

ACCORDO

**- ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo 30.12.1992, n. 502,
tra l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste e EUTONIA S.r.l. Sanità e
Salute per l'acquisto e l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale
anno 2019**

L'anno 2019, il giorno 11 del mese di giugno, in TRIESTE

TRA

L'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (ASUITS) con sede a Trieste, via Giovanni Sai n. 1-3, Partita IVA 01258370327, in persona del Commissario Straordinario e legale rappresentante pro tempore, dott. Antonio POGGIANA

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 445/2000, di non essere stato condannato con provvedimento definitivo (sentenza anche a seguito di patteggiamento, decreto penale di condanna) per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la P.A.

Premesso:

1. Che l'art. 8 quinquies, comma 2, del D.Lgs. 502/1992 stabilisce che la Regione e le Unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi contrattuali con le strutture pubbliche ed equiparate e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati;
2. Che la Direzione Centrale Salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, di seguito Direzione Centrale Salute, ha proposto per il periodo 2017-2019 alle Associazioni rappresentative delle Strutture private – AIOP, ANISAP, ARIS Triveneto ed asso Salute FVG – la stipula di due distinti accordi regionali, uno per le Case di Cura private accreditate, che erogano prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale e l'altro per le strutture private accreditate eroganti esclusivamente prestazioni di specialistica ambulatoriale;
3. Che la DGR 13.01.2017, n. 42, - con la quale è stato approvato l'Accordo triennale 2017-2019 tra Regione Friuli Venezia Giulia e le Associazioni rappresentative degli erogatori privati accreditati del Friuli Venezia Giulia, avente ad oggetto l'erogazione per conto del Servizio Sanitario Regionale di prestazioni sanitarie da parte delle strutture private accreditate – quantifica le risorse destinate ai singoli operatori e la riorganizzazione dell'offerta delle prestazioni di laboratorio;
4. Che suddetto Accordo prevede che l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (ASUITS), di seguito azienda, debba stipulare annualmente con i soggetti privati un accordo contrattuale, di cui all'art. 51 della L.R. 17/2014, trasformando il valore economico assegnato a ciascun erogatore in volumi di attività, specificando tipologia e quantità di prestazioni nelle diverse specialità accreditate per una puntuale allocazione delle risorse;
5. Che EUTONIA s.r.l. Sanità e Salute, di seguito struttura, è autorizzato all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento Prot. 65943-17/T/GEN.IV.1.D.6, dd. 19.12.2017, rilasciato dall'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste;
6. Che con nota prot. n. 0012297/P, dd 03.07.2015, la Direzione Centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia ha espresso parere preventivo favorevole, ai sensi dell'art. 6, dell'Accordo riportato nell'allegato 2, della DGR n. 27/2014, al progetto di acquisizione d'azienda o fusione mediante incorporazione della società controllata Sanitas Studio Fisioterapico s.r.l., con sede legale a Trieste, via Mascagni 3/2 nella Società "Eutonia Sanità e Salute s.r.l.", con sede legale a Trieste in via D. Rossetti 62;
7. Che in virtù del decreto 21.10.2015, n. 863, la struttura sanitaria "Eutonia s.r.l. Sanità e Salute" è titolare di accreditamento a pieno titolo nelle branche specialistiche di Medicina fisica e riabilitazione e di Ortopedia, afferenti alle sedi operative di Trieste, via D. Rossetti 62, via Carducci 31 e via Mascagni 3/1, con scadenza al 06.09.2018;



8. Che alla predetta struttura, con Decreto n. 1288/SPS, dd. 13.09.2018, è stato concesso il rinnovo dell'accreditamento a pieno titolo, a decorrere dal 06.09.2018 e per la durata di tre anni, nelle seguenti branche specialistiche afferenti alle rispettive sedi operative:
 - sede operativa di Trieste, via D. Rossetti, 62: Medicina fisica e riabilitativa e Ortopedia;
 - sede operativa di Trieste, via Mascagni, 3/1: Medicina fisica e riabilitativa e Ortopedia;
 - sede operativa di Trieste, via Udine, 11: Medicina fisica e riabilitazione;
 - sede operativa di Trieste, via Carducci, accreditamento sospeso per la durata di 12 mesi, coincidente con il periodo di sospensione dell'attività per ristrutturazione.
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 DGR 16.10.2015, n. 2034, definisce l'organizzazione e le regole per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la gestione dei tempi di attesa, al fine di assicurare in maniera omogenea sull'intero territorio regionale il sistema dell'offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
11. Che il D.M. 09.12.2015, recante *Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale*, definisce le prestazioni di specialistica ambulatoriale che possono essere erogate a carico del Servizio sanitario, solo nel rispetto di determinate condizioni di erogabilità riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni), al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi;
12. Che il Ministero della Salute con Circolare 25.03.2016, prot. n. 3012-P, ai punti 2 e 2.1 ha fornito ai medici prescrittori le prime indicazioni necessarie all'applicazione del suddetto Decreto, ulteriormente integrato con Circolare 16.05.2016, prot. n. 15141-P;
13. Che le DDGGRR 2034/2015 e 951/2016 fissano le indicazioni per l'utilizzo del ricettario del SSN da parte dei medici operanti nelle Strutture, qualora si rendessero necessarie, anche in altre branche specialistiche, ulteriori prestazioni per una definizione del quesito clinico o essenziali al trattamento di una patologia evidenziata in corso di visita;
14. Che il DPCM 12.01.2017 definisce ed aggiorna i livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del D.Lgs. 502/1992;
15. Che la DGR 22.09.2017, n. 1783, ad oggetto il DPCM 12.01.2017, dispone l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie regionali aggiuntive (Extra LEA);
16. Che sino alla data di pubblicazione del DMS, che disporrà in merito ad una nuova definizione delle tariffe massime per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, le tariffe per tipologie di prestazioni erogate dalle strutture accreditate sono quelle definite nel nomenclatore regionale, di cui alle DDGGRR 531/2006; 2989/2008; 1535/2009; 1977/2012; 2349/2012; 2431/2013; 915/2015; 1971/16 e s.m.i., e relativamente alle prestazioni per l'attività di specialistica ambulatoriale, di diagnostica e laboratorio, di attività di ricovero e nel DPR 19.12.2013, n. 252, per le prestazioni di medicina sportiva;
17. Che con DGR 14.09.2018, n. 1680, è stato approvato il nuovo nomenclatore tariffario per la Specialistica ambulatoriale della Regione Friuli Venezia Giulia;
18. Che è considerato superato e assorbito dai valori tariffari, definiti negli allegati al suddetto provvedimento, l'effetto dello sconto previsto nei confronti delle strutture private dall'art. 1, comma 796, della legge 296/2006 e dalla DGR 704 del 29.03.2007, così come già previsto dal nomenclatore nazionale D.M. 18.10.2012, pag. 18, della relazione tecnica del Ministero e che pertanto sono da considerare decaduti gli sconti nei confronti delle strutture private previsti dalla legge 296.2006 e dalla DGR 704 del 29.03.2007;
19. Che a far data 01.01.2019 è stata approvata l'entrata in vigore del nuovo Nomenclatore tariffario regionale della specialistica ambulatoriale;
20. Che con DGR 28.12.2018, n. 2514, sono state approvate in via preliminare le *Linee per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2019*, di cui all'art. 12, comma 2 della LR 19.12.1996, n. 49;
21. Che con DGR 22.03.2019, n. 448, sono state emanate le Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale per l'anno 2019;
22. Che con provvedimento della Presidenza del Consiglio dei Ministri, dd. 21.02.2019, DAR 0003203 P-4.37.2.10, *"Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 05.06.2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Provincie Autonome di Trento e Bolzano, su Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019 - 2021, di cui all'art. 1, comma 280, della legge 23.12.2005, n. 266*, è stato definito il Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019 - 2021;
23. Che con decreto dd. 29.03.2019, n. 255, l'azienda ha adottato il Piano Attuativo Locale con bilancio di previsione 2019, che dispone le linee strategiche aziendali prioritarie e recepisce le linee di attività assegnate dalla Regione;
24. Che l'art. 1, comma 574 della Legge 28.12.2015, n. 208, conferma che, al fine di garantire, in ogni caso, l'invarianza dell'effetto finanziario connesso alla deroga di cui al periodo precedente del medesimo comma, le regioni provvedono ad adottare misure alternative, volte, in particolare, a ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate in regime ambulatoriale, di pronto soccorso, in ricovero ordinario e in riabilitazione e lungodegenza, acquistate dagli erogatori privati accreditati, in misura tale da assicurare il rispetto degli obiettivi di riduzione di cui al primo periodo, nonché gli obiettivi previsti dall'articolo 9-quater, comma 7, del D.L. 19.06.2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla Legge 06.08.2015, n. 125;

25. Che l'art. 9 quater, comma 7, del suddetto decreto-legge attribuisce alle Regioni o agli Enti del Servizio sanitario nazionale la ridefinizione dei tetti di spesa annui delle 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;
26. Che con DGR 10.11.2017, n. 2181, sono stati approvati gli accordi di modifica dell'Accordo fra Regione Friuli Venezia Giulia e Case di Cura Private accreditate – periodo 2017-2019 e di modifica dell'Accordo fra Regione Friuli Venezia Giulia e Strutture private accreditate per la specialistica ambulatoriale – periodo 2017-2019 stipulati con le Associazioni rappresentative degli erogatori privati accreditati;
27. Che, ai sensi dell'art. 8 dell'Accordo Friuli Venezia Giulia e Strutture private accreditate per la specialistica ambulatoriale le prestazioni eccedenti il budget assegnato per l'anno 2018 sono riconosciute fino ad un massimo del 5% da detrarsi al budget dell'anno 2019; ulteriori prestazioni non vengono riconosciute. Parimenti, sottoutilizzi del budget inferiori al 5% vengono riassegnati per l'anno 2019; sottoutilizzi superiori vengono incamerati nel bilancio dell'azienda;
28. Che il totale riconosciuto alla struttura per l'anno 2018 è stato di € 1.196.845,39 con una eccedenza del budget di € 56.080,89 rispetto al tetto assegnato per l'anno 2018 pari a € 1.140.764,50;
29. Che il tetto assegnato per l'anno 2019 con DGR 42/2017, all. 2, viene quindi rideterminato in € 1.071.919,11;
30. Che l'applicazione della Legge 7/2009 - "Disposizioni per il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale"- farà seguito a specifiche disposizioni regionali;
31. Che, anche in ragione della valutazione periodica dei tempi di attesa, risulta opportuno procedere ad un monitoraggio infrannuale dei volumi prestazionali richiesti ed erogati ed addivenire ad eventuale modifica e/o integrazione del presente accordo.

Tutto ciò premesso, le parti come sopra individuate stipulano e sottoscrivono il presente contratto avente ad oggetto l'acquisto e l'erogazione di prestazioni ambulatoriali 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

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

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 2019 non potrà superare il tetto massimo di € 1.071.919,11
2. Fermo restando quanto determinato al precedente comma 1, la struttura si impegna a realizzare i seguenti volumi minimi di attività prenotabili a CUP, come di seguito indicato:

Budget complessivo

Branca	Prestazione	n° prestazioni	priorità (B)	priorità (D)	priorità (P)	€ 1.071.919,11
Ortopedia Medicina Fisica e Riabilitativa	Visita ortopedica	1.550	250	650	650	
	Visita fisiatrica	5.700 (massimo 6.000)	1.200	1.500	3.000	
	Rieducazione motoria individuale 30' Rieducazione motoria individuale 45' Massoterapia per drenaggio linfatico, mobilizzazione vertebrale, mobilizzazione articolare Altre prestazioni riabilitative Training deambulatori e del passo	28.000				
	Rieducazione motoria di gruppo, posturali di gruppo	5.000				
	Riabilitazione logopedica per seduta individuale, anche in lingua slovena	1.200				

Elettroterapia antalgica Ultrasuonoterapia, Laserterapia Altre prestazioni	7.000	
--	-------	--

3. La struttura garantisce la prenotabilità dei volumi minimi di attività, di cui alla precedente tabella, salvo situazioni di criticità non diversamente sopportabili, da comunicare tempestivamente all'azienda;
4. La struttura garantisce l'effettuazione delle prestazioni previste dal tariffario regionale e che rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), indicati dalle norme nazionali e regionali in materia;
5. La struttura si impegna ad erogare un tetto massimo di 6.000 visite fisiatriche nell'arco dell'anno. Ulteriori volumi dovranno essere concordati con l'azienda;
6. La struttura è tenuta all'esecuzione delle prestazioni richieste dai medici specialisti fisiatra o dai medici specialisti delle équipe multidisciplinari distrettuali nel rispetto della prescrizione, anche in riferimento alla frequenza ed ai tempi di trattamento, laddove esplicitati. Tale attività è prioritaria e il relativo fondo può essere incrementato a scapito di quello residuale lasciato a disposizione dei medici di famiglia, qualora le richieste dei Distretti fossero superiori alle previsioni. Il fondo a disposizione dei Distretti determina una specifica agenda di prenotazioni, che non può mai essere chiusa. Qualora il fondo messo a disposizione dei Distretti non fosse completamente utilizzato, il residuale potrà essere utilizzato a copertura delle prescrizioni dei MMG e degli ortopedici ospedalieri;
7. Ai fini del completamento del percorso di riabilitazione, ex art. 26, all'assistito viene garantito, in continuità assistenziale, un percorso ambulatoriale. La prescrizione del trattamento sarà redatta dallo specialista fisiatra del distretto di appartenenza su specifica richiesta del MMG. Il percorso e le modalità erogative saranno oggetto di apposito accordo concordato tra le parti;
8. Entro il mese di gennaio 2020 la struttura si impegna a produrre un report con criticità e soluzioni migliorative da inoltrare alla SSD di Riabilitazione Distrettuale;
9. La struttura si impegna ad effettuare le visite fisiatriche ed ortopediche (prime visite e visite di controllo) su prenotazione CUP e le prestazioni riabilitative derivanti dovranno essere effettuate prioritariamente presso la propria struttura, pur nella libera scelta dell'assistito, e nel rispetto dei tempi definiti dai codici di priorità;
10. 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;
11. Le prescrizioni saranno pertanto indicativamente ripartite secondo i tetti riportati nella seguente tabella:

Prescrizioni MMG, fisiatra/ortopedici operanti nella struttura e ortopedici ospedalieri	70 %
Prescrizioni distrettuali	30 %

12. Gli interventi logopedici, anche in lingua slovena, sono richiesti dalle Strutture Complesse Distrettuali Bambini Adolescenti Donne e Famiglie o dai medici di distretto per complessive 2.000 prestazioni, di cui 600 per il servizio sloveno e 1.400 per le SSTSBA distrettuali. Ulteriori 200 prestazioni saranno garantite su prescrizione dell'I.R.C.C.S. materno infantile "Burlo Garofolo". I trattamenti logopedici (93.75.1 - Riabilitazione logopedica individuale, ciclo di dieci sedute della durata non inferiore a 45 minuti), che includeranno training per discalculia, per disfasia ed esame dell'afasia, saranno rivolti prioritariamente ad almeno 15 minori con:
 - a. Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA - Dislessia, Disortografia, Disgrafia e Discalculia) nei bambini della scuola primaria e secondaria di primo grado, da trattare per circa 3 mesi, 2 volte a settimana (20/30 sedute), come da linee guida (ISS, 2011).
 - b. Disturbo specifico del linguaggio primario o secondario da trattare con cicli da 10 sedute a frequenza settimanale (compresa la sordità già trattata).
 - c. Trattamenti di 10 sedute, a frequenza settimanale su prescrizione ORL del Burlo Garofolo, previa definizione concordata di percorsi e modalità di invio (max 200 sedute anno).
13. La struttura si impegna nella formazione dei propri operatori in un percorso di declinazione dei criteri di prescrizione, delle modalità di presa in carico e di valutazione delle SSTSBA - Distrettuali;
14. La struttura si rende disponibile a collaborare con i Distretti nella definizione e/o sperimentazione di nuovi percorsi riabilitativi per soggetti affetti da specifiche patologie;
15. La struttura si impegna a trasmettere su supporto informatico i report mensili dell'attività dell'anno in corso, suddivisi per codice di attività;
16. L'applicazione di nuove tariffe per le prestazioni di ricovero e/o di specialistica ambulatoriale non modifica il tetto economico assegnato alla struttura;
17. La struttura applica ai pazienti residenti in regioni diverse le medesime regole di accesso e di erogazione delle prestazioni previste per i pazienti residenti in Regione FVG;
18. Per qualsiasi prestazione sanitaria erogata si applicano le tariffe del nomenclatore tariffario regionale in vigore, al netto dei ticket per i residenti in FVG o in altre regioni.

19. Nelle more della definizione degli accordi fra le Regioni, l'attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale per i cittadini residenti presso le altre regioni è svolta nel rispetto del tetto economico fissato dalla norma nazionale in vigore, che stabilisce di fare riferimento all'erogato 2011 ridotto del 2% per l'attività di ricovero e del 3% per l'attività di specialistica ambulatoriale, fatte salve evoluzioni della normativa o accordi interregionali; rimane senza vincoli di tetto la sola attività riguardante i ricoveri con DRG di alta complessità, come definita dalla Legge 28.12.2015, n. 208 (articolo 1, comma 574, lettera b).

Articolo 3

Condizioni per l'erogazione delle prestazioni sanitarie

1. La struttura si impegna a garantire alti livelli di qualità e sicurezza delle prestazioni, con particolare riferimento all'appropriatezza, alla congruità tecnologica ed alla modalità in refertazione, mediante firma digitale per le prestazioni specialistiche;
2. La struttura si impegna a mantenere tutti i requisiti, strutturali, tecnologici ed organizzativi, generali e specifici, di autorizzazione e di accreditamento, relativi alle prestazioni oggetto del presente contratto;
3. Ai sensi della D.G.R. n. 1436/2011 la struttura ha stabilito e diffuso le modalità per la riduzione di barriere fisiche, linguistiche, culturali e di altro genere per l'accesso ai servizi;
4. La struttura può erogare prestazioni ambulatoriali nelle sole branche per le quali è stato rilasciato l'accreditamento. e l'esecuzione di prestazioni ambulatoriali in branche diverse non può dar seguito al riconoscimento economico da parte dell'azienda;
5. Le strutture private accreditate garantiscono una programmazione con un Piano inviato all'azienda entro e non oltre il 30 maggio 2019 delle prestazioni minime di specialistica ambulatoriale sui 12 mesi e l'adesione alle agende CUP regionali, che non possono essere chiuse, a meno di cessazione dell'attività specifica;
6. 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;
7. I volumi previsti dal presente accordo sono da intendersi come volumi minimi annui. Il CUP gestisce le agende delle prestazioni ambulatoriali con la prenotazione mensile dei volumi minimi erogativi, suddivisi proporzionalmente nell'arco dell'anno, ed è facoltà dell'azienda la prenotazione degli appuntamenti in priorità con redistribuzione sulle singole mensilità;
8. 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;
9. La struttura si impegna a garantire la prenotazione delle prestazioni riabilitative con codici 'B' e 'D' almeno nel 70% delle prestazioni richieste;
10. Per l'attività privata non convenzionata erogata dalla struttura, l'azienda si rende disponibile ad organizzare e gestire le agende di prenotazione CUP, con le modalità indicate dalla struttura stessa, a fronte del ristoro dei costi sostenuti pari a circa 85 euro/anno per agenda di prenotazione;
11. Come previsto dalla D.G.R. 16.10.2015, n. 2034, spetta ai medici prescrittori della struttura la prescrizione e la prenotazione delle eventuali visite e/o prestazioni di controllo nel rispetto delle tempistiche e dei criteri di appropriatezza prescrittiva;
12. Le visite/prestazioni di controllo, ove necessarie, devono essere prescritte e prenotate dall'erogatore (professionista o struttura) contestualmente alla visita/prestazione effettuata;
13. La struttura è tenuta ad organizzare agende separate per le attività riservate ai controlli e quelle dedicate alle prime visite;
14. Ai fini di una valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, su richiesta aziendale relativamente alle branche con maggior criticità, la struttura si rende disponibile a fornire copia delle impegnative;
15. La struttura è tenuta ad applicare le tariffe del nomenclatore tariffario regionale per la specialistica ambulatoriale in vigore;
16. Per concorrere al raggiungimento degli obiettivi di accessibilità alle prestazioni del Servizio Sanitario Regionale definiti con DGR 10.07.2015, n. 1363 e DGR 16.10.2015, n. 2034, le strutture private accreditate si impegnano, con particolare riguardo alle prestazioni oggetto di monitoraggio regionale e a quelle prenotabili on line da parte del cittadino, a mantenere sempre aperte le agende di prenotazione CUP, con disponibilità in qualsiasi giorno dell'anno solare 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;
17. Per ciascuna prestazione sanitaria erogata in favore dei cittadini provenienti da altre Regioni verrà riconosciuta la tariffa regionale vigente;
18. La struttura si impegna a 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;

19. Non è consentita l'interruzione delle prestazioni per fine budget, pena la risoluzione dell'accordo contrattuale;
20. 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;
21. La struttura si impegna a mantenere per i propri dipendenti l'applicazione del CCNL di categoria per tutta la durata del contratto;
22. 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;
23. La struttura è tenuta ad osservare quanto previsto dall'art. 53, comma 16, D.lgs.165/2001, in base al quale i dipendenti dell'azienda, che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'azienda nei rapporti con la struttura, non possono svolgere attività lavorativa o professionale presso la struttura stessa nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego;
24. L'eventuale accertamento di situazioni di incompatibilità determina gli effetti previsti dalla L. 662/1996, art. 1, comma 19, qualora la struttura non provveda ad eliminarle entro 30 giorni dal ricevimento della diffida da parte dell'azienda;
25. La revoca o la sospensione dell'accreditamento, disposta con decreto della Direzione Centrale Salute, determina la risoluzione o la sospensione del presente contratto;
26. 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 alimentare il FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico), comunicare le prescrizioni dematerializzate prese in carico ed inviare i dati relativi alle prestazioni effettuate;
2. L'azienda, in attuazione della DGR 20.02.2015, n. 299, si attiva per mettere a disposizione delle strutture, che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale, le agende informatizzate (G2 Strutture) e le prenotazioni su CUPWEB (G3 Sportello) con la supervisione e il supporto all'autonoma attività gestionale e di prenotazione da parte della propria Direzione del CUP;
3. Le modalità di prescrizione e prenotazione delle visite/prestazioni di controllo, di cui all'art. 3 piè di pagina, saranno rese esecutive a seguito dell'installazione dell'interfaccia con Insiel (G2-G3);
4. Il mancato o incompleto adempimento del debito informativo determina una diffida ad adempiere entro il termine di 30 giorni; il mancato adempimento dopo il decorso di tale termine può essere causa di risoluzione anticipata del contratto;
5. I costi relativi a modifiche sui propri programmi gestionali per l'interfacciamento con i programmi INSIEL sono a carico della struttura;
6. L'azienda, in attuazione della Legge 06.08.2008, n. 133 e s.m.i., e dei provvedimenti regionali attuativi, si riserva la richiesta di informazioni, di documentazione e l'effettuazione di accertamenti atti alla verifica del rispetto dell'accessibilità, dell'appropriatezza clinica ed organizzativa sull'attività erogata, anche mediante sopralluoghi presso le sedi operative della struttura con le modalità operative riportate nella DGR 11.07.2014, n. 1321, come revisionata con DGR 02.02.2018, n. 182;
7. Gli importi recuperati con i controlli rimangono agli erogatori per l'effettuazione di nuove prestazioni, fino ad un massimo del 5% del budget annuale assegnato alla struttura; gli importi eccedenti il 5% rimangono alle aziende sanitarie e vengono trattenuti nel saldo finale relativo all'annualità;
8. Le contestazioni sull'appropriatezza effettuate dall'azienda, ancorché retroattive, hanno effetto sull'anno di esercizio nel quale è effettuata la contestazione.

Articolo 5 Rendicontazione e liquidazione dei corrispettivi

1. Gli erogatori privati saranno remunerati secondo quanto previsto dall'art. 8 dell'Accordo, di cui alla DGR 42/2017;
2. Alla luce delle indicazioni della DGR 1321/2014, nell'allegato alla nota della DIR. SAN. 28078/GEN.I.2.A, dd. 04.06.2015, sono riportate le modalità per l'esecuzione, da parte dell'azienda, delle liquidazioni delle prestazioni sanitarie erogate in regime di ricovero e ambulatoriale;
3. Le fatture mensili dovranno essere fatte pervenire agli uffici della Direzione Amministrativa - Dipartimento Amministrativo aziendale - entro la prima decade del mese successivo;
4. 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);
5. Il saldo verrà disposto entro 90 giorni dal ricevimento delle relative fatture;
6. Relativamente alle fatture, le spese di bollo sono a cura e a carico della struttura erogante.



Articolo 6
Decorrenza e durata

1. Il presente contratto ha durata per l'anno 2019, con decorrenza dal 01 gennaio 2019 e scadenza al 31 dicembre 2019;
2. Fino alla stipula del successivo contratto, che decorre dal 01 gennaio 2020, il contenuto del presente contratto si intende provvisoriamente confermato;
3. Le clausole del presente contratto possono essere modificate per effetto dell'entrata in vigore di disposizioni di legge, statale o regionale, aventi carattere imperativo;
4. Il presente contratto è redatto in triplice copia, una per la struttura e due per l'azienda, che ne trasmetterà una copia alla Direzione Centrale Salute.

Articolo 7
Risoluzione anticipata del contratto

1. Il presente contratto si risolve di diritto in caso di revoca dell'accreditamento, disposta con decreto della Direzione Centrale Salute;
2. Il contratto si intende risolto, su comunicazione dell'azienda, qualora la struttura realizzi una o più delle seguenti fattispecie che si configurano come grave inadempimento:
 - mancato adempimento degli obblighi informativi, ai sensi dell'art. 4 del presente contratto.
 - inosservanza dell'obbligo di conservazione e custodia della documentazione prevista dalla normativa sulle prestazioni erogate.
 - impedimento ai controlli esercitati dall'azienda e previsti nel Piano Controlli regionale, ai sensi dell'art. 4 del presente contratto, decorso il termine di 30 giorni della diffida ad adempiere.
 - interruzione delle prestazioni per esaurimento del budget.
3. L'inadempimento della struttura determina il diritto dell'azienda e della Regione al risarcimento dei danni.

Articolo 8
Incedibilità del contratto e cessione dei crediti

1. La struttura si impegna ad eseguire personalmente le prestazioni oggetto del presente contratto e, pertanto, il presente contratto non può essere ceduto in tutto o in parte;
2. La successione nella titolarità del contratto può avvenire solo a seguito del trasferimento della titolarità dell'autorizzazione e dell'accreditamento, alle condizioni previste dai provvedimenti regionali in materia di autorizzazione e di accreditamento, nonché dall'art. 7 dell'Accordo approvato con la DGR 42/2017;
3. L'eventuale cessione dei crediti derivanti dal presente contratto, ha efficacia dalla sua notificazione all'azienda ai sensi dell'art. 1264 c.c..

Articolo 9
Registrazione



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

Articolo 10
Foro competente

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

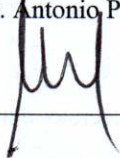
Articolo 11
Norma di rinvio

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

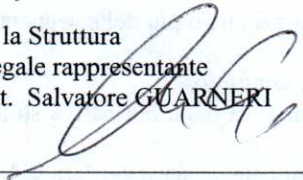
 7 

FIRMATO

Per l'Azienda Sanitaria Universitaria
Integrata di Trieste
Il Commissario Straordinario
Dott. Antonio POGGIANA



Per la Struttura
Il legale rappresentante
Dott. Salvatore GUARNERI



ASUITS -

PROTGEN

0048869 - P SCGPSRAS 607

24/07/2019

Prot. n. _____