

Struttura: LA CONIA 2000 S.R.L. - R.S.A. SOLE DI GALLURA

tetto massimo di spesa per anno

2007	€ 817.584,00
2008	€ 858.463,00

volume di prestazioni, intese come giornate di degenza, per anno

2007	13.250
2008	13.912

n.b. il tetto massimo di spesa è da intendersi come non non valicabile e comprensivo degli eventuali effetti derivanti dall'applicazione delle sotto indicate regressioni tariffarie. Nel caso in cui la struttura eroghi prestazioni oltre il sopra indicato volume, si applicheranno le seguenti regressioni tariffarie, fermo restando il tetto di spesa fissato.

Regressioni tariffarie

1	aumenti fino al 5% del volume di prestazioni sopra indicato	riduzione tariffaria del 20% sull'esubero di prestazioni rispetto al volume di prestazioni sopra indicato
2	aumenti compresi fra il 5% e il 10% del volume di prestazioni sopra indicato	riduzione tariffaria del 60% sull'esubero di prestazioni eccedente il 5% del volume di prestazioni sopra indicato
3	aumenti superiori al 10% del volume di prestazioni sopra indicato	riduzione tariffaria del 80% sull'esubero di prestazioni eccedente il 10% del volume di prestazioni sopra indicato

Struttura: CICA RESIDENZA DI GALLURA S.R.L.

tetto massimo di spesa per anno

2007	€ 425.570,00
2008	€ 446.849,00

volume di prestazioni, intese come giornate di degenza, per anno

2007	6.879
2008	7.223

n.b. il tetto massimo di spesa è da intendersi come non non valicabile e comprensivo degli eventuali effetti derivanti dall'applicazione delle sotto indicate regressioni tariffarie. Nel caso in cui la struttura eroghi prestazioni oltre il sopra indicato volume, si applicheranno le seguenti regressioni tariffarie, fermo restando il tetto di spesa fissato.

Regressioni tariffarie

1	aumenti fino al 5% del volume di prestazioni sopra indicato	riduzione tariffaria del 20% sull'esubero di prestazioni rispetto al volume di prestazioni sopra indicato
2	aumenti compresi fra il 5% e il 10% del volume di prestazioni sopra indicato	riduzione tariffaria del 60% sull'esubero di prestazioni eccedente il 5% del volume di prestazioni sopra indicato
3	aumenti superiori al 10% del volume di prestazioni sopra indicato	riduzione tariffaria del 80% sull'esubero di prestazioni eccedente il 10% del volume di prestazioni sopra indicato

CONTRATTO PER L'ACQUISIZIONE DI PRESTAZIONI DI
ASSISTENZA RESIDENZIALE TERRITORIALE

Contratto tra l'ASL n. 2 di Olbia e la Residenza sanitaria assistenziale
per l'acquisizione di prestazioni di assistenza residenziale
territoriale nel biennio 2007/2008.

L'anno _____, addì _____ del mese di _____ in Olbia,
tra l'Azienda sanitaria locale n. 2 di Olbia (di seguito denominata Azienda)
con sede in Olbia nella via Caduti sul lavoro, 35, nella persona del Direttore
generale e legale rappresentante dott. Giovanni Battista Cherchi, da una parte

e

la Residenza sanitaria assistenziale _____ (di seguito
denominata Struttura) con sede legale in _____, Via
_____ (P. I.V.A. _____), nella persona del legale
rappresentante Sig. _____, (c. f.: _____),
domiciliato per la carica in _____ nella via _____ n. _____,
dall'altra

hanno convenuto e stipulato quanto segue.

Premesso:

- che la legge regionale n. 10 del 21.07.06 all'art. 30 dispone che al 31
dicembre 2006 cessano di avere efficacia tutte le convenzioni stipulate in base
alla legge 23 dicembre 1978 n. 833, con le strutture private attualmente in
regime di accreditamento provvisorio in base al comma 2 dell'art. 10 della
deliberazione della Giunta regionale n 26/21 del 4 giugno 1998, nonché i
contratti stipulati con le strutture transitoriamente accreditate secondo le
modalità del predetto comma e in base al comma 5 dell'art. 10 della citata

deliberazione, disciplinanti l'erogazione di prestazioni sanitarie a carico del SSN;

- che ai sensi del comma 4 dell'art. 30 della LR 10/2006 le ASL sono tenute a stipulare entro il 31 marzo 2007 i nuovi contratti, per la durata del biennio 2007/2008, sostitutivi delle convenzioni in essere predisposti sulla base di appositi indirizzi definiti dalla Giunta regionale ai sensi del comma 1 dell'art. 8 della LR 10/2006;

- che con deliberazione della Giunta regionale n. 49/12 del 28/11/2006 sono state definite le linee regionali di indirizzo e direttive per le ASL perché possano stipulare, entro il predetto termine, i contratti per il biennio 2007/2008 con i soggetti erogatori privati accreditati, nelle more della definizione dei procedimenti relativi all'accreditamento istituzionale, ai sensi degli articoli 7 e 8 della LR 10/2006;

- 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 LR 10/2006 la remunerazione delle attività svolte dalle strutture e dai soggetti accreditati è subordinata alla stipulazione dei rapporti contrattuali definiti ai sensi dell'art. 8 della stessa legge;

- che le Aziende sanitarie locali hanno predisposto sulla base delle indicazioni fornite dalla Giunta regionale con la deliberazione della Giunta regionale n. 49/12 del 28/11/2006 un primo Piano preventivo delle attività, definito ai sensi del comma 1 dell'art. 8 della LR n. 10/2006, inviato dall'Azienda al competente Assessorato regionale con nota numero 60707 del 18/12/2006;

- che in base alla deliberazione della Giunta regionale n. 49/12 del 28/11/2006

ogni ASL dovrà acquisire e tener conto di eventuali deleghe di committenza, con relativi volumi di attività e tetti di spesa, formalizzate da parte di altre ASL per prestazioni che non possono essere garantite nei rispettivi territori. In carenza di delega di committenza la ASL nella quale insiste la struttura determinerà il tetto di spesa in misura non superiore a quella registrata nel corso dell'ultimo anno disponibile e tenuto conto degli obiettivi di spesa previsti nella deliberazione della Giunta regionale n. 53/19 del 20/12/2006;

- che gli indirizzi regionali sull'attività contrattuale locale riferiti all'assistenza territoriale residenziale nelle Residenze sanitarie assistenziali sono contenuti nella deliberazione di Giunta regionale n. 25/6 del 13.06.2006 "Linee di indirizzo in materia di Residenze sanitarie assistenziali e di Centri diurni integrati";

- che le Linee di indirizzo individuano le tariffe relative ai "profili assistenziali" e quelle relative ai pazienti ospitati nei nuclei dedicati a malati terminali e ad altri pazienti ad alta intensità assistenziale a totale carico del SSN, che i soggetti privati accreditati all'atto della stipula dei contratti si impegnano ad accettare;

- che, ai sensi dell'allegato 1C del DPCM 29.11.2001, la quota di partecipazione sociale, è pari al 50% del valore della tariffa;

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

Articolo 1 - Legittimazione contrattuale e oggetto del contratto

La Struttura è legittimata alla stipula del presente contratto in quanto transitoriamente accreditata ai sensi dell'articolo 10, comma 2, dell'allegato A) alla deliberazione della Giunta regionale n. 26/21 del 4 giugno 1998 e per

effetto delle disposizioni contenute nelle linee regionali di indirizzo per la stipula dei contratti tra erogatori privati e Aziende Sanitarie Locali.

Il contratto definisce:

- le caratteristiche delle prestazioni erogabili dalla Struttura (allegato B al presente contratto);
- il volume e le prestazioni erogabili, riportate nell'allegato A al presente atto;
- il tetto di spesa preventivato a fronte del volume e delle tipologie di prestazioni concordate (riportato nell'allegato A al presente atto);
- il sistema tariffario nonché le modalità di adeguamento delle tariffe rispetto alle attività rese in eccesso;
- i controlli che saranno attivati dall'Azienda e le sanzioni previste in caso di inadempienza;
- il debito informativo della Struttura verso l'Azienda in relazione alle prestazioni erogate;
- le modalità di accesso alle prestazioni.

Articolo 2 - Requisiti autorizzativi e di accreditamento

La Struttura, preliminarmente alla stipula del contratto, dovrà presentare un'autocertificazione dalla quale risulti la permanenza dei requisiti in base ai quali è stato concesso l'accreditamento da parte della Regione.

La Struttura si impegna inoltre al mantenimento dei requisiti citati per tutto il periodo di vigenza del presente contratto.

L'Azienda si riserva di accertare la permanenza dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento e di segnalare all'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, per gli adempimenti di competenza, eventuali carenze strutturali, organizzative e tecnologiche.

In particolare l'Azienda potrà verificare:

- che la strumentazione tecnologica e strumentale posseduta sia quantitativamente sufficiente e qualitativamente adeguata per l'erogazione delle prestazioni che formano oggetto dello stipulando contratto;
- che la dotazione quali-quantitativa del personale sia adeguata agli standard previsti dalle disposizioni in materia di autorizzazione/accreditamento;
- che il personale stesso non si trovi in situazioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente in materia di rapporto di lavoro dipendente, convenzionato o a qualsiasi altra tipologia di rapporto lavorativo in essere con il Servizio Sanitario Nazionale.

Articolo 3 - Assetto organizzativo e dotazione organica

La Struttura eroga prestazioni di assistenza residenziale territoriale con l'assetto organizzativo definito ai sensi del precedente articolo 2, riportato nell'allegato B 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 Struttura, dal quale devono risultare la qualifica, la mansione svolta dal predetto personale e l'impegno orario di ciascuno, nonché il tipo di contratto applicato. Tale elenco nominativo è allegato al presente atto (allegato B). La Struttura si impegna altresì a comunicare tempestivamente all'Azienda ogni eventuale successiva modifica e autocertifica, al termine di ogni semestre, il mantenimento dei requisiti organizzativi inerenti la dotazione organica. Tale autocertificazione sarà comunque oggetto di verifica da parte dell'Azienda.

L'esistenza delle situazioni di incompatibilità previste dalla 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 che perduri inadempienza.

Articolo 4 - 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 Struttura inoltre garantisce la piena attuazione degli impegni assunti nella Carta dei Servizi.

La Struttura si impegna inoltre al pieno rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali di cui al D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, sia nei trattamenti interni che nelle eventuali comunicazioni esterne.

In caso di comunicazioni da parte dell'Azienda di dati personali degli assistibili finalizzati a facilitare e rendere qualitativamente migliori i flussi informativi previsti obbligatoriamente dalla Regione, 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 5 - Controlli inerenti il mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento

L'Azienda compie, in ogni tempo, ispezioni e controlli inerenti la realizzazione e il successivo mantenimento dei requisiti di cui al precedente articolo 2 da parte della Struttura.

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 Struttura o un suo delegato, il verbale di controllo.

Qualora l'Azienda accerti la carenza dei predetti requisiti diffida la Struttura al ripristino degli stessi entro un mese; in caso di inadempienza nel termine assegnato, l'Azienda procede alla risoluzione del contratto e ne dà formale comunicazione all'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale per i provvedimenti di competenza.

Il provvedimento di revoca dell'accreditamento, ovvero il mancato accreditamento definitivo, da parte della Regione comporta la risoluzione del presente contratto.

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 la dotazione organica, di cui all'art. 3, possono chiedere l'attivazione di una procedura di accertamento da parte del Direttore generale della Azienda.

Articolo 6 – Programmazione e svolgimento delle prestazioni erogabili

Le prestazioni erogabili sono identificate nella deliberazione di Giunta regionale n. 25/6 del 13.06.2006 "Linee di indirizzo in materia di Residenze sanitarie assistenziali e di Centri diurni integrati".

Tali prestazioni dovranno essere erogate secondo le indicazioni e con le modalità individuate nella succitata DGR n. 25/6 del 13.06.2006, e secondo le specifiche indicazioni della competente Unità di Valutazione Territoriale (U.V.T.) dell'Azienda.

Le prestazioni, oggetto di contrattazione, con i relativi volumi di attività e tetto di spesa, sono riportate nell'allegato A, che costituisce parte integrante del presente contratto.

In prossimità del raggiungimento del tetto di spesa, la Struttura dà immediato formale avviso all'Azienda, la quale, rispetto alla domanda in eccesso, si impegna a trovare una soluzione all'interno delle strutture pubbliche o, in caso contrario, autorizza per iscritto la prestazione presso la Struttura. In mancanza del detto formale avviso ovvero, se del caso, di autorizzazione scritta alla prestazione presso la struttura, l'Azienda non provvederà al pagamento delle prestazioni in eccesso rispetto al volume massimo concordato e previsto nei successivi articoli 11 e 12 e nell'allegato A.

Le prestazioni di assistenza medica generale, di assistenza farmaceutica, assistenza specialistica, assistenza protesica e integrativa dovranno essere erogate secondo le indicazioni e con le modalità indicate nella Deliberazione di Giunta regionale n. 25/6 del 13.06.2006.

Nel periodo di vigenza del presente contratto, la Struttura si impegna ad erogare le attività programmate con continuità e regolarità per l'intero periodo dell'anno, nel rispetto dei requisiti prescritti dalla vigente legislazione, sotto i diversi aspetti organizzativi 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 e di appropriatezza clinica.

Articolo 7 - Modalità di accesso e di esecuzione del servizio

Alle prestazioni oggetto del presente contratto, erogabili presso la RSA, si

accede esclusivamente previa valutazione multidimensionale da parte della
Unità di Valutazione Territoriale (UVT) operante presso il Punto Unico
d'accesso del Distretto competente, secondo le indicazioni contenute nella
Deliberazione di Giunta Regionale n. 25/6 del 13.06.2006.

L'erogazione delle prestazioni dovrà avvenire nel rispetto dei principi sotto
elencati:

- qualità delle prestazioni;
- appropriatezza dell'erogazione della prestazione secondo le linee guida
specifiche, e secondo i principi della medicina basata sulle evidenze clinico
scientifiche;
- rispetto delle procedure di inserimento e di dimissione concordati con la
UVT;
- rispetto della normativa vigente in materia di giusta informazione e consenso
informato;
- rispetto della normativa vigente in materia di trattamento dei dati personali.

La U.V.T. provvede ad autorizzare la prestazione presso la Struttura, nei limiti
del volume massimo concordato, fornendo specifico piano terapeutico (Piano
di Assistenza Individuale) che la Struttura si impegna ad osservare
scrupolosamente.

Articolo 8 - Appropriately clinica

In coerenza col principio di appropriatezza, la Struttura si obbliga ad erogare
le prestazioni nel rispetto dei tempi, dei modi, della quantità e della qualità
effettivamente necessarie al soddisfacimento del bisogno delle persone e nel
rispetto delle specifiche indicazioni contenute nei provvedimenti nazionali e
regionali di applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza individuati dal

DPCM 29 novembre 2001.

La Struttura garantisce inoltre la piena attuazione degli impegni assunti nella Carta dei Servizi, la regolare tenuta della cartella sociosanitaria dell'ospite, sotto la personale responsabilità del Direttore sanitario.

La Struttura si impegna a dare una corretta informazione agli ospiti e alle loro famiglie sui percorsi riabilitativi sociosanitari individuati nel piano di assistenza individuale e sui tempi di attuazione necessari per il raggiungimento degli obiettivi proposti.

Articolo 9 - Debito informativo

La struttura si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo riguardante i flussi previsti dalla vigente normativa, nei confronti dell'Azienda e dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dalle indicazioni dell'Azienda, con particolare riguardo alla necessità di adeguare tempi e modalità dei flussi dei dati da fornire alle specifiche richieste dell'Azienda e di garantire l'interfacciamento con il SISAR (sistema informativo sanitario regionale) e con la rete telematica regionale in via di realizzazione.

Articolo 10 - Sistema tariffario e valorizzazione economica delle prestazioni

Le prestazioni di assistenza residenziale territoriale oggetto del presente contratto sono remunerate in base alle tariffe onnicomprensive, stabilite nella Deliberazione di Giunta Regionale n.25/6 del 13.06.2006.

Le prestazioni erogate in eccedenza rispetto al volume concordato e previsto nei successivi articoli 11 e 12 e nell'allegato A, saranno remunerate con la

tariffa pattuita, decurtata secondo quanto previsto all'articolo 12 del presente contratto.

L'eventuale entrata in vigore di provvedimenti normativi nazionali o regionali di aumento o riduzione delle tariffe obbligano le Parti a rivedere il presente contratto nel termine massimo di tre mesi.

Articolo 11 – Volume di prestazioni concordato e tetto di spesa

Il tetto di spesa complessivo previsto per l'anno 2007 è pari a € _____, corrispondente ad un importo mensile medio di € _____; il tetto di spesa complessivo previsto per l'anno 2008 è pari a € _____, corrispondente ad un importo mensile medio di € _____.

Il volume concordato di prestazioni, intese come giornate di degenza, e il tetto massimo di spesa assegnato sono specificati nell'allegato A al presente contratto.

Le prestazioni rese a cittadini residenti fuori dell'ambito dell'Azienda, pur essendo oggetto di rendicontazione distinta, rientrano nel massimale contrattato, mentre sono escluse le prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e agli stranieri muniti di titolo all'assistenza.

La Struttura si obbliga a non superare il volume di prestazioni concordato, oltre al quale saranno applicate le regressioni tariffarie indicate nell'articolo 12 del presente contratto.

Articolo 12 - Superamento del volume di prestazioni concordato e meccanismi di regressione tariffaria

La Struttura si impegna a rispettare il volume concordato delle prestazioni in modo da non superare il tetto massimo di spesa riportato nell'art. 11, così come specificato nell'allegato A del presente contratto.

Nel caso in cui la Struttura eroghi volumi di prestazioni oltre il volume massimo concordato la remunerazione sarà ridotta, come stabilito dalla Deliberazione della Giunta regionale n. 53/19 del 20/12/2006, nella seguente misura: per aumenti sino al 5% del volume: riduzione tariffaria del 20% sull'esubero; – per aumenti oltre il 5% e sino al 10% del volume: riduzione tariffaria del 60% sulla frazione di esubero eccedente il 5%; – per aumenti superiori al 10% del volume: riduzione dell'80% sulla frazione di esubero eccedente il 10%.

La regressione tariffaria sarà calcolata su base annuale.

Articolo 13 - Prestazioni a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso in cui la Struttura intenda attivare, all'interno di un apposito nucleo, posti in grado di ospitare malati terminali e pazienti che richiedono un alto livello di assistenza sanitaria (in stato neurovegetativo stabilizzato e pazienti dimessi dalla rianimazione stabilizzati ma necessitanti di assistenza continua), deve rispettare specifici requisiti sotto il profilo strutturale, tecnologico e organizzativo, così come stabilito nella DGR n. 25/6 del 13.06.2006. In tali casi i costi della degenza, autorizzata dall'U.V.T., saranno a totale carico del Servizio Sanitario Regionale.

La Struttura deve porre particolare attenzione agli aspetti dell'ospitalità, soprattutto per i parenti dei ricoverati; dovranno quindi essere previste, ove e quando possibile, camere singole di dimensioni tali da permettere la permanenza notturna di un accompagnatore, ovvero forme di ospitalità per i familiari che desiderano trascorrere la notte vicino al parente, anche in locali/foresteria.

L'assistenza medica sarà assicurata da un'equipe multidisciplinare che

prevede diversi profili specialistici quali ad esempio terapia del dolore, dietologia, fisioterapia, medicina interna, oncologia, geriatria; dovrà essere altresì sempre garantita la presenza del medico di struttura nelle ore diurne e la pronta disponibilità nelle ore notturne e nei giorni festivi.

Articolo 14 - Ricovero ospedaliero

Qualora l'ospite, per esigenze inderogabili di controllo/cura/trattamento oppure per la natura del quadro clinico, debba essere ricoverato temporaneamente, e comunque per un periodo non superiore ai 10 giorni, presso un presidio ospedaliero oppure presso altri centri di diagnosi/cura, ne viene data regolare comunicazione all'Azienda e alla UVT. In tal caso la Struttura si impegna a garantire la conservazione del posto letto per il suddetto periodo massimo, per il quale verrà applicata una riduzione della tariffa giornaliera del 25%.

Articolo 15 - Metodologia del sistema dei controlli

Ai sensi della Deliberazione di Giunta Regionale n.25/6 del 13.06.2006 l'attività sanitaria erogata è riepilogata a mezzo di rendicontazione mensile che costituisce il riferimento per la definizione dei rapporti economici, in conformità alle disposizioni della vigente normativa, deve essere la riproduzione fedele delle prestazioni effettivamente erogate in base agli inserimenti effettuati dalle UVT ed ai relativi piani terapeutici.

L'Azienda, in coerenza con i propri compiti istituzionali, procederà all'effettuazione dei seguenti controlli e verifiche:

1. verifiche di tipo amministrativo sulla regolarità amministrativa e contabile della documentazione presentata alla e dalla Struttura;
2. controlli e verifiche in loco sull'appropriatezza e sulle modalità erogative

delle prestazioni di residenzialità.

In particolare i controlli riguarderanno le presenze effettive degli ospiti inseriti, la regolare attuazione dei programmi terapeutici e l'adeguato utilizzo dei farmaci e dei presidi previsti. La Struttura deve adottare e tenere costantemente aggiornato un registro sulle presenze giornaliere degli ospiti della RSA.

Qualora vengano rilevate difformità in ordine a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale si procederà alla contestazione ai fini della decurtazione degli importi non dovuti.

Articolo 16 - Fatturazione e pagamenti

Le prestazioni oggetto del presente contratto sono remunerate sulla base delle tariffe massime onnicomprensive predeterminate dai provvedimenti regionali.

L'Azienda entro 60 giorni, a far data dalla presentazione di regolare fattura formalmente validata secondo la procedura indicata nel precedente art. 15, unitamente ai relativi dati di attività su supporto informatico, provvederà a corrispondere l'80% dell'importo fatturato, a titolo di acconto e salvo conguaglio attivo o passivo.

Per consentire una corretta gestione dell'importo di budget assegnato, nei casi in cui il fatturato mensile dovesse essere maggiore di 1/12 del tetto di spesa, l'acconto dell'80% e il saldo del 20% verranno calcolati sulla base del limite di 1/12 del tetto di spesa. Si provvederà successivamente al conguaglio sulla base di quanto effettivamente dovuto.

L'Azienda, sulla base delle risultanze dei controlli da effettuarsi di norma entro 90 giorni dalla data di ricezione della fattura, provvederà a quantificare l'importo da conguagliare richiedendo alla Struttura l'emissione della nota di

accredito o addebito (fattura integrativa). Entro 30 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione l'Azienda provvederà al pagamento del saldo, se dovuto, mentre in caso di conguaglio passivo procederà al relativo recupero all'atto del primo pagamento utile anche se effettuato in acconto sulle fatture successive.

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

Qualora l'Azienda non ottemperasse nei termini riportati, salvo che non dimostri che il ritardo è determinato da causa ad essa non imputabile, a seguito di messa in mora, sarà tenuta a corrispondere all'atto del pagamento del debito originariamente dovuto, gli interessi determinati al tasso legale secondo le modalità previste dall'art. 16, L.R. n. 3 del 29 aprile 2003, fermo restando l'obbligo di fatturazione di detti interessi da parte della Struttura.

La Struttura imputa i pagamenti conformemente al titolo indicato negli ordinativi all'uopo emessi dall'Azienda.

Articolo 17 - Stranieri

Le prestazioni rese a cittadini stranieri saranno distintamente fatturate all'Azienda solo nel caso in cui il paziente sia munito della richiesta su ricettario SSN e del titolo all'assistenza come specificato:

- STP: tesserino rilasciato dalla ASL di competenza con validità di 6 mesi dal rilascio;

- cittadini dell'Unione Europea: TEAM o suo Certificato sostitutivo/Allegato 5 rilasciato dalla ASL di competenza;

- cittadini di paesi con cui vigono accordi bilaterali: Allegato 5 rilasciato dalle ASL di competenza.

Ai fini del rimborso la struttura dovrà inviare al servizio competente una comunicazione contenente i dati anagrafici dell'assistito, allegando la richiesta di prestazione e copia del documento che da diritto all'assistenza.

I costi per prestazioni erogate ai marittimi di cittadinanza italiana ed estera non dovranno essere addebitati all'Azienda.

Non potranno essere fatturate e poste a carico del SSN le prestazioni eseguite a favore del cittadino straniero che non sia in possesso del titolo all'assistenza.

Le prestazioni per cittadini non iscritti al SSN, né coperti da disposizioni internazionali in materia di reciprocità, verranno erogate secondo la disciplina ministeriale vigente e, nei limiti del tetto massimo stabilito a livello aziendale, non sono conteggiate nel budget.

Articolo 18 - Modifica del contratto

In presenza di significative variazioni nella domanda o 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 - Efficacia e validità del contratto

Il presente contratto ha efficacia e validità dal 01/01/2007 al 31/12/2008, con esclusione del rinnovo tacito.

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

In caso di modifiche legislative o regolamentari nazionali e regionali, incidenti sul contenuto del contratto stipulato, lo stesso deve essere oggetto di modifiche e integrazioni. In tali casi la Struttura contraente ha facoltà, entro 30 giorni dalla conoscenza dei provvedimenti di cui sopra, di recedere dal

contratto a mezzo di formale comunicazione da notificare 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 a registrazione solo in caso d'uso, ai sensi dell'art. 10, della parte 2^a della Tariffa allegata al D.P.R. 26.04.1986, n. 131.

Le spese di bollo sono a cura e a carico delle parti contraenti, in uguale misura. Le eventuali spese di registrazione sono a carico della parte che ha interesse a richiederla.

Le attività, le prestazioni ed i servizi disciplinati ed organizzati tramite il presente accordo sono esenti I.V.A 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 successive modificazioni e integrazioni, e n. 517/93 e relativi provvedimenti attuativi.

Articolo 21 - Norma di rinvio

Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto, si rinvia alle norme di legge e di regolamento in materia sanitaria, amministrativa, civile e penale.

per l'Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Olbia

il Direttore Generale

dott. Giovanni Battista Cherchi

per la Residenza sanitaria assistenziale

il legale rappresentante

Ai sensi dell'articolo 1341 c.c. , le parti approvano specificamente i seguenti articoli: n. 3 (Assetto organizzativo e dotazione organica); n. 5 (Controlli inerenti il mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento); n. 6 (Programmazione e svolgimento delle prestazioni erogabili); n. 7 (Modalità di accesso e di esecuzione del servizio); n. 9 (Debito informativo); n. 10 (Sistema tariffario e valorizzazione economica delle prestazioni); n. 11 (Volume di prestazioni concordato e tetto di spesa); n. 12 (Superamento del volume di prestazioni concordato e meccanismi di regressione tariffaria); n. 14 (Ricovero ospedaliero); n. 15 (Metodologia del sistema dei controlli); n. 16 (Fatturazione e pagamenti); n. 18 (Modifica del contratto).

Per l'Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Olbia

il Direttore Generale dott. Giovanni Battista Cherchi

per la Residenza sanitaria assistenziale

il legale rappresentante