



GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

.....

ESTRATTO DAL PROCEEDO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 21/03/2008

=====

ADDI' 21/03/2008 ALL'ORA 9.00 DELLA REGIONE LAZIO, VIA CRISTOFORO COLOMBO 312 ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE COST' COMPOS'A:

MARAZZO	Pietro	Presidente	FIGNERA	Daniele	Assessore
		Vice			
CONTINO	Esterino	Presidente	NANCINI	Claudio	"
ASTORRE	Enzo	Assessore	MICHELANGELO	Enrico	"
BATTAVIA	Augusto	"	NIERI	Luigi	"
CORROCELLI	Anna Salome	"	RODANO	Giulia	"
COSTA	Silvia	"	TRALDI	Alessandra	"
GALLA	Francesco	"	VALENTINI	Daniela	"
DE ANGELIS	Francesco	"	ZARATI	Filiberto	"
DI STEFANO	Marco	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO: Domenico Antonio GIZUPE

.....

ASSENZI: MICHELANGELO - VALENTINI

DELIBERAZIONE N. 206

Oggetto:

Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere di riabilitazione e lungodegenza medica post-acuzie dei soggetti erogatori privati accreditati per l'anno 2008. Attuazione del piano di rientro di cui all'accordo sottoscritto al sensi dell'art.1, comma 190 L.311/2004; obbligate spese di 2,2.





206 21 MAR. 2008 *ly*

OGGETTO: Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere di riabilitazione e lungodegenza medica post acuzie dei soggetti erogatori privati accreditati per l'anno 2008. Attuazione del Piano di rientro di cui all'accordo sottoscritto ai sensi dell'art. 1 comma 180 L. 311/2004: obiettivo specifico 2.2

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta del Presidente della Regione e dell'assessore alla sanità

VISTO il D.L.gs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria" che disciplina il sistema di finanziamento a quota capitaria da assicurare alle Regioni per garantire livelli uniformi di assistenza e introduce il sistema di finanziamento e di remunerazione a prestazione dei soggetti pubblici e privati che erogano assistenza sanitaria nonché il principio delle libertà di scelta da parte dell'assistito delle strutture eroganti;

PRESO ATTO del D.L.vo 229/99 che, prevedendo norme attuative da parte del Governo Centrale e di quello regionale, ribadisce l'obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato di prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione;

VISTA la Legge finanziaria dello Stato 2005 n. 311 del 30/12/2004;

VISTA la Legge finanziaria dello Stato 2006 n. 266 del 23/12/2005;

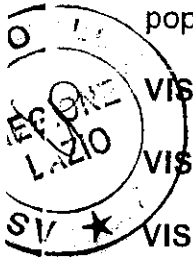
VISTA la Legge finanziaria dello Stato 2007 n. 296 del 27/12/2006;

VISTA la Legge finanziaria dello Stato 2008 n. 244 del 24/12/2007;

VISTA la DGR 731 del 4 agosto 2005 avente ad oggetto: Ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2005. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero per l'anno e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2005. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale.

VISTA la DGR 143 del 22 marzo avente ad oggetto: Ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2006. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero per l'anno e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2006. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa territoriale.

CONSIDERATO che la Regione Lazio per aver maturato nel tempo disavanzi di gestione non ripianabili entro il 31 maggio 2006 e per aver accertato un livello di indebitamento del settore sanitario di rilevante consistenza si è trovata nella condizione di dover stipulare l'accordo previsto nell'art. 1 comma 180 della legge finanziaria dello





206 21 MAR. 2008 lu

~~Stato 2005 n. 311 del 30/12/2004 e di ~~2004~~ ottemperare a tutti gli obblighi ivi disciplinati per le Regioni in squilibrio economico finanziario;~~

VISTO l'accordo sottoscritto il 28 febbraio 2007 dal Ministero della Salute, dal Ministero dell'Economia e dal presidente della regione Lazio per l'approvazione del Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1 comma 180 della L. 30 dicembre 2004 n. 311;

CONSIDERATO che gli interventi individuati dal Piano di rientro sopraccitato sono per la Regione Lazio vincolanti ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera b della legge 27 dicembre 2006 n. 296,

VISTA la DGR n. 149 del 06.03.2007 con la quale è stato approvato l'accordo sottoscritto in data 28.02.07 ed il piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario della Regione Lazio allo stesso allegato quale parte integrante, di prossima pubblicazione;

ATTESO che il predetto piano di rientro prevede obiettivi generali e specifici all'interno dei quali sono sviluppati obiettivi operativi ed interventi con l'indicazione, per ognuno di essi dei tempi e dei modi di realizzazione;

TENUTO CONTO che, nel quadro generale di riferimento rappresentato dagli obiettivi individuati in sede di Piano di rientro, trovano la propria naturale collocazione anche gli adempimenti connessi all'attuazione della L.R. n.4/03 in materia di accreditamento istituzionale;

VISTA, quindi, la legge regionale 3 marzo 2003, n.4, "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio – sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali", e successive modificazioni ed integrazioni nonché i relativi provvedimenti amministrativi di attuazione in materia di autorizzazione ed accreditamento istituzionale, così come di seguito riportati:

- DGR n.424 del 14 luglio 2006: "Legge regionale 3 marzo 2003 n.4 "Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie";
- RR n.2 del 27 gennaio 2007: e successive modificazioni: "Disposizioni relative alla verifica di compatibilità ed al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, in attuazione dell'articolo 5, comma 1, lett. b), della legge regionale 3 marzo 2003, n.4 (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali);
- DGR n.160 del 13 marzo 2007: "Stato di attuazione dei procedimenti amministrativi in materia di edilizia sanitaria e modalità e termini per l'adeguamento delle strutture e delle attività sanitarie e socio sanitarie ai requisiti autorizzativi di cui all'art.5, comma 1, lett. a), L.R. n.4/03 e successive modificazioni ed integrazioni";
- DGR n.636 del 3 agosto 2007 avente per oggetto: "Attuazione Piano di rientro ex DGR n.149/07 (intervento 1.1.4) – "Approvazione dei principi per la stesura del





206 21 MAR. 2008 lu

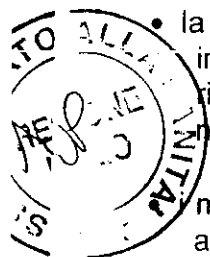
~~regolamento di accreditamento istituzionale nella Regione Lazio~~; e "Requisiti ulteriori - parte generale per l'accreditamento istituzionale nella Regione Lazio";

- RR n.13 del 13 novembre 2007 avente per oggetto: "Disposizioni relative alle procedure per la richiesta ed il rilascio dell'accreditamento istituzionale, in attuazione dell'articolo 13, comma 3, della legge regionale 3 marzo 2003, n.4 (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali)";
- DGR n.885 del 9 novembre 2007 avente per oggetto: Attuazione Piano di rientro ex deliberazione Giunta regionale n.149/07 (intervento 1.1.4). Legge regionale n.4/03 in materia di autorizzazione, accreditamento ed accordi contrattuali. Adempimenti propedeutici all'introduzione del regime di accreditamento istituzionale";

TENUTO CONTO, da un punto di vista procedurale, che:

- la predetta L.R. n.4/03, in particolare, ha articolato il percorso di progressiva attivazione del sistema di accreditamento istituzionale sul territorio regionale in tre distinte fasi, cronologicamente successive e logicamente coerenti, riguardanti, rispettivamente, il preventivo conseguimento, da parte del soggetto erogatore, dei requisiti minimi autorizzativi, il seguente raggiungimento degli ulteriori requisiti di qualità e la finale sottoscrizione degli accordi contrattuali;
- la competente Direzione Regionale dell'Assessorato alla Sanità si trova, al momento, impegnata nelle procedure concernenti la prima delle succitate fasi, con particolare riferimento agli adempimenti connessi alla verifica e conferma del titolo autorizzativo nei confronti dei soggetti di cui all'art.20, comma 1, della L.R. n.4/03;
- i menzionati adempimenti, ai sensi dell'art.14 della L.R. n.4/03, risultano propedeutici all'avvio della seconda fase di cui sopra, relativa alle procedure riguardanti il rilascio del provvedimento di accreditamento istituzionale ai soggetti autorizzati ex art.7 della stessa legge che ne facciano richiesta;
- la succitata DGR n.885/07 ha provveduto, a tal proposito, a fissare il termine per la presentazione, da parte dei soggetti interessati, dell'istanza volta al rilascio del provvedimento di accreditamento istituzionale, secondo le modalità previste all'interno del RR n.13/07;
- i successivi adempimenti posti a carico dell'Amministrazione regionale e della Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica ai sensi degli artt.7, 8 e 9 del RR n.13/07, sono stati rinviati al preventivo rilascio in favore del soggetto istante del titolo autorizzativo, al termine dell'iter autorizzatorio di cui all'art.20, comma 1, della L.R. n.4/03, così come previsto dalla DGR n.885/07 e dalla stessa legge regionale n.4/03 all'art.14, comma 1;
- nelle more della realizzazione delle prime due fasi del percorso sopra descritto, non risulta ancora emanato il provvedimento di cui all'art.19 della L.R. n.4/03 in materia di determinazione della disciplina degli accordi contrattuali;

PREMESSO, inoltre, che:





206 21 MAR. 2008 *uz*

- ~~la fissazione dei limiti dei tetti di spesa costituisce oggetto di atto autoritativo di esclusiva competenza della Regione e rappresenta, quindi, un preciso ed ineludibile obbligo dettato da insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica secondo gli obiettivi fissati dal Piano di rientro ex DGR 149/2007;~~
- in tale contesto l'Amministrazione regionale è chiamata ad operare scelte redistributive di risorse limitate;
- nel settore sanitario, in particolare, a fronte della garanzia costituzionale del diritto alla salute, ed alla conseguente necessità che l'Amministrazione appronti un apparato organizzativo per l'erogazione delle relative prestazioni, si pone l'esigenza di disciplinare e selezionare le attività di assistenza, in ragione della limitatezza delle risorse finanziarie scaturente sia dalla rilevante complessità delle relazioni giuridiche facenti capo allo Stato sociale (in ragione della presenza di plurimi interessi pubblici tutelati, concorrenti e talora antagonisti), sia dalla necessità di orientare le politiche di spesa, tenendo conto del vincolo costituito dal parametro comunitario e, in particolare, dal c.d. patto di stabilità economica e finanziaria;

TENUTO CONTO, inoltre, che:

- l'esercizio delle funzioni di cui sopra trovano terreno di confronto anche con le ragioni degli imprenditori del settore, e con la garanzia costituzionale del diritto d'impresa;
- in proposito se per un verso tale garanzia implica che l'attività imprenditoriale possa esercitarsi anche nel settore delle prestazioni sanitarie (escludendo un monopolio della sanità pubblica), essa tuttavia non comporta che, nell'organizzazione delle linee di programmazione proprie della Pubblica Amministrazione, le richiamate esigenze di tutela della salute risultino recessive rispetto all'interesse imprenditoriale alla massima espansione dell'attività;

il limite quantitativo riferito ad ogni singola struttura, in particolare, non comprime l'efficienza d'impresa, sia perché questa si misura – fisiologicamente - sulla base di parametri economici non necessariamente dipendenti dai flussi finanziari derivanti dai proventi di natura pubblica; sia perché è proprio la limitazione riferita ad ogni singola struttura ad impedire la creazione di posizioni monopolistiche e a consentire l'accesso al mercato di una pluralità di soggetti operanti nel settore;

CONSIDERATO, a fronte di quanto sopra, che:

- la Regione Lazio, in qualità di soggetto unico programmatore e definitore dei tetti di spesa in materia sanitaria, ha ritenuto, in esecuzione degli obiettivi di cui al Piano di rientro, di procedere alla predisposizione di un modello contrattuale, da far sottoscrivere ai soggetti privati erogatori di prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Regionale, in coerente perseguimento degli obiettivi posti dal Piano di rientro, ponendo su basi di maggiore e compiuta certezza i rapporti tra le ASL e gli erogatori privati accreditati tale da rendere uniforme e trasparente il relativo rapporto intercorrente con l'Amministrazione stessa e con l'Azienda USL, anche al fine di evitare il successivo eventuale sorgere di ipotesi di contenzioso;
- in particolare si è inteso favorire, anche attraverso un puntuale confronto volto, ove possibile, alla finale condivisione con le Associazioni di categoria del contenuto della suddetta fattispecie, la piena conoscenza da parte del soggetto aderente dei presupposti, dei limiti e delle modalità operative connesse ad una corretta erogazione delle prestazioni, in conformità con i limiti imposti dai tetti di spesa, richiedendo in tal senso il consenso e l'adesione dello stesso al sistema ed agli obiettivi di risparmio delineati dalle linee regionali di programmazione;





206 21 MAR. 2008 *lls*

- la sottoscrizione del suddetto modello contrattuale rappresenta per la Regione Lazio presupposto necessario perché l'erogatore possa, nell'ambito del budget assegnato, continuare a svolgere prestazioni per conto e a carico del Servizio Sanitario Regionale;
- in ragione del rapporto fiduciario che deve legare all'erogatore all'Amministrazione pubblica, la Regione Lazio riserva, inoltre, di non procedere alla stipulazione del contratto in questione con i soggetti che tale rapporto abbiano pregiudicato, attraverso comportamenti scorretti e temerari, eccedenti la legittima difesa propri interessi, non riconducibili dunque alla mera impugnativa di atti e provvedimenti.

EVIDENZIATO che con siffatta operazione la Regione, nel pieno rispetto della relazione fiduciaria posta alla base dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto di accreditamento provvisorio:

- ha posto l'erogatore nella condizione di poter chiaramente ed autonomamente valutare, in via preventiva rispetto all'effettiva erogazione delle prestazioni, la relativa copertura rispetto alle risorse disponibili nel Fondo Sanitario Regionale, nel rispetto delle scelte imprenditoriali da effettuarsi nel corso del periodo di riferimento e della salvaguardia della continuità assistenziale da assicurarsi per tutta la durata di vigenza del contratto stesso;
- ha inteso avviare un percorso di omogeneizzazione delle procedure riguardanti i rapporti tra soggetti erogatori ed Aziende USL, al fine di pervenire alla progressiva eliminazione dei potenziali elementi di reciproca conflittualità;

TENUTO CONTO che:

- il suddetto modello contrattuale, elaborato dalla competente struttura della Direzione Programmazione sanitaria politiche della Prevenzione sicurezza del lavoro, in collaborazione con la Cabina di Regia e con l'ausilio di una professionalità esterna, è stato sottoposto alla valutazione delle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative dei settori ospedaliero e ambulatoriale privato accreditato; dal menzionato processo di confronto e condivisione è scaturito un modello contrattuale uniforme, per lo svolgimento di prestazioni sanitarie ospedaliere;



VISTO il D.M. del 12 settembre 2006;

VISTA la DGR 266 del 16 aprile 2007 con la quale sono stati approvate le linee per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio con i criteri di accesso alle prestazioni di riabilitazione post-acuzie ospedaliere;

VISTA la DGR 436 del 19 luglio 2007 avente ad oggetto "Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere e di assistenza specialistica ambulatoriale dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2007. Attuazione del Piano di Rientro di cui all'accordo sottoscritto ai sensi dell'art. 1 comma 180 legge 311/2004: obiettivi specifici 1.2, 1.3, 2.2";

RILEVATA la necessità di procedere per il 2008 alla definizione dei sistemi tariffari, all'ammontare dei volumi di prestazioni e dalla conseguente determinazione della remunerazione spettante ai soggetti privati accreditati con il SSR erogatori di prestazioni ospedaliere;

VISTA la L.R. 26 del 29/12/2007 "Finanziaria regionale per l'esercizio 2008";



206 21 MAR. 2008

PRESO ATTO dei vincoli di bilancio definiti per l'assistenza ospedaliera dalla suddetta Legge Regionale che determina in 1.465 milioni di euro il livello massimo di finanziamento del livello di assistenza ospedaliera per acuti, di riabilitazione post acuzie e di lungodegenza medica;

RILEVATO che nei mesi di febbraio e marzo 2008 si sono susseguiti incontri con le Associazioni rappresentative delle strutture di che trattasi;

PRESO ATTO della nota prot. 2060/ASP/DG del 14.03.2008 con cui l'Asp Lazio Sanità ha trasmesso la nota tecnica sui criteri adottati e l'elenco dei budget per singolo soggetto erogatore;

RITENUTO pertanto di procedere alla determinazione della remunerazione delle prestazioni di riabilitazione post- acuzie erogate dai soggetti privati secondo la capacità produttiva massima – comprensiva quindi anche delle prestazioni erogate a residenti fuori Regione - tenendo conto, per ciascun soggetto erogatore, dei posti letto accreditati ordinari e day hospital di cui alla DGR 143/06, delle giornate annue erogabili su detti posti letto e del case mix tariffario di cui allegato 1;

RITENUTO per quanto riguarda le tariffe di confermare le tariffe ex DGR 436/07 applicando variazioni di remunerazione sulla base della classificazione dei soggetti erogatori, come specificato nell'allegato 1 che fa parte integrante del presente provvedimento;

RITENUTO per i ricoveri relativi alla MDC 1 erogati nell'ambito del reparto Riabilitazione neurologica (cod. 75) di applicare la tariffa per il regime ordinario pari a 367,29 euro, per regime di day hospital pari a 312,20 euro, corrispondenti rispettivamente al valore della TUC ed all'85% del medesimo valore;

RITENUTO quindi di prevedere per l'anno 2008 i budget delle strutture private accreditate erogatrici di prestazioni di riabilitazione post-acuzie secondo quanto definito, sulla base dei criteri e delle tariffe sopra menzionati, nell'allegato 1 bis che fa parte integrante della presente deliberazione;

CONSIDERATO che per quanto riguarda l'IRCCS privato S. Lucia il budget 2008 tiene conto delle prestazioni stimate del codice 75;

RITENUTO per quanto riguarda la lungodegenza medica di confermare i criteri previsti dalla DGR 436/07 riepilogati nell'allegato 1 che fa parte integrante del presente provvedimento;

RITENUTO di definire i budget 2008 della lungodegenza medica – comprensivi delle prestazioni erogate ai fuori Regione - delle strutture private accreditate erogatrici di prestazioni di lungodegenza medica secondo quanto indicato nell'allegato 1 ter che fa parte integrante della presente deliberazione;

CONSIDERATO inoltre la necessità di procedere ad una puntuale verifica dei pp.II. individuati dalla DGR 143/06 per riabilitazione post-acuzie e lungodegenza medica, che devono obbligatoriamente corrispondere ai pp.II. previsti nei relativi provvedimenti di autorizzazione e accreditamento e ai valori riferiti all'operatività degli stessi pp.II.;



206 21 MAR. 2008 *lu*

PRESO ATTO altresì della nota 3581 del 28 febbraio 2008 con cui la Direzione Programmazione sanitaria ha già avviato una fase di ricognizione di tutti gli eventuali rapporti convenzionali tra le AASSLL e soggetti privati autorizzati finalizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie a carico del S.S.R. , che non possono comunque dare origine ad attività riconducibili, neanche in via analogica, a rapporto di accreditamento;

RITENUTO pertanto che l'esito delle verifiche di cui sopra potrebbe - oltre che ricondurre il numero dei pp.ll a quelli effettivamente risultanti dai relativi provvedimenti amministrativi di cui sopra - determinare variazioni positive e negative nella consistenza dei budget attribuiti ai soggetti erogatori, alla cui eventuale ridefinizione si procederà con successivo e separato provvedimento, fermo restando il vincolo economico di cui all'art. 43 della L.R. finanziaria del 28/12/2007;

PRESO ATTO della nota del 21 marzo 2008 prot. 31612 della Direzione Regionale risorse Finanziarie e Investimenti nel SSR in cui si chiede una prima ed urgente verifica dei posti letto di riabilitazione post acuzie provvisoriamente accreditati e dei relativi provvedimenti di autorizzazione;

PRESO ATTO della nota di risposta del 21 marzo 2008 dell'area accreditamento della Direzione regionale Programmazione Sanitaria in cui vengono trasmessi tutti i dati relativi ai pp.ll. autorizzati ed accreditati di riabilitazione post acuzie e lungodegenza medica rinviando in tempi brevissimi ad un lavoro ricognitivo congiunto

RILEVATA pertanto la necessità di provvedere in tempi brevissimi e comunque entro 30 giorni dal presente provvedimento ad una puntuale ricognizione dei pp.ll. effettivamente autorizzati ed accreditati

RITENUTO necessario istituire un fondo speciale pari ad euro 25.784.394 finalizzato a:

- la remunerazione degli accordi di produzione con gli IRCCS;
- la remunerazione a consuntivo del differenziale tariffario per le prestazioni di riabilitazione speciale (riabilitazione su posti letto di lungodegenza);
- la remunerazione a consuntivo del differenziale tariffario per le prestazioni complesse;
- il riconoscimento di ulteriori posti letto derivanti dalle ricognizioni in atto di cui al dispositivo del presente provvedimento, la quantificazione e l'individuazione di ulteriori giornate erogabili in ragione della diversa utilizzazione degli stessi ;

VISTA la determinazione DE 1598/06 con cui, in attuazione della DGR 143 del 22 marzo 2006 sono stati regolamentati, a partire dall'anno 2006, il sistema di fatturazione e le relative procedure di liquidazione da parte delle ASL delle prestazioni ospedaliere, di specialistica ambulatoriale, disciplinanti, tra l'altro, le modalità di esclusione dalla remunerazione delle prestazioni erogate oltre i tetti stabiliti;

RITENUTO di confermare anche per l'anno 2008 quanto previsto dalla DGR 143/2006 allegato 9 relativamente ai pazienti che - sulla base della valutazione espressa al momento della dimissione dalla struttura di lungodegenza medica - necessitano di altro tipo di assistenza (residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare) la ASL di residenza dovrà garantire una rapida ed appropriata risposta assistenziale. La struttura erogatrice dovrà comunicare per tempo (almeno con una settimana di anticipo) l'esito



206 21 MAR. 2008 *llg*

della valutazione alla ASL sul cui territorio insiste che, previa verifica delle condizioni sanitarie del paziente da effettuarsi entro la data prevista per la dimissione, ne darà informazione alla ASL di residenza del paziente cui compete di assicurare la continuità assistenziale.

RITENUTO quindi solo nei casi eccezionali in cui il paziente sia dimissibile per condizioni cliniche ma si valuti necessario il trasferimento diretto in una struttura residenziale territoriale – al momento non disponibile – le giornate di degenza presso la struttura di lungodegenza medica post acuzie oltre i 60 giorni potranno essere remunerate alla tariffa 100% della tariffa ex DM 12.09.2006 per compensare le difficoltà organizzative che la struttura potrebbe incontrare per effetto del mancato turn over dei pazienti connesso alle loro condizioni cliniche.;

CONSIDERATO che sono state esperite le procedure di informazione sentendo le diverse Associazioni di categoria che hanno presenziato ai diversi incontri tenutisi nei mesi di febbraio e marzo 2008, durante i quali le stesse sono state ampiamente informate dei contenuti del presente provvedimento;

PRESO inoltre atto che il contenuto del presente provvedimento è stato trasmesso il giorno 19 marzo 2008 in formato elettronico alle Associazioni coinvolte (ARIS e AIOP), con invito a far pervenire, entro le ore 12 del giorno 21 marzo osservazioni e/o proposte

VISTO l'articolo 3, comma 8, dell'Accordo sottoscritto in data 28 febbraio 2007 dal Presidente della Regione e dai Ministri della Salute e dell'Economia, il quale prevede che, in casi di "somma urgenza", la Regione, derogando all'onere della preventiva approvazione, sancito al comma 6 del medesimo articolo, può procedere direttamente all'adozione dei provvedimenti, ancorché il parere congiunto dei Ministri della Salute e dell'Economia non sia ancora pervenuto, fatta salva l'adozione di eventuali modifiche ed integrazioni che dovessero rendersi necessarie e/o opportune a seguito del recepimento del citato parere congiunto;

CONSIDERATA la straordinaria urgenza di dover provvedere all'adozione del presente provvedimento;

All'unanimità

DELIBERA

per quanto espresso in premessa che qui si intende integralmente riportato ed approvato:

206 21 MAR. 2008 *lu*

1. di approvare il sistema di remunerazione per l'anno 2008 delle prestazioni ospedaliere di riabilitazione post-acuzie e lungodegenza medica dei soggetti erogatori privati, così come descritti in premessa, nonché i criteri contenuti nell'allegato 1 che forma parte integrante del presente provvedimento;
2. di definire per singolo soggetto erogatore i budget di prestazioni di ricovero ospedaliero di riabilitazione post acuzie e lungodegenza medica secondo quanto riportato negli allegati 1 bis e 1 ter che fanno parte integrante del presente provvedimento, nonché di approvare la tabella di raccordo "allegato 2" che fa parte integrante del presente provvedimento
3. di approvare il modello contrattuale così come descritto nelle premesse, che costituisce parte integrante del presente provvedimento, concernente la disciplina dello svolgimento di prestazioni sanitarie ospedaliere per acuti per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale;
4. di sospendere lo svolgimento delle prestazioni per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale da parte di quegli erogatori che, sebbene convocati, si rifiutino di procedere alla stipula del contratto predetto entro il 15.04.08 con contestuale immediata attivazione di contraddittorio con il soggetto interessato, al fine di verificare le motivazioni della mancata adesione e la sussistenza dei presupposti per la prosecuzione del rapporto di accreditamento. *lu*

CA
TA
3
ASSESSOR



Allegato 1



Allegato 1 bis



Allegato 1 ter



contratto_ospedaliere
a_riabilitazione_7_ma



tabella_raccordo_ospedaliera.xls

IL PRESIDENTE: F.to Pietro MARRAZZO
IL SEGRETARIO: F.to Domenico Antonio CUZZUPA





Allegato 1



ALLEG. alla DELIB. N. 206 *ly*
DEL 21 MAR. 2008

Nota tecnica sui criteri adottati per la determinazione dei budget 2008 soggetti privati accreditati erogatori di prestazioni ospedaliere di riabilitazione post- acuzie e lungodegenza medica

1. MODALITA' DI DETERMINAZIONE DEL BUDGET RIABILITAZIONE POST-ACUZIE

Il budget di ciascun soggetto erogatore privato accreditato è stato predisposto sulla base della capacità produttiva massima, tenendo quindi conto, per ciascun soggetto erogatore, dei posti letto accreditati ordinari e day hospital di cui alla DGR 143/06, delle giornate annue erogabili su detti posti letto e del case mix tariffario determinato con le tariffe di seguito esplicitate rispetto le prestazioni erogate nell'anno 2006 - non essendo ancora definitivo il dato di produzione 2007.

Per le degenze ordinarie il massimo di giornate erogabili viene conteggiato per ciascun letto considerando il tasso massimo di occupazione annuo pari al 100% su 365 giorni l'anno; mentre per il DH - considerando un massimo di 2 presenze giornaliere sullo stesso 'posto letto equivalente' ed escludendo le domeniche e le festività riconosciute - il massimo delle giornate/accessi erogabili si ottiene moltiplicando il numero dei posti letto per 365 e per 1,7.

1.2. TARIFFE APPLICATE

Le tariffe della riabilitazione ospedaliera sono quelle di cui alla DGR 436/07 a cui sono state applicate le seguenti variazioni di remunerazione sulla base della classificazione dei soggetti erogatori:

- classe A:
 - regime ordinario (ad eccezione dei ricoveri relativi alla MDC 1 nell'ambito delle strutture di neuroriabilitazione - cod. 75): **tariffe ex DGR 436/07**
 - regime di day hospital (ad eccezione dei ricoveri relativi alla MDC 1 nell'ambito delle strutture di neuroriabilitazione -cod. 75) : **85%** delle corrispondenti tariffe previste per il regime ordinario

- classe B:
 - regime ordinario: **95%** della tariffa prevista per la classe A
 - regime di day hospital : **85%** delle corrispondenti tariffe previste per il regime ordinario

- Per i ricoveri relativi alla MDC 1 erogati nell'ambito del reparto Riabilitazione neurologica (cod. 75) la tariffa per il regime ordinario è pari a 367,29 euro, per il regime di day hospital è pari a 312,20 euro, corrispondenti rispettivamente al valore della TUC ed all'85% del medesimo valore.



regime	MDC	TARIFFE	
		Classe A	Classe B
Ordinario	mdc 1 eccetto cod. 75	261,84	248,75
	mdc 5	251,00	238,45
	mdc 4	230,86	219,32
	mdc 8	237,05	225,20
	altre mdc	201,42	191,35
Day Hospital	mdc 1 eccetto cod. 75	222,56	211,44
	mdc 5	213,35	202,68
	mdc 4	196,23	186,42
	mdc 8	201,49	191,42
	altre mdc	171,21	162,65
Ordinario	mdc 1 cod. 75	367,29	-
Day Hospital	mdc 1 cod. 75	312,20	-



1.3 RIDUZIONI DELLA TARIFFA ED INCENTIVI

Sono confermate le riduzioni di tariffa e gli incentivi definiti con DGR 143/2006 e, in particolare, l'abbattimento della tariffa del 40% per i ricoveri superiori ai sessanta giorni nella disciplina individuata con codice 56.

Le prestazioni di riabilitazione erogabili dai reparti di lungodegenza definiti con DGR 143/2006, in favore dei pazienti affetti dalle patologie indicate al punto 1.5 dell'allegato 9 della stessa delibera, sono confermate, con remunerazione pari al 100% di quanto previsto per la appropriata e corrispondente MDC.



2. MODALITA' DI DETERMINAZIONE DEL BUDGET LUNGODEGENZA MEDICA

Il budget per singolo erogatore è stato predisposto sulla base della capacità produttiva massima. Tutti i budget, essendo riferiti alle capacità produttive massime, sono comprensivi delle prestazioni erogate a pazienti non residenti nel Lazio.

2.1 TARIFFE APPLICATE

Sono applicate le tariffe di cui alla DGR 436/07:

- 100% della tariffa ex DM 12.09.2006, con abbattimento del 30% dopo il 60° giorno, per i ricoveri avvenuti entro 30 giorni dalla dimissione per evento acuto documentata attraverso il SIO;
- 70% della tariffa sopra indicata per gli altri casi.

3. ATTIVITÀ PER POST-ACUTI - FONDO SPECIALE

E' istituito un fondo speciale pari ad euro 25.784.394 finalizzato a:

- la remunerazione degli accordi di produzione con gli IRCCS
- la remunerazione a consuntivo del differenziale tariffario per le prestazioni di riabilitazione speciale (riabilitazione su posti letto di lungodegenza)
- la remunerazione a consuntivo del differenziale tariffario per le prestazioni complesse
- il riconoscimento di ulteriori posti letto derivanti dalle ricognizioni in atto di cui al dispositivo del presente provvedimento, la quantificazione e l'individuazione di ulteriori giornate erogabili in ragione della diversa utilizzazione degli stessi

Si conferma anche per l'anno 2008 quanto previsto dalla DGR 143/2006 allegato 9 relativamente ai pazienti che - sulla base della valutazione espressa al momento della dimissione dalla struttura di lungodegenza medica - necessitano di altro tipo di assistenza (residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare) la ASL di residenza dovrà garantire una rapida ed appropriata risposta assistenziale. La struttura erogatrice dovrà comunicare per tempo (almeno con una settimana di anticipo) l'esito della valutazione alla ASL sul cui territorio insiste che, previa verifica delle condizioni sanitarie del paziente da effettuarsi entro la data prevista per la dimissione, ne darà informazione alla ASL di residenza del paziente cui compete di assicurare la continuità assistenziale.

Solo nei casi eccezionali in cui il paziente sia dimissibile per condizioni cliniche ma si valuti necessario il trasferimento diretto in una struttura residenziale territoriale - al momento non disponibile - le giornate di degenza presso la struttura di lungodegenza medica post acuzie oltre i 60 giorni potranno essere remunerate alla tariffa 100% della tariffa ex DM 12.09.2006 per compensare le difficoltà organizzative che la struttura potrebbe incontrare per effetto del mancato turn over dei pazienti connesso alle loro condizioni cliniche.



allegato 1 bis

budget 2008 dei soggetti erogatori
privati accreditati per la riabilitazione
post-accuzie

ALLEG. alla DELIB. N. 206 del
DEL 21 MAR. 2008

Istituto	tipo	classe riab DGR1061	POSTI LETTO DGR 143		CASE-MIX		BUDGET 2008
			ORD	DH	ORO	OH	
013 centro riabilitazione e Assistenza di Nepi	7	B	30	10	232	196	3.753.456
015 Villa Immacolata	7	B	157	-	235	-	13.490.561
082 Villa delle Querce	7	B	151	-	225	-	12.412.894
087 Policlinico Italia	7	B	90	30	229	193	11.108.937
088 Medicus Hotel Monteripoli	7	B	90	10	234	200	8.937.171
089 Nuova Clinica Latina	7	B	19	2	234	200	1.874.089
104 Villa Fulvia	7	A	200	42	244	202	23.100.788
115 Santa Famiglia	7	B	22	2	238	203	2.163.083
126 San Giuseppe	7	A	20	-	236	-	1.724.092
130 Villa Sandra	7	A	200	30	245	210	21.788.168
131 Villa dei Pini	7	B	49	5	230	197	4.721.975
135 Mater Misericordiae	7	B	47	-	229	200	3.935.200
146 Santa Rita da Cascia	7	B	45	-	228	-	3.740.228
148 San Raffaele Nomentana	7	A	77	7	258	218	8.202.070
168 San Raffaele Portuense	7	A	86	10	255	216	9.357.434
176 Istituto Neurotraumatologico Italiano	7	B	93	7	241	211	9.090.439
179 Ancelle del Buon Pastore	7	B	75	-	228	-	6.228.455
180 Aurelia Hospital	7	B	81	9	228	192	7.741.675
186 Nomentana Hospital	7	B	169	-	230	-	14.187.660
196 San Raffaele di Velletri	7	A	225	30	249	207	24.270.919
199 Villa Danta	7	B	54	-	238	203	4.692.566
212 Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologi	7	B	185	5	238	199	16.692.453
214 Istituto Fisioterapico Clara Franceschini	7	A	96	-	248	-	8.704.263
273 Villa Luana	7	B	37	-	233	-	3.149.829
277 San Raffaele Cassino	7	A	120	40	256	218	16.632.512
278 Villa Silvana	7	B	40	5	232	207	4.035.258
279 INI Città Bianca	7	B	113	-	237	-	9.794.062
328 Don Gnocchi	7	B	30	-	232	-	2.539.482
905 Policlinico A. Gemelli	32	A	46	-	248	-	4.170.558
915 Campus Ejiomedico	32	A	20	-	239	-	1.744.143
909 Fondazione Santa Lucia *	42	A	296	24	254	208	39.428.857
910 San Raffaele Pisana	42	A	252	30	251	205	26.880.987
TOTALE			3.186	288	7.403	3.889	330.294.262
politrici privati							
	32		69	-	487	-	5.914.701
irccs privati							
	42		548	54	505	413	66.309.844
cdc							
	7		2.571	234	6.411	3.476	258.069.717
Totale			3.185	288	7.403	3.889	330.294.262

fondo privati	26.784.394
Totale privati	356.078.666

* Il budget del Santa Lucia è comprensivo della valorizzazione stimata del codice 75



Handwritten signature

ALLEGATO 1 TER

ALLEG. alla DELIB. N. 206 *ly*

DEL 21 MAR 2008

BUDGET LUNGODEGENZA MEDICA

istituto		tipo	posti letto	BUDGET 2008
013	Centro Riabilitazione e Assistenza Nepi	7	40	2.013.252
015	Villa Immacolata	7	39	1.962.921
079	Villa Domelia	7	39	1.962.921
082	Villa delle Querce	7	106	5.335.119
113	Villa Pia	7	47	2.365.571
122	San Raffaele Rocca di Papa	7	95	4.781.474
131	Villa dei Pini	7	90	4.529.818
139	Clinica Latina	7	33	1.660.933
149	Villa Nina	7	80	4.026.505
162	Ns. Signora del Sacro Cuore	7	60	3.019.878
163	San Feliciano	7	36	1.811.927
179	Ancelle del Buon Pastore	7	70	3.523.191
186	Nomentana Hospital	7	175	8.807.979
196	San Raffaele di Velletri	7	60	3.019.878
197	Climatico Santo Volto	7	24	1.207.951
262	Villa Maria Immacolata	7	64	3.221.204
264	Villa Verde	7	80	4.026.505
277	San Raffaele Cassino	7	120	6.039.757
TOTALE			1.258	63.316.784

policlinici privati	32	
irccs privati	42	
classificati	5	
cdc	7	63.316.784
		63.316.784



ly

allegato 2

ALLEG. alla DELIB. N. 206
 DEL 21 MAR. 2008

lu

tabella di raccordo del livello di ASSISTENZA OSPEDALIERA DA PRIVATO

	ospedaliera				
	acuti	riabilit	lungodeg	funzioni	totale osp
Gemelli	252.137.863	4.170.558	0	75.375.447	331.683.868
Campus	44.904.815	1.744.143	0	8.397.027	55.045.985
IDI	36.142.455	0	0	4.506.413	40.648.868
classificati (totale)	250.859.934	0	0	14.946.027	265.805.961
San Giovanni Calibita - FBF	52.435.490	0	0	4.442.955	56.878.445
Madre G. V. Figlia di S. Camillo	33.457.149	0	0	5.391.063	38.848.212
Israelitico	24.900.079	0	0	0	24.900.079
San Pietro - FBF	58.312.275	0	0	5.112.009	63.424.284
San Carlo di Nancy	31.731.345	0	0	0	31.731.345
Cristo Re	23.240.381	0	0	0	23.240.381
Regina Apostolorum	26.783.215	0	0	0	26.783.215
S. Raffaele Pisana	2.340.580	26.880.987	0	0	29.221.567
S. Lucia	0	39.428.857	0	0	39.428.857
fondo speciale riabilitazione(di cui 2 milioni dal livello "riabilitazione ex art. 26")	0	25.784.394	0	0	25.784.394
cdc	344.137.553	258.069.717	63.316.784	11.782.970	677.307.024
Neonato Sano	2.000.000				2.000.000
TOTALE PRIVATI	932.523.199	356.078.656	63.316.784	115.007.884	1.466.926.524
fondo neonato sano da livello "altra assistenza"	5.400.000				5.400.000

9



h



ALLEG. alla DELIB. N. 206 *ly*
DEL 21 MAR. 2008

**Contratto per lo svolgimento di prestazioni sanitarie di assistenza
ospedaliera di riabilitazione per conto e a carico del Servizio Sanitario
Nazionale**

P *(handwritten mark)*

(handwritten mark)

Contratto

tra

Azienda Sanitaria Locale _____ con sede in ____, Via __n. ____, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore _____, C.F. _____, P.I. _____ (di seguito per brevità "ASL"), da una parte,

e

_____, (di seguito per brevità "Erogatore"), dall'altra parte,

con l'intervento della **Regione Lazio**, in persona di _____, per le finalità chiarite all'Articolo 10.


L'ASL e l'Erogatore sono di seguito congiuntamente denominati anche "Parti" o ciascuna singolarmente "Parte".

Tra le Parti si conviene e si stipula quanto in appresso.

Premesse

- P)
- a) Con D.G.R. n. 149 del 6 marzo 2007, la Regione Lazio ha approvato il Piano di rientro di durata triennale (2007/2009), nel quale hanno trovato organica sistemazione tutti gli obiettivi e le misure amministrative propedeutiche al conseguimento del programmato risanamento finanziario.
 - b) In coerente perseguimento degli obiettivi posti dal Piano di rientro, la Regione Lazio intende porre su basi di maggiore e compiuta certezza i rapporti tra le aziende sanitarie locali e gli erogatori privati di prestazioni sanitarie.
 - c) In esito ad un percorso negoziale che ha assicurato trasparenza ed uniformità di trattamento nei confronti dei soggetti privati, mediante il coinvolgimento delle organizzazioni di categoria rappresentative a livello regionale, con D.G.R. n. ___ del _____ marzo 2008, la Regione Lazio ha approvato un modello contrattuale uniforme, per la disciplina dello svolgimento di prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera di riabilitazione per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale.

- d) Con D.G.R. n. ____ del ____ marzo 2008, la Regione Lazio ha approvato i tetti di spesa per ogni singolo erogatore di prestazioni sanitarie, la cui determinazione rappresenta un elemento fondamentale della programmazione sanitaria a livello regionale.
- e) Il testo del presente Contratto corrisponde ad un modello uniforme, approvato dalla Regione Lazio con la predetta D.G.R. n. ____ del ____ marzo 2008.
- f) In attuazione degli indirizzi di programmazione e delle disposizioni al riguardo emanate dalla Regione Lazio ed in conformità ai modelli contrattuali approvati dalla stessa Regione Lazio, la ASL procede alla stipula di appositi contratti per la disciplina dello svolgimento da parte dei privati a ciò legittimati di prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera di riabilitazione.
- g) L'Erogatore è titolare di autorizzazione all'esercizio di prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera di riabilitazione presso la struttura sita in _____, Via _____, (di seguito denominata "Struttura"), rilasciata dal _____ con provvedimento del _____.
- h) Con DGR n. 355/00 l'erogatore è stato accreditato provvisoriamente per _____/ovvero con DGH n. _____ l'erogatore è stato accreditato provvisoriamente per _____.
- i) L'Erogatore intende esercitare le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera di riabilitazione per le quali è stato accreditato per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale. Al tal fine, l'Erogatore dichiara:
- di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni / di trovarsi in stato di insolvenza ed essere pertanto sottoposto a procedura di ...;
 - che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3, L. 27.12.1956, n. 1423 e che non sussistono le cause ostative previste all'art. 10, L.




31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006;

- di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;
 - di non aver agito in malafede nell'esecuzione di prestazioni sanitarie già rese per conto ed a carico del Servizio Sanitario Nazionale.
- j) La legge regionale 28 dicembre 2007, n. 26 (legge finanziaria regionale 2008), fissa all'art. 43 per l'anno 2008 il livello massimo di finanziamento e di remunerazione del livello di assistenza per le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera.


Articolo 1 **Oggetto del Contratto**

1.1 Sino a concorrenza dell'importo massimo stabilito al successivo Articolo 3, la ASL affida all'Erogatore lo svolgimento delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera di cui al successivo § 1.2 a favore degli aventi diritto che, esercitando libera scelta, opteranno di accedere per il tramite della Struttura dell'Erogatore alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale.

1.2 Le prestazioni sanitarie da svolgere per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale (di seguito "Prestazioni Sanitarie") consistono nelle seguenti attività di assistenza sanitaria ospedaliera di riabilitazione:

- 
- (i) Ricovero ordinario
 - (ii) Day Hospital

1.3 L'Erogatore si obbliga a svolgere le Prestazioni Sanitarie per tutta la durata del presente Contratto, alle condizioni, nei termini e secondo le modalità in esso stabilite.



Articolo 2
Condizioni per l'erogazione delle Prestazioni Sanitarie


2.1 L'Erogatore dichiara che per la Struttura è stata presentata domanda di autorizzazione all'esercizio ai sensi e nei tempi previsti dal R.R. n. 2/2007 e con D.G.R. 13 marzo 2007, n. 160, come previsto dall'art. 20, comma 1, L.R. 4/03, allegando alla domanda tutti i documenti richiesti. L'elenco della documentazione presentata, predisposto dall'Erogatore viene allegato al presente Contratto sub n. 1. L'Erogatore dichiara che la predetta domanda di autorizzazione all'esercizio *[prevede/non prevede]* per la Struttura tempi di adeguamento, e di *avere / non avere* avviato l'adeguamento.

2.2 L'Erogatore dichiara di possedere alla data odierna tutti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi necessari per l'esercizio in essa delle Prestazioni Sanitarie e garantisce la permanenza di detti requisiti per tutta la durata del presente Contratto. Ferma la possibilità dell'Erogatore medesimo di usufruire dei tempi di adeguamento di cui all'art. 20, comma 3, L.R. n. 4/2003, l'Erogatore stesso si impegna, altresì, ad acquisire i requisiti di cui alla D.G.R. n. 424/2006. L'Erogatore si impegna altresì ad acquisire i requisiti ulteriori di cui alla D.G.R. n. 636 del 3 agosto 2007.

2.3 [L'Erogatore dichiara e garantisce inoltre l'adeguatezza ed il perfetto stato d'uso delle apparecchiature, e si impegna a tenere a disposizione della ASL e della Regione Lazio, per consentire i relativi controlli, i contratti di manutenzione e/o la documentazione delle attività di manutenzione effettuata in maniera adeguata a ciascuna apparecchiatura.]

2.4 L'Erogatore si impegna ad effettuare le idonee calibrazioni, secondo la buona pratica professionale, ed a partecipare ai programmi della "Verifica Esterna di Qualità".


2.5 Su richiesta della ASL o della Regione Lazio, l'Erogatore fornirà alla ASL ogni ulteriore eventuale documento, che non sia già in possesso dell'amministrazione richiedente, comprovante il possesso dei requisiti predetti ed il loro mantenimento per tutta la durata del presente Contratto.




Articolo 3
Volume di prestazioni erogabili

3.1 Tenuto conto di quanto chiarito nelle premesse, l'Erogatore ha preso atto e con il presente Contratto conferma di accettare quale tetto massimo annuo 2008 delle Prestazioni Sanitarie da erogare per conto ed a carico del Servizio Sanitario Nazionale (di seguito denominato "Tetto Massimo Annuo") l'importo di Euro _____ (_____). Per l'effetto, tenuto conto delle Prestazioni Sanitarie già svolte dall'Erogatore nei mesi di gennaio e febbraio 2008, si conviene quale tetto massimo del fatturato oggetto del presente Contratto (di seguito "Tetto Massimo del Fatturato") l'importo che residuerà sottraendo al Tetto Massimo Annuo l'importo occorrente per la remunerazione delle Prestazioni Sanitarie erogate nei mesi di gennaio e febbraio 2008. Il Tetto Massimo del Fatturato costituisce la somma dei corrispettivi spettanti all'Erogatore e determinati ai sensi dell'Articolo 7, § 7.1.

3.2 Al fine di consentire agli aventi diritto continuità nella fruizione delle Prestazioni Sanitarie, sia pur nell'ottica di necessario contenimento della spesa pubblica, le Parti si danno atto che l'Erogatore dovrà programmare la propria attività per rispettare il Tetto Massimo del Fatturato. Per l'effetto, le Parti convengono che nulla spetterà all'Erogatore né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le Prestazioni Sanitarie che l'Erogatore medesimo abbia reso superando anche uno dei seguenti limiti percentuali indicati in corrispondenza ai relativi riferimenti temporali:

- 
- (i) il ___% (_____ per cento) del Tetto Massimo Annuo alla data del 31 luglio 2008;
 - (ii) il ___% (_____ per cento) del Tetto Massimo Annuo alla data del 30 ottobre 2008.

3.3 L'Erogatore potrà recuperare nei mesi successivi il volume non richiesto in un dato periodo dagli aventi diritto alle Prestazioni Sanitarie rispetto alla percentuale fissata per quel medesimo periodo al precedente § 3.2. Per quanto occorrer possa, si precisa che nulla spetterà all'Erogatore né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per il caso in cui detto volume non sia stato recuperato entro il termine di durata del presente Contratto.



3.4 L'Erogatore e la Regione Lazio valuteranno secondo buona fede la possibilità di gestire la ricorrenza di eventi straordinari che richiedano, fermo il Tetto Massimo di Fatturato, una variazione delle percentuali di cui al § 3.2.

Articolo 4

Requisiti e modalità di erogazione delle Prestazioni Sanitarie


4.1 Le Prestazioni Sanitarie dovranno essere erogate nella piena osservanza delle applicabili disposizioni normative e regolamentari, nazionali e regionali in materia avuto anche riguardo al successivo adeguamento ai requisiti di cui alla D.G.R. 14.7.2006, n. 424, e alla D.G.R. 3.8.2007, n. 636, fatti salvi i tempi di adeguamento di cui all'art. 20, comma 3, L.R. n. 4/2003.

4.2 Le Prestazioni Sanitarie dovranno essere rese nel rispetto dei requisiti di qualità e appropriatezza imposti dalla buona pratica professionale.

4.3 L'Erogatore non dovrà adottare comportamenti discriminatori fra gli aventi diritto alle Prestazioni Sanitarie. Le Parti si danno comunque atto che, al fine di rispettare i limiti percentuali di cui all'Articolo 3, § 3.2, l'Erogatore potrà, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, procedere ad una programmazione delle attività da rendere per garantire la continuità assistenziale.

Articolo 5

Personale della Struttura



5.1 L'Erogatore garantisce che le Prestazioni Sanitarie verranno erogate impiegando personale medico, paramedico e tecnico in possesso dei titoli abilitanti e che non versino in situazioni di incompatibilità.

5.2 Il personale del ruolo sanitario, tecnico e amministrativo attualmente utilizzato dall'Erogatore è individuato nell'elenco costituente l'Allegato n. 2. Ogni modificazione di tale elenco sarà preventivamente comunicata alla ASL.

Articolo 6
Controlli e obblighi informativi dell'Erogatore

6.1 Al fine di verificare che le prestazioni siano rese conformemente alle applicabili prescrizioni di legge e nel rispetto del Contratto, la ASL e la Regione Lazio potranno in qualunque momento dare corso ad ogni forma di verifica e controllo delle prestazioni erogate, con modalità che non siano d'ostacolo all'ordinario svolgimento delle attività sanitarie dell'Erogatore e con preavviso di almeno 24 (ventiquattro) ore. Nelle occasioni di verifica, che si svolgeranno alla presenza del responsabile dell'Erogatore (che in caso di impedimento dovrà delegare la relativa funzione), l'Erogatore potrà farsi assistere da consulenti e da rappresentanti della propria associazione di categoria rappresentativa delle strutture private accreditate. A tal fine, l'Erogatore si impegna:

- (i) a predisporre condizioni organizzative tali da consentire l'acquisizione da parte dell'ASL, anche attraverso gli strumenti informatici di cui all'art. 50, commi 6 e 7, D.L. 30.9.2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla L. n. 326/03 e di cui al § 6.2, di ogni dato ritenuto utile a legittimamente verificare il corretto adempimento;
- (ii) a conservare la documentazione relativa alle Prestazioni di Ricovero rese, in funzione della sua successiva consegna alla ASL.

6.2 Al fine di consentire l'espletamento dei controlli automatici della corrispondenza delle fatture con i dati validati [SIO], nonché la corrispondenza dell'attività fatturata mensilmente con i limiti percentuali al riguardo convenuti all'Articolo 3, § 3.2, l'Erogatore fornirà le informazioni e le dichiarazioni fissate, in attuazione della D.G.R. n. 143 del 22.3.2006 e s.m.i., nella determina n. 1598 del 7.6.2006 del Direttore Regionale Tutela della Salute e Sistema Sanitario Regionale, nonché nella determina n. 2804 del 10.8.2007 del Direttore Regionale Risorse Umane e Finanziarie e Investimenti nel SSR, secondo le modalità, nei termini ed alle condizioni stabilite nei provvedimenti sopra richiamati, come eventualmente nel tempo modificati ed integrati.

Articolo 7
Corrispettivi

7.1 Per ciascuna Prestazione Sanitaria resa nel rispetto della normativa applicabile e del presente Contratto, la ASL sarà obbligata a corrispondere all'Erogatore un importo calcolato facendo applicazione della tariffa indicata nella D.G.R. n. _____, del _____ 2008

7.2 Il corrispettivo così stabilito è onnicomprensivo e remunerativo di ogni onere, costo e spesa che l'Erogatore dovrà sostenere per l'esercizio delle Prestazioni Sanitarie.

7.3 Resta espressamente convenuto che il pagamento dei corrispettivi per le Prestazioni Sanitarie sarà sospeso in caso di tardiva trasmissione dei dati di cui al precedente Articolo 6, e sino alla intervenuta trasmissione dei dati medesimi. La ASL sarà legittimata a procedere alla sospensione dei pagamenti anche in pendenza di contestazione di mancato invio mossa dal Ministero dell'Economia all'Erogatore.

Articolo 8

Modalità di liquidazione e termini per il pagamento dei corrispettivi

8.1 ...

8.2 ...

8.3 ...

8.4 Quanto dovuto dalla ASL a titolo di corrispettivo potrà essere compensato con gli importi che l'Erogatore dovrà restituire per effetto delle verifiche di cui all'Articolo 6, § 6.2.

Articolo 9
Decorrenza e durata

Il presente contratto decorre dal _____ 2008 ed avrà durata sino all'ultimo giorno del mese successivo alla approvazione da parte della Regione Lazio dei tetti di spesa relativi all'anno 2009 per ogni singolo erogatore di Prestazioni Sanitarie.

Articolo 10
Intervento della Regione Lazio

10.1 La Regione Lazio, in quanto soggetto programmatore e definitore dei tetti di spesa, interviene nel presente Contratto al fine di garantire l'uniformità delle condizioni applicate a ciascuno erogatore e dunque prende atto che il testo stipulato è conforme al modello contrattuale da essa approvato con D.G.R. n. ____ del _____ marzo 2008.

10.2 La Regione Lazio interviene inoltre nel presente Contratto per rendere irrevocabili le pattuizioni a suo favore convenute nel medesimo.

Articolo 11
Incedibilità del Contratto

Il presente Contratto non potrà essere ceduto in tutto o in parte.


Articolo 12
Cessione dei crediti

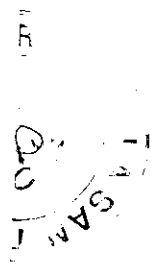
12.1 Nel caso di cessione, a qualsiasi titolo, dei crediti dell'Erogatore derivanti dal presente Contratto, l'Erogatore medesimo dovrà farne notifica alla ASL.

12.2 Salvo diversa comunicazione della ASL, per gli effetti di cui all'art. 1248 c.c., la cessione non potrà in ogni caso, ivi compreso il silenzio della ASL, intendersi come accettata puramente e semplicemente.

Articolo 13
Risoluzione per grave inadempimento

13.1 Fermo ogni altro rimedio e sanzione previsto nel Contratto e nella normativa applicabile, il presente Contratto si intenderà risolto, su dichiarazione della Regione Lazio, ed in osservanza della procedura di cui in appresso, qualora intervenga uno o più delle ipotesi di seguito indicate che configuri grave inadempimento dell'Erogatore:

- 
- (i) falsità di alcuna delle dichiarazioni rese all'Articolo 2, § 2.1, del presente Contratto;
 - (ii) mancanza o venir meno di alcuno dei requisiti indicati all'Articolo 2 del Contratto;
 - (iii) violazione del divieto di discriminazione di cui all'Articolo 4, § 4.3;
 - (iv) impedimento al controllo esercitato da ASL o Regione Lazio ai sensi dell'Articolo 6;
 - (v) inosservanza degli obblighi di trasmissione dei dati di cui all'Articolo 6;
 - (vi) inosservanza dell'obbligo di conservazione dei documenti di cui all'Articolo 6, § 6.1, punto (ii);
 - (vii) inosservanza degli obblighi di trasmissione dei dati di cui all'Articolo 6, § 6.2;
 - (viii) violazione dell'Articolo 11.



13.2 Qualora la ASL ravvisi circostanze costituenti grave inadempimento al presente Contratto, ne farà contestazione all'Erogatore, concedendo termine di 15 (quindici) giorni al medesimo per la produzione di documentazione e deduzioni scritte a eventuale confutazione del grave inadempimento. Trascorso tale termine, la ASL invierà la propria contestazione e le eventuali deduzioni scritte fatte pervenire dall'Erogatore, con la relativa documentazione, alla Regione Lazio, la quale potrà dunque procedere ai sensi del precedente § 13.1 ovvero, in relazione alla minore entità della violazione, diffidare l'Erogatore alla regolarizzazione, assegnando al medesimo un termine congruo per provvedere.

13.3 Resta fermo il diritto dell'ASL e della Regione Lazio al risarcimento dei danni derivanti dall'inadempimento dell'Erogatore.



Articolo 14
Premesse e allegati

Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente Contratto. I seguenti allegati, siglati per identificazione dalle Parti, pure costituisce parte integrale e sostanziale del Contratto medesimo:

- 1) ...;
- 2) ...

Articolo 15
Controversie

Tutte le controversie relative o derivanti dal presente Contratto, saranno rimesse alla competenza del Foro nella cui giurisdizione ha sede la ASL che sottoscrive il presente Contratto, con esclusione di ogni foro concorrente.

