

Accordo ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo 30.12.1992, n. 502, tra l'Azienda sanitaria Friuli Occidentale e la Casa di Cura privata accreditata "San Giorgio", per l'acquisto e l'erogazione di prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio per il 2022.

L'anno 2022, il giorno del mese di in PORDENONE

TRA

L'Azienda sanitaria Friuli Occidentale (di seguito Azienda), con sede a Pordenone, via della Vecchia Ceramica, n. 1, C.F./P.I. 01772890933, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro tempore Dott. Joseph Polimeni, che interviene nel presente atto ai sensi del Decreto n. del

E

La Struttura sanitaria Casa di Cura San Giorgio, con sede in Pordenone, via Gemelli, n. 10, C.F./P.I. 00130860935 in persona del legale rappresentante pro tempore Dott. Maurizio Sist, (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, decreto penale di condanna) per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la P.A.

Premesso:

1. che la Casa di Cura San Giorgio è autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con i provvedimenti rilasciati dalla competente azienda per l'assistenza sanitaria n. 7732/DP del 16.12.2005, n. 23774/DP/ISP del 7.05.2013, n. 31517/DP/ISP del 11.06.2013, n. 61573/P del 3.9.2018 e n. 88377/P del 13.12.2018 e con il provvedimento n. 56522 del 19.8.2015, che dispone la modifica dei 12 posti letto di Post acuti in altrettanti posti letto da attribuire alla Riabilitazione;
2. che, ferme restando le previsioni di cui all'allegato 2 della DGR 2673 del 30.12.2014 relativamente alla dotazione di posti letto, la Struttura è accreditata in virtù del decreto n. 1049/SPS del 27/11/2015, accreditata con riserva in virtù del decreto n. 1474/SPS del 8.10.2018 e poi accreditata a pieno titolo con decreto n. 1640/SPS del 13.09.2019 e con Decreto n. 1465/sps del 05.10.2018 per il Punto Nascita, 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 e con la seguente dotazione di posti letto:

Branche specialistiche di degenza	P.L. per branca
Medicina Generale	58
Lungodegenza cod. 60 Riabilitazione estensiva	12
Chirurgia generale	16
Urologia	17
Otorinolaringoiatria	5
Ortopedia e traumatologia	33
Ginecologia	9
Ostetricia di primo livello	14
Pediatria/neonatologia di primo livello	3
TOTALE	167

Branche specialistiche ambulatoriali

Cardiologia
Dermatologia
Medicina fisica e riabilitazione
Neurologia
Oculistica
Pneumologia
Endoscopia digestiva
Diagnostica per Immagini
Medicina di Laboratorio

3. che il Punto Nascita della struttura, precedentemente accreditato con riserva, è accreditato in virtù del decreto n. 1465/SPS del 5.10.2018;
4. 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;
5. che l'art. 8 quinquies, comma 2-quinquies, del D.Lgs. n. 502/1992, in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali medesimi, prevede che l'accreditamento istituzionale di cui all'art. 8 quater delle strutture eroganti prestazioni per conto del S.S.N. è sospeso;
6. 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 strutture private accreditate per la specialistica ambulatoriale, prevede l'individuazione di un budget complessivo regionale destinato all'acquisto di prestazioni sanitarie dalle strutture private accreditate.
7. che la DGR n. 185 del 2.2.2018, modifica, al punto 3.1.8, gli articoli 8 di entrambi gli accordi fra Regione ed erogatori privati accreditati, allegati alla DGR 42/2017, in applicazione alla sentenza del TAR del Friuli Venezia Giulia del 14 dicembre 2017, come segue: - Primo capoverso: *"I soggetti privati accreditati applicano le tariffe del nomenclatore tariffario regionale in vigore al netto del ticket, sia per i residenti regionali che extra-regionali"*;
8. che le tariffe attualmente vigenti per i residenti in FVG, salvo successive modifiche, distinte per tipologie di prestazioni erogate dalle strutture accreditate, sono quelle definite dal vigente Nomenclatore Regionale, relative alle prestazioni di assistenza ospedaliera e alle prestazioni ambulatoriali, di diagnostica e di laboratorio, nonché al D.P.Reg. 19.12.2013, n. 252 per le prestazioni di medicina sportiva;
9. che le Linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale 2018, DGR 185 del 2.2.2018, modificano i budget indicati nell'allegato 2 della DGR 42/17, relativamente all'erogatore privato accreditato Associazione La Nostra Famiglia;
10. che la D.G.R. 10/11/2017, n. 2181, ha modificato l'art. 10 degli allegati 1 e 2 alla D.G.R. n. 42/2017, stabilendo, in particolare per le strutture private accreditate per la specialistica ambulatoriale, che "le AAS/ASUI utilizzano, in aggiunta ai budget individuati nell'articolo 6, i finanziamenti assegnati annualmente in applicazione alla legge 7/2009 per attuare ulteriori progetti di abbattimento delle liste d'attesa, coinvolgendo gli erogatori privati accreditati per la specialistica ambulatoriale per almeno il 20% della quota assegnata, elevato al 40% per le AAS che non hanno Case di Cura private accreditate nel proprio territorio. Tali progetti hanno valore esclusivamente per l'anno di riferimento, non possono costituire storicizzazione del budget e possono essere rimodulati di anno in anno";
11. che con DGR n. 1036 del 02.07.2021 in attuazione dell'articolo 26 del d.l. n. 73/2021, è stato approvato il documento *"Allegato C – Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa - ex art. 29 del d.l. n. 104/2020 e ss.mm.e ii."* che sostituisce il *Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa* approvato con deliberazione n. 1565 del 23 ottobre 2020 e modificato con deliberazione della Giunta regionale n. 1673 del 13 novembre 2020;
12. Che l'efficacia degli Accordi Triennali 2017-2019 di cui alla DGR 42/2017 è stata prorogata di sei mesi fino al 30 giugno 2020 con DGR n. 2196 del 20.12.2019;
13. Che l'efficacia degli Accordi Triennali 2017-2019 di cui alla DGR 42/2017 è stata prorogata di ulteriori sei mesi fino al 31 dicembre 2020 con DGR n. 1370 del 11.09.2020;

14. Che la DGR n. 1037 del 02.07.2021 ha approvato gli Accordi contrattuali stipulati dalla Regione Aut. Friuli Venezia Giulia con le Associazioni rappresentative degli erogatori privati accreditati del Friuli Venezia Giulia aventi ad oggetto l'erogazione di prestazioni per conto del S.S.R. da parte delle strutture private accreditate per il triennio 2021-2023 con la specificazione delle risorse destinate ai singoli operatori;
15. che con la DGR n. 106 del 28.01.2022 e la DGR n. 365 del 18.03.2022, in attuazione dell'articolo 26 del d.l. n. 73/2021, è stato approvato il documento "Allegato D – PIANO OPERATIVO REGIONALE PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA ex art. 29 del d.l. n. 104/2020 – rimodulazione per l'anno 2022 ex art. 1, c. 276, della l. n. 234/2021 –" prevedendo un budget per il 2022, non sottoposto ai limiti della *spending review*, affinché le Aziende Sanitarie regionali potessero affidare prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale alle strutture sanitarie private accreditate volte alla riduzione delle liste d'attesa;
16. che si rende necessario disciplinare i rapporti fra le parti relativamente al 2022;
17. che il Direttore della S.C. Gestione Prestazioni Sanitarie è responsabile dell'esecuzione del presente accordo per l'ASFO.

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, di diagnostica strumentale e di laboratorio per conto del SSR a favore di assistiti della Regione FVG e di altre Regioni, con oneri da porre a carico del bilancio delle aziende sanitarie della Regione.

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:

Ricovero:

Medicina Generale
Lungodegenza cod. 60 - Riabilitazione estensiva
Chirurgia generale
Urologia
Otorinolaringoiatria
Ortopedia e Traumatologia
Ginecologia
Ostetricia di primo livello
Pediatria/neonatologia di primo livello

Ambulatoriali

Cardiologia
Dermatologia
Medicina fisica e riabilitazione
Neurologia
Oculistica
Pneumologia
Diagnostica per Immagini
Medicina di Laboratorio
Endoscopia digestiva.

Articolo 2 Volume di prestazioni erogabili e limiti di spesa

1. Le parti danno atto che la DGR n. 1037 del 02.07.2021, con la quale sono stati approvati gli Accordi contrattuali stipulati dalla Regione Aut. Friuli Venezia Giulia con le Associazioni rappresentative degli erogatori privati accreditati aventi ad oggetto l'erogazione di prestazioni per conto del S.S.R. da parte delle strutture private accreditate per il triennio 2021-2023 con la

specificazione delle risorse destinate ai singoli operatori, prevede per la struttura privata accreditata in oggetto le seguenti risorse per utenti regionali:

- 13.851.497,00 euro, quale budget storico per i ricoveri, oltre al recupero della riduzione del 2% venuta meno con il Decreto n. 124/2019 art. 45 comma 1 ter,
 - 3.606.717,00 euro, quale budget storico per la specialistica ambulatoriale, oltre al recupero della riduzione del 3% venuta meno con il Decreto n. 124/2019 art. 45 comma 1 ter,
 - 2.826.836,12 euro per ricoveri e 743.652,99 euro per specialistica ambulatoriale a titolo di quote destinate alla Progettualità recupero fuga extraregionale e liste d'attesa.
2. Le parti danno atto inoltre che i dati di chiusura contabile relativi all'anno 2021 registrano il sovrautilizzo del budget assegnato alla Struttura per 884.314,17 euro (di cui 257.008,35 euro relativi alla specialistica ambulatoriale e per 627.305,82 euro relativi ai ricoveri) che vanno a ridurre il budget del 2022 ai sensi dell'art. 8 dell'Accordo di cui alla DGR n. 1037/2021.
3. Con successivo specifico accordo si è provveduto alla definizione e all'utilizzo della quota assegnata alla progettualità "Recupero fuga extraregionale e liste d'attesa" (2.826.836,12 euro per ricoveri e 743.652,99 euro per specialistica ambulatoriale) in relazione alla necessità della definizione delle coperture di bilancio e del rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio Sanitario Regionale;
4. Considerato quanto esplicitato in premessa, nell'art. 1 e nei commi precedenti, **il budget relativo alle prestazioni erogabili a utenti residenti in Regione ed extraregione nel 2022** dalla Struttura non potrà superare l'importo complessivo di 29.711.070,13 euro (comprensivo dei fondi di cui alla DGR 106/2022 e alla DGR 365/2022) di cui 5.545.276,86 euro per la specialistica ambulatoriale e 24.165.793,27 euro per i ricoveri, salvo diverse e successive determinazioni che dovessero intervenire a seguito di provvedimenti della Regione FVG o a seguito di valutazioni di specifici fabbisogni verificati da parte della Direzione Centrale Salute. Fermo restando quanto determinato al precedente periodo, la Struttura si impegna a realizzare, nel corso del 2022, ricoveri e prestazioni ambulatoriali come di seguito indicati nelle tabelle 1 e 2:

Tabella1 TETTO PER ATTIVITÀ DI RICOVERO PER UTENTI REGIONALI NEL 2022

DISCIPLINA	Budget
CHIRURGIA GENERALE	1.200.000,00 €
RIABILITAZIONE	237.000,00 €
MEDICINA GENERALE	2.300.000,00 €
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA	5.400.000,00 €
OSTETRICIA-GINECOLOGIA e NIDO	2.900.000,00 €
OTORINO	60.000,00 €
UROLOGIA	1.700.000,00 €
Ammontare nella disponibilità della Struttura per compensazioni interne	318.063,56 €
Totale per i ricoveri di utenti regionali per il 2022 Il tetto complessivo per i ricoveri di utenti regionali per il 2022 è di 14.115.063,56 euro , calcolati sommando 13.851.497,00 euro (budget storico di cui alla DGR 42/2017) a 194.619,33 euro (quota parte del recupero della riduzione del 2% venuta meno con il Decreto n. 124/2019 art. 45 comma 1 ter), sottraendo 627.305,82 euro (sovrautilizzo 2021 del budget ricalcolato come da art. 8 dell'Accordo approvato dalla DGR 1037/2021) e sommando 696.253,05 Euro quale riallocazione concordata dalle parti sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale. La presente tabella viene specificata in dettaglio nell'Allegato 1 al presente Accordo che ha carattere vincolante.	14.115.063,56 €

5. Coerentemente all'obiettivo regionale di concentrazione dell'attività di chirurgia oncologica, la Struttura si impegna a programmare la propria attività relativamente ai tumori di esofago, pancreas, ovaio, stomaco, mammella e colon-retto, al fine di non effettuare nessun intervento.

6. Fermo restando quanto determinato ai commi precedenti, la Struttura si impegna a realizzare i volumi stimati di attività differenziati per branca specialistica come indicato in tabella 1 **relativamente a tutto il 2022**, nel rispetto del 70% del budget assegnato, salvo diverse successive pattuizioni che dovessero intervenire anche a seguito di provvedimenti della Regione F.V.G. o a seguito di valutazioni di specifici fabbisogni verificati da parte dell'Azienda.

Tabella 2 TETTO SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER UTENTI REGIONALI PER IL 2022

Il tetto complessivo per l'attività specialistica ambulatoriale per utenti regionali per il 2022 è di 2.669.154,74 euro, calcolati sommando l'importo di 3.606.717,00 euro (budget storico di cui alla DGR 42/2017) a 33.449,94 euro (quota parte del recupero della riduzione del 3% venuta meno con il Decreto n. 124/2019 art. 45 comma 1 ter) e sottraendo 257.008,35 euro (sovrautilizzo 2021 del budget ricalcolato come da art. 8 dell'Accordo approvato dalla DGR 1037/2021) e 714.003,85 euro quale riallocazione concordata dalle parti sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

La presente tabella viene specificata in dettaglio nell'Allegato 2 al presente Accordo che ha carattere vincolante.

7. Al budget annuale complessivo individuato nel comma 5 si aggiunge l'importo di **1.200.000,00 euro** a titolo di budget relativo alle attività dirette alla riduzione delle liste di attesa in base alla DGR n. 106 del 28.01.2022 e alla DGR 365/2022, non soggetto al limite della spending review, da utilizzare nel rispetto delle previsioni delle citate DGR, secondo i volumi (con rendicontazione specifica e separata da quella generale) individuati nella **tabella di cui all'allegato 3** del presente Accordo.
8. Le parti concordano che, qualora intervenga un provvedimento normativo che autorizzi il superamento del tetto di cui all'art. 15, comma 14, D.L. 95/2012 o escluda da tale tetto i nuovi accreditamenti, il budget di cui al presente contratto venga incrementato di un importo pari alla quota parte del recupero della riduzione del 3% venuta meno con il Decreto n. 124/2019 art. 45, comma 1 ter, non concessa nella tabella 2 del presente articolo, pari a 181.835,17 euro.
9. Laddove la stima dei volumi erogati nel 2022 sia difforme dai volumi attesi, la struttura si impegna a riorientare la produzione, finalizzandola al riallineamento alla richiamata commessa, ove non intervengano successive richieste di variazione da parte dell'Azienda; non verranno riconosciuti incrementi unilaterali dei volumi di attività in assenza di appositi accordi preventivi o di richieste formali della Direzione Sanitaria dell'ASFO per bisogni specifici di prestazioni nel rispetto del tetto di budget complessivo.
10. La Struttura si impegna a concordare con l'Azienda eventuali richieste di compensazioni tra le diverse tipologie di branche specialistiche, comunque con oscillazioni contenute nel 10% del singolo valore. Non verranno riconosciuti incrementi unilaterali dei volumi di attività in assenza di appositi accordi preventivi o di autorizzazioni formali della Direzione Sanitaria dell'ASFO. Qualora il governo dei tempi di attesa e/o modifiche dei sistemi tariffari o assetti assistenziali adottati dalla Regione richiedano la rivalutazione dell'offerta ambulatoriale assicurata dalla Struttura, questa, sulla base di un accordo con l'Azienda o di autorizzazioni formali della Direzione Sanitaria dell'ASFO, si renderà disponibile a rivedere il profilo erogativo delle prestazioni e la conseguente distribuzione del budget assegnato alle diverse branche.
11. La Struttura applica le tariffe del tariffario regionale dei ricoveri e del nomenclatore tariffario per la specialistica ambulatoriale in vigore, al netto dei ticket, per i residenti in FVG e per i cittadini extra-regionali.
12. Nelle more della definizione degli accordi fra le Regioni, l'attività di ricoveri e di specialistica ambulatoriale per i cittadini residenti presso altre regioni svolta dagli erogatori privati accreditati del FVG deve rispettare il tetto economico fissato dalla normativa in vigore (art. 15, comma 14, D.L. n. 95/2012, art. 1, comma 574, Legge n. 208 del 28.12.2015 e art. 4, comma 4, dell'Accordo fra Regione Friuli Venezia Giulia e Case di Cura Private Accreditate approvato con DGR 1037/2021). Conseguentemente **per l'anno 2022** viene fissato in **9.750.729,71 euro** il tetto per i **ricoveri** per i cittadini **residenti presso altre regioni** e in **1.976.122,12 euro** il tetto per la **specialistica ambulatoriale** per i cittadini **residenti presso altre regioni**. Le parti si impegnano a recepire ed applicare, anche per il periodo oggetto dell'accordo, ogni ulteriore

disposizione, statale o regionale, relativa alla definizione del tetto economico per l'attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale svolta dalla Struttura per i cittadini residenti presso altre regioni.

13. Eventuali accordi con altre Regioni sui flussi di mobilità extraregionale possono essere considerati ai fini dei conguagli definitivi.
14. La Struttura si rende disponibile ad eventuali accordi ad hoc per casi particolari (ad es. patologie che richiedono attività riabilitativa intensiva e/o prolungata).
15. Le parti concordano che l'eventuale residuo del budget previsto per l'attività di ricovero non utilizzato in corso d'anno può essere riallocato in aggiunta al budget delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.
16. L'erogazione, da parte della Struttura, del I ciclo di terapia a seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale, secondo le disposizioni dell'art. 9 del DPCM 12.01.2017 e della DGR 12/2018 (che in base alle Linee di gestione del SSR 2020 approvate con DGR 2195 del 20.12.2019, deve avvenire sia attraverso le Strutture pubbliche che private accreditate), è disciplinata dall'**Allegato 3** al presente accordo.
17. In conformità a quanto previsto nell'art. 8 dell'Accordo Triennale fra Regione FVG e Case di Cura Private Accreditate Periodo 2021-2023 **approvato con DGR 1037/2021**, viene riconosciuta l'eventuale possibilità anche per l'anno 2022, che le prestazioni eccedenti entro il **5%** del budget assegnato possano essere detratte dal budget dell'anno successivo e parimenti, sottoutilizzi inferiori al **5%**, vengano riassegnati per l'anno seguente.

Articolo 3 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni sanitarie

1. La Struttura si impegna a mantenere tutti i requisiti, strutturali, tecnologici ed organizzativi, generali e specifici, di autorizzazione e di accreditamento, relativi alle prestazioni oggetto del presente contratto.
2. La Struttura garantisce che l'attività oggetto del presente contratto sarà 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 al 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, 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, per gli adempimenti di competenza.
6. La Struttura si impegna a mantenere l'applicazione del CCNL di categoria per tutta la durata del contratto. Eventuali costi aggiuntivi collegati al rinnovo del CCNL di categoria non possono comportare un aumento dei budget assegnati con il presente accordo.
7. La Struttura si impegna a trasmettere alla Direzione Centrale i documenti relativi agli accordi con laboratori esterni per l'acquisto di prestazioni analitiche, con i riferimenti agli standard di qualità assicurati.
8. La Struttura si impegna a programmare la propria attività in modo da garantire la continuità nell'erogazione delle prestazioni nei confronti degli aventi diritto.
9. Il verificarsi di motivate e riconosciute situazioni che impediscono l'erogazione di una prestazione sanitaria deve essere comunicato all'Azienda la quale procede alle attività e adotta i provvedimenti conseguenti secondo le previsioni del paragrafo 17 della DGR 1439/2011, della DGR 2034 del 16.10.2015, della DGR 1815 del 25.10.2019 e delle altre disposizioni in materia.
10. La Struttura si impegna a gestire attraverso le agende di prenotazione informatizzate tutta l'offerta oggetto del presente accordo ed a garantire la prenotabilità di tutte le prestazioni a CALL CENTER, ON LINE e presso i punti di prenotazione dell'Azienda (sportelli CUP, farmacie, segreterie aziendali, altre strutture private accreditate).
11. Le agende di prenotazione devono risultare sempre aperte con disponibilità, ossia in qualsiasi giorno dell'anno solare devono avere almeno 12 mesi successivi di possibile offerta di prenotazione. Ogni condizione al di fuori di questa fattispecie è considerata agenda chiusa.

12. Le agende di prenotazione di tutte le prestazioni e in particolare quelle soggette a monitoraggio dei tempi d'attesa (allegato 1 alla DGR 2514/2018) devono essere articolate per classe di priorità (Breve, Differita, Programmata), assicurando adeguati livelli di collaborazione per il conseguimento degli obiettivi aziendali che prevedono la garanzia erogativa nei tempi previsti per prestazioni con priorità B >95%, prestazioni con priorità D >90%, prestazioni con priorità P >85%.
13. La Strutturazione dell'agenda per classi di priorità dovrà essere concordata con la SC Gestione prestazioni sanitarie dell'Azienda. Le agende NON devono essere nominative.
14. Per quanto riguarda le attività di ricovero deve essere garantito il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi monitorati di cui all'allegato 1 alla DGR 2514/2018, secondo i codici di priorità assegnati (A, B, C e D)

Articolo 4

Percorsi di appropriatezza

1. Al fine di promuovere logiche erogative incentrate sulle buone pratiche cliniche, anche in coerenza con il Programma Nazionale Esiti, e per garantire l'accesso alle cure rispettando i tempi di attesa, è attivato un tavolo permanente costituito da professionisti delle Strutture pubbliche e private convenzionate dell'Azienda, per la riorganizzazione delle agende nel rispetto dei volumi e della tipologia delle prestazioni, la definizione e l'orientamento di percorsi di cura e la presa in carico integrata tra Strutture.

Articolo 5

Controlli e debito informativo

1. La Struttura si impegna a trasmettere all'Azienda il flusso SDO, nonché ogni ulteriore flusso informativo per ciascuna prestazione effettuata secondo la modalità e i tempi previsti dalle disposizioni statali e regionali.
2. L'Azienda può chiedere informazioni e documentazione ed attivare verifiche sulle prestazioni erogate dalla Struttura con le modalità previste dalla specifica normativa di settore.
3. L'Azienda può effettuare i controlli, anche mediante sopralluoghi, presso le sedi operative della Struttura per verificare il rispetto dell'accessibilità, dell'appropriatezza clinica ed organizzativa definite dalla normativa statale di riferimento e dai provvedimenti regionali attuativi (DGR n. 182 del 2/2/2018). L'Azienda esercita, altresì, attività ispettiva e di controllo sui volumi di attività erogata nonché sulle caratteristiche amministrativo-contabili delle prescrizioni mediche e sulla appropriatezza di codifica delle SDO.
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. L'Azienda trattiene le eventuali penalizzazioni disposte nell'ambito del controllo delle prestazioni, ai sensi della vigente normativa in materia di controlli sulla qualità e sull'appropriatezza delle prestazioni e sulla revisione tariffaria (art. 6 "Penalizzazioni" DGR n. 182/2018).

Articolo 6

Tutela privacy

1. Le parti si impegnano ad osservare le disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 e d.lgs. n. 196/2003 come modificato dal d.lgs. n. 101/2018).
2. Le parti convengono che l'Azienda, in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali degli utenti, provvederà con separato atto alla nomina della Struttura quale Responsabile del trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE 2016/679.

Articolo 7

Rendicontazione e liquidazione dei corrispettivi

1. Si applicano le modalità e i termini previsti dall'art. 11 dell'Accordo di cui alla DGR n. 42/2017, che si riporta integralmente qui di seguito: "Le case di cura private accreditate verranno remunerate dall'AAS o ASUI di riferimento secondo le seguenti modalità:

- al 30 di ogni mese viene liquidato d'ufficio l'acconto riferito al mese stesso calcolato sulla base del 70% del budget mensile teorico (budget annuale diviso 12)
- al ricevimento delle relative fatture verrà disposto il saldo entro 90 giorni.”.

Articolo 8

Decorrenza e durata

1. Il presente contratto ha durata per il 2022, con decorrenza a partire dal 01 gennaio 2022 e scadenza al 31 dicembre 2022. Nelle more del rinnovo del presente contratto quest'ultimo deve intendersi vigente in regime di *prorogatio* per i primi quattro mesi del 2023 e comunque non oltre un mese dalla trasmissione da parte dell'ASFOD della proposta di convenzione per il 2023.
2. Le clausole del presente contratto possono essere modificate per effetto dell'entrata in vigore di disposizioni di legge, statale o regionale, aventi carattere imperativo.
3. Il presente contratto è redatto in triplice copia, una per la Struttura e due per l'Azienda, che ne trasmetterà una copia alla Direzione centrale.

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.
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:
 - 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. 4 del presente contratto, decorso il termine di 30 giorni della diffida ad adempiere;
 - mancato o incompleto adempimento del debito informativo, decorso il termine di 30 giorni della diffida ad adempiere;
 - ogni altro inadempimento previsto dagli obblighi contrattuali.
3. L'inadempimento della Struttura determina il diritto dell'Azienda e della Regione al risarcimento dei danni.

Articolo 10

Incedibilità del contratto e cessione dei crediti

1. La Struttura si impegna ad eseguire personalmente le prestazioni oggetto del presente contratto e, pertanto, il presente contratto non può essere ceduto in tutto o in parte.
2. La successione nella titolarità del contratto può avvenire solo a seguito del trasferimento della titolarità dell'autorizzazione e dell'accreditamento, alle condizioni previste dai provvedimenti regionali in materia di autorizzazione e di accreditamento, nonché dall'art. 7 dell'Accordo approvato con la DGR n. 42/2017.
3. L'eventuale cessione dei crediti derivanti dal presente contratto dovrà essere notificata all'Azienda che si riserva di rifiutare la cessione.

Articolo 11

Registrazione

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

Articolo 12

Foro competente

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

Articolo 13 Prevenzione della corruzione.

1. La Casa di Cura San Giorgio SPA si impegna ad attuare i principi previsti dalla L. 190/2012, segnalando alle competenti autorità eventuali profili di responsabilità penale dei soggetti coinvolti.

2. Le parti prendono atto e si impegnano a rispettare le previsioni del D.Lgs. 165/2001, art. 53, comma 16-ter, qui di seguito riportato:

“I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.”

Articolo 14
Norma di rinvio

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

Letto, confermato e sottoscritto.

Per l'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale
Il Direttore generale
(dott. Joseph Polimeni)

Per la Struttura
Il legale rappresentante
(dott. Maurizio Sist)

.....

.....

Ai sensi dell'art. 1341 c.c. si intendono qui confermate le disposizioni dettate dalle seguenti disposizioni della presente convenzione:

- dall'art. 5 su debito informativo della Struttura, controlli su accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, volumi di attività erogata, caratteristiche amministrativo contabili delle prescrizioni mediche e appropriatezza di codifica delle SDO,
- dall'art. 8 relativamente alla durata,
- dall'art. 9 in materia di risoluzione anticipata del contratto per inosservanza dell'obbligo di conservazione e custodia della documentazione prevista dalla normativa sulle prestazioni erogate, impedimento ai controlli esercitati dall'Azienda, mancato o incompleto adempimento del debito informativo e ogni altro inadempimento previsto dagli obblighi contrattuali,
- dall'art. 10 su incedibilità del contratto e facoltà da parte dell'Azienda di rifiutare la cessione del credito.

Per l'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale
Il Direttore generale
(dott. Joseph Polimeni)

Per la Struttura
Il legale rappresentante
(dott. Maurizio Sist)

.....

.....

Allegato 1. Numero minimo di ricoveri su base annua – residenti FVG

	N ricoveri
223 INTERVENTI SPALLA	50
225 INTERVENTI PIEDE	80
229 INTERVENTI MANO	40
503 INTERVENTI GINOCCHIO	330
544 PROTESI	380
119 LEGATURA E STRIPPING DI VENE	100
158 INTERVENTI SU ANO E STOMA	30
162 INTERVENTI PER ERNIA	200
494 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	35
311 TURV	180
337 TURP	70

Allegato 2. Numero minimo di prestazioni su base annua per residenti FVG

CODICE	DESCRIZIONE	N. prestazioni
89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	1200
95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA	700
89.7B.7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA	2000
89.26	PRIMA VISITA GINECOLOGICA	1600
89.7B.8	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	150
89.7C.2	PRIMA VISITA UROLOGICA	1100
89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	850
89.7B.2	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	600
89.7B.9	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	130
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	1000
87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE	500
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	750
88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE	20
88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	100
88.01.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE	20
88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	30
88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO	300
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	1100
87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO	500
87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	150
88.38.A	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE	200
88.38.B	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO	
88.38.C	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE	
88.38.D	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE SENZA E CON MDC	
88.38.E	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO SENZA E CON MDC	
88.38.F	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC	
88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	500
88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	900
88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	80
88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO	260
88.94.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHILETRICA	2000
88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA	2000

88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo.	1300
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	500
88.7722	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA	300
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	2800
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	
88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE	
88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA	500
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	500
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	
88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA	
88.78.4	ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della traslucenza nucale.	
88.78.6	ECOGRAFIA OSTETRICA. Incluso: studio della traslucenza nucale.	
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	250
45.23.3	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA per singolo segmento di colon.	
45.23.4	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA per più segmenti di colon.	
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	1100
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA	
45.16.1	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	
45.16.2	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO Dispositivi analogici e digitali (Holter)	1000
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE O CON CICLOERGOMETRO	350
95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI	150
93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	4000
13.41	INTERVENTO SUL CRISTALLINO CON E SENZA VITRECTOMIA	350
95.13.1	PACHIMETRIA CORNEALE	200
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA	100
88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	250

Allegato 3.

Budget DGR 106/2022 e DGR 365/2022 recupero liste attesa – residenti FVG - Ricoveri

Da rendicontare separatamente con tempistica trimestrale entro il decimo giorno del mese successivo alla fine del trimestre per consentire invio dai al Ministero

Ricoveri in elezione con priorità A, B o C – residenti FVG

	N ricoveri	Importo ricoveri
337 TURP	20	300.000,00
494 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	20	
162 INTERVENTI PER ERNIA	25	
503 INTERVENTI GINOCCHIO	45	

Budget DGR 106/2022 e DGR 365/2022 recupero liste attesa – residenti FVG – Spec. Amb.

Importo complessivo per specialistica ambulatoriale € 900.000,00

Da rendicontare separatamente con tempistica trimestrale entro il decimo giorno del mese successivo alla fine del trimestre per consentire invio dai al Ministero

Numero prestazioni su base annua (solo priorità B e D)

CODICE	DESCRIZIONE	N. prestazioni
89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	300
89.7B.7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA	600
89.26	PRIMA VISITA GINECOLOGICA	50
89.7C.2	PRIMA VISITA UROLOGICA	300
89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	50
89.7B.2	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	200
87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE	900
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	
88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO	
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	
87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO	

87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	
88.38.A	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE	100
88.38.B	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO	
88.38.C	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE	
88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	200
88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	
88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	
88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO	
88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA	630
88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo.	300
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	50
88.7722	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA	50
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	500
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	
88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE	
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	30
45.23.3	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA per singolo segmento di colon.	
45.23.4	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA per più segmenti di colon.	
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	250
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA	
45.16.1	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	
45.16.2	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO Dispositivi analogici e digitali (Holter)	300
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE O CON CICLOERGOMETRO	50
93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	300
13.41	INTERVENTO SUL CRISTALLINO CON E SENZA VITRECTOMIA (qualsiasi priorità (B, D, P))	300