

74 APR. 2014

Contratto tra la ASL N° 8 di Cagliari e la Struttura Sanitaria CASA DI CURA SANT'ANNA SRL per

l'acquisizione di prestazioni prevalentemente di assistenza ospedaliera per l'anno 2014.

L'anno 2014, addì 26 del mese di Marzo in Selargius, tra l'Azienda Sanitaria Locale n. 8 di Cagliari (di seguito denominata Azienda) con sede in via Piero della Francesca 1 - Selargius nella persona del Direttore Generale e Legale Rappresentante Emilio Simeone, da una parte

e

la Struttura Sanitaria Casa di Cura CASA DI CURA SANT'ANNA SRL (di seguito denominata Struttura), Partita IVA 07249810966 con sede operativa in CAGLIARI VIA LA VEGA, 9 nella persona del Legale Rappresentante Sig. Meleddu Benvenuto dall'altra, hanno convenuto e stipulato quanto segue:

Premesso:

che la L.R. n. 10/2006 stabilisce, all'articolo 8, che le ASL definiscono gli Accordi con le Strutture pubbliche ed equiparate e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati;

che l'erogazione di prestazioni sanitarie da parte di Strutture private è disciplinato dai principi di cui agli articoli 1 e 3 della LR 10/2006;

che ai sensi del comma 2 dell'art. 3 della L.R. n. 10/2006 la remunerazione delle attività svolte dalle Strutture e dai soggetti privati accreditati è subordinata alla stipulazione dei contratti, definiti ai sensi dell'art. 8 della medesima legge;

che l'Azienda tiene conto di eventuali deleghe di committenza, con relativi volumi di attività, formalizzate da parte di altre ASL per prestazioni a favore dei propri residenti. In carenza di delega di committenza la ASL, nella quale insiste la Struttura, determinerà i volumi di attività da acquisire in misura non superiore a quella registrata nel corso dell'ultimo anno disponibile;

che, con Deliberazione della Giunta regionale n. 9/3 del 09 marzo 2005 è stato ridefinito il tariffario per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera;



- che con Deliberazione della Giunta regionale n. 37/9 del 25 settembre 2007 sono state definite le Linee guida per il corretto funzionamento dei posti letto di assistenza ospedaliera a ciclo diurno e in day - service;
- che con Deliberazione della Giunta regionale n. 60/26 del 05 novembre 2008, sono stati approvati gli aggiornamenti per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, così come modificati dalla successiva deliberazione della Giunta regionale n. 8/21 del 04 febbraio 2009;
- che con Deliberazione della Giunta regionale n. 17/3 del 14.04.2009 è stato recepito il D.M. 18.12.2008 "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere" e definite le tariffe di riferimento provvisorie per i Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi di nuova introduzione;
- che con Deliberazione della Giunta regionale n. 47/42 e n. 47/43 del 30.12.2010, si è provveduto alla revisione e all'aggiornamento dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi richiesti per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie;
- che con Deliberazione della Giunta regionale n. 32/75 del 24/07/2012 recante "Adozione Linee guida regionali per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della Scheda di Dimissioni Ospedaliere (SDO)". Dettaglio Delibera n. 32/75 del 2012. sono state approvate le nuove Linee Guida regionali per la codifica delle informazioni cliniche della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) che sostituiscono integralmente il documento approvato il 12 settembre 2011 con Determinazione n. 899 recante "Recepimento dell'Accordo, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente l'aggiornamento delle Linee Guida per la codifica delle informazioni cliniche della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), di cui all'Accordo Stato Regioni del 6 giugno 2002, rep.

Atti n. 1457, approvato nella seduta del 29 aprile 2010 della Conferenza Stato Regioni”;

– che in data 29 luglio 2013 è stato sottoscritto l’Accordo AIOP – Regione Sardegna per il triennio 2013 - 2014 – 2015;

– che con Deliberazione di Giunta n. 33/33 del 8 agosto 2013 è stato recepito l’Accordo di cui al punto precedente e definito il tetto di spesa complessivo regionale per gli anni 2014 e 2015 stabilendo di rinviare ad un provvedimento di prossima adozione la ripartizione dei tetti di spesa tra le singole ASL previa determinazione dei relativi criteri.

– che con deliberazione della RAS n. 2/1 del 22.01.2014, scaricabile dal sito regionale il 06.02.2014, sono stati definiti i criteri utilizzati per la ripartizione del tetto complessivo regionale tra le Aziende Sanitarie ed è stato approvato lo schema - tipo di contratto per la regolamentazione dei rapporti tra le Aziende Sanitarie Locali e gli erogatori privati;

– che con la deliberazione su citata alla ASL di Cagliari è stato assegnato un importo complessivo pari a € 75.156.933,76 per l’anno 2014, da ripartire su ciascuna casa di cura secondo le modalità indicate dalla medesima delibera ;

– che con nota n. 5351 del 28.02.2014 il Direttore Generale dell’Assessorato dell’igiene e Sanità ha fornito chiarimenti in merito alla modalità di calcolo adottata nella DGR 2/1 del 22.01.2014;

– che con delibera n. 237 del 28/02/2014 la ASL ha recepito la DGR 2/1 del 22.01.2014 ed approvato la ripartizione del tetto di spesa di € 75.156.933,76 tra le case di cura accreditate che operano nel territorio pertinenza;

– Tutto quanto sopra premesso e concordato, le parti come sopra costituite convengono quanto segue:

Articolo 1 - Legittimazione contrattuale e oggetto del contratto

La Struttura CASA DI CURA SANT'ANNA SRL è legittimata alla stipulazione del presente contratto in quanto accreditata provvisoriamente con Determina n. 45 del 27/01/2014 e per effetto delle disposizioni contenute nelle linee regionali di indirizzo per la stipula dei contratti tra soggetti

erogatori privati e Aziende Sanitarie Locali.

Il presente contratto definisce:

- le caratteristiche delle prestazioni erogabili dalla Struttura;
- il volume delle prestazioni erogabili distinte per livelli (ricoveri per acuti, per riabilitazione, lungodegenza, day service, altro), per discipline (riportate nell'allegato Y al presente atto);
- il tetto di spesa preventivato a fronte del volume e della tipologia di prestazioni concordate (riportato nell'allegato Y al presente atto);
- il sistema tariffario nonché le modalità di remunerazione rispetto alle attività rese in eccesso;
- i controlli che saranno attivati dall'Azienda;
- il debito informativo della Struttura verso l'Azienda in relazione alle prestazioni erogate;
- le modalità di accesso alle prestazioni.

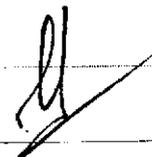
Articolo 2 - Requisiti di accreditamento

Preliminarmente alla stipulazione del contratto:

La Struttura dovrà autocertificare la persistenza dei requisiti in base ai quali è stato rilasciato l'accREDITAMENTO istituzionale da parte della Regione.

La ASL dovrà verificare la sussistenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente per i contratti pubblici quali, (Documento Unico di Regolarità Contributiva (DURC), certificato di iscrizione al Registro delle imprese rilasciato dal CCIAA, con attestazione dell'insussistenza di procedure concorsuali o di procedimenti per l'assoggettamento a dette procedure e della dicitura antimafia di cui all'articolo 9 del DPR 3 giugno 1998 n. 252 e Decreto Legislativo 159 del 6/09/2011)

Nelle more dell'eventuale completamento del percorso per il rilascio dell'accREDITAMENTO definitivo l'Azienda, avvalendosi della Commissione di vigilanza di cui alla DGR 13/17 del 4 marzo 2008, dovrà accertare che, in relazione alle prestazioni oggetto del presente contratto, la Struttura non ancora in possesso dell'accREDITAMENTO istituzionale possieda i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che consentono di adempiere correttamente agli obblighi contrattuali.



tuali. Le carenze eventualmente riscontrate dovranno essere comunicate all'Assessorato per gli adempimenti di competenza.

L'Azienda dovrà accertare che le prestazioni erogate siano riconducibili alle branche autorizzate e accreditate dalla Regione ovvero, nelle more del completamento del percorso di accreditamento definitivo, che la capacità operativa sia stata oggetto di rimodulazione con rilascio di apposita autorizzazione alla realizzazione da parte della Regione e che i volumi di attività siano contenuti entro il tasso di occupazione massimo possibile valutati per disciplina e su base annuale.

La Struttura si impegna al mantenimento dei requisiti citati per tutto il periodo di vigenza del presente contratto e la ASL si impegna a verificare la persistenza degli stessi.

Per le prestazioni di riabilitazione costituiscono riferimento operativo le indicazioni contenute nelle linee di indirizzo per le prestazioni in ricovero ospedaliero in post acuzie definite concordemente tra la ASL e l'AIOP, le indicazioni in parola sono da intendersi automaticamente integrate e/o sostituite in tutto o in parte dai provvedimenti regionali emanandi in materia di riabilitazione in regime di ricovero ospedalieri.

Articolo 3 - Assetto organizzativo e dotazione organica

La Struttura eroga prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di ricovero e prestazioni di Day service e ambulatoriali con l'assetto organizzativo riportato nell'allegato X al presente contratto per farne parte integrante e sostanziale.

La dotazione organica della Struttura è specificata nell'elenco nominativo del personale, controfirmato dal Legale Rappresentante della medesima, dal quale devono risultare il codice fiscale, la qualifica, la mansione svolta dal predetto personale, l'Unità Operativa di appartenenza, l'impegno orario settimanale di ciascuno, nonché il tipo di contratto applicato e per il personale medico, la specializzazione posseduta. Qualora il personale sia addetto a più attività dovrà essere indicato l'orario dedicato a ciascuna di queste. Tale elenco nominativo dovrà essere allegato



al presente atto.

La Struttura si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente all'Azienda ogni eventuale successiva modifica della dotazione organica, indicando i medesimi parametri previsti per l'allegato X e ad autocertificare, al termine di ogni semestre, il mantenimento dei requisiti organizzativi inerenti alla dotazione medesima. Tale autocertificazione sarà comunque oggetto di verifica da parte dell'Azienda.

L'esistenza di situazioni di incompatibilità ai sensi della normativa vigente in materia di rapporto di lavoro del personale dipendente, convenzionato o comunque legato da rapporto lavorativo con il Servizio Sanitario Nazionale, comporta la risoluzione del presente contratto, previa formale diffida alla eliminazione dei rapporti di cui sia stata verificata l'incompatibilità e nel caso in cui perduri l'inadempienza.

Articolo 4 - Controlli sul mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento

L'Azienda può, in ogni momento, effettuare controlli inerenti al mantenimento, da parte della Struttura, dei requisiti di cui al precedente articolo 2.

La procedura di controllo prevede l'accesso di funzionari dell'Azienda presso la Struttura; al termine delle operazioni viene redatto, in contraddittorio con il Legale rappresentante della medesima Struttura o un suo delegato, il verbale di controllo.

Qualora l'Azienda accerti la carenza dei predetti requisiti dovrà segnalarlo al competente Servizio dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale per l'adozione dei provvedimenti di sua competenza.

Successivamente ai provvedimenti adottati dall'Assessorato, l'Azienda potrà risolvere di diritto, ex articolo 1456 del codice civile, il presente contratto, dandone altresì formale comunicazione all'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale.

Fatta salva l'ipotesi di cui sopra, il provvedimento di revoca dell'accreditamento da parte della Regione comporta la risoluzione di diritto del presente contratto ex articolo 1456 del codice ci-

vile.

Le Organizzazioni Sindacali firmatarie dei CCNL relativi al personale impiegato che, a seguito di proprie verifiche, riscontrassero la mancata osservanza del mantenimento dei requisiti organizzativi inerenti alla dotazione organica, di cui all'art. 3, possono richiedere l'attivazione di una procedura di accertamento da parte del Direttore Generale dell'Azienda.

Articolo 5 - Obiettivi di riferimento

Sono finanziati dal SSR esclusivamente le prestazioni e i servizi che, dovendo soddisfare livelli essenziali di assistenza, corrispondano agli obiettivi programmati, ai requisiti di qualità, di equità di accesso, di appropriatezza clinica ed organizzativa delle prestazioni, risultanti dal contesto del presente contratto, che rientrino nei livelli di spesa complessiva programmati dalla Regione Sardegna.

Nell'arco di vigenza del presente contratto la Struttura, entro il budget programmato ed indicato espressamente nell'art. 11, dovrà raggiungere i seguenti obiettivi prioritari:

- 1) appropriatezza del livello assistenziale;
- 2) attivazione e/o messa a regime di specifiche attività indicate nell'allegato Y.

Gli obiettivi di cui sopra concorrono al mantenimento del livello di attività

Articolo 6 - Tipologia e volumi di prestazioni

La Struttura si impegna a non superare i volumi d'attività contrattati e il tetto di spesa e a distribuire in modo omogeneo l'attività su tutto l'arco dell'anno compatibilmente con le patologie trattate.

Le tipologie di attività e i volumi di prestazioni sono indicati nell'allegato Y, che costituisce parte integrante del presente contratto, e devono essere specificate come segue:

Attività di ricovero per acuti, articolato per disciplina, riabilitazione e lungodegenza, con eventuale specificazione del regime (ordinario o diurno) e classe del DRG.

Attività in Day service

Attività ambulatoriale ai sensi dell'art. 4 comma 2) dell'Accordo AIOP-AISSP/RAS 2013-2015

L'attività in Day service è rivolta a pazienti che presentano problematiche cliniche sufficientemente "complesse" da meritare la gestione specialistica in tempi brevi come previsto dalla Deliberazione della Giunta regionale n. 37/9 del 25 settembre 2007 e s.m.i.

Fermo restando che il tetto di spesa complessivo, di cui all'art. 11, non è superabile, devono essere previste compensazioni tra differenti livelli e sottolivelli assistenziali tra le diverse discipline e i diversi livelli assistenziali.

Articolo 7 – Accesso alle prestazioni

L'accesso alle prestazioni avviene mediante proposta su ricettario del SSN da parte del medico prescrittore.

La Struttura dovrà verificare l'appropriatezza del livello assistenziale proposto nonché la regolarità amministrativa della prescrizione, in particolare per quanto attiene i dati identificativi dell'utente e la residenza, ciò anche al fine di consentire il recupero delle somme per prestazioni di ricovero a favore di utenti non residenti nell'ambito dell'Azienda.

Per le prestazioni di day service/ambulatoriali è dovuta la compartecipazione alla spesa da parte dell'utente secondo la normativa vigente per le prestazioni ambulatoriali.

Le Case di Cura autorizzate e accreditate per i ricoveri di Ginecologia e Ostetricia potranno, ove ricorrano i presupposti, effettuare il ricovero in regime di urgenza. In tal caso la certificazione dell'urgenza che sostituisce la prescrizione SSN, dovrà essere custodita nella cartella clinica ed una copia dovrà essere trasmessa alla ASL unitamente alle copie delle impegnative SSN consegnate a corredo della fatturazione mensile.

Articolo 8 – Programmazione e svolgimento dell'attività e caratteristiche delle prestazioni

Nel periodo di vigenza del presente contratto, la Struttura si impegna ad erogare le attività programmate con continuità e regolarità nel corso dell'anno, nel rispetto dei requisiti prescritti dalla vigente normativa, inerenti i diversi aspetti organizzativo e igienico-sanitario, di sicurezza

strutturale, ambientale e tecnologica.

La Struttura si impegna, inoltre, a dare immediata comunicazione ai Responsabili dell'Azienda delle eventuali interruzioni o sospensioni che, per qualsiasi causa, dovessero intervenire nell'erogazione delle prestazioni oggetto del presente contratto.

In coerenza con il principio di appropriatezza, la Struttura si obbliga ad erogare le prestazioni secondo criteri di qualità ed efficacia in modo che il ricovero e la sua durata siano adeguati alle effettive necessità diagnostico-terapeutiche. La Struttura si impegna, in particolare, ad erogare le prestazioni nel regime assistenziale più appropriato, tale da consentire, a parità di beneficio per il paziente, un minore impiego di risorse. La Struttura si impegna, inoltre, a comunicare al Punto Unico di Accesso (PUA) le dimissioni dei pazienti che necessitano di assistenza sanitaria o sociosanitaria residenziale o domiciliare per l'eventuale attivazione dei servizi di assistenza nel territorio, secondo le modalità e i tempi previsti dalle vigenti disposizioni regionali in materia e comunque almeno 4 giorni prima della data presunta di dimissione.

La Struttura garantisce la regolare registrazione delle prenotazioni e la tenuta delle liste d'attesa sotto la personale responsabilità del Direttore Sanitario.

La Struttura si impegna a ridurre i tempi d'attesa per i ricoveri programmati secondo le linee di indirizzo regionali.

Articolo 9 - Ulteriori requisiti di qualità

La Struttura si impegna a promuovere la formazione continua dei propri dipendenti ed operatori, sia per gli aspetti tecnico-professionali che per ogni aspetto inerente la gestione della documentazione clinica, dei debiti informativi, amministrativi e sanitari. La stessa garantisce, inoltre, la piena attuazione degli impegni assunti nella Carta dei Servizi.

La Struttura si impegna, altresì, al pieno rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali ai sensi della normativa vigente, sia nei trattamenti interni che nelle eventuali comunicazioni esterne.



Una firma manoscritta in inchiostro scuro, probabilmente quella del Direttore Sanitario menzionato nel testo.

Una seconda firma manoscritta in inchiostro scuro, probabilmente quella di un altro responsabile della struttura.

La Struttura si impegna, anche per conto del proprio personale dipendente, ad utilizzare i predetti dati per le sole finalità previste dal presente contratto.

Articolo 10 – Sistema tariffario e valorizzazione economica delle prestazioni

Le prestazioni oggetto del presente contratto sono remunerate in base alle tariffe stabilite dai provvedimenti regionali.

A norma dell'art. 1, comma 18, della Legge 662/96, le prestazioni pre e post ricovero rientrano nella tariffa onnicomprensiva relativa al ricovero stesso e, pertanto, non possono costituire un onere aggiuntivo a carico del SSN rispetto all'onere tariffario riferito al DRG del ricovero.

Nel caso in cui entrino in vigore provvedimenti nazionali e/o regionali di aumento o riduzione della valorizzazione economica delle prestazioni, il contratto si intende automaticamente modificato. In tali casi la Struttura ha la facoltà, entro 30 giorni dalla conoscenza dei provvedimenti di cui sopra, di recedere dal contratto a mezzo di formale comunicazione da trasmettere all'Azienda e all'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza sociale tramite raccomandata A/R.

Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari delle tariffe regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni, di cui all'allegato Y, si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al successivo art. 11. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile un superamento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto un espresso provvedimento della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive.

Articolo 11 - Tetto di spesa

Il tetto di spesa annuale previsto è il seguente:

anno 2014 - € 5.916.860

Articolo 12 – Superamento del tetto di spesa

La Struttura si impegna a non superare il tetto massimo di spesa annuale di cui all'art. 11, così come specificato nell'allegato Y del presente contratto.

Le parti convengono, inoltre, che in forza del presente contratto non potranno e non dovranno essere remunerate, neanche attingendo dal budget degli anni successivi, le prestazioni eventualmente rese in eccedenza rispetto a quelle che rientrano nel budget annuale assegnato alla Struttura, salvo quanto previsto al comma successivo.

Qualora gli erogatori non utilizzino la totalità del budget assegnato, le risorse disponibili, nel limite del budget contrattato per le attività di ricovero, dovranno essere ridistribuite, nell'ambito della medesima ASL, tra gli erogatori che abbiano prodotto una attività ospedaliera eccedente il budget assegnato in misura proporzionale ai rispettivi budget. Tale procedura dovrà concludersi entro il 30 aprile successivo all'anno di riferimento.

Nel caso in cui, pur rimanendo all'interno del tetto definito a livello aziendale, qualche Casa di Cura fatturi meno rispetto al budget assegnato e qualcun'altra superi il proprio tetto, entro il 30 aprile di ogni anno si procederà alla compensazione intra-aziendale come di seguito indicato:

quantificazione dell'ammontare complessivo degli scostamenti per difetto;

ripartizione di tale importo tra le Case di Cura che hanno erogato prestazioni eccedenti il volume concordato in misura proporzionale ai rispettivi tetti di spesa.

Articolo 13 - Registrazione e codifica delle prestazioni

La Struttura si impegna a rispettare le indicazioni nazionali e regionali circa le modalità di compilazione delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria. La Struttura codifica nella Scheda di Dimissione Ospedaliera le prestazioni rese durante il ricovero (con l'indicazione di almeno una procedura in caso di assenza di intervento), rispecchiando fedelmente quanto conte-

includere nella cartella clinica e rispettando le indicazioni contenute nel manuale di classificazione internazionale delle malattie, traumatismi, interventi e procedure (attuale ICDIXCM) e nelle linee guida ministeriali e regionali in vigore per la codifica delle variabili cliniche.

Articolo 14 – Controlli sulle prestazioni e implicazioni economiche

I controlli sulle prestazioni saranno svolti dall'Azienda in momenti concordati con la Direzione della Struttura, alla presenza di un contraddittorio con un referente individuato da questa ultima, ma nel rispetto dei principi e dei criteri di appropriatezza previsti dalla normativa vigente, dalle linee guida nazionali e secondo le modalità e i criteri definiti nelle specifiche direttive regionali.

Articolo 15 - Fatturazione e riscontri documentazione

Le prestazioni effettuate dalla Struttura sono fatturate all'Azienda con cadenza mensile entro il giorno 20 del mese successivo a quello di riferimento, anche al fine di consentire la regolare trasmissione dei flussi di attività sanitaria alla Regione Sardegna ed al Ministero della Salute nei tempi previsti dal nuovo scadenziario di cui alla nota RAS n. 10623 del 19 aprile 2012 ed eventuali modificazioni successive.

Le prestazioni di ricovero e le prestazioni di Day-service/ambulatoriali dovranno essere fatturate separatamente. Nella fattura delle prestazioni di ricovero si dovrà indicare il dettaglio delle attività per acuti, lungodegenza e riabilitazione.

La fattura deve essere accompagnata obbligatoriamente dal tabulato cartaceo riepilogativo, da copia della richiesta di ricovero SSN, da copia della comunicazione al competente Servizio aziendale per eventuali ricoveri di cittadini stranieri e dal flusso SDO su supporto informatico (FILE A) che rappresenta il dettaglio delle prestazioni fatturate e costituisce debito informativo obbligatorio.

Fatto salvo il procedimento di controllo dei ricoveri sulla documentazione clinica da parte dei medici dell'Azienda, la regolarità della fattura sarà verificata sulla base del flusso SDO come di seguito specificato:

l'importo di cui si chiede il pagamento deve essere identico nella fattura, nel tabulato cartaceo

e nel supporto informatico;

i dati contenuti nel supporto informatico devono essere esenti da errori logico formali di 1° li-

vello, così come definiti dalla normativa regionale in vigore.

il DRG deve essere quello assegnato dalla versione del *groupier* individuato dalla Regione;

la tariffa attribuita deve essere quella prevista dalle vigenti norme regionali o da eventuali ta-

riffe in decremento definite con accordi aziendali.

Saranno considerate valide e ammissibili al pagamento solo le fatture il cui flusso SDO rispetti

tutti i criteri su esposti. I termini per il pagamento decorrono dalla data di ricezione delle fatture

validate come sopra.

Per le prestazioni di Day service/ambulatoriali, la fattura deve essere obbligatoriamente ac-

compagnata dal flusso informativo su supporto informatico (FILE C), dalla prescrizione su ricet-

tario SSN e da un riepilogo delle prestazioni erogate.

Articolo 16 – Pagamenti

La ASL competente entro 60 giorni dal ricevimento della fattura, unitamente alla documenta-

zione prevista dall'articolo precedente, previa verifica di regolarità amministrativa e contabile,

provvederà a corrispondere il 95% dell'importo fatturato a titolo di acconto e salvo conguaglio

attivo o passivo.

Entro 90 giorni dalla data di ricevimento della fattura la ASL, sulla base delle risultanze dei con-

trolli effettuati, provvederà a quantificare l'importo da conguagliare richiedendo all'erogatore

privato l'emissione della nota di accredito o di addebito (fattura integrativa), unitamente alla ri-

elaborazione dei relativi flussi di attività su supporto informatico.

Entro 30 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione la ASL provvederà al pagamento

del saldo, se dovuto, mentre in caso di conguaglio passivo procederà al relativo recupero

all'atto del primo pagamento utile.



Una firma manoscritta in inchiostro, che sembra essere un'abbreviazione o un nome.

Una firma manoscritta in inchiostro, che sembra essere un'abbreviazione o un nome.

Il pagamento degli acconti e dei saldi sarà effettuato fino al raggiungimento del tetto da parte di ogni singolo erogatore privato (conto corrente dedicato IT8910312704801000000281210 - CSSIONARIA IT9500311002400001570013841).

Qualora la ASL non ottemperasse nei termini sopra riportati, fermo restando l'obbligo di certificazione del debito, alla stessa è fatto obbligo di corrispondere gli interessi determinati nella misura e con la modalità previste dalla legislazione vigente al momento della maturazione degli stessi, fermo restando l'obbligo di fatturazione di detti interessi da parte dell'Erogatore privato interessato.

Qualora i controlli venissero effettuati in ritardo rispetto alla periodicità stabilita per responsabilità non attribuibili agli erogatori privati, le ASL provvederanno comunque ad erogare entro il novantesimo giorno dalla presentazione della fattura il 5% residuo delle fatture ricevute dall'erogatore privato, con riserva di conguaglio positivo o negativo al termine del procedimento di controllo.

L'avvenuto saldo non pregiudica la ripetizione di somme che, sulla base dei controlli sull'attività erogata, risultassero non dovute o dovute in parte.

Le eventuali contestazioni sui controlli dovranno essere formalizzate con comunicazione alla Commissione entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta di emissione della nota di credito, dandone contestuale notizia per conoscenza alla ASL. Gli erogatori privati non potranno dare avvio ad azioni di rivalsa per le contestazioni non formalizzate con le modalità e i tempi di cui sopra.

Qualora la Commissione non si esprima entro 45 giorni dalla richiesta, gli erogatori potranno procedere in sede arbitrale e/o in via giudiziaria.

Articolo 17 - Debito informativo

La Struttura si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo (FILE A, FILE C, CedAP ed eventuali ulteriori flussi) nei confronti dell'Azienda e dell'Assessorato

dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa regionale vigente e dalle indicazioni dell'Azienda, con particolare riguardo alla necessità di garantire l'interfacciamento con il SISAR (sistema informativo sanitario regionale) e con la rete telematica regionale in via di realizzazione.

Articolo 18 - Modifica del contratto

In presenza di significative variazioni nella riorganizzazione dell'offerta da parte delle strutture a gestione diretta e delle altre strutture pubbliche, le Parti si riservano di ricontrattare la tipologia e il volume delle prestazioni assegnate.

Articolo 19 – Durata del contratto

Gli effetti del contratto decorrono dal 1 gennaio 2014 fino al 31 dicembre 2014. E' escluso il rinnovo tacito.

Il contratto è redatto in triplice originale, una per ciascun contraente e una per l'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale.

In caso di modifiche legislative e/o regolamentari nazionali e/o regionali, incidenti sul contenuto del contratto, l'Azienda procede alla modifica ed integrazione unilaterale del presente atto. In tali casi la Struttura ha facoltà, entro 30 giorni dalla conoscenza della modifica ed integrazione di cui al presente articolo, di recedere dal contratto dandone formale comunicazione tramite raccomandata A/R all'Azienda e all'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale.

Articolo 20 - Registrazione e regime fiscale

Il presente contratto è soggetto all'imposta di bollo, ai sensi dell'art. 2, parte I del D.P.R. 16/10/1972, n. 642 e successive modificazioni ed integrazioni ed è soggetto, inoltre, a registrazione solo in caso d'uso, ai sensi dell'art. 10 della parte seconda della Tariffa allegata al D.P.R. 26.04.1986, n. 131.

Le spese di bollo sono a totale carico della Struttura erogante.

Le eventuali spese di registrazione sono a carico della parte che ha interesse a richiedere la me-

desima registrazione.

Le attività, le prestazioni ed i servizi disciplinati ed organizzati tramite il presente accordo sono esenti IVA ai sensi dell'art. 10, comma 19 del D.P.R. n. 633/72, in quanto si tratta di scambi di attività tra Strutture sanitarie pubbliche e private che, nell'organizzazione congiunta dei servizi, rivolti esclusivamente alla tutela della salute dei cittadini, identificano i loro comuni scopi istituzionali ai sensi delle disposizioni di cui ai decreti legislativi n. 502/92, e s.m.i., e relativi provvedimenti attuativi.

Articolo 21 – Lodo arbitrale

Per quanto riguarda la risoluzione di eventuali controversie che dovessero insorgere in merito all'applicazione del presente contratto si rimanda a quanto previsto dall'Accordo AIOP - AISSP/RAS 2013 - 2015

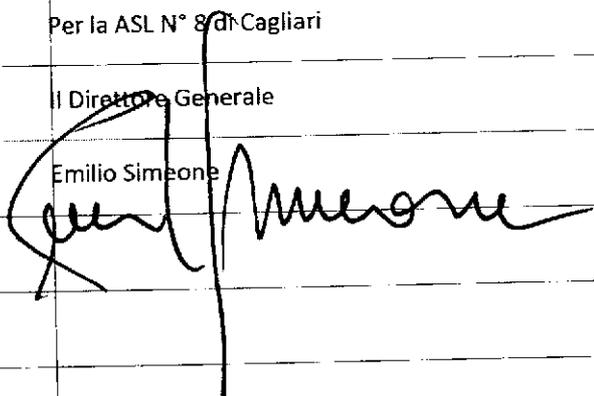
Articolo 22 - Norma di rinvio

Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto, si rinvia all'Accordo AIOP - AISSP/RAS 2013 - 2015, alle norme di legge e di regolamento in materia sanitaria, amministrativa, civile e penale.

Per la ASL N° 8 di Cagliari

Il Direttore Generale

Emilio Simeone



Per la Struttura Sanitaria

Il Legale Rappresentante Dott.

Sig. Meleddu Benvenuto



Delibera Presa d'atto contratto tra la ASL N° 8 di Cagliari e la Struttura Sanitaria CASA DI CURA SANT'ANNA SRL per l'acquisizione di prestazioni prevalentemente di assistenza ospedaliera per l'anno 2014.

Parte dell'allegato 1 Composto da n. 03 fogli e n. 03 pagine
Dotazione organica: contiene dati personali non pubblicabili, depositato presso Servizio Assistenza Ospedaliera, Responsabile Dr.ssa Rosella Sais

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 483 DEL 14 APR. 2014
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Sergio Sais) IL DIRETTORE SANITARIO (Dott. Ugo Strella)
IL DIRETTORE GENERALE (Dott. Emilio Simone)

Allegato 1 _ contratto e dotazione organica

Il presente allegato è composto da n. 18 fogli e n. 18 pagine