tradizionale, ecografia, mammografia, risonanza magnetica e TAC;
 - 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), Oculistica (3 pl per attività di degenza, di cui 1 pl esclusivamente per attività privata o extraregionale), ORL (10 pl per attività di degenza, di cui 2 pl esclusivamente per attività privata o extraregionale), Ortopedia (23 pl per attività di degenza, di cui 5 pl esclusivamente per attività privata o extraregionale);
 - Branche specialistiche ambulatoriali: Cardiologia, Anestesia e terapia antalgica, Dermatologia, Neurologia;
 - Medicina di laboratorio (laboratorio e punto prelievi):

b) Sedi operative di

- Trieste Studio Biomedico Trieste centro via Gallina 4 ambulatori e punto prelievi;
- Trieste, Studio Biomedico Roiano via Barbariga 7/a punto prelievi;
- Trieste Studio Biomedico Opicina, Starda per Vienna 9/a punto prelievi;
- Trieste Studio Biomedico Muggia, via Battisti 7/b punto prelievi
- Monfalcone, via Duca D'Aosta 40, struttura denominata "Studio Biomedico Monfalcone", condotta in esercizio dalla "Casa di Cura Salus – Policlinico Triestino S.p.a.", punto prelievi;
- Ronchi dei Legionari, via G. D'Annunzio 8, struttura denominata "Studio Biomedico Ronchi", condotta in esercizio dalla "Casa di Cura Salus – Policlinico Triestino S.p.a.", punto prelievi;
- Gorizia, Corso G. Verdi 12, struttura denominata "Studio Biomedico Gorizia", condotta in esercizio dalla "Casa di Cura Salus – Policlinico Triestino S.p.a.", punto prelievi.

4. Che alla struttura è stata concessa l'integrazione dell'accreditamento a pieno titolo nella branca specialistica di Medicina di Laboratorio per il Punto prelievi di via Barbariga 7/a, Trieste, di cui al Decreto n. 1/SPS, dd. 04.01.2016 e di via C. Battisti, Muggia, di cui al Decreto n. 247/SPS, dd. 21.03.2016, con scadenza relativamente a quella prevista dal decreto n. 523/2015;
5. Che l'art. 8 quinquies, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992 stabilisce che la Regione e le Unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi contrattuali con le strutture pubbliche ed equiparate e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati;
6. Che la Direzione Centrale Salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, di seguito Direzione Centrale Salute, ha proposto per il periodo 2017-2019 alle Associazioni rappresentative delle Strutture private – AIOP, ANISAP, ARIS Triveneto ed Assosalute FVG – la stipula di due distinti accordi regionali, uno per le Case di Cura private accreditate, che erogano prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale e l'altro per le strutture private accreditate eroganti esclusivamente prestazioni di specialistica ambulatoriale;
7. Che la D.G.R. 13.1.2017, n. 42, - con la quale è stato approvato l'Accordo triennale 2017-2019 tra Regione Friuli Venezia Giulia e le Associazioni rappresentative degli erogatori privati accreditati del Friuli Venezia Giulia, avente ad oggetto l'erogazione per conto del Servizio Sanitario Regionale di prestazioni sanitarie da parte delle strutture private accreditate – specifica le risorse destinate ai singoli operatori e la riorganizzazione dell'offerta delle prestazioni di laboratorio;
8. Che suddetto Accordo prevede che l'Azienda di riferimento debba stipulare annualmente con i soggetti privati un accordo contrattuale, di cui all'art. 51 delle L.R. 17/2014, trasformando il valore economico assegnato a ciascun erogatore in volumi di attività, specificando tipologia e quantità di prestazioni nelle diverse specialità accreditate per una puntuale allocazione delle risorse;
9. Che, in ottemperanza a quanto previsto in materia di mobilità sanitaria fra regioni e provincie autonome, si rende necessario il potenziamento delle attività per il contenimento dei tempi di attesa e il contrasto della fuga extra-regionale;
10. Che la D.G.R. 2034/2015 definisce l'organizzazione e le regole per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la gestione dei tempi di attesa, al fine di assicurare in maniera omogenea sull'intero territorio regionale il sistema dell'offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
11. Che vi è la necessità di integrare le modalità di accesso alle prestazioni al fine di ridurre i disagi all'utenza e di ottemperare a quanto stabilito dall'AIR con i medici di medicina generale del 21 dicembre 2015;
12. Che il D.M. "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale", dd. 9 dicembre 2015, definisce le prestazioni di specialistica ambulatoriale che possono essere erogate a carico del Servizio sanitario, solo nel rispetto di determinate condizioni di erogabilità riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni), al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti progressi;



13. Che il Ministero della Salute con circolare prot. n. 3012-P dd. 25.03.2016, ai punti 2 e 2.1 ha fornito ai medici prescrittori le prime indicazioni necessarie all'applicazione del suddetto Decreto e che successiva circolare, prot. n. 15141-P dd. 16.05.2016 riporta ulteriori chiarimenti;
14. Che le D.G.R. 2034/2015 e 951/2016 fissano le indicazioni per l'utilizzo del ricettario del SSN da parte dei medici operanti nelle Strutture, qualora si rendessero necessarie, anche in altre branche specialistiche, ulteriori prestazioni per una definizione del quesito clinico o essenziali al trattamento di una patologia evidenziata in corso di visita;
15. Che le tariffe attualmente vigenti, salvo successive modifiche, distinte per tipologie di prestazioni erogate dalle strutture accreditate sono quelle definite nel nomenclatore regionale di cui alle DD.GG.RR. 531/2006; 2989/2008; 1535/2009; 1977/2012; 2349/2012; 2431/2013; 915/2015; 1971/16 e s.m. e i. relative alle prestazioni per l'attività di specialistica ambulatoriale, di diagnostica e laboratorio, di attività di ricovero e nel D.P.R. 252/2013 per le prestazioni di medicina sportiva;
16. Che l'art. 1, comma 574 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208 conferma che, al fine di garantire, in ogni caso, l'invarianza dell'effetto finanziario connesso alla deroga di cui al periodo precedente del medesimo comma, le regioni provvedono ad adottare misure alternative, volte, in particolare, a ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate in regime ambulatoriale, di pronto soccorso, in ricovero ordinario e in riabilitazione e lungodegenza, acquistate dagli erogatori privati accreditati, in misura tale da assicurare il rispetto degli obiettivi di riduzione di cui al primo periodo, nonché gli obiettivi previsti dall'articolo 9-quater, comma 7, del decreto-legge 19 giugno, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125;
17. Che l'art. 9 quater, comma 7 del D.L. 19 giugno 2015, n. 78 convertito con Legge 6 agosto 2015, n. 125, che attribuisce alle Regioni o agli Enti del Servizio sanitario nazionale la ridefinizione dei tetti di spesa annui nelle prestazioni di specialistica ambulatoriale rese dagli erogatori privati accreditati, rideterminando il valore degli stessi in modo da ridurre la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale complessiva annua, da privato accreditato, di almeno l'1 per cento del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014;
18. Che le AAS/ASUI utilizzano i finanziamenti assegnati annualmente, in applicazione alla legge 7/2009, per attuare progetti di abbattimento delle liste di attesa, esclusivamente per l'anno di riferimento, coinvolgendo le Case di Cura private accreditate per almeno il 20% della quota assegnata e che tali progetti non possono costituire storicizzazione del budget e possono essere rimodulati di anno in anno con le Linee per la gestione del SSR;
19. Che qualora intervenissero ulteriori indicazioni regionali in relazione alla disponibilità e quantificazione di risorse derivanti dalla Legge Regionale n. 7/2009, è prevista la possibilità di modificare i tetti o i termini di esecuzione del presente accordo;
20. Che eventuali risorse recuperate in seguito agli accordi con le altre Regioni sulla mobilità extra-regionale potranno essere assegnate alle case di cura private accreditate per appositi progetti di recupero della fuga extra-regionale con apposito accordo integrativo;
21. Che, per necessità specifiche del territorio e per il potenziamento dell'attività di screening, è fatta salva da parte dell'Azienda l'attivazione di ulteriori progetti extra-budget e che tali progetti non producono storicizzazione del budget.

Tutto ciò premesso, le parti come sopra individuate stipulano e sottoscrivono il presente contratto avente ad oggetto l'acquisto e l'erogazione di prestazioni di ricovero e di prestazioni ambulatoriali/diagnostica strumentale/laboratorio per conto del SSR a favore di assistiti della Regione FVG e di altre Regioni, con oneri da porre a carico del bilancio dell'Azienda.

Articolo 1 Oggetto del contratto

La struttura si impegna ad erogare, in coerenza con i provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento, a favore degli aventi diritto secondo la normativa statale e/o regionale vigente, nella sede indicata nei provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento, le prestazioni inerenti alle seguenti branche specialistiche:

Ricovero e ambulatoriali:

- Medicina interna
- Chirurgia generale con endoscopia digestiva
- Ginecologia
- Oculistica
- ORL
- Ortopedia

Ambulatoriali

- Cardiologia
- Anestesia e terapia antalgica
- Dermatologia
- Neurologia
- Medicina dello Sport di I° livello



Diagnostica per immagini

- Radiologia tradizionale
- Ecografia
- Mammografia
- RMN
- TAC
- Medicina di Laboratorio (laboratorio diagnostico e punto prelievi)

Articolo 2

Volume di prestazioni erogabili e limiti di spesa

1. Considerato quanto esplicitato in premessa la struttura e l'Azienda convengono che il volume di prestazioni erogabili, nell'anno 2017, dalla struttura non potrà superare il tetto massimo di € 10.669.052,00;
2. Fermo restando quanto determinato al precedente comma 1, la struttura si impegna a realizzare i volumi minimi di attività, differenziati per branca specialistica, come di seguito indicato:

<u>Attività di ricovero</u> Branca specialistica	Tipologia prestazioni	Numero minimo prestazioni	Budget indicativo
ORTOPEDIA	Protesi anca/ginocchio	200	€ 6.198.931,00
	Interventi spalla	70	
	Interventi ginocchio	550	
	Interventi piede	180	
	Altri interventi ortopedici	50	
MEDICINA INTERNA		250	
ALTRE BRANCHE SPECIAL.		500	

Attività ambulatoriale (volumi minimi prenotabili a CUP):

Budget indicativo

Branca	prestazione	n° prestazioni	priorità (B)	priorità (D)	priorità (P)	€ 4.470.121,00
Cardiologia	Prima visita	650	200	200	250	
	ECOcadiografia	400	100	100	200	
	ECG	500	50	50	100	
	Holter	150				
	Test da sforzo	50				
Dermatologia	Prima visita	2.100	250	350	1.500	
	+ prestazioni					
Neurologia	Prima visita	200	100	100		
	EMG	6.000	50	50	750	
	ECD carotidei	400	50	50	300	
Oculistica	Prima visita	1.400	200	200	1.000	
	Cataratta	850				
	Altre prestazioni oculistiche	1.900				
Ortopedia	Prima visita + prestazioni	2.200	300	500	1.000	

Patologia clinica	Prelievi/Laboratorio				
ORL	Prima visita + prestazioni audiometrie	3.000	350	350	1.000
					100
Medicina dello sport		2.200			
Endoscopia digestiva	Colonscopia	200	100	100	
	EGDS				
ECD arti		500	50	50	300
ECD arti venosi			50	50	
Diagnostica per immagini	TC totali (torace, addome, cervello)	3.250 di cui 1.320 per SC Oncologia	500 di cui 150 con mdc	230 di cui 80 con mdc	1.200 di cui 400 con mdc
	RMN (addome, cervello, osteoarticolare)	2.500	350 di cui 120 con mdc	350 di cui 120 con mdc	1.800 di cui 600 con mdc
	Mammografia	330	100	100	130
	Ecografie	1.200	200	250	700

3. La struttura garantisce l'effettuazione delle prestazioni previste dal tariffario regionale e che rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), indicati dalle norme nazionali e regionali in materia;
4. In considerazione della prospettiva di trattare ambulatorialmente un sempre maggior numero di tipologie di prestazioni svolte attualmente in regime di ricovero (ordinario o day hospital), le due componenti del budget riportati nell'Accordo tra Regione e Case di Cura Private Accreditate, periodo 2017-2019, possono essere modificate con successivo accordo contrattuale annuale;
5. La struttura, previa disponibilità del collegamento con il modulo di accettazione Insiel ed allo scopo di ridurre il volume di budget impiegato nelle attività laboratoristiche, si impegna a far analizzare i campioni biologici dei pazienti in regime di convenzione con il S.S.R. presso il laboratorio dell'Azienda;
6. Considerata la riorganizzazione complessiva dell'attività di Medicina di Laboratorio la Struttura deve progressivamente limitare al di sotto di 250.000 euro la prestazioni erogate per conto del SSR nella branca di Medicina di Laboratorio, fatta salva l'attività di prelievo;
7. Qualora non completato il processo di informatizzazione in corso, si concorda, in via transitoria, l'utilizzo di una quota di attività analitica necessaria a completare il processo di informatizzazione richiesto per svolgere le attività di accettazione, prelievo e consegna dei referti per conto dei laboratori pubblici;
8. La struttura si impegna a trasmettere su supporto informatico i reports mensili dell'attività dell'anno in corso, suddivisi per codice di attività;
9. L'applicazione di nuove tariffe per le prestazioni di ricovero e/o di specialistica ambulatoriale non modifica il tetto economico assegnato alla Struttura;
10. Nelle more della definizione degli accordi fra le Regioni, l'attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale per i cittadini residenti presso le altre regioni è svolta nel rispetto del tetto economico fissato dalla norma nazionale in vigore, che stabilisce di fare riferimento all'erogato 2011 ridotto del 2% per l'attività di ricovero e del 3% per l'attività di specialistica ambulatoriale fatte salve evoluzioni della normativa o accordi interregionali; rimane senza vincoli di tetto la sola attività riguardante i ricoveri con DRG di alta complessità, come definita dalla Legge 28 dicembre 2015, n. 208 (articolo 1 comma 574);
11. Eventuali crediti o debiti sugli acconti riconosciuti dall'Azienda o sui ticket incassati andranno a modificare il budget dell'anno successivo;
12. Le prestazioni eccedenti il budget assegnato sono riconosciute fino ad un massimo del 3% da detrarsi al budget dell'anno successivo; ulteriori prestazioni non vengono riconosciute. Parimenti, sottoutilizzi del budget inferiori al 3% vengono riassegnati per l'anno successivo, sottoutilizzi superiori vengono incamerati nel bilancio dell'Azienda.

Handwritten signature

Handwritten signature

Articolo 3
Condizioni per l'erogazione delle prestazioni sanitarie

1. La struttura si impegna a garantire alti livelli di qualità e sicurezza delle prestazioni, con particolare riferimento all'appropriatezza, alla congruità tecnologica ed alla modalità in refertazione;
2. La struttura si impegna a mantenere tutti i requisiti, strutturali, tecnologici ed organizzativi, generali e specifici, di autorizzazione e di accreditamento, relativi alle prestazioni oggetto del presente contratto;
3. La struttura si impegna a partecipare alle attività di studio, monitoraggio e miglioramento promosse dalla Direzione Centrale Salute, rendendosi parte attiva nei programmi di miglioramento per la sicurezza dei pazienti e nelle percentuali previste annualmente dalle Linee di gestione del SSR per i DRG riguardanti i ricoveri a potenziale rischio di inappropriatezza;
4. La struttura può erogare prestazioni di ricovero e ambulatoriali nelle sole branche per le quali è stato rilasciato l'accREDITAMENTO. Per le prestazioni di ricovero l'accREDITAMENTO riguarda le sole branche indicate nella DGR 2673/2014 e l'esecuzione di prestazioni di ricovero o ambulatoriali in branche diverse non può dar seguito al riconoscimento economico da parte dell'Azienda;
5. Per le attività di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private accreditate è obbligatoria l'adesione alle agende CUP regionali, che non possono essere chiuse, a meno di cessazione dell'attività specifica;
6. La prenotabilità delle prestazioni "B", "D" e "P" entro i tempi massimi stabiliti (Brevi entro 10 giorni, Differite entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le indagini strumentali, Programmate entro 180 giorni) sarà garantita nei confronti dei residenti/domiciliati nel territorio di competenza dell'Azienda;
7. La struttura si impegna a garantire i volumi minimi di offerta a CUP sulle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio regionale con priorità "B", "D" e "P" riportati in tabella e l'offerta potrà essere oggetto di rimodulazione aziendale, qualora, a seguito di monitoraggio, i tempi di attesa presentassero sforamenti. I volumi previsti dal presente accordo sono da intendersi come volumi annui ed andranno quindi riproporzionati sui mesi di attivazione degli appuntamenti in priorità;
8. L'utilizzo del servizio di prenotazione fornito dal call center/CUP regionale per le prestazioni erogate per conto del SSR da parte degli erogatori privati è riconosciuto tramite l'abbattimento del 2% delle tariffe per la specialistica ambulatoriale, per le prestazioni non convenzionate con il SSR è a totale carico dell'erogatore;
9. La Struttura è tenuta ad applicare le tariffe del tariffario regionale ricoveri e del nomenclatore tariffario regionale per la specialistica ambulatoriale in vigore, al netto dei ticket per i residenti in FVG, mentre per i cittadini extra regionali si applica il DM 18.10.2012 e s.m.i. Alle tariffe della specialistica ambulatoriale si applica l'abbattimento del 2% (20% per la diagnostica di laboratorio) ex lege 296/2006, comma 796;
10. Per concorrere al raggiungimento degli obiettivi di accessibilità alle prestazioni del Servizio Sanitario Regionale definiti con DGR 1363/2015 e DGR 2034/2015 le strutture private accreditate si impegnano, con particolare riguardo alle prestazioni oggetto di monitoraggio regionale e a quelle prenotabili on line da parte del cittadino, a mantenere sempre aperte le agende di prenotazione CUP, con disponibilità in qualsiasi giorno dell'anno solare e con almeno 12 mesi successivi di offerta di prenotazione. Il verificarsi di motivate e riconosciute situazioni che impediscono l'erogazione di una prestazione, la sospensione dell'agenda o la prenotabilità per periodi temporali inferiori all'anno devono essere concordate con la Direzione Sanitaria dell'Azienda;
11. Le attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale prestate ai cittadini provenienti da altre Regioni verranno corrisposte in base a quanto effettivamente riconosciuto dalla regione di provenienza del paziente;
12. La struttura si impegna a programmare la propria attività in modo da garantire armonicamente nell'arco dell'anno la distribuzione delle prestazioni nei confronti degli aventi diritto e a prevedere una turnazione delle chiusure tra le strutture private accreditate in concomitanza delle festività natalizie e delle ferie estive (dicembre e agosto), in modo da evitare la contemporanea chiusura nello stesso periodo per le medesime branche di attività;
13. Non è consentita l'interruzione delle prestazioni per fine budget, pena la risoluzione dell'accordo contrattuale.
14. La Struttura si impegna ad accogliere in ricovero assistiti con casistica clinica di medicina provenienti dal Pronto soccorso dell'Azienda, in circostanze di criticità o iperafflusso, secondo le modalità riportate nel decreto del Direttore Generale n. 26, dd. 25.01.2017;
15. La struttura, preso atto della necessità di alimentare correttamente e compiutamente il registro tumori ed il registro resistenze batteriche, che non si avvalsesse dei servizi presenti presso uno dei presidi ospedalieri hub della Regione per i pazienti ricoverati, è tenuta ad inviare tutti i dati necessari rispettivamente alla struttura di Epidemiologia del Centro di Riferimento Oncologico di Aviano e alla struttura di Microbiologia e virologia di riferimento;
16. La struttura si impegna a comunicare all'Azienda e alla Direzione Centrale Salute i periodi di sospensione di attività da qualsiasi causa determinate, specificandone la motivazione;
17. La struttura si impegna a mantenere per i propri dipendenti l'applicazione del CCNL di categoria per tutta la durata del contratto;
18. La struttura garantisce che l'attività oggetto del presente contratto verrà svolta impiegando personale in possesso dei prescritti titoli abilitanti e che non si trovi in situazioni di incompatibilità;
19. L'eventuale accertamento di situazioni di incompatibilità determina gli effetti previsti dall'art. 1, comma 19, della legge n. 662/1996, qualora la struttura non provveda ad eliminarle entro 30 giorni dal ricevimento della diffida da parte dell'Azienda;
20. La revoca o la sospensione dell'accREDITAMENTO, disposta con decreto della Direzione Centrale Salute, determina la risoluzione o la sospensione del presente contratto;

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

Articolo 4 Controlli e debito informativo

1. La Struttura, fino a realizzazione degli adeguamenti di interoperabilità con i programmi INSIEL, è tenuta a fornire i dati obbligatori, secondo gli standard indicati dall'INSIEL, per compilare e trasmettere la SDO, alimentare il FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico), comunicare le prescrizioni dematerializzate prese in carico ed inviare i dati relativi alle prestazioni effettuate;
2. Il mancato o incompleto adempimento del debito informativo determina una diffida ad adempiere entro il termine di 30 giorni; il mancato adempimento dopo il decorso di tale termine può essere causa di risoluzione anticipata del contratto;
3. I costi relativi a modifiche sui propri programmi gestionali per l'interfacciamento con i programmi INSIEL sono a carico della Struttura;
4. L'Azienda, come indicato dalla DGR n° 299 dd. 20/02/2015 si attiva per mettere a disposizione delle strutture, che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale, le agende informatizzate (G2 Strutture) e le prenotazioni su CUPWEB (G3 Sportello) con la supervisione e il supporto all'autonoma attività gestionale e di prenotazione da parte della propria Direzione del CUP.
5. L'Azienda, come da L.133/2008 e s.m.i. e da provvedimenti regionali attuativi, si riserva la richiesta di informazioni e di documentazione e l'effettuazione di accertamenti atti alla verifica del rispetto dell'accessibilità, dell'appropriatezza clinica ed organizzativa sull'attività erogata, anche mediante sopralluoghi presso le sedi operative della struttura con le modalità operative riportate nella DGR n. 1321 dd. 11 luglio 2014;
6. Gli importi recuperati con i controlli rimangono agli erogatori per l'effettuazione di nuove prestazioni, fino ad un massimo del 5% del budget annuale assegnato alla struttura; gli importi eccedenti il 5% rimangono alle aziende sanitarie e vengono trattenuti nel saldo finale relativo all'annualità;
7. Le contestazioni sull'appropriatezza effettuate dall'Azienda, ancorché retroattive, hanno effetto sull'anno di esercizio nel quale è effettuata la contestazione.

Articolo 5 Rendicontazione e liquidazione dei corrispettivi

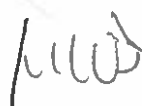
1. Gli erogatori privati saranno remunerati secondo quanto previsto dall'art. 8 dell'Accordo di cui alla D.G.R. n. 27/2014;
2. Alla luce delle indicazioni della DGR n. 1321/2014, nell'allegato alla nota della DIR. SAN n. 28078/GEN.I.2.A, dd. 04.06.2015, sono riportate le modalità per l'esecuzione, da parte dell'Azienda, delle liquidazioni delle prestazioni sanitarie erogate in regime di ricovero e ambulatoriale;
3. Al 30 di ogni mese sarà liquidato d'ufficio l'acconto riferito al mese stesso, calcolato sulla base del 70% del budget mensile teorico (budget annuale diviso 12);
4. Il saldo verrà disposto entro 90 giorni dal ricevimento delle relative fatture;
5. Le spese di bollo, relativamente alle fatture, sono a cura e a carico della struttura erogante.

Articolo 6 Decorrenza e durata

1. Il presente contratto ha durata per l'anno 2017, con decorrenza a partire dal 01 gennaio 2017 e scadenza al 31 dicembre 2017;
2. Fino alla stipula del successivo contratto, che decorre dal 01 gennaio 2018, il contenuto del presente contratto si intende provvisoriamente confermato;
3. Le clausole del presente contratto possono essere modificate per effetto dell'entrata in vigore di disposizioni di legge, statale o regionale, aventi carattere imperativo;
4. Il presente contratto è redatto in triplice copia, una per la struttura e due per l'Azienda, che ne trasmetterà una copia alla Direzione Centrale Salute.

Articolo 7 Risoluzione anticipata del contratto

1. Il presente contratto si risolve di diritto in caso di revoca dell'accredimento, disposta con decreto della Direzione Centrale Salute;
2. Il contratto si intende risolto, su comunicazione dell'Azienda, qualora la struttura realizzi una o più delle seguenti fattispecie che si configurano come grave inadempimento:
 - mancato adempimento degli obblighi informativi, ai sensi dell'art. 4 del presente contratto



- inosservanza dell'obbligo di conservazione e custodia della documentazione prevista dalla normativa sulle prestazioni erogate
 - impedimento ai controlli esercitati dall'Azienda e previsti nel Piano Controlli regionale, ai sensi dell'art. 4 del presente contratto, decorso il termine di 30 giorni della diffida ad adempiere
 - interruzione delle prestazioni per esaurimento del budget
3. L'inadempimento della struttura determina il diritto dell'Azienda e della Regione al risarcimento dei danni.

Articolo 8
Incedibilità del contratto e cessione dei crediti

1. La struttura si impegna ad eseguire personalmente le prestazioni oggetto del presente contratto e, pertanto, il presente contratto non può essere ceduto in tutto o in parte;
2. La successione nella titolarità del contratto può avvenire solo a seguito del trasferimento della titolarità dell'autorizzazione e dell'accreditamento, alle condizioni previste dai provvedimenti regionali in materia di autorizzazione e di accreditamento, nonché dall'art. 6 dell'Accordo approvato con la D.G.R. n. 27/2014;
3. L'eventuale cessione dei crediti derivanti dal presente contratto, ha efficacia dalla sua notificazione all'Azienda ai sensi dell'art. 1264 c.c..

Articolo 9
Registrazione

Il presente atto è soggetto a registrazione in caso d'uso. Le spese di bollo sono a carico di chi richiede la registrazione.

Articolo 10
Foro competente

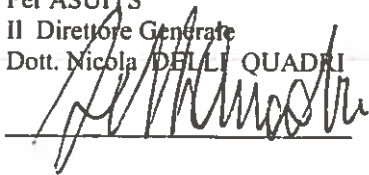
Le parti stabiliscono che per ogni eventuale e futura controversia derivante dal presente contratto è competente il foro di Trieste.

Articolo 11
Norma di rinvio

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

FIRMATO

Per ASUITS
Il Direttore Generale
Dott. Nicola DELLI QUADRI



Per la Casa di Cura Salus-Policlinico Triestino s.p.a.
Il Presidente
Dott. Guglielmo DANELON



Prot. n. 20201/T. GENI.U.3.C.2 dd. 14/04/17
1339