



COMMISSARIO AD ACTA
per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 07.12.2018
DECRETO

N. 11

IN DATA 05.02.2020

OGGETTO: Approvazione dello Schema di contratto per l'acquisto dalle strutture private operanti in regime di accreditamento di prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale per l'anno 2019.

Il Responsabile dell'istruttoria

Il Direttore del Servizio

Il Direttore Generale per la Salute

Il Sub Commissario Ad Acta

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]



COMMISSARIO AD ACTA
per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 07.12.2018
DECRETO

N. 11

IN DATA 05-02-2020

OGGETTO: Approvazione dello Schema di contratto per l'acquisto dalle strutture private operanti in regime di accreditamento di prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale per l'anno 2019.

IL COMMISSARIO AD ACTA

PREMESSO che, con delibera adottata in data 7 dicembre 2018 il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'Economia e delle Finanze, di concerto con il Ministro della Salute, ha nominato il dott. Angelo Giustini quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del Servizio Sanitario Regionale Molisano, con l'incarico prioritario di attuare i Programmi Operativi 2015-2018 nonché tutti gli interventi tesi a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei LEA in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, ivi compresa l'adozione e l'attuazione dei Programmi Operativi 2019-2021, laddove richiesti dai predetti Tavoli tecnici, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle azioni ed interventi prioritari riportati nella delibera stessa;

DATO ATTO che con la suddetta delibera il Consiglio dei Ministri ha nominato la dott.ssa Ida Grossi quale Sub Commissario *ad acta*, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione del relativo mandato commissariale;

RICHIAMATO l'Accordo Stato - Regioni del 3 agosto 2016, recante: "Accordo concernente l'intervento straordinario per l'emergenza economico-finanziaria del Servizio Sanitario della Regione Molise e per il riassetto della gestione del Servizio Sanitario Regionale ai sensi dell'articolo 1, comma 604, della legge 23 dicembre 2014, n. 190" (Repertorio Atti n. 155/CSR del 03/08/2016);

VISTO il decreto commissariale n. 52 del 12.09.2016: "Accordo sul Programma Operativo Straordinario 2015-2018 della Regione Molise. (Rep. Atti n. 155/CSR del 03/08/2016). Provvedimenti.";

DATO ATTO del "Programma Operativo Straordinario 2015 – 2018";

VISTA la legge 21 giugno 2017 n. 96 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50, recante disposizioni urgenti in materia finanziaria, iniziative a favore degli enti territoriali, ulteriori interventi per le zone colpite da eventi sismici e misure per lo sviluppo." pubblicata sulla GU Serie Generale n.144 del 23-06-2017 - Suppl. Ordinario n. 31 - ed in particolare l'art. 34-bis, rubricato: "Programma Operativo Straordinario della Regione Molise";

DATO ATTO che il presente decreto è conforme a quanto previsto nella citata delibera del Consiglio dei Ministri del 7 dicembre 2018 ed in particolare alle azioni ed interventi di cui al punto *“vii. Definizione e sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, in coerenza con la normativa vigente in materia e con quanto previsto dai punti i. e v.”*;

ATTESO che tanto rileva a titolo di istruttoria tecnica in fatto ed in diritto del responsabile del procedimento, secondo le disposizioni di cui alla legge regionale n. 10 del 23 Marzo 2010 e ss.mm.ii.;

ATTESO che la delibera del Consiglio dei Ministri del 7 dicembre 2018 prevede l'attuazione dei Programmi operativi 2015-2018 nonché di tutti gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità;

VISTA la legge 27 dicembre 1978, n. 833 e s.m.i., concernente l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, recante *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421.”* e s.m.i.;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 e s.m.i. recante *“Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza”*;

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 (Repertorio n. 243/CSR del 03 dicembre 2009);

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 (Rep. N. 82/CSR del 10 luglio 2014);

VISTO il D.M. 2 aprile 2015, n. 70, concernente *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”*;

VISTO il Decreto Legge 19 giugno 2015, n. 78 coordinato con la legge di conversione 6 agosto 2015, n. 125 recante: *“Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali”*;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.”*;

VISTA l'Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019 - 2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266. (Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019);

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente il Patto per la Salute per gli anni 2019-2021 (Rep. Atti n. 209/CSR del 18 dicembre 2019);

VISTA la Legge Regionale 1 aprile 2005, n. 9, *“Riordino del Servizio Sanitario Regionale”* e s.m.i.;

VISTA la Legge Regionale 24 giugno 2008, n. 18 recante: *“Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private.”* e s.m.i.;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 19 del 27/06/2013 *“Nomenclatore Tariffario Regionale delle Prestazioni di Ricovero ospedaliero.”*;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 35 del 16 ottobre 2014 *“Istituzione e regolamentazione della “Chirurgia Ambulatoriale” (Branca 80).”* e s.m.i.;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 31 del 08 giugno 2015 *"Nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale della Regione Molise."*;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 51 del 07 agosto 2015 *"Prestazioni sanitarie di chemioterapia. Farmaci oncologici ad elevato costo. Provvedimenti."*;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 54 del 22 settembre 2015 *"Nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale della Regione Molise: integrazione della prestazione "Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche anche per via ipodermica, intramuscolare, endovenosa."*;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 36 del 23 giugno 2017 recante *"DCA n. 4 del 31/01/2017 "L.R. 18/2008 e ss.mm.ii "Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio – sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio – sanitarie pubbliche e private". "Manuale di Autorizzazione", "Manuale di accreditamento" e Manuale delle Procedure". Approvazione". Modifiche e integrazioni."* e s.m.i.;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 47 del 28 agosto 2017 *"Programma Operativo Straordinario 2015-2018. Programma 11 "Riequilibrio Ospedale - Territorio" - "Documento di programmazione della rete ospedaliera e delle reti dell'emergenza e delle patologie tempo-dipendenti nella Regione Molise."* e s.m.i.;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 39 del 11 aprile 2018 *"Decreti del Commissario ad acta n. 7 del 2 febbraio 2017 e n. 16 del 28 febbraio 2017 - Approvazione dell'Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise - A.S.Re.M. Provvedimenti."*;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n.46 del 29 aprile 2019 *"Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021. Recepimento. Piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021. Approvazione."*

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n. 30 del 28 marzo 2019 recante *"Convenzione tra la Regione Molise e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali per la realizzazione delle attività di supporto tecnico – operativo al Commissario ad Acta e alla Regione, da ricondursi nell'ambito dell'affiancamento, previste dall'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello stato (legge finanziaria 2007)". Provvedimenti."*

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n.10 del 05.02.2020 *"Definizione dei limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogate dagli operatori privati accreditati, acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2019."*

CONSIDERATO che:

- ai sensi dell'art. 8-bis, comma 1, del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., *"Le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies."*;
- ai sensi dell'art. 8-bis, comma 3, del D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii., *"la realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie, l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale e l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale sono subordinate, rispettivamente, al rilascio delle autorizzazioni di cui all'articolo 8-ter, dell'accREDITamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater, nonché alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies"*;
- ai sensi dell'art. 8-quater, comma 2, del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i., *"La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies."*;
- ai sensi dell'art. 8-quater, comma 8, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., per cui, *"In presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lett. b), le regioni e le unità sanitarie locali, attraverso gli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies, sono tenute a porre a carico del SSN un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale."*;
- ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs 502/92 e s.m.i., le regioni e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture

pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale;

- ai sensi dell'art. 8 – *quinquies*, comma 2-*quinquies* si prevede in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali, la sospensione dell'accreditamento istituzionale di cui all'art. 8-*quater*

- ai sensi dell'art. 8-*sexies*, comma 1, del D.Lgs 502/92 e s.m.i., *“Le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies [...]”*;

- ai sensi dell'art. 8-*sexies*, comma 4, del D.Lgs 502/92 e s.m.i., la remunerazione delle attività assistenziali è determinata in base a tariffe predefinite, limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di *day hospital*, e alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, fatta eccezione per le attività rientranti nelle funzioni assistenziali di cui al medesimo articolo;

VISTO l'art. 79 del Decreto Legge n. 112/2008 convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2008, n. 133, di novellazione degli articoli 8-*quater*, 8-*quinquies* e 8-*sexies* del D.Lgs. 502/92 nel quale si prevede che *“Le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio [...]”*;

ATTESO che, in merito alla onnicomprensività dei tetti di spesa, gli stessi sono da considerarsi al lordo delle quote di compartecipazione alla spesa;

VISTO l'art. 17, comma 1, lett. a), del D.L. n. 98/2011 convertito con modifiche dalla L. n. 111/2011, ai sensi del quale *“[...] le regioni adottano tutte le misure necessarie a garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati, intervenendo anche sul livello di spesa per gli acquisti delle prestazioni sanitarie presso gli operatori privati accreditati [...]”*;

DATO ATTO dell'art. 15, comma 14, del D.L. n. 95/2012 convertito dalla L. n. 135/2012, ai sensi del quale *“[...] a tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014 [...]”*;

CONSIDERATO che all'art. 9, comma 3, della citata Intesa Stato Regioni e Province autonome recante Patto per la Salute 2014-2016, n. 82/CSR del 10 luglio 2014, si prevede espressamente che *“dalla data di stipula del presente Patto, gli accordi bilaterali fra le Regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 19 del precedente Patto per la Salute sottoscritto il 3 dicembre 2009, sono obbligatori”*;

CONSIDERATO che ai sensi di quanto previsto dal combinato disposto degli artt. 8-*quinquies*, comma 2, e 8-*quater*, comma 2, del D.Lgs 502/92 e s.m.i., la Regione acquista prestazioni in rapporto al fabbisogno e alle risorse disponibili e, quindi, anche al di sotto dell'offerta in regime di accreditamento delle strutture erogatrici, così come confermato, tra l'altro, da consolidata giurisprudenza secondo cui *“nella determinazione dei tetti di spesa la regione deve tener conto delle risorse finanziarie disponibili”* e ancora che *“I tetti di spesa per le strutture private accreditate sono infatti il modo con cui la regione stabilisce quanto può spendere per acquisire da operatori privati prestazioni che non è in grado di produrre direttamente in misura adeguata alle esigenze della collettività. In altri termini spetta alla regione pianificare, con ampia discrezionalità la spesa sanitaria pubblica e tale atto programmatico condiziona il diritto alla salute rendendolo compatibile con il suo costo finanziario.”* (ex plurimis Cons. di Stato, sez. III, 19 luglio 2011, n. 4359; sez.V, 11 agosto 2010, n. 5632; TAR Lazio, sez. III *quater*, 21 gennaio 2013, n. 659);

RILEVATO che anche la più recente giurisprudenza amministrativa ha ribadito che *“[...] chi intende operare nell'ambito della Sanità pubblica deve accettare i limiti in cui la stessa sanità pubblica è costretta [...]”* (Cons. Stato, sez. III, Ordin. N. 906/2015; TAR Abruzzo, l'Aquila, n. 585/2015);

ATTESO che il Decreto del Commissario ad acta n. n.10 del 05.02.2020 di fissazione dei limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale per l'anno 2019, ha stabilito che:

- la produzione già erogata per l'anno 2019 dalle Strutture private accreditate concorre al raggiungimento dei limiti massimi di finanziamento fissati con il presente decreto;
- i tetti di spesa fissati rappresentano limiti invalicabili oltre i quali non può essere riconosciuta nessuna prestazione sia per le quelle rese ai pazienti residenti che ai non residenti;
- i livelli determinati sono articolati per soddisfare la domanda dei cittadini residenti e dei cittadini non residenti (mobilità attiva);

CONSIDERATO che il riconoscimento delle prestazioni assistenziali erogabili, che avviene esclusivamente entro i limiti massimi di finanziamento, è condizionato a specifica rendicontazione, secondo quanto dettagliatamente disciplinato nell'accordo contrattuale di budget, nonché alla consequenziale verifica di congruità, completezza ed esaustività della documentazione trasmessa dalle Strutture private accreditate;

ATTESO che le attività assistenziali svolte dagli operatori privati accreditati contribuiscono alla *performance* del complessivo Sistema Sanitario Regionale, le cui valutazioni in termini di efficienza e capacità di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza, sono alla base, tra l'altro, della complessiva attribuzione delle disponibilità finanziarie a livello nazionale;

TENUTO CONTO che le prestazioni sanitarie con onere a carico dell'SSR devono essere rese dalle Strutture private entro l'ambito dell'accreditamento istituzionale riconosciuto e del budget assegnato, nel rispetto degli obiettivi di programmazione ed indirizzo regionale, dei criteri di congruità ed appropriatezza, assicurando il miglioramento degli esiti, della qualità e della sicurezza delle cure, nonché all'efficace governo delle liste di attesa, secondo la normativa regionale e nazionale di riferimento;

TENUTO CONTO di quanto riportato nei verbali relativi alle riunioni congiunte del Tavolo Tecnico per la Verifica degli Adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza della Regione Molise, da ultimo del 21 novembre 2019 nonché, in particolare, di quanto esposto in quello del 19 luglio 2019 laddove si prevede, con riferimento al punto inerente "Risultato di gestione consuntivo anno 2015" che *"[...] le prestazioni extra budget non sono dovute sia per i residenti che per i non residenti."* e del 20 novembre 2018 laddove, con riferimento ai "Costi per prestazioni da privato", *"Tavolo e Comitato richiamano, pertanto, l'attenzione della struttura commissariale al rispetto dei tetti di spesa e al regolare governo dei rapporti con gli operatori privati accreditati, nel rispetto dei budget assegnati, in coerenza con la normativa vigente."*;

TENUTO CONTO, inoltre, che in merito ai rapporti con gli erogatori privati accreditati, i Ministeri affiancanti, nei verbali relativi alle riunioni congiunte del Tavolo Tecnico per la Verifica degli Adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza della Regione Molise, chiedono un maggiore controllo sulle prestazioni rese e, quindi, rispetto alla emissione delle note credito per le prestazioni non riconoscibili, raccomandando, da ultimo, nella riunione del 24 luglio 2019 di *"garantire il rispetto del budget e a non riconoscere prestazioni per pazienti extraregionali"*;

TENUTO CONTO, altresì, delle osservazioni di cui ai verbali relativi alle riunioni congiunte del Tavolo Tecnico per la Verifica degli Adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza della Regione Molise e da ultimo relativamente alla riunione del 24 luglio 2019, nel quale sono state fornite specifiche richieste di modifica degli schemi contrattuali prevedendo, tra l'altro, l'inserimento di apposita clausola secondo la quale *"Si precisa che qualunque ulteriore importo connesso a prestazioni erogate dalla Struttura oltre il budget, sia per residenti che non residenti, non è in alcun modo riconoscibile"*;

PRESO ATTO della più recente giurisprudenza in materia di extrabudget (cfr. Corte di Cassazione ordinanza 24 aprile 2019, n. 11209) secondo la quale *"Le prestazioni rese oltre il tetto di spesa non sarebbero vantaggiose per l'amministrazione intesa come servizio sanitario nazionale, perché il superamento del tetto verrebbe a ledere il bene primario delle risorse pubbliche, impedendo alla pubblica amministrazione di accettare e remunerare tali prestazioni, che ex lege sarebbero pertanto inutiliter date, a prescindere da ogni posteriore valutazione soggettiva della pubblica amministrazione"*;

TENUTO CONTO che il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze, con parere Prot. MOLISE-140-31/07/2014-0000070-A, hanno individuato, in applicazione della normativa, la spesa massima complessiva per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale a decorrere dall'annualità 2014 in 100,650 mln di euro;

CONFERMATO che l'eventuale adozione del provvedimento di sospensione e/o revoca e/o risoluzione dell'autorizzazione/accreditamento/accordo contrattuale è idoneo a determinare l'automatica sospensione e/o revoca del limite massimo di finanziamento riconosciuto, con la conseguenza che, a far data dalla notifica del relativo provvedimento di sospensione e/o revoca, la struttura interessata non potrà più erogare prestazioni con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale;

RITENUTO che ciascuna Struttura privata accreditata è tenuta all'erogazione dell'assistenza modulando le prestazioni in modo omogeneo e in maniera tale da assicurare la continuità dell'attività nel corso dell'intera annualità, fermo restando che le prestazioni erogate oltre il budget fissato nel contratto non sono riconosciute;

RITENUTO che a ciascuna Struttura viene riconosciuta la produzione, esclusivamente entro i limiti massimi di finanziamento assegnati da verificare a consuntivo sulla base dell'attività effettivamente svolta a seguito delle verifiche condotte dai competenti uffici regionali ed aziendali, in applicazione della normativa nazionale e regionale sui controlli nonché in coerenza con le previsioni dell'accordo contrattuale per l'acquisto di prestazioni sanitarie;

RILEVATA la necessità di garantire sul territorio regionale livelli essenziali di assistenza con specifico riferimento alle prestazioni di assistenza sanitaria nei differenti setting assistenziali;

CONSIDERATO l'art. 8-*quinquies*, comma 2, lett. *e-bis*, del D.Lgs. 502/92, ai sensi del quale *"[...] in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato"*;

DATO ATTO che, ai sensi di quanto previsto dalla Convenzione approvata con il citato Decreto del Commissario ad Acta n. 30/2019, l'Agenas, secondo quanto specificatamente previsto all'art. 2, comma 2, lett. e), della medesima Convenzione, ha assicurato il supporto al Commissario ad acta e alla Regione Molise per le attività connesse alla *"gestione dei rapporti con gli erogatori privati accreditati"* e in particolare alla definizione dei limiti massimi di finanziamento e del relativo schema di contratto per l'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale;

RITENUTO che con la sottoscrizione del contratto, la Struttura che eroga prestazioni con oneri a carico del SSR accetta le tariffe *ratione temporis* vigenti;

CONSIDERATO che, ai fini della sottoscrizione dei contratti, le strutture contraenti devono:

- risultare autorizzate e accreditate in conformità alla legislazione nazionale e regionale vigente;
- essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 38 del D.Lgs. 12 aprile 2006, n. 163, e di cui all'art. 53, comma 16-*ter* del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, nonché degli altri requisiti relativi alla capacità generale a contrarre con la Pubblica Amministrazione previsti dalla normativa vigente;
- in caso di contratto di importo superiore a 200.000 euro, essere in possesso dei requisiti di capacità economica, tecnica e organizzativa prescritti dall'art. 25 della L.R. n. 18 del 24 giugno 2008;

RITENUTO, pertanto, opportuno procedere, prima della sottoscrizione dei contratti, all'acquisizione di apposita dichiarazione sostitutiva del legale rappresentante del soggetto accreditato, resa ai sensi degli artt. 45 e 46 del D.P.R. 445/00, relativa ai suddetti requisiti, nonché alla successiva verifica di quanto dichiarato;

CONSIDERATA l'opportunità di determinare specifiche ipotesi di risoluzione del contratto, ivi compresa la perdita dei suddetti requisiti, nonché la revoca dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento;

VISTO l'allegato schema di contratto per l'acquisto, dalle strutture private operanti in regime di accreditamento, di prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale per l'anno 2019, da parte della Regione e/o dell'A.S.Re.M. (Allegato1);

RILEVATA la necessità di prevedere la sostituzione automatica dei riferimenti normativi e dei provvedimenti menzionati nelle premesse dello schema di contratto con eventuali disposizioni sopravvenute regolanti la medesima materia, senza necessità di emissione di un nuovo ed ulteriore provvedimento di approvazione del suddetto schema;

RILEVATA la necessità di garantire sul territorio regionale i livelli essenziali di assistenza con specifico riferimento alle prestazioni di assistenza sanitaria nei differenti *setting* assistenziali;

in virtù dei poteri conferiti con la Deliberazione del Consiglio dei Ministri, di cui in premessa,

DECRETA

per le motivazioni in premessa riportate, che si intendono integralmente richiamate:

- di approvare l'allegato schema di contratto per l'acquisto, dalle strutture private operanti in regime di accreditamento, di prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale per l'anno 2019, da parte della Regione e/o dell'A.S.Re.M. (Allegato1);
- di prevedere la sostituzione automatica dei riferimenti normativi e dei provvedimenti menzionati nelle premesse dello schema di contratto con eventuali disposizioni sopravvenute regolanti la medesima materia, senza necessità di emissione di un nuovo ed ulteriore provvedimento di approvazione del suddetto schema;
- di trasmettere il presente atto, unitamente all'allegato schema di contratto:
 - a ciascuno dei soggetti privati accreditati interessati;
 - al Direttore Generale A.S.Re.M.;
 - al Ministero della Salute ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze per la preventiva valutazione;
- di prendere atto che il presente decreto è conforme a quanto previsto nella citata delibera del Consiglio dei Ministri del 7 dicembre 2018 ed in particolare alle azioni ed interventi di cui al punto *"vii. Definizione e sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, in coerenza con la normativa vigente in materia e con quanto previsto dai punti i. e v."*;

Il presente decreto, composto da n. 3 pagine, sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise e notificato ai competenti Dicasteri.

IL COMMISSARIO ad ACTA
dott. Angelo Giustini





CONTRATTO PER L'ACQUISTO DALLE STRUTTURE PRIVATE OPERANTI IN REGIME DI ACCREDITAMENTO DI PRESTAZIONI SANITARIE

TRA

la [Regione Molise / Azienda Sanitaria Regionale del Molise – A.S.Re.M.], codice fiscale [...], partita IVA [...], con sede legale in Campobasso, c.a.p. 86100, ai fini del presente atto domiciliata alla via [...], nella persona del Dott. [...], nato a [...], il [...], in qualità di Commissario *ad acta*/Direttore Generale A.S.Re.M. (indicare anche nel prosieguo come “Committente”)

E

la struttura privata accreditata [...] (codice struttura [...]), per l'erogazione di prestazioni sanitarie con oneri a carico del Servizio sanitario regionale (di seguito anche “SSR”), codice fiscale [...], partita IVA [...], con sede legale in [...], c.a.p. [...], alla via [...], n. [...], in persona del [...], nato a [...], il [...], in qualità di [...] (indicata anche nel prosieguo come “Erogatore”).

PREMESSO CHE:

Il **Committente** (Regione Molise o A.S.Re.M.) e l'**Erogatore** sono di seguito anche indicati collettivamente come “**parti**” e rispettivamente come “**parte pubblica**” e “**parte privata**”. Il D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., agli artt. 8-bis, 8-quater e 8-quinquies, disciplina la partecipazione al Servizio Sanitario Nazionale (di seguito anche “SSN”) dei soggetti erogatori privati nei seguenti termini:

- le Regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza avvalendosi dei soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies;
- l'accREDITAMENTO istituzionale non costituisce vincolo per gli enti del SSN – Regione e A.S.Re.M. – a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies.

I contratti con le strutture private accreditate vengono definiti nel rispetto dell'art. 25 della legge regionale 24 giugno 2008 n. 18 e s.m.i., intendendosi sostituita la Giunta regionale dal Commissario *ad acta*, essendo la Regione Molise in Piano di rientro, approvato con deliberazione della Giunta Regionale (di seguito anche “DGR”) n. 362 del 30 marzo 2007, recante “*Accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e Presidente della Regione Molise per l'approvazione del Piano di Rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 31*”, che prosegue con Programmi operativi triennali, fino al raggiungimento degli obiettivi di risanamento economico e di riqualificazione funzionale del SSR, ai sensi del Patto per la Salute del 3 dicembre 2009, art. 13, comma 14, e della Legge 23 dicembre 2009, n. 191, art. 2, comma 88.

Con il suddetto Piano di rientro e con i successivi Programmi Operativi sono stati definiti, tra l'altro, i criteri per la **razionalizzazione della spesa delle prestazioni da acquistare dalle strutture private accreditate**.

La programmazione regionale ha individuato, pertanto, i livelli assistenziali inerenti all'attività sanitaria a cui devono concorrere gli erogatori privati accreditati, con i quali il Committente

stipula contratti per l'acquisto di prestazioni necessarie a garantire i livelli essenziali di assistenza.

Con riferimento all'anno 2019, il DCA n. __ del __/__/____ ha determinato i limiti massimi di spesa per l'acquisto, dalle strutture private accreditate, di prestazioni di assistenza in regime di ricovero ospedaliero e di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

La Struttura Commissariale ha adottato specifici provvedimenti in materia di accreditamento istituzionale:

- DCA n. 36 del 23.06.2017 recante - DCA n. 4 del 31.01.2017 "L.R. 18/2008 e ss.mm. e ii. *"Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private. "Manuale di Autorizzazione", "Manuale di Accreditamento" e "Manuale delle Procedure". Approvazione". Modifiche ed integrazioni;*
- DCA n. 39 del 10.04.2019 recante *"Decreto del Commissario ad Acta n.36 del 23/06/2019 - Modifiche ed integrazioni - Approvazione nuovo "Manuale delle Procedure". Decreto del Commissario ad Acta n. 62 del 15/12/2017 "Disciplina per l'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi di trasporto e soccorso sanitario. Provvedimenti." Integrazioni."*

Con il DCA n. 11 del 20 febbraio 2017 avente ad oggetto *"Programma Operativo Straordinario 2015-2018. Programma 11 "Riequilibrio Ospedale Territorio". Intervento 11.3 "Riorganizzazione della Rete Territoriale". - Azione 11.3.8 "La Rete dei Laboratori". Provvedimenti"* si è proceduto alla riorganizzazione della rete dei laboratori.

In ordine alla rete ospedaliera regionale è stato adottato il DCA n. 47 del 28 agosto 2017 e s.m.i. recante *"Programma Operativo Straordinario 2015-2018. Programma 11 "Riequilibrio Ospedale Territorio" – Documento di programmazione della rete ospedaliera, e delle reti dell'emergenza e delle patologie - tempodipendenti nella Regione Molise."* con il quale è stato riformulato il complessivo assetto ospedaliero regionale.

I limiti di spesa del SSR, sia riferiti ai pazienti molisani, sia riferiti ai pazienti residenti in altre Regioni italiane e agli stranieri sono invalicabili, in quanto il contratto è strumento di programmazione della complessiva offerta del SSN.

I limiti di spesa previsti per le prestazioni erogate in favore dei pazienti residenti in altre Regioni italiane sono validi fino alla stipulazione degli accordi bilaterali fra le Regioni che il Patto per la salute 2014-2016 (Intesa Stato Regioni e Province autonome 10 luglio 2014, n. 82/CSR, art. 9, comma 3) ha reso obbligatori e che secondo l'articolo 1, comma 576, della Legge di Stabilità 2016 (L. 208/2015) devono essere obbligatoriamente conclusi entro il 31 dicembre 2016.

Le tariffe vigenti per la remunerazione delle prestazioni oggetto del presente contratto sono quelle approvate, rispettivamente, con:

- DCA n. 19 del 27 giugno 2013 (*"Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di ricovero ospedaliero"* e s.m.i.);
- DCA n. 31 del 08 giugno 2015 (*"Nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale della Regione Molise"*);
- DCA n. 51 del 07 agosto 2015 (*"Prestazioni sanitarie di chemioterapia. Farmaci oncologici ad elevato costo. Provvedimenti"*);
- DCA n. 35 del 16 ottobre 2014 e s.m.i (*"Istituzione e regolamentazione della "Chirurgia Ambulatoriale" (Branca 80)"*);
- DCA n. 70 del 9 dicembre 2016 (*"Strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera - Classificazione dei Nuclei erogativi e relative tariffe di riferimento regionale per servizi residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili. Revoca DCA n. 30/2016"Residenza Sanitaria Assistita per disabili (RSD) - Approvazione tariffe -Individuazione della quota di compartecipazione a carico dell'utente/Comune di*

residenza (All. C1 del DPCM 29/11/2001 -"Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza")", DCA n. 31/2016 "Presidi di riabilitazione extraospedaliera (già Centri e Istituti di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78) - Adeguamento rette - Individuazione della quota di compartecipazione a carico dell'utente/ Comune di residenza - All. C1 del DPCM 29/11/2001 -"Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"" e DCA n. 54/2016 "DCA n. 31/2016 "Presidi di riabilitazione extraospedaliera (già Centri e Istituti di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78) - Adeguamento rette - Individuazione della quota di compartecipazione a carico dell'utente / Comune di residenza - all. C1 del DPCM 29/11/2001" -:"Definizione dei livelli Essenziali di Assistenza"". Modifiche ed integrazioni.". Provvedimenti. ").

La Struttura Commissariale ha provveduto all'adozione del DCA n. 46 del 29 aprile 2019 con il quale è stato recepito il Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 ed approvato il Piano regionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2019-2021.

L'accreditamento istituzionale dell'Erogatore è stato concesso con DCA n. [...] del [...]/.../.....],

Per la codifica delle attività, l'Erogatore si conformerà ai modelli di rilevazione previsti dall'NSIS, tra cui i modelli HSP e STS, per il sistema informativo sanitario regionale e nazionale.

[per le strutture di ricovero] L'Erogatore è classificato, per livello di complessità della struttura ai fini tariffari nella Fascia "[...]".

L'Erogatore ha dichiarato il pieno possesso dei requisiti relativi alla capacità generale a stipulare contratti con la Pubblica Amministrazione previsti dalla normativa vigente e i requisiti di cui alla legge regionale n. 18 del 24 giugno 2008 e successive modificazioni ed integrazioni.

La Regione, in caso di mancata sottoscrizione del presente contratto da parte dell'Erogatore, procederà alla sospensione dell'Accreditamento Istituzionale ai sensi dell'art.8 *quinquies*, comma 2 *quinquies* del D.Lgs. n 502/92 e s.m.i..

La Regione/l'A.S.Re.M. si riserva di procedere in ogni momento alle verifiche sul possesso da parte dell'Erogatore dei suddetti requisiti, **anche in considerazione della progressiva attuazione del processo di rimodulazione dell'offerta sanitaria secondo la programmazione regionale in materia.**

Tanto ritenuto e premesso, le Parti, come in epigrafe rappresentate e domiciliate,

CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE

Art. 1 (Valore giuridico delle premesse e degli allegati)

1. Le premesse di cui sopra e gli atti richiamati nelle premesse e nella restante parte del presente atto, ancorché non materialmente allegati, costituiscono parte integrante e sostanziale del presente contratto.

Art. 2 (Oggetto del contratto)

1. Con il presente contratto, le parti disciplinano i rapporti intercorrenti tra il Committente e l'Erogatore, ai sensi dell'art. 8-*quinquies* del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., per l'esecuzione, da parte di quest'ultimo, di una o più delle seguenti tipologie di prestazioni, a fronte del corrispettivo preventivato per le seguenti tipologie e *setting* assistenziali:

- Assistenza ospedaliera in regime di ricovero ordinario (R.O.) o diurno (Day Hospital – DH; Day Surgery – DS) – Riabilitazione Ospedaliera - (DRG);
- Assistenza di medicina specialistica ambulatoriale - (APG);

➤ Day Service / chirurgia ambulatoriale complessa;

Budget di spesa anno 2019 (valori in €)			
Tipologia di Prestazione	Regionali	Extraregionali	Totale
PRESTAZIONI ASS. OSPEDALIERA			
PRESTAZIONI ASS. SPECIALISTICA			
Totale complessivo			

Art. 3 (Durata e decorrenza del contratto)

1. Il Contratto ha validità per l'anno [...], con decorrenza dal 1° gennaio, fatte salve diverse disposizioni di legge.
2. Il presente Contratto non si rinnova tacitamente ma potrà essere prorogato per una sola volta, agli stessi patti e condizioni, fino alla stipula del successivo contratto, che dovrà avvenire entro sei mesi dalla scadenza naturale del presente contratto.
3. In caso di proroga del contratto, il budget fissato è suddiviso in dodicesimi affinché l'erogazione delle prestazioni assistenziali sia distribuita in modo omogeneo e in maniera tale da assicurare la continuità dell'attività, fermo restando che le prestazioni erogate oltre i limiti massimi di finanziamento fissati non saranno riconosciute.
4. La Regione, in caso di mancata sottoscrizione del presente contratto da parte dell'Erogatore, procederà alla sospensione dell'Accreditamento Istituzionale ai sensi dell'art.8 quinquies, comma 2 quinquies del D.Lgs. n 502/92 e s.m.i..

Art. 4 (Tipologia e volumi delle prestazioni)

1. Il Committente, nell'esercizio della sua potestà programmatica, acquista dall'Erogatore le prestazioni descritte all'art. 2, **che con l'applicazione delle tariffe vigenti**, al momento della sottoscrizione del presente contratto, richiamate in premessa, uniche per i pazienti residenti in Molise e per pazienti di diversa residenza, per la fascia di appartenenza dell'Erogatore, **determinano il valore del contratto (budget)**. Per la Medicina Specialistica Ambulatoriale il budget fissato al precedente art. 2, **è comprensivo della compartecipazione del cittadino alla spesa (ticket)**.

Si precisa che qualunque ulteriore importo, connesso a prestazioni erogate dall'Erogatore oltre il budget, sia per residenti che non residenti, non è in alcun modo riconoscibile.

2. La Regione dichiara che l'importo complessivo è stato individuato prendendo in considerazione l'apporto richiesto alle strutture ai fini del soddisfacimento del fabbisogno assistenziale, le risorse economiche-finanziarie a disposizione, i vincoli di bilancio e le prestazioni specificatamente richieste alla struttura contraente in coerenza con il titolo di accreditamento rilasciato.
3. Per la Medicina Specialistica Ambulatoriale, la quota ricetta nazionale ex art. 17, comma 6, del decreto legge n. 98 del 6 luglio 2011 e la quota ricetta regionale di cui alla Delibera di Giunta Regionale n. 282 del 20/3/2009 corrisposte dal cittadino direttamente al Centro Erogatore, costituiscono anticipazione per le prestazioni di medicina specialistica ambulatoriale erogate.
4. L'erogatore è tenuto ad erogare le prestazioni previste nei limiti del budget attribuito, sia per i pazienti residenti che non residenti. Restano fermi i controlli di appropriatezza con riferimento alla verifica della rimborsabilità delle prestazioni effettuate a carico del SSR.
5. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2°, lett. e-bis), del D.Lgs. 502/92, in caso di incremento dei volumi delle prestazioni a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni remunerate si intenderà rideterminato nella misura necessaria al mantenimento del budget di cui al comma

1, fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato.

6. La produzione già erogata per l'anno [...] dall'Erogatore partecipa alla concorrenza del budget di cui all'art. 2, del presente contratto.

Art. 5 (Modalità di esecuzione delle prestazioni)

1. Le prestazioni oggetto del presente contratto saranno erogate nel rispetto della normativa vigente a livello nazionale e regionale, e in ogni caso, nel rispetto dei requisiti di accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale. Eventuali periodi di interruzione o riduzione dell'erogazione delle prestazioni dovranno essere preventivamente concordati con il Committente.

2. L'Erogatore è tenuto all'erogazione dell'assistenza modulando le prestazioni in modo omogeneo e in maniera tale da assicurare la continuità dell'attività nel corso dell'intera annualità, fermo restando che le prestazioni erogate oltre i limiti massimi di finanziamento fissati non saranno riconosciuti.

3. L'Erogatore garantisce il possesso continuativo, per tutta la durata contrattuale, delle necessarie capacità tecniche, finanziarie ed organizzative per l'esecuzione delle prestazioni e si impegna ad eseguire le prestazioni richieste nel pieno rispetto dei seguenti **standard qualitativi e quantitativi**:

- a - [per le strutture di ricovero] rispetto della capacità lavorativa massima (C.L.M.) per area/disciplina e quindi in base ai P.L. accreditati entro il 100% del T.O. - Tasso di Occupazione o di Utilizzo del Posti Letto per *setting* assistenziale (R.O. e D.H./D.S.);
 - b - [per le strutture di ricovero] rispetto della occupazione giornaliera media (OGM) dei posti letto accreditati per area/disciplina nel rispetto del valore relativo alla capacità lavorativa massima;
 - c - [per le strutture di ricovero] regime assistenziale per i 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza come previsto dall'Accordo Stato Regioni n. 243/CSR del 3 dicembre 2009 con rispetto delle soglie di ammissibilità come da D.C.A. 19/2013 ovvero soglia di erogazione massima in R.O. del 20% rispetto al totale erogato;
 - d - mantenimento dei requisiti di accreditamento relativi alle dotazioni di personale, per numero, profilo e qualificazione professionale;
 - e - rispetto della normativa vigente in materia di incompatibilità e dotazioni strumentali, delle procedure operative, con particolare riferimento a quelle inerenti alla vigilanza e al controllo da parte del Committente sulle attività dei professionisti sanitari della struttura, nonché delle condizioni organizzative che hanno consentito l'accreditamento dell'Erogatore, che la Regione potrà verificare anche mediante accessi ispettivi diretti o delegati alle competenti strutture dell'A.S.Re.M..
4. Nel corso dell'esecuzione delle prestazioni oggetto del presente contratto, l'Erogatore è tenuto a porre in essere i seguenti adempimenti:
- a - [per le strutture di ricovero] immettere nel sistema informatico del SSR e del SSN la Scheda di assistenza ospedaliera (SAO) al momento del ricovero di ciascun paziente e la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) nella data di dimissione e, relativamente alle prestazioni di day service, alla immissione della scheda di chirurgia ambulatoriale complessa (SCAC) nel sistema regionale sanitario;
 - b - usare i codici di diagnosi, degli interventi/procedure relativi alle prescrizioni praticate secondo la ICD-9-CM 2007, e del decreto ministeriale 18 dicembre 2008;
 - c - Inserire nel sistema Tessera sanitaria delle prestazioni di medicina specialistica ambulatoriale le prestazioni stesse (APG);
 - d - [per le strutture di ricovero] partecipare e assicurare il corretto utilizzo degli strumenti informativi a disposizione, atti a organizzare gli accessi nella struttura ospedaliera, dalla prenotazione del ricovero mediante l'utilizzo di liste d'attesa, al successivo percorso, dall'accettazione alla dimissione (ADT);
 - e - [per le prestazioni ambulatoriali], collegare tempestivamente il proprio centro prenotazioni al Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale gestito dall'A.S.Re.M., dalla data della

sua attivazione, al fine di garantire la trasparenza, l'immediata disponibilità e l'accessibilità dei cittadini alle prestazioni e per semplificare la gestione delle liste di attesa; l'Erogatore s'impegna a conferire al Committente l'accesso alle agende di prenotazione delle prestazioni;

- f - assicurare che le prestazioni assistenziali erogate siano coerenti con le previsioni di cui Piano Nazionale Liste d'Attesa 2019-2021 oggetto dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 21 febbraio 2019 nonché al Piano regionale di governo delle liste di attesa adottato con Decreto del Commissario ad Acta della Regione Molise n. 46/2019, fornendo, tra l'altro, i dati necessari per il monitoraggio *ex ante*;
 - g - assicurare l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) istituito con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 29 settembre 2015, n. 178 con referti di laboratorio analisi e relativi alla totalità delle prestazioni erogate secondo lo standard CDA2;
 - h - trasmissione da parte delle strutture sanitarie, del totale dei referti di laboratorio al sistema FSE regionale, anche attraverso i servizi di sussidiarietà dell'INI;
 - i - l'Erogatore, per reciprocità, dovrà consentire ai cittadini di effettuare prenotazioni, presso altre strutture pubbliche o private del SSR collegate in rete, di prestazioni a carico del SSR non erogabili dalla sua struttura per qualsiasi causa, incluso il vincolo del tetto complessivo di spesa.
 - j - l'Erogatore si impegna ad assicurare che le prestazioni con onere a carico del SSN, siano rese secondo criteri di congruità ed appropriatezza delle cure, assicurando il miglioramento delle *performance* assistenziali di cui alle previsioni del D.M. 70/2015 ed agli indicatori del Programma Nazionale Esiti – PNE, nell'ambito del budget assegnato e della configurazione dell'accreditamento.
5. Le Parti si obbligano a cooperare in buona fede ai fini del miglior esito delle prestazioni contrattuali, comunicandosi reciprocamente, anticipatamente e tempestivamente ogni evento di natura soggettiva e/o oggettiva che possa ritardare, compromettere o ostacolare del tutto le prestazioni di cui al presente contratto.
6. L'Erogatore assume la responsabilità per danni diretti e/o indiretti subiti dal Committente e/o terzi che trovino causa o occasione nelle prestazioni oggetto del presente contratto, e nella mancata o ritardata esecuzione a regola d'arte delle stesse.
7. Nel corso dell'esecuzione delle prestazioni oggetto del presente contratto, l'Erogatore dovrà manlevare e tenere indenne il Committente dalle eventuali pretese, sia giudiziarie che stragiudiziali, che soggetti terzi dovessero avanzare verso il Committente medesimo per cause riconducibili alle attività dell'Erogatore.

Art. 6 (Modalità di pagamento dei corrispettivi)

1. Ai fini della remunerazione, l'Erogatore emetterà apposite fatture con cadenza mensile con indicazione dettagliata della produzione ovvero mediante allegati riepilogativi.
2. Dovranno essere emesse fatture distinte per le prestazioni rese in favore di pazienti residenti nella regione Molise e per le prestazioni rese in favore di pazienti provenienti da altre Regioni italiane (in quest'ultima rientrano anche le prestazioni rese in favore di cittadini stranieri), nonché, **distinte fatture in relazione alle tipologie e setting assistenziali previsti, esclusivamente nei limiti del budget assegnato**, in virtù del fatto che non possono essere riconosciute prestazioni extra budget.
3. Le fatture delle prestazioni di Medicina Specialistica Ambulatoriale dovranno recare l'indicazione dell'importo delle prestazioni al lordo della compartecipazione alla spesa da parte del cittadino assistito, nonché dell'importo della predetta compartecipazione trattenuto dall'Erogatore quale acconto sul pagamento.
4. Gli importi fatturati dovranno essere riferiti senza eccezioni, a pena del loro disconoscimento da parte della Regione/A.S.Re.M., alle sole discipline accreditate secondo le modalità previste dal presente contratto.

5. *[per le strutture di ricovero]* La fattura relativa alle prestazioni di ricovero dovrà essere emessa dall'Erogatore non prima della data di chiusura dell'archivio SDO mensile.
6. Ciascuna fattura dovrà essere trasmessa in formato elettronico, nel rispetto di quanto previsto dal Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 55/13 e relativi allegati e secondo le indicazioni specifiche che saranno fornite dal Committente.
7. Per i ricoveri ospedalieri, l'importo mensile della fattura dovrà corrispondere al valore della produzione come da elaborazione del DRG-Grouper.
8. Il pagamento delle prestazioni erogate nel limite invalicabile del budget annuale avverrà entro i termini previsti dal D.Lgs. n. 231/02, come modificato dal D.Lgs. n. 192/12, comunque senza il riconoscimento di eventuali interessi di mora, ed è così regolato:
 - a - erogazione di acconti bimestrali pari al 95% (novantacinque per cento) del minor importo tra i dodicesimi cumulati del budget e la produzione fatturata/prodotta di periodo, entro i 60 giorni successivi alla data di presentazione della relativa fattura;
 - b - erogazione del saldo delle prestazioni, sempre entro il limite invalicabile del budget annuale, entro 60 giorni dal termine delle procedure di verifica da eseguirsi presumibilmente entro il primo semestre dell'anno successivo;
 - c - la fattura delle prestazioni di ricovero deve essere emessa dall'Erogatore non prima della data di chiusura dell'archivio SDO (per esempio: gennaio, chiusura 15 marzo e, quindi a seguire per i mesi successivi).
9. Il pagamento degli acconti e del saldo, in coerenza con la disciplina in materia di controllo sulle prestazioni rese, sarà in ogni caso subordinato:
 - a - alla presentazione di un prospetto sintetico e riepilogativo delle prestazioni erogate per tipologia di prestazione e disciplina, con i relativi valori numerici ed economici, suddivise tra prestazioni erogate in favore di pazienti residenti nella Regione Molise, pazienti residenti fuori dalla Regione Molise, in Italia e all'Estero. Tale prospetto dovrà essere accompagnato da una nota riepilogativa in duplice copia, di cui una deve essere trattenuta dall'Erogatore come attestato di avvenuta consegna al Committente;
 - b - alla verifica di regolarità contributiva tramite acquisizione d'ufficio del D.U.R.C. dell'Erogatore (art. 31 del d.l. 69/2013, conv. in l. n. 98/2013).
 - c - alla emissione di note di credito per eventuale errata fatturazione eccedente il budget contrattualizzato.
10. In caso di esito negativo dei controlli, il Committente potrà pretendere la restituzione, in tutto o in parte, di quanto già anticipato all'Erogatore.
11. La mancata emissione delle note di credito da parte della struttura in caso di fatturazione eccedente il budget costituisce grave inadempimento e causa di risoluzione del presente contratto, previa formale diffida.

Art. 7 (Obblighi informativi dell'Erogatore)

1. L'Erogatore è tenuto ad assolvere i seguenti obblighi informativi:
 - a - comunicare al Committente, entro 5 giorni, eventuali sospensioni nell'esecuzione delle prestazioni di cui al presente contratto determinate da cause di forza maggiore, specificando le prestazioni rispetto alle quali l'esecuzione non sia possibile e descrivendo nel dettaglio l'evento di forza maggiore;
 - b - consentire al Committente in qualsiasi momento e/o in sede di controlli e sopralluoghi, di acquisire, anche attraverso strumenti informatici, elementi utili alla verifica della corretta osservanza da parte dell'erogatore della normativa vigente;
 - c - trasmettere tempestivamente al Committente l'attestazione dell'avvenuto invio, entro i termini previsti dalla normativa vigente, al Ministero dell'Economia e Finanze attraverso il sistema "Tessera Sanitaria", dei dati di cui all'art. 50 del D.L. 30.09.2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla Legge n. 326/2003;
 - d - *[per le strutture di ricovero]* predisporre idonee forme di registrazione delle richieste di ricovero con indicazione della data di prenotazione, del numero di ricetta, del soggetto che ha effettuato la prescrizione, delle generalità dell'assistito, del relativo codice fiscale, della zona di residenza, del tipo di prestazione richiesta e della data prevista per la relativa

esecuzione;

- e - *[per le strutture di ricovero]* mettere tali registrazioni a disposizione del Committente e di chiunque ne abbia interesse, salvo quanto previsto dal successivo art. 13;
 - f - *[per le strutture di ricovero]* trasmettere, con le modalità telematiche che saranno indicate dal Committente, a quest'ultimo e a "Molise Dati S.p.a." (gestore del DRG Grouper e del CUP per le prestazioni APG), le informazioni di cui alle suddette registrazioni.
2. L'Erogatore dovrà in ogni caso garantire l'adempimento di tutti gli obblighi informativi previsti nel DCA n. 3 del 1 febbraio 2010 e s.m.i. (con riferimento alle prestazioni di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica ambulatoriale) e nel DCA n. 35 del 16 ottobre 2014 e s.m.i. (con riferimento alle prestazioni di chirurgia ambulatoriale), nonché l'assolvimento del debito informativo di cui all'art. 8-*octies* del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., e ai relativi provvedimenti di attuazione del medesimo.
 3. L'Erogatore si impegna ad applicare quanto disposto dal Decreto Ministeriale n. 70/2015.

Art. 8 (*Procedure di controllo sulle prestazioni rese*)

1. Il Committente svolgerà appositi controlli di natura tecnico-sanitaria e in merito all'appropriatezza clinico-diagnostica e procedurale-gestionale delle prestazioni sanitarie rese dall'Erogatore.
2. I suddetti controlli saranno svolti anche sulla base degli indicatori utilizzati dal Ministero della Salute – SIVEAS per la valutazione della *performance* del sistema sanitario italiano, nonché:
 - a - con riferimento alle prestazioni di **assistenza in regime di ricovero ospedaliero** e di **assistenza specialistica ambulatoriale**, sulla base delle procedure delineate dal DCA n. 3 del 1° febbraio 2010 e s.m.i.. I riferimenti normativi indicati nel suddetto decreto, si intendono aggiornati con quelli vigenti alla data di sottoscrizione del presente contratto;
 - b - con riferimento alle prestazioni di **chirurgia ambulatoriale**, sulla base delle indicazioni contenute nei DD.CC.AA. nn. 35/14, n. 18/15 e s.m.i.
3. Sarà facoltà del Committente procedere in qualunque momento alla verifica dell'appropriatezza delle prestazioni, mediante gli organi competenti.

A tal fine, l'Erogatore acconsente sin d'ora alle verifiche che si rendessero necessarie, anche senza preavviso, e sarà tenuto a prestare la propria collaborazione nel corso delle medesime.
4. Qualora, a seguito dei suddetti controlli, emergano difformità nell'erogazione delle prestazioni rispetto a quanto previsto nel presente contratto e dalla normativa vigente, il Committente potrà trasmettere apposita contestazione all'Erogatore, il quale sarà tenuto a porre fine all'inadempimento entro 15 giorni, pena la risoluzione del contratto.
5. Il pagamento del saldo avverrà dopo l'effettuazione delle procedure di controllo sulle prestazioni rese e all'esito positivo delle stesse, nei limiti stabiliti dalle norme regolamentari vigenti ed applicabili in materia, eseguite di norma entro sei mesi dalla chiusura dell'esercizio contabile della Struttura.
6. Eventuali indebiti potranno essere ripetuti al Committente anche tramite trattenute/compensazioni, dettagliate in fatture successive.
7. Il Committente potrà in ogni caso chiedere, a fini statistico-epidemiologici, informazioni sulle maggiori prestazioni eventualmente eseguite dall'Erogatore oltre i limiti fissati dal presente contratto.
8. I riferimenti ai provvedimenti di cui al comma 2 saranno oggetto di adeguamento in caso di nuova regolamentazione sopravvenuta.

Art. 9 (*Divieto di cessione del contratto*)

1. È fatto divieto all'Erogatore di cedere in tutto o in parte il presente contratto.
2. È fatto, altresì, divieto all'Erogatore di ricorrere al subaffidamento delle prestazioni da erogare, salva specifica preventiva autorizzazione del Committente.

Art. 10 (*Cessione dei crediti*)

1. Ai fini dell'opponibilità al Committente, le cessioni di credito devono essere stipulate mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata e devono essere notificate a quest'ultimo.

2. Le cessioni di credito sono efficaci e opponibili al Committente qualora questo non le rifiuti con comunicazione da notificarsi al cedente e al cessionario entro 30 (trenta) giorni dalla notifica della cessione.
3. In ogni caso, il Committente cui è stata notificata la cessione può opporre al cessionario tutte le eccezioni opponibili al cedente in base al presente contratto.

Art. 11 (*Sospensione e risoluzione del contratto*)

1. Il presente Contratto si risolverà immediatamente di diritto, nelle forme e secondo le modalità previste dall'art. 1456 c.c., nei seguenti casi:
 - a - revoca dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento;
 - b - mancata tempestiva comunicazione, da parte dell'Erogatore al Committente, di eventi che possano comportare in astratto o comportino in concreto la perdita della capacità generale a contrattare con la Pubblica Amministrazione, ai sensi delle norme che disciplinano tale capacità generale, nonché dei requisiti di accreditamento necessari per lo svolgimento delle prestazioni di cui al presente contratto;
 - c - violazione del requisito di correttezza e regolarità contributiva, fiscale e retributiva da parte dell'Erogatore;
 - d - violazione delle norme in tema di sicurezza del lavoro e trattamento retributivo dei lavoratori dipendenti;
 - e - violazione dell'obbligo di segretezza su tutti i dati, le informazioni e le notizie comunque acquisite dall'Erogatore nel corso o in occasione dell'esecuzione delle prestazioni di cui al presente contratto;
 - f - cessione parziale o totale del contratto da parte dell'Erogatore;
 - g - mancata cessazione dell'inadempimento e/o mancato ripristino della regolarità delle prestazioni entro il termine di 15 giorni dalla contestazione intimata dal Committente;
 - h - gravi inadempimenti di natura assistenziale;
 - i - gravi violazioni del debito informativo, nell'ambito dell'attività di monitoraggio di cui all'art. 8-*octies*, co. 2°, lett. e), del D.Lgs. 502/1992;
 - j - violazione del divieto di subaffidamento delle prestazioni da erogare.
2. Il Contratto si intenderà risolto qualora intervenga condanna definitiva per reati contro la pubblica amministrazione a carico del legale rappresentante per fatti ad esso direttamente imputabili qualora venga riscontrata, altresì, la responsabilità amministrativa dell'impresa ai sensi del D.lgs n. 231/01.
3. Il presente Contratto si intenderà risolto in caso di mancata emissione delle note di credito da parte della struttura relativamente alla fatturazione eccedente il budget previa formale diffida ai sensi del precedente art. 6.
4. In caso di inadempimento grave concernente gli elementi essenziali del contratto, purché contestati formalmente, il contratto può essere sospeso da un minimo di tre mesi ad un massimo di 12 mesi dalla parte che ha contestato;
5. In caso di inadempimento parziale di clausole o condizioni non di scarsa importanza dedotte nel presente contratto, la parte che contesta può sospendere, sempre in presenza di preliminare contestazione formale, l'efficacia anche parziale del presente contratto per un periodo minimo di 30 giorni e massimo di 90 giorni;
6. In tutte le ipotesi di sospensione di cui al presente articolo, le prestazioni eventualmente rese dalla struttura non produrranno, in ogni caso, effetti obbligatori nei confronti del Committente.
7. I periodi di sospensione determineranno il mancato riconoscimento di una quota del budget annuo corrispondente in dodicesimi alla durata della sospensione stessa.
8. Al verificarsi di una delle cause di risoluzione sopraelencate, il Committente comunicherà all'Erogatore la propria volontà di avvalersi della risoluzione, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 c.c..
9. Resta salvo il diritto al risarcimento dei danni eventualmente subiti dal Committente.

10. Nel caso di risoluzione, l'Erogatore ha diritto soltanto al pagamento delle prestazioni regolarmente eseguite, decurtato degli oneri aggiuntivi derivanti dallo scioglimento del Contratto.

Art. 12 (*Clausola di salvaguardia*)

1. Con la sottoscrizione del presente contratto 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, modificativo o integrativo, anche qualora intervenuto successivamente alla sottoscrizione del presente in quanto atti che determinano il contenuto del contratto.
2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati *sub* 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.
3. In caso di emanazione di norme legislative e regolamentari incidenti sul contenuto del contratto stipulato, lo stesso deve ritenersi automaticamente modificato ed integrato.

Art. 13 (*Trattamento dei dati personali e riservatezza delle informazioni*)

1. Le parti contraenti si impegnano al rispetto di tutto quanto previsto dalla disciplina in materia di trattamento dei dati personali secondo il Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal D.lgs 10 agosto 2018, n. 101.
2. Così come previsto dalla legge, gli obblighi di condotta di cui al Codice Aziendale A.S.Re.M. sono estesi anche all'Erogatore il quale potrà acquisirlo sul sito ufficiale della A.S.Re.M. alla sezione "Amministrazione Trasparente".

Art. 14 (*Spese*)

1. Sono a totale ed esclusivo carico dell'Erogatore le spese per la stipulazione del presente contratto ed ogni relativo onere fiscale correlato, fatto salvo quanto previsto dal seguente comma.
2. Il presente contratto è soggetto a registrazione in caso d'uso ai sensi del T.U. dell'imposta di registro approvato con D.P.R. n. 131/1986.

Art. 15 (*Foro competente*)

1. Per qualunque controversia inerente alla validità, interpretazione, esecuzione e risoluzione del presente contratto, sarà esclusivamente competente il Foro di Campobasso, con esclusione di qualunque altro Foro eventualmente concorrente.

Art. 16 (*Normativa di riferimento*)

1. Le parti si danno reciprocamente atto, che il presente contratto viene concluso in attuazione della normativa Nazionale e Regionale vigente.
2. L'Erogatore riconosce e prende atto che l'esecuzione della prestazione è subordinata all'integrale ed assoluto rispetto della normativa vigente nelle materie oggetto del presente contratto.
3. L'Erogatore assume espressamente l'obbligo di comunicare immediatamente al Committente - pena la risoluzione di diritto del presente contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c. - ogni variazione rispetto a quanto previsto al comma precedente.
4. L'Erogatore prende atto che il Committente si riserva la facoltà, durante l'esecuzione del presente contratto, di verificare, in ogni momento, la permanenza di tutti i requisiti di legge in capo al medesimo, al fine di accertare l'insussistenza degli elementi ostativi alla prosecuzione del presente rapporto contrattuale ed ogni altra circostanza necessaria per la legittima acquisizione delle prestazioni.

5. L'Erogatore dichiara e garantisce l'osservanza per l'intera durata del contratto di tutte le prescrizioni normative e contrattuali in materia di retribuzione, contributi assicurativi e previdenziali, assicurazioni, infortuni, nonché in tema di adempimenti, prestazioni ed obbligazioni inerenti al rapporto di lavoro del proprio personale, secondo la normativa e i contratti di categoria in vigore, sia nazionali che di zona, stipulati tra le parti sociali comparativamente più rappresentative, e successive modifiche e integrazioni.
6. L'Erogatore dichiara e garantisce che, nell'ambito della propria organizzazione e nella gestione a proprio rischio delle prestazioni oggetto del presente contratto, si atterrà a tutte le prescrizioni vigenti in materia di sicurezza del lavoro, con particolare riferimento agli obblighi posti a suo carico ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 81/08 e s.m.i..

Art. 17 (Disposizioni finali)

1. Il presente Contratto e i suoi allegati costituiscono l'integrale manifestazione di volontà negoziale delle Parti.
2. Sarà considerata come non apposta qualunque clausola di riserva inserita dall'Erogatore al momento della sottoscrizione del presente contratto o comunicata in data successiva alla sottoscrizione medesima.
3. Eventuali omissioni o ritardi delle Parti nel pretendere l'adempimento di una prestazione cui abbiano diritto non costituiranno rinuncia al diritto a conseguire la prestazione stessa.
4. L'efficacia del presente contratto rimarrà sospesa in caso di sospensione dell'accreditamento dell'Erogatore e per tutta la durata della sospensione nel corso dell'esercizio finanziario [...]. Ove la sospensione si protragga oltre l'esercizio [...] il Committente non è obbligato a stipulare un nuovo contratto.
5. Per tutto quanto qui non espressamente previsto, si rimanda alle previsioni del codice civile e alla normativa comunque applicabile in materia.

Letto, confermato e sottoscritto
Campobasso, [...]/.../.....]

Per la Regione/PA.S.Re.M.

Il Commissario ad Acta /Il Direttore Generale

Per l'Erogatore

Il Legale Rappresentante

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile l'Erogatore dichiara di avere preso visione e di accettare espressamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli del contratto: Art. 1 (Valore giuridico delle premesse e degli allegati), Art. 2 (Oggetto del Contratto), Art. 3 (Durata e decorrenza del contratto), Art. 4 (Tipologia e volumi delle prestazioni), Art. 5 (Modalità di esecuzione delle prestazioni), Art. 6 (Modalità di pagamento dei corrispettivi), Art. 7 (Obblighi informativi dell'Erogatore), Art. 8 (Procedure di controllo sulle prestazioni rese), Art. 9 (Divieto di cessione del contratto), Art. 10 (Cessione dei crediti), Art. 11 (Sospensione e risoluzione del contratto), Art. 12 (Clausola di salvaguardia), Art. 13 (Trattamento dei dati personali e riservatezza delle informazioni), Art. 14 (Spese), Art. 15 (Foro competente), Art. 16 (Normativa di riferimento), Art. 17 (Disposizioni finali).

Per l'Erogatore

Il Legale Rappresentante
