

**ACCORDO CONTRATTUALE PER LO SVOLGIMENTO DI PRESTAZIONI  
ASSISTENZIALI IN REGIME DI RICOVERO / SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

(D.L gs. 502/92 come modificato dal D.Lgs. 229/99 e s.m.e.i.)

L'anno duemilaundici il giorno dieci del mese di ottobre

TRA

La Regione Molise, C.F e P.I. 000169440708, con sede e domicilio fiscale in via Toscana, 45 - 86100 Campobasso, nella persona dell'On.le Dott. A. Michele Iorio, nella sua qualità di Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise, (di seguito denominata "Regione");

E

La Fondazione di Ricerca e Cura Giovanni Paolo II, sede di Campobasso, Largo Gemelli 1, C.F. 02062190704 e P.I. 01660990704, in persona del Presidente *pro tempore* legale rappresentante, Dott. Antonio Cicchetti (di seguito denominata "Struttura");

SI CONVIENE E SI CONCORDA QUANTO SEGUE:

Art. 1

*(Oggetto)*

1. La Struttura si impegna ad erogare le prestazioni sanitarie di assistenza in regime di ricovero/ specialistica ambulatoriale nelle discipline accreditate, come specificate al successivo art. 7, nei limiti del budget stabilito.
2. Le prestazioni sanitarie oggetto di contrattazione verranno erogate secondo le modalità e con le caratteristiche previste dai provvedimenti nazionali e/o regionali vigenti ed applicabili in materia e, in ogni caso, nel rispetto dei requisiti di qualità ed appropriatezza, nonché buona e diligente pratica professionale.
3. La Regione Molise garantisce, per tutti gli accordi, l'applicazione costante dei principi di appropriatezza clinica ed organizzativa e che la gestione del servizio sanitario venga posta in essere dall'Azienda Sanitaria Regionale per il Molise in un'ottica di rispetto della programmazione regionale.
4. La Regione Molise garantisce l'applicazione dei principi di appropriatezza clinica ed organizzativa e passaggio dei 108 DRG inappropriati al regime assistenziale più idoneo.

Art. 2

*(Condizioni di erogabilità delle prestazioni)*

1. Le prestazioni sanitarie di cui all'art. 1 del presente accordo si intendono rese esclusivamente nell'ambito dei trattamenti accreditati della struttura, ove, pertanto, l'accreditamento è condizione indispensabile per l'erogazione delle prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

2. Ferma restando la facoltà di libera scelta del luogo e della Struttura da parte dei cittadini, l'erogazione della prestazione sanitaria è subordinata all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio Sanitario Nazionale, da parte del proprio medico di medicina generale, dello specialista ospedaliero, dello specialista ambulatoriale della AS.Re.M o attraverso lettera di trasferimento.

3. La gestione dell'intera attività, sia amministrativa che sanitaria, è completamente demandata alla Struttura, che curerà l'accesso dei propri utenti nei confronti dei quali dovrà esigere la apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sulla base di quanto detto precedentemente.

4. La Struttura provvederà, altresì, alla conservazione delle cartelle cliniche ed alla registrazione nelle stesse dei risultati degli accertamenti eseguiti.

5. Saranno inviati ai competenti Uffici della Regione/ AS.Re.M, i seguenti documenti, anche in formato elettronico:

- per i ricoveri: i tabulati riepilogativi delle prestazioni effettuate, copia delle schede di accettazione e delle SDO, nonché le fatture, distinte per pazienti regionali o extra-regionali, relative alle prestazioni rese ai pazienti trattati;

- per le prestazioni di specialistica ambulatoriale: la distinta riepilogativa, le ricette originali, le autocertificazioni, le fatture distinte per pazienti regionali o extra-regionali, nonché l'attestazione fornita dal Sistema Tessera Sanitaria inerente il corretto invio dei dati relativi al periodo di riferimento della rendicontazione.

### Art. 3

#### *(Personale della Struttura e requisiti di compatibilità)*

1. Le prestazioni di cui all'art. 1 saranno erogate da personale operante presso la Struttura, munito dei titoli professionali previsti dalla legge e che non versi in nessuna delle situazioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente.

2. La Struttura garantisce che il personale impiegato è in possesso dei suddetti requisiti e si dichiara a conoscenza della circostanza che l'esistenza di eventuali situazioni di incompatibilità determina, ai sensi, tra l'altro, del D.lgs. n. 81/08 e s.m.i., la risoluzione del presente contratto con attivazione degli adempimenti di competenza regionale in materia di accreditamento.

### Art. 4

#### *(Obblighi della Struttura)*

1. La Struttura, in relazione alle prestazioni oggetto del presente contratto, si obbliga a porre in essere ogni utile iniziativa al fine di evitare disagi all'utenza in termini di accessibilità ai propri servizi,

adoperandosi, ove ciò sia compatibile con le condizioni cliniche del paziente, per ridurre al massimo il numero degli accessi anche attraverso l'unificazione delle prenotazioni.

2. Per le prestazioni sanitarie da erogarsi nell'ambito di programmi protratti nel tempo, la "Struttura" si obbliga ad individuare nel proprio ambito un unico referente, deputato alla presa in carico del paziente in maniera da assicurare la necessaria continuità assistenziale.

3. La Struttura, in ogni caso, impronerà la propria organizzazione interna al rispetto dei principi di appropriatezza clinica, uniformandosi ai contenuti di eventuali protocolli professionali e linee guida concernenti le prestazioni oggetto del presente contratto e favorendo la partecipazione dei propri operatori ad iniziative in merito promosse dall'AS.Re.M e/o dalla Regione stessa.

#### Art. 5

*(Documentazione relativa agli utenti)*

La Struttura si impegna ad operare in ottemperanza a quanto previsto dal D.lgs. n. 196/03 e s.m.i.

#### Art. 6

*(Obblighi informativi della Struttura-Controlli e verifiche ispettive)*

1. La Struttura si impegna a garantire condizioni organizzative interne, relative alle prestazioni oggetto del presente contratto e alle modalità di esecuzione dello stesso, in maniera da consentire l'acquisizione da parte dell'Ente Pubblico, anche mediante l'utilizzo di strumenti informatici, di ogni dato utile e necessario per verificarne il corretto adempimento.
2. A tal fine la Struttura si impegna a conservare, per un periodo non inferiore ad anni 10 dalla data di scadenza del presente contratto, tutta la documentazione amministrativa relativa alle prestazioni rese in favore dei cittadini utenti del SSN, anche relativamente alla quota parte eventualmente corrisposta direttamente dal cittadino a titolo di partecipazione alla spesa sanitaria.
3. In tale contesto, l'Ente stipulante si riserva di richiedere in qualunque momento eventuale documentazione e di attivare sopralluoghi e controlli, anche senza preavviso, che la Struttura si impegna a consentire.
4. La Struttura, inoltre, si impegna a fornire tutti i dati necessari (nella periodicità richiesta) al fine di adempiere alle statistiche e flussi regionali e nazionali, nonché consentire il monitoraggio continuo delle prestazioni erogate e del numero di pazienti trattati, diversificati per tipologia di prestazioni e classi di età.
5. I controlli e verifiche, di cui sopra, verranno svolti sul piano sanitario e amministrativo (visionando la citata documentazione e le modalità di archiviazione e fascicolazione degli utenti in trattamento), al fine di verificare la regolare funzionalità nel pieno rispetto della normativa vigente.
6. In particolare, si procederà ad una verifica delle prestazioni in termini di appropriatezza e di legittimità. Il campione oggetto di verifica del numero delle prestazioni complessivamente erogate nell'anno, non potrà essere inferiore alla percentuale prevista per i controlli delle cartelle cliniche dalla normativa nazionale e regionale vigente. La Struttura si impegna a compiere tutto quanto necessario per permettere ed agevolare le predette operazioni di verifica.
7. Qualora le verifiche effettuate su base campionaria diano esito negativo, le prestazioni saranno non interamente esigibili, come meglio specificato in seguito.

## Art.7

### *(Volume di prestazioni erogabili e conseguente previsione di spesa)*

1. Il piano delle prestazioni, di cui al successivo comma 2, definito secondo una procedura concordata con la Struttura, stabilisce il volume massimo, con relativa previsione di spesa, delle prestazioni di assistenza in regime di ricovero/ specialistica ambulatoriale, ivi compresa l'erogazione di farmaci antiblastici, erogabili da parte della Struttura presente nell'ambito territoriale regionale e accreditata.

2. Il budget per il periodo dall'1/7/11 al 31/12/11 (ammontare globale predefinito ex art. 8 *sexies* del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.), per le prestazioni erogate in regime di ricovero/specialistica ambulatoriale per discipline accreditate e nei limiti dei posti letto autorizzati, accreditati e contrattualizzati, di cui in premessa, per il rimborso del costo dei farmaci e per le funzioni ex art. 8 *sexies* del D.lgs 502/92 e s.m.i., **viene fissato in € 22.675.000** (di cui € 21.540.000 a titolo di prestazioni; € 635.000 a titolo di rimborso costo dei farmaci e € 500.000 per la funzione di Centro Hub regionale per le emergenze cardiovascolari); (di cui per le prestazioni sanitarie € 13.227.725 a titolo di quota regionale ed € 8.312.275 a titolo di quota extraregionale); di cui € 17.650.000 per l'assistenza ospedaliera ( di cui € 10.332.405 a titolo di quota regionale ed € 7.317.595 a titolo di quota extraregionale) ed € 3.890.000 per l'assistenza specialistica ambulatoriale, (di cui € 2.895.320 a titolo di quota regionale ed € 994.680 a titolo di quota extraregionale).

3. Nell'ammontare globale predefinito è compreso il rimborso del costo dei farmaci antiblastici, nella misura e per quelli previsti nella TUC (come da relativo elenco allegato- All.2) in alternativa alla remunerazione del DRG secondo le due fattispecie che contemplano il rimborso del prezzo *ex factory*, con le riduzioni di legge ed il 10% del DRG day hospital o le tariffe della prestazione ambulatoriale, fermo restando che le relative prestazioni remunerate in regime di ricovero ordinario, non possono superare il 30% del totale.

4. Il tetto di spesa costituisce il limite massimo di prestazioni erogabili dalla Struttura, pertanto non superabile. Eventuali variazioni rispetto alle previsioni delle indicazioni di spesa previste per le singole voci, dopo le necessarie verifiche a consuntivo, saranno oggetto di compensazione tra l'una e l'altra voci, fermo restando il tetto di spesa complessivo non superabile. Il budget complessivo oggetto di contrattazione è comprensivo anche delle prestazioni extraregionali; per queste ultime, il budget è riferito alla quota storica. Alla Struttura è consentito erogare prestazioni in favore di utenti extraregionali, oltre la previsione di spesa sopra indicata. Eventuali prestazioni che dovessero superare tale quota saranno remunerate, senza interessi, solo quando il rimborso della quota di mobilità sarà riconosciuto e liquidato alla Regione.

5. Relativamente alla mobilità extraregionale dei pazienti provenienti dalla Regione Campania, le parti convengono sugli effetti dell'accordo di confine sottoscritto tra la Regione Campania e la Regione Molise per il governo della mobilità, e successivo atto integrativo, approvati rispettivamente con decreto commissariale n. 2 del 01/02/10 recante: "*Recepimento accordo di confine tra Regione Campania e Regione Molise*" pubblicato sul BURM n. 4 del 16/02/10 e con decreto commissariale n. 10 del 19/03/10 recante: "*Piano delle prestazioni 2010 ex art. 2 dell'Accordo di Confine Campania-Molise, recepito con decreto commissariale n. 2 del 01/02/10 pubblicato sul BURM n. 4 del 16/02/10*", pubblicato sul BURM n. 12 del 16/04/10, e quindi conosciuti da parte della Struttura che, pertanto, è tenuta ad adeguarsi alle nuove regole introdotte.

## Art. 8

*(Criteri di ripartizione della spesa preventivata)*

1. Per quanto concerne le prestazioni di cui all'art. 1 del presente accordo, al fine di rispettare la previsione di spesa, di cui al precedente art. 7 e, nel contempo, assicurare la continuità dell'erogazione delle prestazioni per tutto l'arco dell'anno, si provvederà al monitoraggio periodico dell'andamento del fatturato della Struttura. Al fine di garantire la continuità delle prestazioni per tutto l'arco dell'anno, la Struttura, di norma, effettuerà prestazioni, rapportate per trimestre, che comportino un pagamento di tre dodicesimi del volume del budget annuale, ferma restando la possibilità di compensazione entro i tre mesi successivi di eventuali differenze in *plus* o *minus*. Tale disposizione, di fatto applicabile all'attività svolta per pazienti regionali, esclusivamente per l'anno 2011, è applicata *ratione temporis*, essendo sottoscritto il contratto alla fine del terzo trimestre.

2. Le parti convengono sulla necessità di rispettare le previsioni di cui al D.Lgs. 502/92, come modificato dal D.Lgs. 229/99, attivando dei sistemi di monitoraggio idoneo a consentire il rispetto dei limiti prestazionali ed economici di cui al presente articolo. Tali verifiche potranno coincidere, tra l'altro, con le verifiche a campione sulla appropriatezza e legittimità delle prestazioni di cui al precedente art. 7.

Art. 9

*(Modalità di fatturazione e pagamenti)*

1. L'attivazione dell'istruttoria amministrativo-contabile, come da relativi provvedimenti regionali, finalizzata all'erogazione degli acconti sulle prestazioni sanitarie erogate, è condizionata alla presentazione, da parte della Struttura interessata, della documentazione contabile, amministrativa e tecnico-sanitaria necessaria e richiesta a norma di legge (rendicontazione contabile, distinte riepilogative, ricette, allegati alle ricette, referti, autocertificazioni, fotocopie di esenzioni, schede SDO etc. ), che dovrà avvenire mensilmente, entro il 30° giorno del mese successivo a quello cui le prestazioni si riferiscono.

2. I pagamenti in acconto saranno effettuati con cadenza bimestrale per un importo pari all'80% del limite massimo di spesa attribuito alla Struttura, entro il termine di novanta giorni dal ricevimento della rendicontazione.

3. Il pagamento del saldo avverrà dopo i necessari controlli amministrativi e tecnico-sanitari, eseguiti dal competente Servizio Ispettivo Sanitario Regionale della Direzione Generale per la Salute, nei limiti stabiliti dalle norme regolamentari vigenti ed applicabili in materia, di norma entro sei mesi dalla chiusura dell'esercizio contabile della Struttura.

Art. 10

*(Durata)*

1. Il presente contratto, fatte salve diverse prescrizioni di legge, ha validità per il periodo dall'1/7/11 al 31/12/11.

2. Le clausole dell'accordo possono essere modificate per effetto del sopravvenire di norme di legge aventi carattere imperativo.

Art. 11

*(Rinuncia al contenzioso)*

1. La Struttura, con la sottoscrizione del presente accordo, accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente, il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di attribuzione del budget relativo al secondo semestre dell'anno 2011, oggetto del presente accordo, nonché di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del presente contratto.
2. Di conseguenza, la struttura si impegna a non attivare qualsiasi forma di contenzioso relativo al presente accordo ed agli atti richiamati al comma 1.

Art. 12

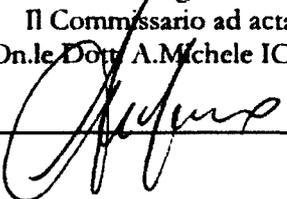
*(Clausola di salvaguardia)*

1. La Regione si impegna ad attivare un Tavolo, per la valutazione di tutte le ipotesi di collaborazione ed integrazione tra la "Fondazione di Ricerca e Cura Giovanni Paolo II" di Campobasso e le strutture ospedaliere pubbliche, con particolare riferimento al Presidio Ospedaliero "Cardarelli" di Campobasso, attesa la contiguità logistica con lo stesso, ai fini della programmazione degli interventi che si rendano necessari per migliorare la qualità dell'assistenza e per accrescere l'efficienza dell'attività e delle funzioni del Centro medesimo e dei presidi pubblici.

Letto, confermato e sottoscritto:

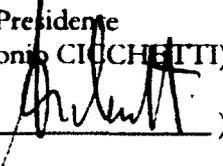
Campobasso, 10 ottobre 2011.

Per la Regione  
Il Commissario ad acta  
(On.le Dott. A. Michele IORIO)

()

Per la Fondazione di Ricerca e Cura Giovanni Paolo II  
Il Presidente

(Dott. Antonio CICHETTI)

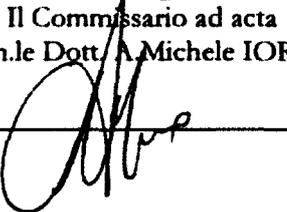
()

Gli artt.7 e 11 sono specificamente approvati dalle parti, ai sensi dell'art. 1341, comma 2 del codice civile.

Letto, confermato e sottoscritto:

Campobasso, 10 ottobre 2011.

Per la Regione  
Il Commissario ad acta  
(On.le Dott. A. Michele IORIO)

()

Per la Fondazione di Ricerca e Cura Giovanni Paolo II  
Il Presidente

(Dott. Antonio CICHETTI)

()