

**CONTRATTO/ 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 del mese di.....

TRA

La Regione Molise, C.F e P.I. 000169440708, con sede e domicilio fiscale in via Toscana, 45 - 86100 Campobasso, in persona del Direttore Generale pro tempore della Direzione Generale V^o, incaricato a sottoscrivere il presente accordo giusta Decreto n. del , (di seguito denominata "Regione");

o

l'Azienda Sanitaria Regionale del Molise, in sigla AS.Re.M CF e PI 01546900703, con sede e domicilio fiscale in via U.Petrella, 1 - 86100 Campobasso, in persona del Direttore Generale pro tempore, incaricato a sottoscrivere il presente accordo giusta Decreto n. del (di seguito denominata "Azienda");

E

La Struttura _____ C.F. e P.I. _____ con sede a _____, in persona del legale rappresentante _____, provvisoriamente accreditata (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 come specificate nell'allegato Piano delle prestazioni (All.1.) 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 graduale dei principi di appropriatezza clinica ed organizzativa e passaggio dei 108 DRG inappropriati al regime assistenziale più idoneo, nella misura massima del 30% per i DRG medici e del 15% dei DRG chirurgici, già a far data dall'anno 2010.

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 curante, dello specialista ospedaliero, dello specialista ambulatoriale della AS.Re.M o attraverso lettera di trasferimento o verbale di emergenza del sanitario della struttura accettante, sul quale dovranno essere specificate le seguenti indicazioni:

- Dati anagrafici del paziente;
- Tipo di trattamento richiesto;

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:

- *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;

- *per le prestazioni riabilitative ex art. 26 della L.833/1978*:

- *per i ricoveri in internato o seminternato*: i tabulati riepilogativi delle prestazioni effettuate, copia dei progetti riabilitativi validati dalla competente struttura AS.Re.M, le impegnative o le richieste di ricovero da parte delle strutture ospedaliere e le fatture;

- per le prestazioni riabilitative ambulatoriali, domiciliari ed extramurali: i tabulati riepilogativi delle prestazioni effettuate, i progetti riabilitativi validati dalla competente struttura AS.Re.M, l'impegnativa del Medico curante che ha consentito l'accesso, la scheda firmata in originale relativa al mese di riferimento e le fatture.

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.
4. La Regione Molise garantisce l'applicazione di principi stabiliti nel Patto per la Salute, che promuovono il passaggio dal regime di ricovero ordinario al diurno e da questo all'ambulatoriale, che determinerà per alcune strutture private una profonda riorganizzazione delle proprie attività, che comporterà un effetto sull'assegnazione dei relativi budgets; oltre che l'attuazione dei principi riportati nel Testo Unico per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria, con l'adozione della nuova TUC.
5. La struttura si impegna ad accettare che la quota parte del budget, relativa alle prestazioni extraregionali, sarà remunerata con le tariffe previste dalla TUC.

Art. 5

(Documentazione relativa agli utenti)

1. 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 predisporre 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 svolte 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. Ogni controllo effettuato dovrà essere verbalizzato e trascritto in apposito registro, da depositarsi presso la Struttura.
7. Copia di ogni singola verbalizzazione, sottoscritta dal Responsabile della Struttura, dovrà essere conservata presso l'Ente Pubblico.
8. In particolare, si procederà ad una verifica, eventualmente anche su base campionaria, 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.
9. 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, allegato al presente accordo, quale parte integrante e sostanziale (All. 1), 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 annualmente erogabili da parte della Struttura presente nell'ambito territoriale regionale e accreditata.
2. Il budget per l'anno 2011, determinato sulla base del predetto piano delle prestazioni allegato al presente accordo, quale parte integrante e sostanziale (All. 1) per le prestazioni erogate in regime di ricovero/specialistica ambulatoriale per tipologie e nei limiti dei posti letto autorizzati, provvisoriamente accreditati e contrattualizzati di cui in premessa, viene fissato in € _____, (di cui € _____ a titolo di quota regionale ed € _____ a titolo di quota extraregionale); di cui € _____ per l'assistenza ospedaliera (di cui € _____ a titolo di quota regionale ed € _____ a titolo di quota extraregionale) ed € _____ per l'assistenza specialistica ambulatoriale, (di cui € _____ a titolo di quota regionale ed € _____ a titolo di quota extraregionale).
3. Il tetto di spesa oggetto di contrattazione si riferisce alla sola quota afferente gli utenti residenti in regione. Tale 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 attività, dopo le necessarie verifiche a consuntivo, saranno oggetto di compensazione tra l'una e l'altra attività, 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.
4. 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.
5. La Struttura si impegna a rispettare, in ogni caso, la regolamentazione TUC e quella di cui al Patto per la Salute 2010/2011 in data 3 dicembre 2009.
6. L'importo globale oggetto di contrattazione pari ad € _____ è iscritto nel conto di bilancio aziendale destinato alla liquidazione delle prestazioni sanitarie erogate dalla Struttura, previa verifica della produzione e fatti salvi i controlli di legge.

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 non potrà effettuare in un mese prestazioni che comportino un pagamento di più di un dodicesimo del budget complessivo. Sarà possibile prevedere la compensazione entro i tre mesi successivi di eventuali differenze in *plus* o *minus* non oltre il 25% delle prestazioni erogabili.

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, sia per le prestazioni di assistenza ospedaliera che di specialistica ambulatoriale.

3.Il pagamento del saldo avverrà dopo i necessari controlli amministrativi e tecnico-sanitari, eseguiti dal competente Servizio Ispettivo Sanitario Regionale della Direzione Generale V, nei limiti stabiliti dalle norme regolamentari vigenti ed applicabili in materia, presumibilmente 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 l'anno 2011 (a far data dal 01/01/11 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, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto. In conseguenza dell'accettazione, la Struttura presta acquiescenza ai medesimi provvedimenti.

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 regionali di determinazione dei tetti di spesa, di attribuzione dei budget, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto trattasi di atti che determinano il contenuto del presente contratto.

2. In conseguenza dell'accettazione la Struttura presta acquiescenza ai provvedimenti in parola e, per l'effetto, rinuncia alle azioni già intraprese e/o ai futuri contenziosi avverso gli atti e/o i provvedimenti suddetti.

3. Ai sensi dell'art. 8 *quinquies*, comma 2-*quinquies* del D.lgs 502/92 e s.m.i., in caso di mancata stipula del presente contratto, l'accreditamento istituzionale, di cui all'art. 8 *quater* del D.lgs 502/92 e s.m.i. della Struttura è sospeso.

Letto, confermato e sottoscritto:

Campobasso,

Per la Regione /AS.Re.M
Il Direttore Generale
(_____)

Per la Struttura Accreditata
Il legale rappresentante
(_____)

Gli artt.7, 11 e 12 sono specificamente approvati dalle parti, ai sensi dell'art. 1341, comma 2 del codice civile.

Letto, confermato e sottoscritto:

Campobasso,

Per la Regione /AS.Re.M
Il Direttore Generale
(_____)

Per la Struttura Accreditata
Il legale rappresentante
(_____)



Struttura cod. 140/_____ - _____

Schema standard prospettico di Piano delle prestazioni anno _____ redatto su analisi attività anno precedente

Attività	n° SDO	Importi €			Note	+/- Differenziale TUC (%)
		R.M.	F.R.	Tot.		
File A - Ricoveri - Anno _____ (I.A. = %)						
1) Ricoveri per Acuti D.R.G.						
1.1) D.H.						
1.2) D.S.						
1.3) R.O. - Ricoveri Ordinari						
a) D.R.G. A.C. (Alta Complessità) n° 92						
b) D.R.G. Extra L.E.A. (D.P.C.M. 2001) n° 43						
c) D.R.G. Patto della Salute (2009) n° 65						
d) Altri D.R.G. normali n° 338						
2) Ricoveri di Riabilitazione - M.D.C.						
3) Eventuali PROTESI rimborsabili						
Totale produzione Ricoveri - File A						
- Variazione per abbattimento tariffe						
- Abbattimento per incremento ricoveri diurni						
- Abbattimento per attivazione Chir. Ambulatoriale						
+/- Variazione per particolari D.R.G.						
- Applicazione protocolli riabilitativi						
Altro						
Totale Ricoveri - File A						

File C - Medicina Specialistica - Ambulatoriale A.P.G.						
ai netto dei tickets						
a) Prestazioni di Laboratorio Analisi						
b) " di Diagnostica per immagini						
c) Visite e consulti						
d) Altre prestazioni Strumentali						
e) Terapia Fisica Riabilitativa						
f) Prestazioni di Medicina Nucleare						
g) Radioterapia						
Totale Produzione Med. Spec. Amb. - File C						
- Effetto Decreto n° 10 del 28/12/09						
- Scorpo prestazioni per altri Enti						
+ Attivazione Day Service						
- Applicazione tickets Service						
Altro						
Totale medicina specialistica - File C						

File F - Farmaci						
a) Dispensazione diretta farmaci						
b) Somministrazione chemioterapici innovativi						
c) Somm. altri farmaci (es. verteporfinina)						
Totale erogazione farmaci - File (F)						
- effetto D.G.R. 824/09 (1° ciclo)						
Altro						
Totale Farmaci - File (F)						

Riepilogo		Importi €			Note	Differenziale TUC
		R.M.	F.R.	Tot.		
Totale Ricoveri - File A						
Totale Med. Spec. Amb. - File C						
Totale Farmaci - File F						
Totale Budget Assegnato Anno						

Il Piano delle prestazioni della Struttura _____ per l'anno _____ (File A, File C, File F) come da prospetto risulta corrispondere ad €

N.B. Sono fatte salve le prestazioni di Alta Complessità: Ricoveri Nota 1 (92 D.R.G. di Alta Complessità)

Med. Spec.: RMN, TAC 3d, Doppler TSA, Coronarografia etc.

Salvo successivi controlli sull'Appropriatezza Clinica e Gestionale, come da Decreto sui Controlli n° 03 del 01/02/2010