

**CONTRATTO PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI
DI ASSISTENZA OSPEDALIERA
ANNUALITA' 2022-2024**

TRA

- la Regione Abruzzo, C.F. e P.I. 80003170661, con sede con in L'Aquila, alla Via Leonardo da Vinci n.1, in persona del Presidente della Giunta Regionale della Regione Abruzzo;

- le Aziende Sanitarie Locali della Regione Abruzzo come sotto indicate:

1. Azienda Sanitaria Locale 1 – Avezzano, Sulmona, L'Aquila con sede in L'Aquila, Via Saragat- Località Campo di Pile, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore, C.F.01792410662, P.I.01792410662;

2. Azienda Sanitaria Locale 2 – Lanciano, Vasto, Chieti con sede in Chieti, Via Dei Vestini, s.n. , in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore, C.F.02307130696, P.I.02307130696;

3. Azienda Sanitaria Locale 3 – Pescara con sede in Pescara, Via Renato Paolini n.47, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore, C.F.01397530982, P.I.01397530982;

4. Azienda Sanitaria Locale 4 – Teramo con sede in Teramo, Circonvallazione Ragusa n.1, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore, C.F.00115590671, P.I. 00115590671;

E

- L'Ente Gestore, P.IVA (di seguito indicato come "Erogatore privato"), con sede legale in, alla Via n....., in persona del suo legale rappresentante,, il quale si dichiara munito dei poteri necessari a contrarre il presente atto in nome e per conto dell'ente summenzionato ;

PRESO ATTO

- che l'Erogatore privato è titolare di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento, ai sensi della DGR n. _____ del _____ per le seguenti discipline e n. posti letto: _____;

- Della DGR..... avente ad oggetto EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI PER L'ASSISTENZA OSPEDALIERA.APPROVAZIONE TETTI DI SPESA PER IL TRIENNIO 2022-2024 ED ULTERIORI DISPOSIZIONI.;

- della DGR avente ad oggetto CONTRATTO PER L'ACQUISTO EX ART. 8 QUINQUIES D.LGS. N. 502/1992 E SS.MM.II. DI PRESTAZIONI DELL'AREA OSPEDALIERA - TRIENNIO 2022-2024;

- dell' OPGR n. 3/2022 del 24 gennaio 2022 *Gestione dell'emergenza COVID – 19. Misure urgenti per la gestione dei pazienti COVID-19 nelle strutture ospedaliere regionali. Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica indirizzate agli operatori, agli utenti, alle strutture sanitarie.*;

- che le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, fino all'entrata in vigore di nuovi tariffari, sono stabilite con Decreto Commissariale n.13 del 13/02/2013, come modificato dal Decreto Commissariale n.32 del 13.05.2013 nonché dal Decreto del Commissario ad Acta n.45 del 12/06/2013 ;
- che con Decreto del Commissario ad Acta n.50 del 16/11/2011, "Piano regionale per la riduzione delle prestazioni inappropriate", come successivamente modificato ed integrato con i Decreti Commissariali n. 63 del 07/12/2011 e n. 8 del 12/03/2012, sono state approvate le soglie di ammissibilità calcolate per specifico DRG unitamente ai disciplinari tecnici per i DRG medici e DRG chirurgici trasferiti in regime ambulatoriale, di cui all'allegato B del Patto della Salute 2010 – 2012 (Intesa Rep. n. 243 del 03/12/2009), e stabiliti criteri per la verifica dell'appropriatezza delle relative prestazioni;
- che con Decreto del Commissario ad Acta n.64 del 14/11/2012 sono stati approvati i protocolli di valutazione per le verifiche di appropriatezza, legittimità e congruità delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture accreditate;
- che i contenuti dei predetti atti sono stati oggetto della deliberazione ricognitiva della Giunta Regionale n. 611 del 25/10/2017, avente ad oggetto "Manuale Operativo per i controlli ispettivi delle Case di Cura private accreditate della Regione Abruzzo" ;
- che con D.G.R. n.525/2017 del 26.09.2017 è stato approvato il Documento Tecnico Sistema di misurazione dell'assistenza ospedaliera Intervento 6.2. D.C.A. n. 55/2016 - Misurare per Migliorare (MIS.MI) ed ulteriori disposizioni;
- che la procedura di interlocuzione negoziale relativa alla contrattazione è stata conclusa - essendo stata la DGR....., ritualmente notificata agli Erogatori e alle AA.SS.LL. ed essendo stato fornito il riscontro alle osservazioni ove prodotte, e che pertanto nulla osta alla sottoscrizione del presente contratto;
- che per le finalità del presente contratto, l'Erogatore produce, ai sensi e per gli effetti degli artt. 45-46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 ss.mm.ii., le dichiarazioni sostitutive di certificazione e atti di notorietà, di cui all'elenco Allegato A1 al presente contratto;
- la sottoscrizione del presente contratto è sottoposta alla condizione risolutiva di cui all'art.92 del D.Lgs. 159/2011 stante l'urgenza della sottoscrizione del presente contratto, come dichiarata e motivata nella DGR avente ad oggetto CONTRATTO PER L'ACQUISTO EX ART. 8 QUINQUIES D.LGS. N. 502/1992 E SS.MM.II. DI PRESTAZIONI DELL'AREA OSPEDALIERA - TRIENNIO 2022-2024;

SI CONVIENE E SI STIPULA

Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente contratto

Art. 1

Oggetto

1. Il presente contratto regola sotto il profilo giuridico ed economico l'acquisto da privato accreditato, nel triennio 2022-2024, delle prestazioni sanitarie programmate di ricovero ospedaliero.
2. Per il triennio 2022-2024 il Servizio Sanitario Regionale affida all'Erogatore l'erogazione delle prestazioni sanitarie di ricovero ospedaliero relative alla disciplina per la quale lo stesso risulta accreditato di cui all'art. 3 del presente contratto.
3. Nel rispetto dei limiti e delle condizioni previste dal presente accordo:

4. La produzione eccedente il tetto massimo annuale di spesa assegnato all'Erogatore di cui ai punti precedenti non può essere remunerata in nessun caso e ad alcun titolo e, pertanto, è considerata inesigibile.

5. Sono considerate rese al di fuori del contratto e si dichiarano fin da ora non coperte dal tetto di spesa e, quindi, non remunerabili e non esigibili, le prestazioni eseguite in misura superiore ai tassi di occupazione dei posti letto accreditati di cui alle vigenti disposizioni.

Art. 4

Condizioni di erogabilità delle prestazioni

1. Costituiscono norme di carattere generale in materia di condizioni di erogabilità delle prestazioni e, come tali, trovano applicazione nell'ambito del presente rapporto negoziale:

a. il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre);

b. il D.Lgs. 502/92, il D.P.R. 14 gennaio 1997 e la L.R. 31 luglio 2007 n. 32;

c. il D.Lgs. n. 81/2008;

d. il D.Lgs. n. 81/2015 per quanto applicabile;

e. il valore del tetto di spesa di cui all'art.3;

f. il Decreto Commissariale n.107 del 30/12/2013, così come integrato dalla DGR 15/2022 "Recepimento accordo, ai sensi dell'art. 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul documento concernente "Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione " Prime disposizioni operative: procedure per l'accesso in medicina riabilitativa intensiva cod. 56 MDC 1 e 8";

2. L'Erogatore dichiara di possedere alla data odierna e si impegna a mantenere per la durata del presente contratto, i requisiti tecnologici, organizzativi e strutturali di cui ai provvedimenti autorizzativi ed i requisiti di accreditamento.

3. L'Erogatore dichiara e garantisce l'adeguatezza ed il perfetto stato di uso di tutte le apparecchiature e si impegna a tenere a disposizione della A.S.L. competente e della Regione, per consentire i relativi controlli, i contratti di manutenzione e/o la documentazione delle attività di manutenzione effettuata in maniera adeguata a ciascuna apparecchiatura.

Art. 5

Criteri di ripartizione della spesa preventivata

1. A garanzia della previsione di spesa concordata con il presente contratto e a tutela della continuità nell'erogazione delle prestazioni di ospedalità, le parti convengono che il tetto annuale di spesa, di cui all'art.3 del presente accordo, è frazionato in mensilità, con una oscillabilità non superiore al 20% del tetto mensile, nei limiti della capacità produttiva accreditata e nel rispetto della normativa vigente, fermo restando quanto previsto all'art.3 a condizione che ciò non comporti l'erosione anticipata del tetto massimo annuale assegnato.

2. Le prestazioni rese mensilmente al di sopra del tetto di spesa mensilizzato, comprensivo dell'oscillabilità, non sono riconoscibili né remunerabili.

3. Saranno da intendersi come ricompresi nel tetto massimo annuale di spesa assegnato tutti gli eventuali interventi remuneratori e/o ristoratori disposti nel triennio di riferimento in attuazione di specifici provvedimenti adottati in considerazione della pandemia da COVID 19 e della relativa evoluzione.

Art. 6

Modalità di erogazione delle prestazioni

1. La possibilità di usufruire delle prestazioni sanitarie è subordinata alla richiesta compilata esclusivamente su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale a cura del medico prescrittore in conformità a quanto previsto dalla normativa nazionale ed in particolare dal D.M. 17/3/2008, dal D.M. 350/1988 e dal D.M. 2-11-2011, D.L. 179 del 18.10.2012 convertito in L. 17-12-2012 n. 221 oltre che dalle disposizioni regionali in materia.

2. Non sono remunerabili ed esigibili le prestazioni erogate su richieste del S.S.N. non effettuate in base a prescrizione su ricettario del SSN e/o non conformi alla richiamata normativa.

3. Per procedere all'erogazione delle prestazioni l'Erogatore è tenuto a verificare, preliminarmente, la regolarità della richiesta nel rispetto dei requisiti di cui al punto 1 del presente articolo.

4. Le prestazioni sono erogate secondo le modalità e con le caratteristiche previste dai provvedimenti nazionali e regionali in materia nel rispetto dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento, di qualità e di appropriatezza, e secondo la buona e diligente pratica professionale che l'Erogatore si impegna a rispettare per tutta la vigenza del presente contratto.

Art. 7

Obblighi dell'Erogatore

1. L'Erogatore ha l'obbligo di istituire i fascicoli personali contenenti tutta la documentazione sanitaria degli utenti nei quali dovrà conservare, nel rispetto del D. Lgs. n. 196/2003, come modificato dal D.Lgs. n. 101/2018, nonché del Regolamento UE n. 2016/679 del 27/04/2016 (GDPR) e, in particolare, nel rispetto di quanto previsto al titolo V del Codice, rubricato: "Trattamento di dati personali in ambito sanitario" e dell'art. 9 del Regolamento UE. in materia di privacy:

a) tutta la documentazione sanitaria (cartella clinica) relativa a ciascun paziente;

b) tutta la documentazione amministrativa relativa a ciascun paziente.

2. Le operazioni sui dati personali e sanitari del cittadino, necessarie per l'alimentazione e l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico, rientrano tra i trattamenti di dati sensibili effettuati mediante strumenti elettronici in coerenza con le misure di sicurezza espressamente previste nel D.Lgs. n.196/2003 e ss.mm.ii.

Art. 8

Ulteriori obblighi dell' Erogatore

1. L'Erogatore si impegna:

– ad adeguare la propria organizzazione interna ai principi di programmazione regionale in materia di "reti cliniche", agli standard di profilo ed ai percorsi assistenziali concernenti le prestazioni oggetto del presente contratto, definiti a livello nazionale e regionale;

- a garantire la partecipazione dei propri operatori ad eventuali iniziative formative promosse dalle AA.SS.LL. e dalla Regione;
- ad adottare strumenti di formazione e comunicazione ai cittadini/carta dei servizi, di rilevazione/valutazione della qualità percepita da utenti/cittadini e gestione del rischio clinico come da DCA 55/2016;
- a rispettare puntualmente la normativa in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro ed in materia previdenziale;
- a rispettare l’obbligo di dotarsi di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi (RCT) e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera (RCO), a tutela dei pazienti e del personale ai sensi dell’art 27 comma 1-bis DL n.90 del 24/06/2014 convertito nella legge n.114 del 11/08/2014;
- a rispettare gli obblighi di cui alla L. 8-3-2017 n. 24 (Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie);
- ad assumere ogni responsabilità per qualsiasi danno causato da propria omissione o altra inadempienza nell’esecuzione delle prestazioni, esonerando la Regione e le ASL;
- a trasmettere al CUP Aziendale, per la condivisione telematica, le agende di prenotazione e monitoraggio delle prestazioni al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sui sistemi aziendali e regionali secondo quanto specificato dall’Amministrazione regionale e a dare riscontro sul relativo campo SDO della data di prenotazione del ricovero;
- ad aderire al Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la predisposizione di soluzioni telematiche tese alla trasmissione che garantiscano alla corretta gestione del consenso informato, dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici riguardanti l’assistito;
- a pubblicare sul sito web in apposita area dedicata, per ciascuna tipologia di prestazione erogata, i tempi di erogazione previsti e di quelli medi effettivi. In assenza di sito web autonomo, a concordare con la ASL territorialmente competente le modalità per la pubblicazione nel sito aziendale della stessa, nell’apposita sezione denominata «Liste di attesa», dei richiamati tempi in attuazione dell’ art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” e ss.mm.ii..
- a garantire, nel rispetto della vigente normativa in materia di privacy D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii., l’invio giornaliero, mediante strumenti telematici alla ASL nel cui ambito territoriale è ubicato Erogatore, delle informazioni di seguito dettagliate:
 - a) impegnativa di richiesta della prestazione
 - b) numero dei presenti dalle ore 00.00 alle ore 24.00 del giorno precedente, suddivisi in relazione alle singole discipline ed ai relativi posti letto accreditati specificando il numero dei ricoveri ordinari e diurni a carico del SSR;
 - c) numero, codice nosologico SDO e orario di ammissione dei ricoveri effettuati nel giorno precedente, suddivisi in relazione alle singole discipline ed ai relativi posti letto accreditati, specificando il numero dei ricoveri ordinari e diurni a carico del SSR;
 - d) numero, codice nosologico SDO e orario di uscita dei ricoveri dimessi nel giorno precedente, suddivise in relazione alle singole discipline ed ai relativi posti letto accreditati, specificando il numero dei ricoveri ordinari e diurni a carico del SSR.

2. L'Erogatore si impegna ad adeguarsi agli eventuali ulteriori requisiti che saranno richiesti per effetto di normativa nazionale e/o regionale intervenuta nella vigenza del presente contratto, come pure ad adeguarsi a prescrizioni imperative sopravvenute.

Art. 9

Personale dell'Erogatore e requisiti di compatibilità

1. L'Erogatore si impegna ad erogare le prestazioni di cui al presente contratto utilizzando il personale e le figure professionali del ruolo sanitario, tecnico e amministrativo previste dalla normativa vigente in materia di autorizzazione e accreditamento.

2. L'Erogatore garantisce l'impiego, anche per le attività di consulenza, di personale in possesso dei titoli abilitanti che non versino in situazioni di incompatibilità ai sensi della legge 23.12.1996 n.662 e dell'art 53 comma 16 ter del D.lgs. 165/2001 e ss.mm. ii., acquisendo a tal fine specifica autodichiarazione ai sensi degli artt.45 e 46 del DPR 445/2000 e ss.mm.ii..

3. L'erogatore, ai fini dell'art. 53 comma 16 ter del D.Lgs 165/2001, introdotto dalla Legge n. 190/2012 (attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro – pantouflage o revolving doors), dichiara di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti appartenenti alla Amministrazione committente, che hanno esercitato poteri autoritativi (nella forma di prescrizione e controllo) o negoziali per conto della pubblica amministrazione nei propri confronti, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto e/o che abbiano, all'interno dell'azienda committente, familiari esercitanti i medesimi poteri.

4. Le parti si danno atto che eventuali situazioni di incompatibilità e l'accertamento della insussistenza della capacità di garantire le prestazioni nei termini di cui al presente articolo, determinano l'apertura del procedimento amministrativo finalizzato all'irrogazione delle sanzioni previste dall'art. 1, comma 19, della legge n. 662/1996.

5. Compete alla ASL territorialmente competente l'accertamento delle situazioni di incompatibilità di cui ai commi precedenti.

6. L'Erogatore si impegna a mantenere per tutta la durata del contratto l'applicazione del C.C.N.L. di categoria, sottoscritto con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

7. L'Erogatore si impegna a trasmettere i dati all'Ispettorato generale per gli ordinamenti del personale (IGOP) del Dipartimento della ragioneria generale dello Stato attraverso il Sistema informativo SICO, secondo modalità e termini di invio stabiliti nella circolare al Conto annuale, adottata annualmente dal Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato.

8. La ASL territorialmente competente vigila sul rispetto della regolarità contributiva e retributiva da parte dell'Erogatore.

Art. 10

Obblighi informativi dell'Erogatore

1. L'Erogatore fornisce alla A.S.L. competente per territorio, entro il quindicesimo giorno del mese successivo a quello di riferimento, unitamente alla fattura di cui all'art. 12, i file di produzione (ASDO) e (ASDAC) come disciplinato dalle disposizioni nazionali,

2. Il file ASDO ed il file ASDAC costituiscono, oltre che obbligo informativo, anche allegati elettronici analitici alla fattura, chiarendosi che sono oggetto di fatturazione tutte le prestazioni erogate a carico del S.S.R. nel mese di competenza, nel rispetto dei limiti di cui al presente contratto.

3. Per prestazioni erogate sono da intendersi le dimissioni avvenute nel mese di riferimento.
4. Con ulteriori campi aggiuntivi ai tracciati record, di cui al punto 1 del presente articolo, l'Erogatore specifica per ogni prestazione:
 - il valore dell'importo fatturato;
 - il numero progressivo e la data di emissione della fattura.
5. L' Erogatore si impegna, altresì, a rispettare, nei tempi e nei modi previsti, gli ulteriori obblighi informativi stabiliti dalle normative ministeriali e regionali ed, in particolare, i Modelli Gestionali previsti da NSIS.
6. A garanzia di un preciso ed efficace monitoraggio della produzione, l'Erogatore è tenuto ad allegare ai file di produzione l'elenco analitico dei posti letto attivi al primo giorno del mese di riferimento, distinti per disciplina e regime di ricovero secondo la struttura del modello ministeriale HSP 13.
7. L' Erogatore ha l'obbligo di comunicare eventuali ritardi nella trasmissione delle informazioni; l'omissione dei suddetti obblighi informativi, se protratta per due mesi consecutivi o mantenuta nell'arco di complessivi 90 giorni dell'anno di riferimento, costituisce inadempimento grave.
8. Restano salvi gli altri obblighi informativi di cui al presente contratto.
9. L'A.S.L. al ricevimento della fattura e dell'allegata documentazione informativa verifica l'esatta attribuzione delle tariffe vigenti e dei corrispondenti DRG.

Art. 11

Controlli di appropriatezza e congruità

1. Fatte salve le verifiche sul fatturato di cui all' art. 12 e in conformità al successivo art. 13 la Regione e la A.S.L. potranno in qualunque momento verificare l'accessibilità, l'appropriatezza clinica ed organizzativa, la legittimità e la congruità delle prestazioni svolte dall' Erogatore che, in ogni caso, dovranno essere eseguite a regola d'arte sotto il profilo tecnico/funzionale, secondo le condizioni, le modalità ed i termini previsti dalle norme di settore .
2. Le verifiche prestazionali sono finalizzate all'accertamento di legittimità, congruità e appropriatezza organizzativa e clinica, sulla base del controllo casuale di almeno il 10% delle cartelle cliniche e del monitoraggio dei ricoveri a rischio di non appropriatezza di una proporzione non inferiore al 2,5% del totale delle cartelle cliniche in conformità ai protocolli ispettivi regionali e alle disposizioni operative emanate dal Dipartimento Sanità. La Regione e le AASSLL, in relazione a particolari criticità segnalate dal NOC competente, potranno disporre ulteriori e mirati controlli incrementando il campione e il monitoraggio oggetto di verifica.
3. La ASL competente territorialmente deve verificare la coerenza dei dati di produzione con quelli relativi alla fatturazione di cui all'articolo 12 secondo le modalità previste dall'art.14.
4. I controlli presso le strutture sono di competenza dei Nuclei Operativi di Controllo (N.O.C.) secondo le modalità previste dai provvedimenti regionali e dalle disposizioni operative emanate dal Dipartimento. Possono essere previste, per lo svolgimento dei predetti controlli, forme di cooperazione inter-istituzionale con i soggetti preposti ad attività di controllo e prevenzione per la tutela della salute.
5. I controlli di cui al presente articolo devono essere svolti nei tempi utili a garantire il rispetto dei termini di cui all'art.13, comma 1.

6. L'Erogatore si impegna a predisporre e mantenere, a sue spese, condizioni organizzative necessarie ed utili a consentire il corretto e regolare svolgimento dell'attività di controllo.
7. Il procedimento di verifica si svolge alla presenza di rappresentanti dell'Erogatore e di esso è redatto apposito e dettagliato processo verbale nel rispetto di quanto previsto dalla Legge n. 241/1990 e ss.mm.ii.. Resta salva la facoltà per l'Erogatore di trasmettere alla ASL, apposite controdeduzioni entro e non oltre i successivi dieci giorni dalla consegna del verbale. Entro 10 giorni dalla ricezione delle controdeduzioni, la ASL competente comunica all'Erogatore l'esito definitivo della verifica, assegnando un termine non superiore a dieci giorni per adempiere alle prescrizioni eventualmente impartite, decorsi inutilmente i quali la ASL , notiziandone la Regione, adotta i provvedimenti e le prescrizioni del caso la cui inosservanza costituisce grave inadempimento.
8. L'esito della verifica deve indicare il valore in denaro delle prestazioni inappropriate, incongrue, illegittime; in mancanza di tale indicazione non sarà possibile liquidare il saldo della fattura alla quale la decurtazione si riferisce.
9. La ASL è tenuta ad inserire campi aggiuntivi al file ASDO, secondo lo schema di cui all'allegato A2, rappresentativi dell'importo liquidato in favore dell' Erogatore e delle motivazioni della mancata o diversa liquidazione.
10. Resta ferma la responsabilità dell'Erogatore per inadempienze relative a circostanze e prestazioni che non hanno formato oggetto di controllo.

Art. 12

Modalità di fatturazione

1. L' Erogatore trasmette alla ASL di competenza territoriale, attraverso il Sistema di Interscambio SDI – fatturazione elettronica PA - e all'Agenzia Sanitaria Regionale della Regione Abruzzo (ASR Abruzzo), la fattura , recante indicazione del CIG, relativa alla produzione del mese di riferimento posta a carico del S.S.R, con l'indicazione del corretto numero di NSO, nel rispetto dei limiti previsti dal presente contratto e secondo le modalità di cui alla normativa vigente ed in conformità alle disposizioni regionali ed in particolare alla DGR 124/2020.
2. La fattura è trasmessa alla ASL territorialmente competente e all'ASR Abruzzo entro e non oltre il giorno 15 del mese successivo a quello di riferimento.
3. La fattura deve indicare separatamente le prestazioni rese per regime di ricovero e disciplina a favore di utenti aventi la residenza nell'ambito della Regione Abruzzo - distinguendole per ASL di residenza del paziente - e quelle rese in favore di utenti residenti in altre regioni.
4. Alla fattura deve essere allegata la documentazione relativa alla produzione di cui all'art. 10 nonché quella eventualmente prevista dalle disposizioni nazionali e regionali in materia di fatturazione elettronica.
5. La ASL non procede alla liquidazione ed al pagamento della fattura non conforme alle previsioni del presente contratto.
6. Prima delle liquidazioni la ASL verifica la regolarità del DURC e richiede all' Enpam il rilascio della certificazione equipollente al DURC attestante il regolare adempimento degli obblighi contributivi di cui all'art 1 comma 39 L.n.243/2004; in caso di irregolarità per definitivo accertamento di violazioni contributive, la ASL provvede in conformità alla normativa vigente. Il "definitivo accertamento" delle violazioni

contributive può essere rinvenuto in tutte le situazioni caratterizzate dalla non pendenza di ricorsi amministrativi o giurisdizionali.

7. In caso di segnalata irregolarità retributiva la ASL attiva l'Ispettorato del Lavoro per le verifiche di competenza.

8. Spetta alla ASL attivare il procedimento amministrativo finalizzato ad accertare la sussistenza dei presupposti sanzionatori di cui all'art 7 bis LR 32/2007 e ss.mm.ii. e darne comunicazione degli esiti alla Regione per i provvedimenti conseguenti.

Art. 13

Controlli sul fatturato, liquidazione e pagamento

1. Il pagamento delle prestazioni, fatturate secondo le modalità di cui all'articolo precedente, avviene ai sensi del D.Lgs. 9/10/2002, n.231, così come modificato dal D.lgs. 09/11/2012, n. 192, entro 60 (sessanta) giorni dalla data di registrazione della fattura/nota contabile di riferimento a cura dell'ASL di competenza.

2. La A.S.L. deve effettuare acconti mensili pari all'85% (ottantacinqueper cento) della somma fatturata entro il tetto mensile di cui all'art. 5 entro 30 giorni dalla registrazione della fattura.

3. La A.S.L. procede al saldo della fattura, accertata e validata, sulla base della produzione ad essa connessa, previo espletamento, da parte degli organismi di controllo aziendali, delle verifiche amministrative e sanitarie ed in osservanza di quanto previsto dal presente contratto.

4. La nota di credito è emessa entro e non oltre 60 giorni decorrenti dalla ricezione della relativa richiesta ed indica le prestazioni a cui si riferisce e la residenza dell'utente a cui favore è stata erogata la prestazione. La nota di credito verrà decurtata sull'acconto immediatamente successivo alla data di ricezione della stessa.

5. La mancata emissione della nota di credito, secondo le modalità ed i termini previsti dal presente articolo, se reiterata, costituisce inadempimento grave ai sensi dell'art. 17.

6. È fatta salva la ripetizione in favore della A.S.L. delle somme che, sulla base dei controlli effettuati sull'attività erogata dall'Erogatore privato in forza del presente contratto, risultino non dovute totalmente o in parte.

7. Gli interessi per ritardato pagamento sono fissati nella misura di legge e decorrono dal sessantesimo giorno successivo alla data di registrazione della fattura/nota contabile se conforme alla previsione contrattuale.

Art. 14

Tariffe

1. Le prestazioni di cui al presente contratto sono remunerate secondo le tariffe vigenti al momento della relativa erogazione. Fino all'emanazione di nuovi tariffari il riferimento è alle tariffe di cui al Decreto Commissariale n. 13 del 13/02/2013 come modificato dal Decreto Commissariale n. 32 del 13.05.2013 nonché dal Decreto Commissariale n. 45 del 12/06/2013 .

2. Le parti convengono che per produzione accertata e validata si intende il totale delle prestazioni fatturate poste a carico del SSR, che hanno positivamente superato i controlli di cui agli artt. 11 e 13 del presente accordo e debitamente certificata dalla ASL, non costituendo il solo fatturato, ex se, pretesa di corrispettivo.

3. Le parti concordano che in caso di incremento, a seguito di modificazioni dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, il volume massimo di prestazioni remunerate potrà essere rideterminato, in ogni caso compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lett. e-bis, D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii..

4. Le parti stabiliscono che l'eventuale introduzione e/o aumento di quote di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti comporterà che gli importi derivanti dalle stesse verranno portate in decremento rispetto al budget annuale assegnato e verranno apprese dall'Erogatore a titolo di anticipazione non costituendo in nessun caso fonte di remunerazione aggiuntiva. La ASL territorialmente competente terrà conto di tali importi incassati a titolo di anticipazione all'atto dell'erogazione degli acconti mensili.

Art. 15

Cessione dei crediti

1. L'Erogatore ha l'obbligo di notificare la cessione a qualsiasi titolo dei crediti derivanti dall'esecuzione del presente accordo contrattuale all'Azienda USL competente territorialmente.

2. Le parti convengono che l'efficacia della cessione è condizionata all'accettazione espressa, nel termine di trenta giorni dalla avvenuta ricezione– avvenuta a seguito di raccomandata con avviso di ricevimento (o trasmissione mediante posta elettronica certificata) presso il domicilio indicato nel presente accordo contrattuale e attestata dalla acquisizione del relativo atto di notifica al protocollo– da parte della ASL di pertinenza e della Regione Abruzzo e che la cessione del credito potrà essere accettata esclusivamente nei limiti delle prestazioni verificate positivamente e valorizzate ai sensi degli articoli 13 e 14 del presente accordo contrattuale.

3. L'accettazione espressa da parte della ASL di pertinenza e della Regione di cui al secondo comma è comunicata con trasmissione mediante posta elettronica certificata) presso il domicilio indicato nel presente accordo contrattuale. Analoga modalità di comunicazione è prevista per il diniego espresso.

4. Per i crediti commerciali certi, liquidi ed esigibili, vantati nei confronti degli Enti del SSN in conseguenza di accordi contrattuali stipulati ai sensi dell'art. 8 quinquies D.lgs.502/1922, ove non certificati mediante la piattaforma elettronica (art. 7 D.L. 35/2013, e ss.mm.ii.) si richiama l'art. 117, c. 4 bis D.L. 34/2020 secondo cui *“ possono essere ceduti, anche ai sensi della Legge 30 aprile 1999, n. 130, solo a seguito di notificazione della cessione all'ente debitore e di espressa accettazione da parte di esso. L'ente debitore, effettuate le occorrenti verifiche, comunica al cedente e al cessionario l'accettazione o il rifiuto della cessione del credito entro 45 giorni dalla data della notificazione, decorsi inutilmente i quali la cessione si intende rifiutata.*

..... L'ente debitore non risponde dei pagamenti effettuati al cedente prima della notificazione dell'atto di cessione”.

5. L'ASL di pertinenza e la Regione Abruzzo, in caso di accettazione della cessione, possono opporre al cessionario tutte le eccezioni opponibili al cedente in base al presente accordo contrattuale.

6. Restano fermi e impregiudicati gli eventuali ulteriori adempimenti connessi al presente accordo contrattuale.

7. In conseguenza di quanto sopra, l'Erogatore si impegna a mantenere indenne la ASL e la Regione Abruzzo per eventuali cessioni effettuate al di fuori delle modalità e condizioni di cui ai precedenti commi del presente articolo.

8. Sono inefficaci le cessioni di credito non conformi alle prescrizioni del presente articolo e, in conseguenza di quanto sopra, l'Erogatore si impegna a mantenere indenne l'ASL e la Regione Abruzzo per eventuali cessioni effettuate al di fuori di quanto previsto ai precedenti commi del presente articolo.

Art. 16

Incedibilità del contratto

1. Il presente contratto è incedibile in tutto o in parte salvo i casi ammessi dalla legge.
2. La cessione costituisce grave inadempimento ai sensi dell'art.17.

Art. 17

Risoluzione del contratto

1. Fermo ogni altro rimedio e sanzione previsti dall'accordo contrattuale e dalla normativa ad esso applicabile costituiscono grave inadempimento del presente accordo contrattuale:

- a) l'accertata falsità di dichiarazioni rese dall'Erogatore ai fini della stipulazione e della esecuzione del presente accordo contrattuale;
- b) l'impedimento ai controlli di cui agli articoli 12 e 13 del presente accordo contrattuale;
- c) la reiterata inottemperanza agli obblighi informativi nelle ipotesi di cui all'art. 10 del presente accordo contrattuale;
- d) l'inosservanza di quanto previsto dall'articolo 15 del presente accordo contrattuale in materia di cessione dei crediti;
- e) la cessione del presente accordo contrattuale in violazione di quanto espressamente previsto dall'articolo 16;
- f) l'inosservanza dell'obbligo di conservazione e custodia dei documenti relativi alle prestazioni rese;
- g) l'accertata violazione degli obblighi in materia previdenziale e di sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al D.Lgs. n. 81/2008 e all'articolo 8 del presente accordo contrattuale;
- h) la reiterata mancata emissione della nota di credito di cui all'articolo 13 del presente accordo contrattuale;
- i) l'inosservanza di quanto previsto dall'articolo 6 del presente accordo contrattuale;
- j) la ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni indicati nel presente accordo contrattuale;
- k) l'impedimento al controllo esercitato dalla Azienda USL di pertinenza e dalla Regione Abruzzo ai sensi dell'art. 11 del presente accordo contrattuale;
- l) l'esistenza di condanne definitive a carico del legale rappresentante per reati contro la Pubblica Amministrazione.

Ai fini della reiterazione le misure di cui al presente articolo si applicano a decorrere dal terzo episodio di violazione formalmente contestato dalla ASL che, accertata la effettiva sussistenza del grave inadempimento,

anche a seguito dell'interlocuzione con l'Erogatore ne formalizza gli esiti dandone comunicazione alla Regione che provvede in conformità all'art 7 comma 4 lett. d) LR 32/2007 come modificato dalla L.R. 12/2016.

2. La sospensione o la revoca dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento determina in ogni caso l'automatica sospensione e risoluzione degli effetti del presente accordo contrattuale.

3. Fermo quanto sopra, in caso di sussistenza di cause di divieto, decadenza, o sospensione previste dall'art. 67, D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159 (c.d. codice antimafia), il contratto è risolto ipso iure senza concessione di termini per dedurre.

4. Resta fermo, in ogni caso, il diritto della Regione Abruzzo e della ASL competente al risarcimento dei danni derivanti da inadempimento dell'Erogatore.

5. Resta inteso che, in caso di risoluzione ai sensi del presente articolo, l'Erogatore si impegna a non accettare pazienti. Eventuali attività rese in violazione di tale divieto non possono essere oggetto di remunerazione a carico del Servizio Sanitario ad alcun titolo.

Art. 18

Controversie

1. Per tutte le controversie di pertinenza della giurisdizione ordinaria inerenti la conclusione e l'esecuzione del presente contratto è competente il foro di L'Aquila ove ha sede legale la Regione Abruzzo.

Art. 19

Norme transitorie e di rinvio

1.E' fatta salva ogni diversa e/o ulteriore disposizione nazionale e/o regionale.

2. Sono fatte salve per l'annualità 2022 le prestazioni rese dalle strutture accreditate allo scopo di garantire l'assistenza ai pazienti Covid - secondo il regime giuridico previsto dalle convenzioni stipulate con le medesime dalle Aziende ASL - ai sensi dell'ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 3 del 24 gennaio 2022 recante: *Gestione dell'emergenza COVID – 19. Misure urgenti per la gestione dei pazienti COVID-19 nelle strutture ospedaliere regionali. Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica indirizzate agli operatori, agli utenti, alle strutture sanitarie.*

3.Per quanto non previsto nel presente accordo contrattuale trovano applicazione – in quanto compatibili – le disposizioni europee e nazionali in materia di appalti e concessioni di servizi, le norme finanziarie contabili e fiscali di carattere nazionale ad oggi vigenti e le ulteriori disposizioni regionali.

Art. 20

Clausola di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del presente accordo la Struttura accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto.

2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati al comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la

sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili.

Art. 21

Registrazione

1. Il presente contratto è soggetto a registrazione in caso d'uso ai sensi dell'art. 5 comma 2 del T.U. dell'imposta di registro approvato con D.P.R. n. 131 del 26/04/1986.

Art.22

Elezione di domicilio

1. Le parti eleggono domicilio ad ogni effetto di legge e, segnatamente, per l'esecuzione del presente accordo contrattuale presso i rispettivi indirizzi in epigrafe emarginati.

- L'Erogatore elegge, altresì, il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:

- la ASL 1 – Avezzano-Sulmona-L'Aquila elegge il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: protocollo generale@pec.asl1abruzzo.it

- la ASL 2 – Lanciano-Vasto-Chieti elegge il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: info@pec.asl2abruzzo.it

- la ASL 3 – Pescara elegge il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: aslpescara@postecert.it

- la ASL 4 – Teramo elegge il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: aslteramo@raccomandata.eu

- la Regione Abruzzo elegge il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: dpf018@pec.regione.abruzzo.it

Letto, approvato e sottoscritto

Firmato digitalmente da:

- per la Regione Abruzzo

Il Presidente della Giunta Regionale

-

per l'Erogatore

Il Rappresentante legale

- per le Aziende Sanitarie Locali di:

1. Avezzano, Sulmona, L'Aquila

Il Direttore Generale

2. Lanciano, Vasto, Chieti

Il Direttore Generale

3. Pescara

Il Direttore Generale

4. Teramo

Il Direttore Generale

Se e per quanto possa occorrere l'Erogatore approva specificamente le previsioni di cui agli artt.3,4,5,6,7,10,11,12, 13,14,15,16, 17,18,19,20.

per l'Erogatore

Il Rappresentante legale

ALLEGATO A1**DICHIARAZIONI DA PRESENTARE AI FINI DEL CONTRATTO****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE L'ISCRIZIONE IN PUBBLICI REGISTRI:**

1. per i soggetti iscritti al Registro delle Imprese: certificazione di iscrizione alla Camera di Commercio riportante l'attestazione di insussistenza di procedure concorsuali o di procedimenti per l'assoggettamento a dette procedure nonché i dati anagrafici di tutti i soggetti nei confronti dei quali – ai sensi e nel rispetto dell'art. 85 del D.Lgs. n. 159/2011 – deve essere eventualmente acquisita l'informativa antimafia di cui all'art. 91 del D.Lgs. 159/2011
2. per i soggetti non iscritti al Registro delle Imprese: Fondazioni, Associazioni ed Enti no profit: certificazione di iscrizione al R.E.A.
3. per gli specialisti che esercitano l'attività in forma individuale: certificazione di iscrizione all'Ordine dei medici .

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO ATTESTANTE L'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI DIVIETO, DECADENZA O SOSPENSIONE PREVISTI DALL'ART. 67 DELLA NORMATIVA ANTIMAFIA

1. per gli enti non iscritti al Registro delle Imprese (Fondazioni, Associazioni ed Enti no profit) la dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l'insussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previsti dall'art. 67 della normativa antimafia del legale rappresentante, dei componenti del Consiglio di Amministrazione e dei soggetti con poteri di gestione;
2. per i soggetti iscritti al registro delle Imprese: la dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l'insussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previsti dall'art. 67 della normativa antimafia, da parte di tutti i soggetti di cui all'art. 85, comma 1 e 2;

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO RELATIVA AI DATI DEI PROPRI FAMILIARI CONVIVENTI DI MAGGIORE ETÀ

Per i soggetti iscritti al registro delle Imprese i cui contratti superino il valore indicato all'art. 83, lettera e) del D.Lgs. n. 159/2011 (attualmente pari a € 150.000,00), deve essere acquisita la documentazione antimafia, ai sensi degli articoli 84 e 85 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159 (come da ultimo modificato dal D.Lgs. 15 novembre 2012, n. 218); a tale proposito i soggetti di cui ai commi 1) e 2), dell'art. 85 del citato codice antimafia rilasciano dichiarazione sostitutiva sottoscritta con le modalità di cui all'articolo 38 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, relativa ai dati dei propri familiari conviventi di maggiore età;

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO ATTESTANTE L'OTTEMPERANZA AGLI OBBLIGHI INFORMATIVI IN MATERIA DI DIRITTO AL LAVORO DEI DISABILI:

secondo le modalità di cui all'art. 9 L.12 marzo 1999, n. 68, come modificato dall'art. 40 del D.L. 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2008, n. 133, rilasciata dal legale rappresentante della Erogatore;

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO GENERALE DEL CASELLARIO GIUDIZIARIO E DEI CARICHI PENDENTI

dei soggetti che hanno la rappresentanza legale della Erogatore.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO GIÀ PREVISTO DAGLI ARTT.80 E 81 DEL DLGS 231/01 ss.mm.ii.

ATTESTAZIONE DA PARTE DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELL'ENTE GESTORE

della previsione nello statuto societario dell'obbligo di autocertificazione, da parte di ciascun socio persona fisica che, in ultima istanza, possieda le quote o le azioni, dell'insussistenza di situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 4, comma 7 L. n.412/1991.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO ATTESTANTE L'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITÀ

ai sensi dell'art. 4, comma 7 L. n. 412/1991 del legale rappresentante, dei componenti del Consiglio di Amministrazione e dei soggetti con poteri di gestione.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO ATTESTANTE

- di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta e che nessun procedimento relativo è avviato nei suoi confronti ;
- di aver / non aver presentato domanda di concordato preventivo;
- che non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67, D.Lgs. n. 159/2011 (c.d. codice antimafia) in capo al/ai soggetto/i che ha/hanno la rappresentanza legale dell'Erogatore.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE e DI ATTO NOTORIO

Attestante , ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n°445 del 28.12.2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali e decadenze dai benefici eventualmente conseguiti previste ex artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R per le ipotesi di dichiarazioni mendaci, formazione di atti falsi o uso degli stessi, il mantenimento del possesso dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento

ALLEGATO A2

ALLEGATO A al "Contratto proposto alle strutture private per l'erogazione delle prestazioni ospedaliere"

Variabili aggiuntive al tracciato ASDO 2 - Archivio dati prestazioni sanitarie

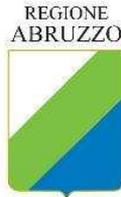
Sono previsti nuovi campi aggiuntivi da utilizzare in calce al tracciato record ASDO (archivio ASDO 2 - Prestazioni Sanitarie)

A cura della Casa di Cura:

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Vincolo
185-193	Fatturato	N	9	Importo fatturato dalla CdC	OBB
194-213	Numero della fattura	AN	20	Codice allineato a sinistra e completato con spazi	OBB
214-221	Data della fattura	Data	8	Formato GGMM/AAAA	OBB

A cura degli Organi di Controllo della ASL:

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Vincolo
222-230	Liquidato	N	9	Importo riconosciuto e liquidato alla CdC	OBB
231	Causa di mancata liquidazione	AN	1	Indica la causa di non riconoscimento dell'intero valore del fatturato 1= ricovero illegittimo 2= ricovero inappropriato 3= ricovero incongruo 4= concomitanza di più condizioni (1+2, 2+3, 1+3, 1+2+3) 5= altro	OBB
232	Causa di parziale liquidazione	AN	1	Indica la causa di non riconoscimento di parte del valore del fatturato 1= DRG modificato 2= DRG valorizzato ordinario e riconosciuto come diverso 3= altro	OBB



ALLEGATO 2

GIUNTA REGIONALE D'ABRUZZO
DIPARTIMENTO SANITÀ

DPF018 - SERVIZIO ACCREDITAMENTO E ACCORDI CONTRATTUALI
UFFICIO CONTRATTI E TETTI EROGATORI PRIVATI DELLA RETE OSPEDALIERA E AMBULATORIALE

Oggetto: DOCUMENTO ISTRUTTORIO - RISCONTRI OSSERVAZIONI CONTRATTO ASSISTENZA OSPEDALIERA

Con la DGR n. 372 dell'11.7.2022 " EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI PER L'ASSISTENZA OSPEDALIERA. APPROVAZIONE TETTI DI SPESA PER IL TRIENNIO 2022-2024 ED ULTERIORI DISPOSIZIONI " è stato dato avvio alla negoziazione 2022-2024 con le strutture ospedaliere accreditate per l'assistenza ospedaliera.

Lo schema contrattuale adottato con il predetto atto riproduce, con minime modifiche, quello relativo al biennio 2020-2021, approvato con DGR 153/2021, per altro sottoscritto da tutte le strutture, ad eccezione della struttura Synergo , cui è stato sottoposto un testo aggiornato alla luce delle modifiche apportate in esecuzione della DGR n.366 dello scorso 11.07.2022.

Con nota prot.n. RA/0339891/22, inviata a mezzo PEC in data 20.9.2022, è stato trasmesso agli erogatori lo schema contrattuale relativo all'area ospedaliera, che formerà oggetto di successiva approvazione giuntale.

Sono quindi pervenute in riscontro alcune osservazioni, rispettivamente da parte delle Case di cura Villa Serena (nota prot.n. RA/0381530/22 del 03/10/2022), Synergo (nota prot.n. RA/0426658/22 del 17/10/2022) , Fondazione Padre Alberto Mileno(nota prot. n. RA/0361322/22 del 29/09/2022) e la sigla sindacale ACOP(nota prot.n. RA/0359358/22 del 29/09/2022), che si allegano alla presente come parte non integrante al solo fine di supporto istruttorio.

In disparte la considerazione che molte delle predette osservazioni sono già state oggetto di riscontro nelle precedenti tornate contrattuali, si reputa opportuno valutare comunque le contestazioni in oggetto.

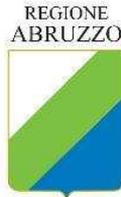
Premesse contrattuali.

In generale viene sottolineato , da parte di **ACOP**, *che il richiamo, nelle premesse del contratto, dell'attuale normativa sui controlli e del richiamo ai provvedimenti di accreditamento per disciplina, non rende superabile il principale ostacolo alla sottoscrizione che è il superamento dell'attuale sistema di calcolo dell'occupazione giornaliera per disciplina. Tale previsione, come da anni manifestato dalle scriventi, ingessa l'attività, crea continui disagi all'utenza, provoca danni all'organizzazione e alla sicurezza delle strutture, rende impossibile l'erogazione delle prestazioni assegnate; provoca il continuo, progressivo aumento della mobilità passiva della Regione Abruzzo poiché impedisce di fatto alle strutture di erogare le prestazioni che potenzialmente potrebbero concorrere all'abbattimento di tale voce di costo.*

E' quindi preliminarmente irrinunciabile per le scriventi la deliberazione di nuovi e differenti protocolli di controllo da richiamare in premessa contrattuale.

E' opportuno evidenziare che sia la disciplina dei controlli che i provvedimenti di accreditamento per disciplina sono stati più volte oggetto di pronunce giurisprudenziali che hanno confermato la disciplina regionale sul punto .

Riscontro: Si rappresenta che il Consiglio di Stato ha precisato in svariate sentenze :



ALLEGATO 2

-che "l'accreditamento (per prestazioni e posti letto distinti per specialità e disciplina) costituisce la cornice entro la quale è possibile riconoscere alla struttura la remunerazione per le prestazioni rese";

-che "avallare il libero interscambio dei posti letto vorrebbe dire vanificare il fine della programmazione dei ricoveri e consentire alla struttura accreditata di prescindere dalle prestazioni e dalle attività concordate (per specifica tipologia e quantità) con la ASL";

-che tuttavia "il sistema, pur rigido, naturalmente contempla un margine di adeguamento che la rende capace di fronteggiare situazioni contingenti ed emergenziali attraverso deroghe e disallineamenti occasionali" nel senso che il superamento delle degenze giornaliere previste per le singole specialità non è consentito alle case di cura private, se non in via d'eccezione";

Pertanto le argomentazioni propugnate dalla Struttura non possono essere condivise.

Relativamente ai singoli articoli del contratto oggetto di osservazioni, si tratta dei seguenti articoli dello schema di accordo:

- Art. 2 Durata.

La Società Synergo osserva che: *in ragione degli specifici provvedimenti assunti dalla Regione Abruzzo e degli accordi intercorsi con le ASL di Pescara e di Lanciano-Vasto-Chieti per la regolamentazione delle prestazioni rese ai pazienti affetti da Covid-19 (ai quali di fa il più ampio rinvio), chiede innanzitutto di voler apportare -con riferimento alle Case di Cura Pierangeli e Spatocchetto- tutte le modifiche e le rettifiche alla bozza di contratto 2022/2024 da Voi trasmessa conformemente a quanto già disposto nell'accordo valido per il biennio 2020/2021, approvato con delibera di GRA n. 366/2022 (con espresso riferimento alla previsione di cui all'art. 3, comma 2 bis).*

Riscontro: In relazione a quanto osservato si evidenzia che nello schema del presente contratto sono ricomprese le prestazioni oggetto delle convenzioni stipulate con le ASL di Lanciano Vasto Chieti e Pescara durante il periodo emergenziale, come stabilito ai sensi dell'OPGR n. 3/2022, e nei limiti di quanto disposto nella DGR n. 377/2022. Infatti è stato riformulato l'art.2 dello schema contrattuale ed è stato inserito il seguente comma:

2. Per le prestazioni erogate dalla struttura dall'1/01/2022 fino al 31/12/2022 si conferma la disciplina del contratto 2021;

-**La Casa di Cura S.Francesco** lamenta il congelamento dei tetti per il triennio 2022/2024, alla luce della situazione attuale che vede la variazione in aumento dei costi generali a causa delle condizioni nazionali ed internazionali, nonché viene richiesta l'erogazione di ristori per coprire i conseguenti maggiori oneri.

Riscontro: Il quadro delle risorse regionali, già gravato dagli oneri derivanti dai disavanzi certificati della spesa sanitaria, per il recupero dei quali la nostra Sanità è ancora in Piano di rientro, e soggetta a monitoraggio ministeriale, risente anch'esso della situazione di crisi che investe attualmente il nostro Paese. Pertanto, a meno di non dover incrementare il prelievo fiscale nei confronti dei concittadini della nostra Regione, le risorse attualmente disponibili non consentono ulteriori incrementi dei costi.

Inoltre, la delibera della Corte dei Conti n. 135/2022, in sede di esame della spesa regionale per acquisti da operatori privati accreditati ha "raccomandato nuovamente la stipula di accordi che abbiano un consistente respiro temporale" "in grado di assicurare lo svolgimento della necessaria attività di programmazione e di massimizzare il contenimento dei costi".



ALLEGATO 2

- art. 3 Volume di prestazioni erogabili e previsione di spesa . **L'ACOP** contesta che *La pianificazione non può essere demandata alla ASL, poiché determinerebbe una disparità di trattamento fra gli erogatori sul territorio regionale. La programmazione deve necessariamente essere affidata alla Regione, su eventuale proposta delle ASL. L'acquisto delle prestazioni ex art.8 quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii. rientra nelle competenze della programmazione regionale che ne definisce l'ambito e ne destina le relative risorse.*

- La programmazione delle prestazioni per le specialità per cui ogni struttura è accreditata spetta alla pianificazione definita con il Direttore generale della ASL, che viene operata in ossequio alla programmazione regionale e alle relative risorse destinate allo scopo .

- art. 4 (condizioni di erogabilità delle prestazioni) viene contestato sia da **ACOP** che dalla **Casa di Cura Villa Serena** l'inserimento del richiamo alla DGR.n. 15/22, che Villa Serena afferma di aver impugnato al TAR e che ACOP ritiene non applicabile in quanto precedente alla conclusione della fase sperimentale regionale ministeriale.

Riscontro: In realtà con la suddetta DGR viene recepita l'intesa Stato Regioni e viene adottato un protocollo di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri per la riabilitazione. La sperimentazione di cui si fa cenno non riguarda aspetti disciplinati dalla DGR 15/2022 perché successivi all'adozione della stessa.

- art. 5 (criteri di ripartizione della spesa preventivata);

la ACOP chiede di chiarire i sistemi di calcolo dell'oscillabilità, *poiché la previsione, così come indicata ("a condizione che ciò non comporti l'erosione anticipata del budget") viene interpretata da alcune ASL come impossibilità di superamento del progressivo, talché non sarebbe possibile aumentare la produzione del mese di novembre allo scopo di coprire la minore produzione del mese di dicembre.* In generale viene richiesta la definizione di un protocollo d'intesa sottoscritto dalle ASL e Regione sui relativi sistemi interpretativi, di valutazione e di applicazione pratica.

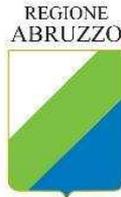
Riscontro: Relativamente alle critiche esposte si rimanda a quanto sopra riportato nelle premesse, ribadendo che le prestazioni di ospedalità attualmente non consentono deroghe rispetto a quanto espressamente riportato nello schema contrattuale , stante l'attuale quadro regolatorio presente nella nostra Regione.

Per quanto riguarda la richiesta formulata dalla **Casa di Cura Villa Serena**, di estendere la previsione di oscillabilità prevista per la specialistica ambulatoriale e per le prestazioni ex art.26 riabilitative, secondo quanto sopra espresso, non può essere accolta.

- art.8 Ulteriori obblighi dell'Erogatore .

● **ACOP** osserva che *In relazione alla previsione riguardante la condivisione delle agende CUP, è assolutamente necessario il superamento di quanto definito in premessa.*

Riscontro: La previsione delle prenotazioni tramite il CUP aziendale è un obbligo derivante dall'attuazione di normative nazionali recepite dalla Regione. In riferimento al punto è da rammentare che la nostra Regione, già con DGR n. 265/2019, ha recepito l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 (PNGLA)", di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, e ha approvato il documento recante "Piano Operativo Regionale 2019-2021 per il governo delle liste di attesa Regione Abruzzo", con cui vengono individuate le prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative , di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai relativi monitoraggi .



ALLEGATO 2

Tra gli interventi previsti è ricompresa la gestione razionale e trasparente delle prestazioni di assistenza ospedaliera, oggetto di monitoraggio LEA, attraverso l'uso diffuso dei sistemi CUP, in coerenza con le Linee Guida Nazionali CUP di cui all'Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010 e successivi aggiornamenti, ove viene ribadito che i sistemi CUP devono gestire in maniera centralizzata tutte le Agende delle strutture pubbliche e private accreditate, quindi è stato previsto l'inserimento e la messa a disposizione di tutta l'offerta sanitaria delle strutture private accreditate in regime SSN sul sistema CUP. Quindi tutte le agende di prenotazione, devono essere integralmente visibili dai CUP aziendali e, in prospettiva, del CUP integrato regionale.

- art.9 Personale dell'Erogatore e requisiti di compatibilità.

- **L'ACOP** chiarisce di poter certificare solo le dichiarazioni ricevute dai propri dipendenti/collaboratori e non anche la veridicità delle stesse, non essendo, infatti, attribuito alla medesima alcun potere accertativo.

Riscontro: Quanto evidenziato dall'Erogatore merita accoglimento. In ogni caso si ritiene opportuna un'integrazione all'art.9 , comma 2 nei seguenti termini:

2. L'Erogatore garantisce l'impiego, anche per le attività di consulenza, di personale in possesso dei titoli abilitanti che non versi in situazioni di incompatibilità ai sensi della legge 23.12.1996 n.662 e dell'art 53, comma 16 ter del D.lgs. 165/2001 e ss.mm.ii., acquisendo a tal fine specifica autodichiarazione ai sensi degli artt.45 e 46 del DPR 445/2000 e ss.mm.ii.

-art. 11 (controlli di appropriatezza e congruità)

- **L'ACOP** chiede la definizione di un protocollo interpretativo che espliciti l'esecuzione degli articoli 11 e 13 in maniera uniforme sul territorio regionale . Viene inoltre rappresentato che i NOC (Nuclei operativi di controllo) presentano un ritardo nei controlli pari ad almeno 18 mesi .

Riscontro: si osserva che le disposizioni sui controlli sono mutate dalla vigente disciplina regionale in materia, ampiamente richiamata nelle premesse contrattuali , che sono state più volte oggetto di vaglio da parte del giudice amministrativo . La disciplina è uniforme per il territorio regionale .

Relativamente alla tempestività dei controlli si è ritenuto opportuno inserire al comma 5 la seguente nuova formulazione: *I controlli di cui al presente articolo devono essere svolti nei tempi utili a garantire il rispetto dei termini di cui all'art.13, comma 1.*

- **La Casa di cura San Francesco** , in relazione all'art.11, comma 4 chiede che i controlli e le verifiche vengano effettuati sulla scorta di linee guida uniche in sede regionale possibilmente da un unico NOC. , inoltre **L'ACOP** in relazione all'art.11, comma 7, chiede di revocare la disposizione relativa all'emergenza COVID che prevedeva la possibilità di controlli da remoto.

Riscontro: si osserva che le disposizioni sui controlli sono mutate dalla vigente disciplina regionale in materia, ampiamente richiamata nelle premesse contrattuali , che sono state più volte oggetto di vaglio da parte del giudice amministrativo . La disciplina è uniforme per il territorio regionale .

- art.12 (modalità di fatturazione) **L'ACOP** osserva che occorre definire se vi sia o meno l'obbligo di attendere l'Ordine della ASL per l'emissione della fattura, sull'intero territorio regionale, uniformando le procedure delle ASL.

Riscontro: Sul punto è stato ritenuto di integrare l'art.12 facendo espresso riferimento al Nucleo Smistamento Ordini (NSO) , in quanto tutti gli ordini di acquisto della pubblica amministrazione, compresi gli



ALLEGATO 2

enti del SSN, devono essere effettuati esclusivamente in formato elettronico e trasmessi per il tramite del suddetto NSO, gestito dal Ministero delle Economia e delle Finanze.

Inoltre lo stesso primo comma dell'art.12 richiama espressamente il sistema di fatturazione elettronica, di cui alla piattaforma elettronica SDI, adottata da tutte le pubbliche amministrazioni, la cui disciplina e le relative tempistiche risultano regolate dalla legge n. 244/2007 e successivi DM di attuazione, in ogni caso già in esecuzione da diverso tempo presso le ASL.

- Art.12, comma 2

ACOP osserva che la frase "Eventuali fatture emesse o integrate oltre detto termine verranno rifiutate." è da eliminare.

Riscontro: La suddetta osservazione viene accolta.

-art.13 (controlli sul fatturato, liquidazione e pagamento);

- **l'ACOP** osserva che la ASL effettua acconti mensili pari all'85% della somma fatturata e procede al saldo della fattura solo a seguito dell'espletamento delle verifiche amministrative e sanitarie, per le quali non è previsto alcun termine. Inoltre ACOP osserva che l'art. 13 comma 6 prevede, per i controlli effettuati oltre termine, il meccanismo giuridico della RIPETIZIONE di indebito, mentre le ASL effettuano il recupero delle somme su quanto dovuto per le annualità successive e ciò non è accettabile. L'ACOP quindi richiede che le ASL effettuino immediatamente i controlli sul corrente e recuperino nel tempo residuo progressivamente le prestazioni precedenti non controllate (2020-2021 e I semestre 2022) per le quali sarà loro facoltà, all'esito delle verifiche, attivare la ripetizione delle somme.

- **Villa Serena** fa delle osservazioni sui commi 2 e 8 dell'art.13, affermando di non poter condividere quanto stabilito, poiché sia il termine per pagamento fissato per gli acconti (30 giorni dalla registrazione della fattura) che la decorrenza degli interessi (60 giorni dalla registrazione) non consentono alla struttura di conseguire in tempi certi il pagamento. Inoltre la ASL potrebbe registrare le fatture in tempi successivi rispetto alla loro ricezione e quindi la struttura ritiene di non essere tutelata in caso di violazione di detto termine ad opera della ASL, non potendo controllare le date di effettiva registrazione e la decorrenza del dies a quo per il pagamento, in violazione delle disposizioni vigenti in materia di pagamenti (d.lgs.n.231/2002).

Riscontro: Le suddette osservazioni non possono essere condivise. Lo schema contrattuale contiene già un espresso rinvio a quanto disposto dal D.Lgs 9/10/2002, n.231, così come modificato dal D.lgs. 09/11/2012, n. 192, che stabilisce che il pagamento delle prestazioni debba avvenire entro 60 (sessanta) giorni dalla data di ricezione della fattura/nota contabile di riferimento a cura dell'ASL di competenza, a pena di decorrenza dei relativi interessi moratori. Si rappresenta altresì quanto disposto dall'articolo 1, comma 865, della legge n. 145/2018, che stabilisce l'obbligo di inserire come specifico obiettivo dei Direttori Generali delle ASL il rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. Pertanto il rispetto della normativa in questione costituisce un preciso obbligo in capo alle ASL, ferme restando altresì le eventuali responsabilità derivanti in caso di mancato rispetto della vigente normativa;

Art.14 Tariffe.

- **Villa Serena** osserva che nello schema disciplinante l'assistenza ospedaliera non è stata inserita la previsione secondo cui le parti concordano che - in caso di incremento dei valori tariffari - il volume massimo delle prestazioni potrà essere rideterminato, mentre detta previsione è stata



ALLEGATO 2

inserita negli altri accordi riguardanti le prestazioni riabilitative, psicoriabilitative e di specialistica ambulatoriale. Se ne chiede pertanto l'inserimento.

Riscontro: La suddetta richiesta viene accolta, come si evince dal riformulato art.14 riportando quanto inserito negli altri schemi contrattuali.

Art. 15 Cessione dei crediti- **La Società Synergo** ha osservato che il richiamo alla disciplina prevista all'art.117, comma 4 bis del D.L. 34/2020 (c.d. Decreto rilancio) esteso per l'intero periodo di vigenza contrattuale sarebbe inappropriato, in quanto la normativa contenuta nel D.L. 34/2020 avrebbe mantenuto la propria vigenza fino al 31/03/2022, data in cui è stata dichiarata la cessazione dell'emergenza pandemica.

Riscontro: Detta osservazione non viene ritenuta accoglibile, in quanto dalla lettura del DL non si evince che le norme richiamate abbiano carattere eccezionale e temporaneo, a differenza di altre disposizioni contenute nel medesimo testo legislativo, espressamente dichiarate tali. Pertanto, secondo i canoni ordinari che disciplinano l'interpretazione dei testi normativi nel nostro ordinamento, la suddetta previsione è da intendersi tuttora pienamente efficace.

Il Responsabile dell'Ufficio

Dott.ssa Emanuela Cortese

Il Dirigente del Servizio

Dott.ssa Rosaria Di Giuseppe