

REGIONE CALABRA
GIUNTA REGIONALE

Estratto del processo verbale della seduta del

1106104

OGGETTO:

Indirizzi per la definizione dei rapporti Giuridico-economici, per l'anno 2004, tra le Aziende Sanitarie calabresi ed i soggetti erogatori di prestazioni di assistenza ospedaliera - Legge regionale 29/12/03, n. 30 e Legge regionale 19/03/04 n. 11.

Approvazione schema tipo di Accordo/contratto di cui art. 8 quinquies del D.Lgs n. 502/92 s.m.i.

Alla trattazione dell'argomento in oggetto partecipano il Presidente Giuseppe Chiaravalloti e gli assessori:

| | Pres. | Ass. |
|--------------------------------|-------|------|
| 1. Pietro AIELLO | ✓ | |
| 2. Domenico BASILE | | ✓ |
| 3. Giovanni DIMA | ✓ | |
| 4. Dionisio GALLO | | ✓ |
| 5. Giuseppe GENTILE | ✓ | |
| 6. Giovanni GRIMALDI | ✓ | |
| 7. Giovanni LUZZO | ✓ | |
| 8. Antonino MANGIALAVORI | ✓ | |
| 9. Raffaele MIRIGLIANI | | ✓ |
| 10. Umberto PIRILLI | | ✓ |
| 11. Francescantonio STILLITANI | | ✓ |
| 12. Saverio ZAVETTIERI | | ✓ |

Assiste il Segretario *A. J. Scian*

Delibera N. del

Cap. Bilancio

LR N. del

STANZIAMENTO EURO

VARIAZIONI + o - EURO

TOTALE EURO

IMPEGNI ASSUNTI EURO

DISPONIBILITÀ EURO

IMPORTO PRESENTE IMPEGNO EURO

IMPEGNO N. DEL

N. del Reg.
361
delle deliberazioni.

Inviata alla commissione
di Controllo il

Inviata all'Assessorato
Scian

il

7 GIU. 2004

IL DIRETTORE DI RAGIONERIA

CONSIDERATO

- che con deliberazione n. 747/2002, adottata il 6 agosto 2002, la Giunta Regionale, in esecuzione di quanto stabilito dall'articolo 3, comma 1, della legge regionale n. 29/2002, provvedeva ad approvare lo schema tipo di accordo/contratto, di cui all'art. 8 - *quinquies* del D.Lgs. n. 502/92 s.m.i., nonché le linee guida per la sua omogenea applicazione su tutto il territorio regionale;

- che, a seguito della successiva approvazione della L. R. n. 30/2003, si impone la riformulazione del detto schema tipo e la definizione degli indirizzi, in linea al dettato normativo recato dalla riferita legge regionale e, con questo, di renderli conformi alla ratio legislativa e, quindi, alle improrogabili esigenze di economicità dettate dal patto di stabilità;

RITENUTO

- che la L. R. 29 dicembre 2003, n. 30, ha dettato nuove disposizioni relative alla definizione degli accordi/contratti e dei rapporti giuridico/economici tra le Aziende Sanitarie calabresi e i soggetti provvisoriamente accreditati erogatori di prestazioni di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale;

- che, con deliberazione n. 157 del 23 marzo 2004, la Giunta Regionale, in conformità a quanto disposto dall'art.10, comma 8, della L. R. 19 marzo 2004, n. 11, di approvazione del "Piano regionale per la Salute 2004-2006", ha previsto l'obbligo a carico delle Aziende Sanitarie di predisporre il piano di attività aziendale, per l'anno 2004, nel quale devono essere individuati:

a) i volumi complessivi e la tipologia delle attività e delle prestazioni da produrre direttamente, in rapporto ai fabbisogni riconducibili ai livelli di assistenza da garantire, ovvero da acquisire mediante contratti da definire con i soggetti erogatori privati;

b) i limiti massimi di spesa sostenibile per l'acquisizione di prestazioni di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale;

- che il finanziamento complessivo, determinato con il deliberazione della G.R. n. 157/2004, sulla base del criterio di rideterminazione fissato dalla L. R. n. 30/2003, rappresenta il tetto massimo di spesa sostenibile con le risorse del FSR per l'anno 2004, commisurate a garantire i livelli essenziali di prestazioni di assistenza, individuati dal D.P.C.M. 29 novembre 2001;

- che, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, i tetti di spesa annualmente stabiliti dalla Giunta Regionale, allo scopo di realizzare l'equilibrio finanziario e di razionalizzare la spesa, costituiscono legittimamente il limite massimo di spesa sostenibile (Cons. Stato., sez. V, n. 499/03);

- che, nell'ipotesi di superamento dei tetti spesa programmati si rende legittima l'applicazione dei meccanismi di abbattimento tariffario differenziato, progressivo e proporzionale delle corrispondenti tariffe, a mente della prescrizione normativa contenuta nella L.R. n. 30/2003 e nel rispetto dei criteri definiti della Giunta Regione;

- che, sulla scorta delle previsioni recate dalla ripetuta L. R. n. 30/2003, non si è trascurato di perseguire la procedura concertata e consensuale con i soggetti erogatori delle prestazioni, tant'è che il Dipartimento Sanità e i rappresentanti delle organizzazioni di categoria hanno concluso la prevista concertazione destinata, ai sensi del comma 5 dell'art. 1 della citata legge regionale, alla individuazione e alla "applicazione dei criteri di qualità delle prestazioni da adottare";

- che, ai sensi del comma 1, dell'art. 8 - *bis* del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., i livelli essenziali di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale sono assicurati in ciascuna Regione avvalendosi

dei presidi direttamente gestiti dalle Aziende Sanitarie e ospedaliere, nonché dei soggetti accreditati, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 - *quinquies* del D.Lgs. n. 502/92;

- che le Aziende Sanitarie, tenuto conto del "dovere dei presidi sanitari pubblici di rendere (...) le prestazioni sanitarie nei limiti determinati dal loro assetto strutturale ed organizzativo", dovranno indicare il fabbisogno delle prestazioni da soddisfare direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche e quelle da acquistare da quelle private, in applicazione del criterio della economicità della scelta da effettuarsi attraverso una valutazione comparativa della qualità e dei costi (art. 8 - *quinquies*, comma 2, D.Lgs. n. 502/92 s.m.i.);

- che, ai sensi del comma 2, dell'articolo 8 - *bis* del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i., i cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi ovvero stipulati contratti e che l'accesso ai servizi è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del SSN;

- che il diritto alla libera scelta rimane comunque salvaguardato, per come affermato recentemente dal massimo organo di giustizia amministrativa, anche nel caso di un intervento amministrativo della Regione, a maggior ragione se condiviso in sede di concertazione con i soggetti erogatori interessati, che vada ad incidere sulla determinazione dei tetti con riguardo preferenziale riservato alle strutture pubbliche, purché l'acquisto delle prestazioni da parte dell'Azienda Sanitaria venga fatta a seguito di quell'economicità che renderebbe la spesa verosimilmente più sostenibile e, pertanto, più rispondente a conseguire l'effettivo interesse pubblico, in ossequio del criterio di invalicabilità della disponibilità finanziaria;

- che le Aziende Sanitarie, nel rispetto delle disposizioni impartite nel comma 2 dell'articolo 8 - *quinquies* del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., procedono a definire ovvero a stipulare rispettivamente accordi o contratti con le strutture interessate, previa individuazione del fabbisogno di prestazioni complessivo tenuto conto che, al fine di una corretta determinazione del contenuto economico di ciascun accordo/contratto, i volumi massimi delle prestazioni, di cui all'art. 1, comma 2, della L.R. n. 30/2003, non potranno superare complessivamente per ciascuna Azienda Sanitaria quelli riconosciuti e validati per l'anno 2001 ridotti del 20% e che, in ogni caso, la remunerazione delle relative prestazioni non potrà superare i limiti massimi di spesa stabiliti dalla G.R. per l'anno 2003, ridotta dell'8%;

- che in tali accordi/contratti dovranno essere, tra l'altro, indicati:

- a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;
- b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale dell'Azienda si impegnano ad assicurare, distinto per tipologie e per modalità di assistenza;
- c) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
- d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dall'applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo;
- e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti in aderenza alle scadenze già definite dall'apposita normativa regionale;
- f) le procedure di controllo sul rispetto degli accordi contrattuali pattuiti, che, oltre a quanto già definito dalle specifiche disposizioni regionali sui controlli degli erogatori pubblici e privati, possono prevedere l'applicazione di ulteriori procedure interne di verifica dell'appropriatezza e della qualità dell'assistenza prestata e delle prestazioni rese;

possono prevedere l'applicazione di ulteriori procedure interne di verifica dell'appropriatezza e della qualità dell'assistenza prestata e delle prestazioni rese;

g) le procedure per il controllo esterno dell'appropriatezza e della qualità dell'assistenza prestata e delle prestazioni rese, individuate, con specifico riferimento alle prestazioni di assistenza ospedaliera, nelle linee guida rappresentate nella nota, prot. n. 51103, del 30.11.1998, dell'Assessorato Regionale alla Sanità;

h) l'obbligo degli erogatori ad assicurare la fornitura delle prestazioni definite contrattualmente nell'arco dell'intero anno, nel rispetto dei volumi e delle tipologie delle prestazioni individuati nel contratto stesso, in osservanza a quanto stabilito dal comma 7, dell'art. 1, della L.R. n. 30/2003;

- che, ai sensi del comma 2 dell'art. 8 - *quater* del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo alcuno per le Aziende Sanitarie di corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 - *quinquies* del ripetuto decreto legislativo n. 502/92 e s.m.i.;

- che, atteso l'intervenuta approvazione della L.R. n. 30/2004 e l'adozione della deliberazione della G.R. n. 157/2004, si rende necessario procedere all'adeguamento degli schemi tipo degli accordi/contratti, a suo tempo approvati con deliberazione della G.R. n. 747/2002, nonché ad individuare, così come superiormente determinati, gli indirizzi specifici cui le Aziende Sanitarie devono attenersi allo scopo di rendere omogenea l'applicazione degli stessi su tutto il territorio regionale;

Visto l'atto della concertazione intervenuta, il 26 aprile 2004, tra il Dipartimento Sanità e i rappresentanti delle associazioni maggiormente rappresentative dei soggetti privati e accreditati per l'erogazione di prestazioni di assistenza ospedaliera, relativa alla definizione dei contratti per l'anno 2004, che il detto Dipartimento avrà cura di trasmettere alle Aziende Sanitarie;

Visto il D.L. n. 20 del 28.12.2003;

Vista la L.R. 29 dicembre 2003, n. 30;

Vista la L.R. 19 marzo 2004, n. 11;

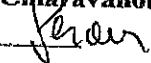
DELIBERA

Per quanto espresso in premessa che qui si intende integralmente riportato e confermato:

1. di stabilire gli indirizzi, per come dettagliati nella premessa, per la definizione dei rapporti giuridico-economici, per l'anno 2004, tra le Aziende Sanitarie calabresi e i soggetti erogatori di prestazioni di assistenza ospedaliera;
2. di approvare i criteri, per gli abbattimenti progressivi e proporzionali delle tariffe nella ipotesi di cui al comma 8, dell'art. 1, della L.R. 29 dicembre 2003, n. 30, che rappresentati in apposito schema allegato, costituiscono parte integrante e sostanziale del presente atto (allegato 1);
3. di approvare lo schema tipo di accordo/contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le Aziende Sanitarie calabresi e i soggetti erogatori di prestazioni di assistenza ospedaliera che, redatto in allegato, costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto (allegato 2);
4. di pubblicare il presente provvedimento su BUR Calabria.
5. di dare mandato al competente Dipartimento sanità per l'esecuzione del presente provvedimento.

Del che si è redatto il presente processo verbale che viene sottoscritto
come appresso

Il Presidente: f.to Chiaravalloti

Il Segretario: f.to 

Copia conforme per uso amministrativo.

II

IL SEGRETARIO

ALL. 1

CRITERI PER GLI ABBATTIMENTI PROGRESSIVI E PROPORZIONALI

Legge regionale 30/2003, art. 1, comma 8

L'art. 1, comma 9, della legge regionale 30/2003, prevede che, ove le prestazioni erogate dovessero superare i volumi di attività previsti negli accordi e contratti, si provvederà alla remunerazione con abbattimenti progressivi e proporzionali delle corrispondenti tariffe, secondo i criteri stabiliti dalla Giunta regionale.

In tale ipotesi, a consuntivo, scatteranno gli abbattimenti progressivi e differenziati volti a consentire il rientro nel tetto globale fissato per l'assistenza ospedaliera complessiva della azienda sanitaria; la condizione che fa "scattare" gli abbattimenti è lo sfioramento del tetto globale della azienda sanitaria che è insuperabile.

ESEMPIO

Dati di partenza

Tetto globale: € 100.000.000

Assegnazione:

| Struttura A | Struttura B | Struttura C | Riserva |
|-------------|-------------|-------------|---------|
| 20 | 30 | 40 | 10 |

Per "strutture" si intendono sia quelle pubbliche che private. Si ritiene opportuno che nella fase iniziale venga accantonato almeno il 10% per la remunerazione degli eventuali esuberi.

Simulazione 1

Produzione:

| Struttura A | Struttura B | Struttura C | Totale |
|-------------|-------------|-------------|--------|
| 22 | 40 | 44 | 106 |

Sono stati sfiorati sia i tetti singoli che il tetto globale per cui occorre un abbattimento pari al 5,6%.

Liquidazione

| | | | |
|-------|-------|-------|-----|
| 20.77 | 37.76 | 41.54 | 100 |
|-------|-------|-------|-----|

Simulazione 2

Produzione :

| Struttura A | Struttura B | Struttura C | Totale |
|-------------|-------------|-------------|--------|
| 35 | 28 | 55 | 118 |

Il budget globale è stato superato ma la struttura B non ha raggiunto il proprio budget per cui non può subire abbattimenti. Occorre quindi sottrarre la produzione della struttura B sia al tetto globale (100-28=72) sia alla produzione globale (118-28=90), quindi riportare la produzione rimanente (90) nell'ambito del tetto residuo (72) con un abbattimento pari al 20%

Liquidazione

| | | | |
|----|----|----|-----|
| 28 | 28 | 44 | 100 |
|----|----|----|-----|

Simulazione 3

Produzione

| Struttura A | Struttura B | Struttura C | Totale |
|-------------|-------------|-------------|--------|
| 23 | 50 | 58 | 131 |

Anche in tal caso tutte le strutture hanno sfiorato il loro budget. Occorrerebbe una riduzione del 23,6%. Tuttavia l'applicazione di tale abbattimento porterebbe la struttura A al di sotto del budget singolo fissato in sede di programmazione. Occorre allora sottrarre il budget minimo assegnato alla struttura A al tetto globale ($100-20=80$) e la sua effettiva produzione alla produzione globale ($131-23=108$), quindi riportare la produzione rimanente (108) nell'ambito del tetto residuo con un abbattimento del 25,9%

Liquidazione

| | | | |
|----|-------|-------|-----|
| 20 | 37,05 | 42,98 | 100 |
|----|-------|-------|-----|

Il sistema previsto, applicato nei confronti di tutti gli erogatori, assicura il pagamento dei singoli budget minimi e comunque di tutte le prestazioni con abbattimenti equi e proporzionali conducendo in maniera certa al contenimento della spesa nell'ambito dei tetti globali preventivati.

Il sistema, se applicato in maniera tempestiva, consente di rispettare il tetto massimo stabilito per l'azienda sanitaria e, nel contempo, garantisce la libera produzione (suscettibile di abbattimenti), incentiva la qualità e consente la libera scelta.

**SCHEMA TIPO DI CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED
ECONOMICI TRA LE AZIENDE SANITARIE E I SOGGETTI EROGATORI DI
PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA**

Il giorno, alle ore....., presso la sede della Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria di, si sono riuniti, a seguito di specifica convocazione, il legale rappresentante della medesima Azienda Sanitaria di, dott., assistito dal Direttore Amministrativo, dott., e dal Direttore Sanitario, dott....., e il dott., sotto generalizzato, legale rappresentante della struttura erogatrice di prestazioni di assistenza ospedaliera, allo scopo di pervenire alla stipula del contratto relativo all'acquisizione dei prestazioni di assistenza ospedaliera, per l'anno 2004

TRA

l'Azienda Sanitaria di, (codice fiscale e/o Partita IVA), con sede legale in, alla via, n....., di seguito denominata "A.S.", in persona del suo legale rappresentante, Direttore Generale dott., nominato in forza di, domiciliato per la carica presso la sede legale aziendale

E

Il dott./la dott ovvero la struttura erogatrice, (codice fiscale e Partita IVA), con sede legale/con sede in, alla via, n....., di seguito denominata "Struttura", in persona del suo legale rappresentante (se in regime societario ovvero associativo), nato a il

premessi

- che il dott./la dott. ovvero la Struttura è stata provvisoriamente accreditata per l'erogazione di prestazioni di assistenza ospedaliera, con provvedimento regionale n.¹ del, che viene qui allegato (allegato 1) per formarne parte integrante e sostanziale;
- che la Struttura risulta oggi iscritta nell'elenco delle strutture accreditate, istituito presso il Dipartimento Sanità della Regione Calabria, in forza della deliberazione di G.R. n. 133 del 15 febbraio 1999;
- che, con deliberazione n. 157 del 23 marzo 2004, la Giunta Regionale, in conformità a quanto disposto dall'art. 10, comma 8, della L.R. 19 marzo 2004, n. 11, di approvazione del "Piano regionale per la Salute 2004-2006", ha previsto l'obbligo a carico delle Aziende Sanitarie di predisporre il piano di attività aziendale, per l'anno 2004, nel quale devono essere individuati:
 - a) i volumi complessivi e la tipologia delle attività e delle prestazioni da produrre direttamente, in rapporto ai fabbisogni riconducibili ai livelli di assistenza da garantire, ovvero da acquisire mediante contratti da definire con i soggetti erogatori privati;
 - b) i limiti massimi di spesa sostenibile per l'acquisizione di prestazioni di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale;
- che il finanziamento complessivo, determinato con la deliberazione della G.R. n. 157/2004, sulla base del criterio di rideterminazione fissato dalla L.R. n. 30/2003, rappresenta il tetto massimo di spesa sostenibile con le risorse del FSR per l'anno 2004, commisurate a garantire i livelli essenziali di prestazioni di assistenza, individuati dal D.P.C.M. 29 novembre 2001;
- che, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, i tetti di spesa annualmente stabiliti dalla Giunta Regionale, allo scopo di realizzare l'equilibrio finanziario e di razionalizzare la spesa, costituiscono legittimamente il limite massimo di spesa sostenibile;

¹ Da indicare solo nel caso in cui il provvedimento regionale ne sia provvisto altrimenti indicare altro riferimento identificativo;

- che nell'ipotesi di superamento dei tetti di spesa programmati si rende legittima l'applicazione dei meccanismi di abbattimento tariffario differenziato, progressivo e proporzionale delle corrispondenti tariffe, a mente della prescrizione normativa contenuta nella L.R. n. 30/2003 e nel rispetto dei criteri definiti dalla Giunta Regionale con la deliberazione n. adottata il
- che, sulla scorta delle previsioni recate dalla L.R. n. 30/2003, non si è trascurato di perseguire la procedura concertata e consensuale con i soggetti erogatori privati delle prestazioni, tant'è il Dipartimento Sanità e i rappresentanti delle organizzazioni di categoria hanno concluso, in data 26 aprile 2004, la prevista concertazione destinata, ai sensi del comma 5 dell'art. 1 della citata legge regionale, alla individuazione e alla "applicazione dei criteri di qualità delle prestazioni da adottare";
- che, ai sensi del comma 1, dell'art. 8 – bis del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i., i livelli essenziali di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale sono assicurati in ciascuna regione avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, nonché dei soggetti accreditati, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 – quinquies del D.Lgs. n. 502/92;
- che, ai sensi del comma 2, dell'art. 8 – bis del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., i cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi ovvero stipulati contratti e che l'accesso ai servizi è subordinato all'apposita prescrizione, proposta ovvero richiesta compilata sul modulario del S.S.N.;
- che, ai sensi del comma 3 dell'art. 8 – bis del D.Lgs. n. 502/92 s.m.i., l'esercizio di attività sanitarie per conto del SSN e l'esercizio di attività sanitarie a carico del SSN sono, rispettivamente, subordinate:
 - a) all'accreditamento istituzionale di cui all'art. 8 – quater del D.Lgs. n. 502/92 s.m.i., ancorché provvisorio;
 - b) alla stipula degli accordi contrattuali, di cui all'art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
- che le richiamate disposizioni valgono sia per le strutture pubbliche che per le strutture private accreditate che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di ricovero a ciclo continuativo ovvero diurno;
- che le Aziende Sanitarie, nel rispetto delle disposizioni impartite nel comma 2, dell'art. 8 – quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., procedono a definire ovvero a stipulare rispettivamente accordi o contratti con le strutture ovvero professionisti interessati, previa individuazione del fabbisogno di prestazioni complessivo e, quindi, di quello direttamente erogabile dai presidi sanitari pubblici, tenuto conto che, al fine di una corretta determinazione del contenuto economico di ciascun accordo/contratto, i volumi massimi delle prestazioni, di cui all'art. 1, comma 2, della L.R. n. 30/2003, non potranno superare complessivamente per ciascuna Azienda Sanitaria quelli riconosciuti e validati per l'anno 2001 ridotti del 20% (ventiperceto) e che, in ogni caso, la remunerazione delle relative prestazioni non potrà superare i limiti massimi di spesa stabiliti dalla G.R. per l'anno 2003, ridotta dell'8% (ottopercento);
- che l'A.S. ha predisposto il proprio piano preventivo annuale di acquisto e ivi individuato il proprio fabbisogno di prestazioni da acquistare;
- che negli accordi e contratti, che devono essere rispettivamente definiti ovvero stipulati con gli erogatori delle prestazioni, dovranno essere, tra l'altro, indicati:
 - a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;
 - b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale dell'azienda si impegnano ad assicurare, distinto per tipologie e per modalità di assistenza;
 - c) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;

- d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dall'applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo;
- e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti in aderenza alle scadenze già definite dall'apposita normativa regionale;
- f) le procedure di controllo sul rispetto degli accordi contrattuali pattuiti che, oltre a quanto già definito dalle specifiche disposizioni regionali sui controlli degli erogatori pubblici e privati possono prevedere interne di verifica dell'appropriatezza e della qualità dell'assistenza prestata e delle prestazioni rese;
- g) le procedure per il controllo esterno dell'appropriatezza e della qualità dell'assistenza prestata e delle prestazioni rese. Le procedure oggi vigenti, con specifico riferimento alle prestazioni di assistenza ospedaliera, nelle linee guida rappresentate nella nota, prot. n. 51103, del 30 novembre 1998 dell'Assessorato Regionale alla Sanità;
- h) l'obbligo degli erogatori ad assicurare la fornitura delle prestazioni definite contrattualmente nell'arco dell'intero anno, nel rispetto dei volumi e delle tipologie delle prestazioni individuati nel contratto stesso, in osservanza a quanto stabilito dal comma 7, dell'art. 1, della L.R. n. 30/2003;
 - che, ai sensi del comma 2 dell'art. 8 – quater del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo alcuno per le Aziende Sanitarie di corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 – quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
 - che, con la deliberazione della G.R. n. adottata il, si è approvato lo schema tipo del contratto da stipulare tra le Aziende Sanitarie e i soggetti erogatori di prestazioni, nonché individuati gli indirizzi specifici cui le Aziende Sanitarie devono attenersi allo scopo di rendere omogenea e uniforme l'applicazione degli stessi su tutto il territorio regionale;
 - che l'A.S. ha valutato il proprio fabbisogno di prestazioni di assistenza ospedaliera, necessarie per garantire i relativi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e, conseguenzialmente, determinato il volume delle prestazioni da acquistare;
 - che, in ottemperanza alle leggi regionali vigenti in materia, devono essere comunque assicurati:
- a) il raggiungimento dell'equilibrio fra le risorse disponibili e le risorse consumabili;
- b) il riequilibrio del finanziamento tra i livelli essenziali di assistenza, ancorandolo ai bisogni effettivi degli assistiti piuttosto che all'offerta dei servizi esistenti;
- c) il riequilibrio progressivo del saldo della mobilità sanitaria aziendale contribuendo a recuperare la migrazione sanitaria aziendale;
- d) la riduzione tendenziale del tasso di ospedalizzazione verso lo standard nazionale di 160 ricoveri ogni mille abitanti;
- e) il rispetto del tasso standard di utilizzo dei posti letto non inferiore del 75% per PL ordinari e non inferiori al 150% per posti letto diurni;
- f) la verifica effettiva della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate;
- g) la garanzia della libera scelta del cittadino delle strutture sanitarie e del luogo di cura;
- h) la garanzia di competizione regolata tra erogatori pubblici e privati temporaneamente accreditati;
- i) il perseguimento di obiettivi di efficienza abbinati ad un incremento della produttività e riduzione dei costi nella produzione dei servizi;
 - che le tariffe per la remunerazioni delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, nel rispetto degli accordi contrattuali, sono quelle stabilite dalle disposizioni regionali con
 - che le Aziende Sanitarie sono obbligate, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, all'osservanza di quanto previsto dalla programmazione nazionale e regionale in materia di

risorse finanziarie destinate ai livelli essenziali di assistenza e in materia di limiti massimi di spesa sostenibili con le risorse del Fondo Sanitario Regionale;
tutto ciò premesso, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente contratto, tra le parti sopraccostituite dott. e, nella qualità in atti, si conviene e si stipula quanto appresso.

ARTICOLO 1

- Assetto organizzativo -

1.1) La Struttura si obbliga ad erogare, per tutta la durata del presente contratto, prestazioni di assistenza ospedaliera, secondo l'assetto organizzativo e funzionale di cui al provvedimento autorizzativo e a quello successivo di accreditamento, che si impegna a mantenere inalterato in ogni sua componente.

1.2) La Struttura si impegna a comunicare con congruo anticipo e, comunque, almeno 60 (sessanta) giorni prima, eventuali sospensioni di funzioni ovvero di attività sanitarie oggetto del presente contratto.

ARTICOLO 2

- Requisiti autorizzativi e di accreditamento -

2.1) La Struttura si impegna a mantenere inalterati nel tempo tutti i requisiti prescritti per il rilascio della autorizzazione e l'ottenimento dell'accREDITAMENTO, previsti dalla normativa statale e regionale vigente.

2.2) Per quanto riguarda più specificatamente i requisiti organizzativi inerenti la dotazione organica, la Struttura si obbliga a garantire l'erogazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, oggetto del presente contratto, con il personale del ruolo sanitario, tecnico e amministrativo specificato nell'allegato elenco che, controfirmato da entrambi gli odierni contraenti, viene qui allegato per costruirne parte integrante e sostanziale (allegato ...).

2.3) La Struttura si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente alla A.S. ogni eventuale e successiva modifica e ad autocertificare, allo scadere di ogni trimestre, il mantenimento dei requisiti organizzativi inerenti la propria dotazione organica.

2.4) Tale autocertificazione potrà comunque essere oggetto di verifica da parte della A.S. L'accertamento del non possesso dei requisiti autorizzativi e/o di accreditamento comporterà la immediata risoluzione del presente contratto, con contestuale comunicazione alla Giunta Regionale per l'adozione dei provvedimenti di competenza.

ARTICOLO 3

- Prestazioni, tipologie, volumi, tariffe e spesa -

3.1) L'A.S. si obbliga ad acquistare dalla Struttura e, quindi, a remunerare per l'anno 2004 alla stessa le prestazioni di assistenza ospedaliera rese a favore dei cittadini-utenti, i cui volumi, le tipologie di prestazioni, le tariffe e i limiti massimi di spesa sono quelli indicati nella tabelle che, allegata² al presente contratto (allegato ...), ne costituiscono parte integrante e sostanziale.

3.2) La Struttura erogatrice accetta i limiti dei volumi di attività e dei tetti di spesa indicati negli allegati e, comunque, previsti nella legge regionale 29 dicembre 2003, n. 30.

ARTICOLO 4

- Sistema tariffario -

4.1) Le prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al precedente articolo 3, che costituiscono l'oggetto del presente contratto, rese a favore degli assistiti, che hanno liberamente scelto la struttura erogatrice, vengono remunerate in base alle tariffe tempo per tempo vigenti stabilite dalla Regione.

4.2) Nel caso in cui le prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al precedente articolo 3, dovessero comunque superare nell'anno 2004 i volumi massimi di attività, determinati a norma

² Le tabelle allegata devono riportare la tipologia e la quantità presunta di prestazioni da acquistare; la tipologia di prestazioni deve obbligatoriamente essere espressa dalla loro individuazione puntuale (per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale come da nomenclatore tariffario vigente; per le prestazioni di assistenza ospedaliera come da classificazione DRG); i volumi massimi di prestazioni sono quelli stabiliti dalla Regione e dalla L.R. n. 30/2003;

dell'art. 1, commi 1 della L.R. n. 30/2003, si provvederà -- nei confronti degli erogatori che avranno splafonato il proprio tetto di spesa previsto nei contratti - al pagamento con abbattimenti progressivi e proporzionali delle corrispondenti tariffe, secondo i criteri stabiliti dalla Giunta Regionale, fermo restando, in ogni modo, il limite massimo di spesa sancito dall'art. 1 della L.R. n. 30/2003.

4.3) Tutte le prestazioni di assistenza ospedaliera, ricomprese nell'allegato 2C, del D.P.C.M. 29 novembre 2001 e riportate nelle tabelle di cui al precedente art. 3, saranno remunerate sulla base delle disposizioni stabilite al riguardo con la deliberazione G.R. n. 591 dell'8 luglio 2002;

4.4) Resta inteso che le prestazioni individuate nella citata deliberazione della G.R. n. 591/2002, qualora erogate in regime ordinario oltre la soglia di ammissibilità, saranno retribuite con le tariffe previste nella stessa deliberazione per il day hospital e il day surgery;

ARTICOLO 5

- Modalità di registrazione e codifica delle prestazioni -

- 5.1) La Struttura si impegna, nell'assoluto rispetto della vigente normativa a tutela della privacy, ad ossequiare ogni indicazione regionale relativa alle modalità di compilazione dei documenti sanitari e amministrativi correlati alle prestazioni erogate in favore dell'utenza.
- 5.2) La Struttura codifica le prestazioni rese, riportando fedelmente quanto contenuto nella cartella clinica, rispettando le modalità di codifica indicate nelle regole di codifica e/o linee guida nazionali e regionali.
- 5.3) L'A.S., oltre ai controlli previsti dalla vigente normativa, potrà compiere nell'ambito della propria attività ordinaria controlli ispirati a criteri di imparzialità e obiettività nella sede della Struttura, al fine di verificare la corretta registrazione e codifica delle prestazioni, alla presenza e in contraddittorio con il Direttore Sanitario della Struttura ovvero con un suo delegato, con l'eventuale assistenza dei clinici responsabili della documentazione oggetto dell'attività di controllo.
- 5.4) Dal controllo sulla documentazione attestante le prestazioni di ricovero può derivare la diversa codifica, ai sensi del DM n. 380/2000, e la diversa classificazione delle prestazioni erogate con la conseguente diversa valorizzazione economica delle prestazioni medesime. In ogni caso la diversa valorizzazione non comporta l'annullamento della prestazione, se documentata.
- 5.5) Nel corso della procedura di controllo, la Struttura ha facoltà di accettare i rilievi effettuati e sinteticamente motivati ovvero, sottoscrivendo l'apposito verbale previsto dalle vigenti disposizioni, di non accettarle.
- 5.6) Su richiesta degli addetti al controllo, deve essere rilasciata copia fotostatica dei documenti oggetto di contenzioso.
- 5.7) In caso di contenzioso, il legale rappresentante della struttura potrà richiedere l'avvio della specifica procedura arbitrale di cui al successivo articolo 10 (dieci).
- 5.8) L'avvio della procedura di conciliazione arbitrale preclude la possibilità di adire la Magistratura competente. Tale procedura dovrà, comunque, concludersi entro e non oltre tre mesi a decorrere dall'avvenuta notifica della contestazione.
- 5.9) La competenza dei controlli è dell'A.S. del luogo in cui è ubicata la Struttura. Essa procederà ai controlli anche sulla base della documentazione relativa ad assistiti di altre Aziende Sanitarie, fatta salva la facoltà per quella di residenza dell'assistito di effettuare controlli sulla documentazione di propria competenza, di concerto con la A.S. di cosiddetta ubicazione della struttura.
- 5.10) Nell'ottica della reciproca collaborazione, le Aziende Sanitarie interessate ad effettuare controlli specifici, su soggetti erogatori ubicati al di fuori del proprio territorio, devono concordare i criteri, le modalità e i tempi delle verifiche con le Aziende Sanitarie di cosiddetta ubicazione delle strutture verificate.
- 5.11) E' fatta salva ogni possibilità di accesso della Regione, preventivamente comunicata anche alla Azienda Sanitaria territorialmente competente, per effettuare ogni forma di verifica e controllo delle prestazioni erogate, secondo quanto previsto da specifiche indicazioni regionali.

ARTICOLO 6

- Sistema aziendale per il miglioramento della qualità -

6.1) Gli odierni contraenti identificano nel miglioramento della qualità dell'assistenza l'obiettivo primario da perseguire in uno spirito di piena collaborazione. A tal fine si rende necessario lo sviluppo di un sistema aziendale di miglioramento della qualità che tuteli le diverse variabili della qualità stessa.

6.2) In particolare, la Struttura si impegna a sviluppare il sistema di qualità aziendale, secondo le direttive regionali, nonché secondo le iniziative sotto indicate:

a) Revisione dei percorsi di cura:

- entro trenta giorni dalla stipula del presente contratto, la Struttura depositerà presso l'Ufficio Verifica e Revisione della Qualità dell'A.S. i protocolli diagnostici e terapeutici adottati;
- tali protocolli dovranno riguardare le patologie più frequenti trattate presso la struttura ovvero le procedure diagnostiche e terapeutiche corrispondente ad almeno il 30% della casistica trattata.

b) Certificazione di qualità:

- la struttura assume tra i propri obiettivi la certificazione dei processi di produzione – erogazione delle prestazioni;
- i termini e le modalità attraverso cui la struttura potrà adeguare la propria organizzazione aziendale alla normativa sulla certificazione di qualità saranno quelli previsti con apposito provvedimento della Giunta Regionale.

c) Appropriatezza dei ricoveri:

- le parti si impegnano affinché sia il ricovero che la sua durata siano oggettivamente adeguati alle necessità diagnostico-terapeutiche e le dimissioni vengano preliminarmente comunicate ai competenti servizi delle Aziende Sanitarie, nonché al medico curante, nel caso in cui il paziente necessiti di assistenza domiciliare ad alto contenuto sanitario- assistenziale;
- la Struttura si impegna ad adottare un protocollo di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri effettuati, intesa quale ricorso appropriato al ricovero;
- il detto protocollo, relativo all'appropriatezza delle prestazioni, andrà depositato presso l'A.S. entro trenta giorni dalla stipula del presente contratto e i risultati dovranno essere trasmessi all'Ufficio qualità dell'A.S. secondo la periodicità concordata.
- se dall'applicazione dello stesso dovessero emergere prestazioni di ricovero inappropriate, l'A.S. contesterà le prestazioni erogate e, conseguentemente, la loro remunerazione, secondo le modalità previste nel presente contratto.

ARTICOLO 7

- Pagamenti -

7.1) La remunerazione delle prestazioni sarà effettuata con acconti mensili del 70% (settantapercento) calcolati sulla produzione accertata e validata (intendendo per tale il totale delle prestazioni del relativo periodo che hanno positivamente superato il controllo formale e di congruità previsto per la SDO, certificato dal dirigente responsabile preposto ai controlli) e a fronte della successiva emissione della fattura di importo corrispondente all'acconto da liquidare;

7.2) Alla fine di ogni trimestre dovrà procedersi ai relativi conguagli, positivi ovvero negativi, sulla base delle risultanze dei controlli effettuati in osservanza di quanto pattuito nel presente contratto, nonché degli eventuali esiti delle attività di controllo svolte dai competenti uffici della A.S. sulla base delle linee guida dettate in materia e di cui alla circolare n. 51103/1998 dall'Assessorato regionale alla Sanità, che si intendono qui integralmente richiamate e confermate, per averne le parti oggi contraenti assunta piena conoscenza;

7.3) L'A.S. potrà sospendere i pagamenti in presenza di violazioni della vigente normativa in materia sanitaria e di quanto stabilito dal presente contratto.

7.4) E' fatta salva, sempre e in ogni caso, la ripetizione delle somme in favore della A.S. delle somme che, sulla base di controlli effettuati in qualunque tempo sull'attività erogata dalla Struttura in forza del presente contratto, dovessero risultare non dovute, in parte ovvero nella sua totalità.

ARTICOLO 8

- Debito informativo -

8.1) La Struttura si obbliga ad adempiere, con diligenza e continuità, al proprio debito informativo nei confronti dell'A.S. e della Regione, nel rispetto dei termini e delle modalità stabilite al riguardo dalla Regione.

8.2) Il mancato adempimento del debito informativo, di cui al precedente punto 8.1), abilita la A.S. a non erogare in favore della Struttura inadempiente gli acconti mensili e, ove permanga l'inadempimento, a non remunerare le prestazioni.

ARTICOLO 9

- Sanzioni -

9.1) Al rapporto disciplinato dal presente contratto si applicano, nelle ipotesi ivi contemplate e allorché se ne verifichino le cause, le individuate decadenze e risoluzioni, nonché quelle previste dalla legislazione statale e regionale e dagli articoli 1453 e seguenti del Codice Civile.

9.2) Ogni inadempienza agli obblighi assunti nel presente contratto dovrà essere tempestivamente contestata dalla A.S. alla Struttura che, entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento del formale atto di contestazione, potrà produrre alla A.S. le proprie controdeduzioni.

ARTICOLO 10

- Controversie -

10.1) Gli odierni contraenti convengono che ogni controversia di natura patrimoniale, che dovesse insorgere in ordine all'applicazione, interpretazione ed esecuzione del presente contratto saranno risolte, in via definitiva, da un Collegio arbitrale composto da tre arbitri.

10.2) Ciascuna delle parti provvederà alla nomina di un arbitro, e i due arbitri così nominati designeranno il Presidente del Collegio arbitrale. In difetto di accordo provvederà alla nomina il Presidente del Tribunale di

10.3) Gli arbitri decideranno secondo diritto in via irrituale

10.4) L'avvio della convenuta procedura di conciliazione arbitrale preclude, in ogni caso, la possibilità di adire la magistratura competente.

10.5) Tale procedura dovrà comunque concludersi entro un periodo non superiore a 90 giorni a decorrere dal momento dell'avvenuta contestazione degli addebiti alla Struttura da parte della A.S.

10.6) Sede dell'arbitrato sarà la sede legale della A.S.

ARTICOLO 11

- Durata e norme di rinvio -

11.1) Il presente contratto ha validità per tutto l'anno 2004, e più esattamente per il periodo intercorrente tra l'1 gennaio 2004 e il 31 dicembre 2004.

11.2) Fino alla stipula dell'eventuale successivo contratto - da concludersi per disciplinare le condizioni del sinallagma che regolerà i rapporti dell'anno successivo e che, pertanto, andrà svolgere la sua efficacia contrattuale a decorrere dall'1 gennaio 2005 - le condizioni oggi convenute con il presente contratto rimangono provvisoriamente confermate senza che, con questo, la Struttura possa maturare al riguardo alcun diritto ovvero alcuna aspettativa.

11.3) Il presente contratto è redatto in triplice copia, una per la Struttura e due per l'A.S., che si preoccuperà tempestivamente di notificarne un esemplare alla Regione Calabria - Dipartimento Sanità.

11.4) Per tutto quanto non previsto nel presente contratto, si fa rinvio alle disposizioni statali e regionali vigenti in materia.

11.5) L'emanazione di norme legislative ovvero regolamentari regionali, nonché di adozione di provvedimenti amministrativi, comunque incidenti sul contenuto della presente scrittura, obbliga sin d'ora le parti oggi contraenti alla rimodulazione della stessa, allo scopo di adattarla alla normativa legislativa e/o regolamentare eventualmente sopravvenuta. In tale eventualità le parti oggi contraenti avranno la facoltà, entro e non oltre 30 giorni dalla pubblicazione dei suddetti sopravvenuti provvedimenti, di recedere con effetto immediato dal presente contratto, a mezzo di comunicazione da notificare all'altra parte.

Letto, confermato e sottoscritto, anche nei suoi allegati.

Firme

Per esplicita approvazione delle clausole contenute negli articoli: 3 (Prestazioni, tipologia, volumi, tariffe e spesa); 5 (Modalità di registrazione e codifica delle prestazioni); 7 (Pagamenti); 9 (Sanzioni) e 10 (Controversie)

Letto, confermato e sottoscritto

Firme