

CONTRATTO TRA LA A.S.L. N. 6 DI SANLURI E LA FONDAZIONE STEFANIA RANDAZZO PER L'ACQUISIZIONE DI PRESTAZIONI DI ASSISTENZA RESIDENZIALE TERRITORIALE BIENNIO 2014 – 2015.

L'anno 2014, addì 14 del mese di MARZO in Sanluri tra l'Azienda Sanitaria Locale n. 6 di Sanluri (di seguito denominata Azienda) con sede in via Ungaretti 9, C. F. n° 91009910927, Sanluri nella persona del Direttore Generale e Legale Rappresentante Dr. Salvatore Piu, nato a Muravera il 03.01.1950, da una parte

e

la Fondazione Stefania Randazzo, con sede a Cagliari, Viale Poetto 312, per le RSA di Ales, Monastir, Selargius e Vallermosa (di seguito denominata Fondazione), nella persona del Legale Rappresentante Sig.ra Alessandra Randazzo, nata a Cagliari il 27.03.1968 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 con DGR n. 30/33 del 2 agosto 2007 è stato recepito l'accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e la Regione Sardegna, per l'approvazione del Piano di rientro, di riqualificazione e di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- che con DGR n. 20/7 del 19 maggio 2010 è stata approvata la Direttiva contenente le azioni per il Patto del Buongoverno del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2010;
- 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 privati accreditati è subordinata alla stipulazione dei contratti, definiti ai sensi dell'art. 8 della medesima legge;
- che in base alla DGR n. 31/14 del 06/08/2010 l'Azienda Sanitaria Locale è tenuta a predisporre i contratti con i singoli soggetti erogatori privati sulla base dei volumi di attività e dei correlati livelli di spesa definiti dalla programmazione regionale, per ciascuna macroarea, nel rispetto degli obiettivi economico-finanziari di cui all'accordo tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Sardegna, sottoscritto in data 31 luglio 2007, relativo all'approvazione del "Piano di rientro, di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- che ogni ASL contrae direttamente le prestazioni rese a cittadini residenti nei rispettivi territori da soggetti erogatori privati operanti sia presso il proprio ambito territoriale sia presso ambiti territoriali diversi dal proprio;
- che gli indirizzi regionali sull'attività contrattuale locale riferiti all'assistenza territoriale residenziale nelle Residenze Sanitarie Assistenziali sono contenuti nella DGR n. 25/6 del 13.06.2006 "Linee di indirizzo in materia di Residenze sanitarie assistenziali e di Centri diurni integrati";
- che secondo le Linee di indirizzo in materia di RSA e CDI, i Direttori Generali delle ASL devono formulare un piano di riorganizzazione dei processi di erogazione degli interventi assistenziali residenziali territoriali e presso i centri diurni integrati, da parte delle strutture a gestione diretta e dei soggetti accreditati, individuando volumi di attività e tetti specifici di spesa correlati ai bisogni;
- 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 delle 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.
- quanto disposto dal TAR Sardegna con sentenza n. 796/2011.

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

Articolo 1 - Legittimazione contrattuale e oggetto del contratto

La Fondazione Stefania Randazzo è legittimata alla stipulazione del presente contratto in quanto le RSA di Ales, Monastir, Selargius e Vallermosa sono accreditate con provvedimento provvisorio ai sensi della DGR n. 2/19 del 19/01/2010 e s.m.i. 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 Fondazione;
- il volume e le prestazioni erogabili, suddivise per regimi (residenziale e diurno) e per raggruppamenti di profili assistenziali (riportate nell'allegato Y al presente atto);
- il tetto di spesa preventivato a fronte del volume e delle tipologie di prestazioni concordate (riportato nell'allegato Y al presente atto);
- il sistema tariffario nonché le modalità di remunerazione 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 Fondazione verso l'Azienda in relazione alle prestazioni erogate;
- le modalità di accesso alle prestazioni.

Articolo 2 - Requisiti di accreditamento

La Fondazione, preliminarmente alla stipulazione del contratto, dovrà comprovare l'avvenuta presentazione dell'autocertificazione richiesta ai sensi della D.G.R. n. 2/19 del 19/01/2010 e s.m.i. nonché presentare il Documento Unico di Regolarità Contributiva (DURC), ed il 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. 352

In fase di prima applicazione, nelle more della revisione degli accreditamenti da parte della Regione, l'Azienda - fatta salva la segnalazione all'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale per gli adempimenti di competenza - dovrà accertare che, in relazione alle prestazioni oggetto del presente contratto, la Fondazione possieda i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che consentono di adempiere correttamente agli obblighi contrattuali.

L'Azienda dovrà accertare, altresì, che le prestazioni erogate e i volumi di attività siano riconducibili a quelli accreditati dalla Regione.

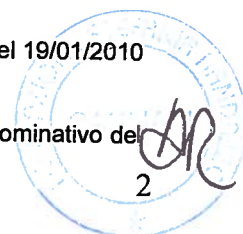
La Fondazione si impegna, inoltre, al mantenimento dei requisiti citati per tutto il periodo di vigenza del presente contratto e la ASL si impegna a verificare la persistenza degli stessi.

Articolo 3 - Assetto organizzativo e dotazione organica

La Fondazione eroga prestazioni di assistenza residenziale territoriale con l'assetto organizzativo definito ai sensi del precedente articolo 2, riportato nell'allegato X al presente contratto per farne parte integrante e sostanziale.

La Fondazione, nel rispetto dei requisiti inerenti la dotazione organica previsti dalla D.G.R. n. 2/19 del 19/01/2010 e dalla D.G.R. n. 25/29 del 01/07/2010, si impegna a garantire le prestazioni previste dal presente contratto.

La dotazione organica della Fondazione, rispondente ai requisiti indicati nell'art. 2, 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, il Nucleo di appartenenza, l'impegno orario settimanale di ciascuno, nonché il tipo di contratto applicato. Tale elenco nominativo dovrà essere allegato al presente atto.

La Fondazione 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 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 in cui la Fondazione entro, 30 giorni dal ricevimento della predetta diffida, non adempia.

Articolo 4 - Ulteriori requisiti di qualità

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

La Fondazione si impegna, altresì, 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 assistiti finalizzati a facilitare e a rendere qualitativamente migliori i flussi informativi previsti obbligatoriamente dalla Regione, la Fondazione 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 sul mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento

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

La procedura di controllo prevede l'accesso di funzionari dell'Azienda presso la Fondazione; al termine delle operazioni viene redatto, in contraddittorio con il legale rappresentante della medesima Fondazione 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 ex articolo 1456 del codice civile 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 alla dotazione organica, di cui all'art. 3, possono richiedere 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 DGR 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.

Le prestazioni oggetto di contrattazione, con i relativi volumi di attività e tetto di spesa, suddivise per regimi (residenziale e diurno) e per raggruppamenti di profili assistenziali, sono riportate nell'allegato Y, che costituisce parte integrante del presente contratto.

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 nelle suddette DGR n. 25/6.

Nel periodo di vigenza del presente contratto, la Fondazione 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 Fondazione, inoltre, darà 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 Fondazione 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, secondo le indicazioni contenute nella D.G.R. 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.

Articolo 8 - Appropriata clinica

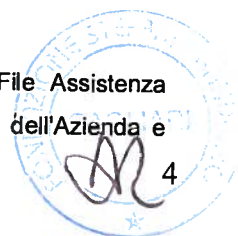
In coerenza col principio di appropriatezza, la Fondazione si obbliga ad erogare le prestazioni nel rispetto dei tempi, dei modi, della quantità e della qualità effettivamente necessari al soddisfacimento del bisogno delle persone e in osservanza delle specifiche indicazioni contenute nei provvedimenti nazionali e regionali di applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza individuati dal DPCM 29 novembre 2001 e s.m.i.

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

Articolo 9 - Debito informativo

La Fondazione si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo (File Assistenza Residenziale e Semiresidenziale -ARS- e ulteriori flussi previsti dalla normativa vigente), 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 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, suscettibili di eventuali aggiornamenti, stabilite nella D.G.R. n. 25/6 del 13.06.2006 e s.m.i., nella D.G.R. n. 10/43 del 11/02/2009 e nella DGR 32/73 del 24/07/2012.

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 Fondazione ha la facoltà, entro 30 giorni dalla conoscenza dei provvedimenti di cui al presente articolo, di recedere dal contratto dandone 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 D. Lgs., 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 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 uno 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 netto previsto è il seguente:

anno 2014: € 994.827,62, corrispondente ad un importo mensile medio di € 82.902,30;

anno 2015: € 994.827,62, corrispondente ad un importo mensile medio di € 82.902,30.

Nei limiti del tetto di spesa netto, di cui al presente articolo, possono essere previste compensazioni tra differenti regimi e raggruppamenti di profili assistenziali nel rispetto delle soglie minime (in termine di volume e valorizzazione) stabilite nell'allegato Y.

La Fondazione si impegna a non superare il tetto netto di spesa assegnato, oltre il quale si applica la decurtazione tariffaria di cui all'articolo 12 del presente contratto, fino al raggiungimento del tetto lordo, superato il quale le prestazioni non potranno essere remunerate.

Il tetto di spesa lordo annuale previsto è il seguente:

- anno 2014: € 1.044.569,00; anno 2015: € 1.044.569,00.

Le prestazioni rese ai cittadini residenti fuori Regione non rientrano nel massimale contrattato.

Articolo 12 - Superamento del tetto di spesa

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

Per le prestazioni eventualmente erogate oltre i tetti di spesa netti contrattati, si applica la decurtazione del 20% della tariffa, fino al raggiungimento del tetto lordo, oltre il quale le prestazioni non potranno essere remunerate.

La decurtazione applicata sarà calcolata su base annuale.



Articolo 13 - Prestazioni a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale

I costi relativi alla degenza dei pazienti ospitati in nuclei dedicati a malati terminali o che richiedono un alto livello di assistenza sanitaria (stato neurovegetativo stabilizzato e pazienti dimessi dalla rianimazione stabilizzati ma necessitanti di assistenza continua) sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

La Struttura deve rispettare gli specifici requisiti sotto il profilo Strutturale, tecnologico e organizzativo previsti per tali nuclei dalla DGR n. 25/6 del 13.06.2006 e per quanto concerne la remunerazione delle prestazioni a favore dei pazienti affetti da SLA e/o ventilazione assistita la DGR 10/43 del 11/02/2009. La stessa, inoltre, 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, fisiatria, medicina interna, oncologia, geriatria; dovrà essere, altresì, sempre garantita la presenza del medico di Struttura nelle ore diurne e la sua pronta disponibilità nelle ore notturne e nei giorni festivi.

Articolo 14 - Ricovero ospedaliero

Qualora l'ospite, per esigenze imprescindibili 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 Fondazione si impegna a garantire la conservazione del posto letto durante la quale verrà applicata una riduzione della tariffa giornaliera del 50%.

Oltre i predetti giorni di ricovero, qualora sia richiesto un nuovo inserimento in RSA/CDI, l'UVT dovrà esprimere il proprio parere di appropriatezza.

Articolo 15 - Metodologia del sistema dei controlli

Ai sensi della DGR n. 25/6 del 13.06.2006 l'attività sanitaria erogata comprovata mediante rendicontazione mensile, in conformità alle disposizioni della vigente normativa, deve essere la riproduzione fedele delle prestazioni effettivamente erogate in base agli inserimenti effettuati dalle UVT.

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;
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 Fondazione 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 loro 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 dalla D.G.R. n. 25/6 del 13.06.2006 e s.m.i., dalla D.G.R. n. 10/43 del 11/02/2009 e dalla DGR 32/73 del 24/07/2012.



La Fondazione provvederà ad inviare mensilmente all'Azienda il rendiconto indicante il numero delle prestazioni, effettuate nel mese di riferimento, distinte per regime di erogazione, nonché un elenco nominativo dei pazienti relativo al numero di presenze giornaliere e al profilo assistenziale

La ASL competente, entro 60 giorni dal ricevimento della fattura, unitamente ai relativi dati di attività su supporto informatico, previa verifica della regolarità amministrativa e contabile, provvederà a corrispondere il totale dell'importo fatturato mensilmente, se tale importo non è superiore alla media mensile precisata nel precedente art. 11 o, in caso contrario, dovrà liquidare l'importo corrispondente alla media stessa.

L'Azienda dall'esito delle verifiche sull'appropriatezza provvederà a quantificare l'importo relativo alle prestazioni inappropriate e la Fondazione provvederà all'emissione della relativa nota di credito.

Le eventuali controversie dovranno essere formalizzate alla ASL competente entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta di emissione della nota di credito, in caso contrario, la ASL provvederà a stornare il relativo ammontare dal primo pagamento utile.

L'eventuale conguaglio dovrà essere effettuato entro 120 giorni dalla presentazione dell'ultima fattura dell'anno di riferimento del contratto. Qualora venga accertato il superamento del tetto netto si applicherà la decurtazione tariffaria di cui al precedente articolo 12.

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

L'Azienda potrà richiedere l'emissione di fatture e relativi allegati suddivisi per distretto.

Qualora l'Azienda non ottemperasse entro termini riportati, sarà tenuta a corrispondere, all'atto del pagamento del debito originariamente dovuto, gli interessi determinati nella misura e con le modalità previste all'art. 16, L.R. n. 3 del 29 aprile 2003. Resta fermo l'obbligo di fatturazione di detti interessi da parte della Fondazione.

Articolo 17 – Tracciabilità dei flussi finanziari

L'Associazione si assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della L. 13.08.2010 n° 136 e s.m.i. Il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale, ovvero degli altri strumenti di incasso o pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 3 comma 9 bis della L.136/2010.

L'Associazione si impegna a dare immediata comunicazione all'Azienda ed alla prefettura/ufficio territoriale del Governo della provincia di Cagliari della notizia dell'impedimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

Articolo 18 - Modifica del contratto

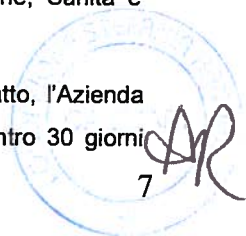
In presenza di significative variazioni nella riorganizzazione dell'offerta da parte delle strutture a gestione diretta e delle altre strutture pubbliche, le parti si riservano di ricontrattare la tipologia e il volume delle prestazioni assegnate.

Articolo 19 - Durata del contratto

Gli effetti del contratto decorrono dal 1 Gennaio 2014 fino al 31 dicembre 2015, 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 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



dall'entrata in vigore della modifica ed integrazione di cui al presente articolo, di recedere dal contratto dandone formale comunicazione all'Azienda e all'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale tramite raccomandata A/R.

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 seconda 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 eguale misura.

Le eventuali spese di registrazione sono a carico della parte che ha interesse a richiedere la medesima registrazione.

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.

Il Direttore Generale ASL n° 6

Dr. Salvatore Piu

Il Rappresentante Legale
Fondazione Stefania Randazzo

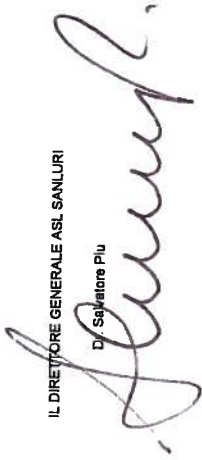
Sig.ra Alessandra Randazzo



	ANNO 2014																					
	LIVELLO ALTO				LIVELLO BASE				ALTO TOTALE				VENTILATI				ANNO 2014					
	prestazioni al lordo in contratto		prestaz. al netto regressione		prestazioni al lordo in contratto		prestaz. al netto regressione		prestazioni al lordo in contratto		prestaz. al netto regressione		prestazioni al lordo in contratto		prestaz. al netto regressione		TOTALE AL LORDO REGRESSIONE		TOTALE AL NETTO REGRESSIONE			
N. prest.	valore	N. prest.	valore	N. prest.	valore	N. prest.	valore	N. prest.	valore	N. prest.	valore	N. prest.	valore	N. prest.	valore	N. prest.	valore	N. prest.	valore	N. prest.	valore	
% SOGLIA MINIMA																						
RSA	3184	203.776,00	3032	194.072,38	4213	246.587,00	4012	236.730	2782	385.296,00	2659	366.948,57	1000	190.000,00	952	180.952,38	11189	1.027.639,00	10656	978.703,81	533	48.935,19
CDI	105	3.360,00	100	3.200,00	460	13.570,00	438	12.924	219													
TOTALE	3289	207.136,00	3132	197.272,38	4673	262.137,00	4450	249.654	2225	385.296,00	2659	366.948,57	1330	190.000,00	952	180.952,38	11754	1.044.569,00	11184	994.827,62	560	49.741,38

IL DIRETTORE GENERALE ASL SANLURI

D. Salvatore Piu


IL RAPPRESENTANTE LEGALE
FONDAZIONE STEFANIA RANDAZZO

Sig.ra Alessandra Randazzo




	ANNO 2015										ANNO 2015																		
	LIVELLO ALTO					LIVELLO BASE					ALTO TOTALE					VENTILATI				TOTALE AL LORDO		TOTALE AL NETTO		REGRESSIONE					
	prestazioni al lordo in contratto		prestaz. al netto regressione		soglia min. prest.	prestazioni al lordo in contratto		prestaz. al netto regressione		soglia min. prest.	prestazioni al lordo in contratto		prestaz. al netto regressione		soglia min. prest.	prestazioni al lordo in contratto		prestaz. al netto regressione		soglia min. prest.	N. prest.		valore		N. prest.		valore		
% SOGLIA MINIMA					50					50					50					50									
RSA	3184	203.776,00	3032	194.072,38	1516	4213	248.587,00	4012	236.730	2006	2792	385.296,00	2659	366.948,57	1.330	1000	190.000,00	952	180.952,38	476	11189	1.027.639,00	10656	978.703,81	533	48.935,19			
CDI	105	3.360,00	100	3.200,00	50	460	13.570,00	438	12.924	219												565	16.930,00	538	16.123,81	27	806,19		
TOTALE	3289	207.136,00	3132	197.272,38	1568	4873	262.137,00	4450	249.654	2225	2792	385.296,00	2659	366.948,57	1330	1000	190.000,00	952	180.952,38	476	11754	1.044.589,00	11194	994.827,62	560	49.741,38			

IL DIRETTORE GENERALE ASL SANLURI

Dr. Salvatore Piu



IL RAPPRESENTANTE LEGALE
FONDAZIONE STEFANIA RANDAZZO

Sig.ra Alessandra Randazzo