

**CONTRATTO PER L'ACQUISIZIONE DI PRESTAZIONI
DI OCULISTICA TRA L'AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 6 DI SANLURI E STUDIO
MEDICO OCULISTICO DOTT. GIUSEPPE ANTONIO CICCU
ANNO 2016**

Contratto tra l'**Azienda Sanitaria Locale n.6 di Sanluri** e la struttura Sanitaria Studio Medico Oculistico Dott. Giuseppe Antonio Ciccu, per l'acquisizione di prestazioni di sanitarie per l'anno 2016.

L'anno 2016, addìdel mese diin Sanluri tra l'**Azienda Sanitaria Locale n. 6 di Sanluri** (di seguito denominata **Azienda**) con sede in Sanluri nella via Ungaretti n. 9, nella Persona del Commissario Straordinario e Legale Rappresentante Dr.ssa Maria Maddalena Giua nata a Mandas il 27/03/1955 da una parte

e

la Struttura sanitaria Studio Medico Oculistico Dott. Giuseppe Antonio Ciccu, (di seguito denominata **Struttura**), con sede in Serramanna, Via Piazza Martiri,5, nella persona del Legale Rappresentante Dr. Giuseppe Antonio Ciccu, nato/a a Cagliari il 31/01/1952 dall'altra,

HANNO CONVENUTO E STIPULATO QUANTO SEGUE.

Premesso:

- che la Legge Regionale n. 10 del 28 luglio 2006 all'articolo n. 8, prevede per le ASL la stipula dei contratti con le strutture 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, LR n. 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 in base alla deliberazione della Giunta regionale n. 67/19 del 29.12.2015, 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;
- che l'Azienda acquisisce e tiene 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 mancanza 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 delibera della Giunta Regionale n. 67/19 del 29.12.2015;
- che il Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale è stato definito con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 19/6 del 28 aprile 1998, e s.m.i., in particolare la Deliberazione della Giunta Regionale n. 34/9 del 11/09/2007 – Revisione del Nomenclatore Tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale emanato con la D.G.R. n. 19/6 del 28/04/1998. Primo equilibrio delle tariffe regionali verso quelle massime fissate a livello nazionale –, la DGR 33/20 del 31/07/2012, Nomenclatore Tariffario regionale della specialistica ambulatoriale. Revisione delle tariffe di alcune prestazioni della medicina di laboratorio e la Delibera del 17 novembre 2015, n. 55/17, Linee di indirizzo per la migliore gestione clinica del paziente neuropatico in stadio avanzato e per l'appropriatezza nell'utilizzo delle metodiche dialitiche. Integrazione del Nomenclatore Tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.
- che con la deliberazione della Giunta regionale n. 43/9 del 20 dicembre 2002, e successive modificazioni e integrazioni (Deliberazione della Giunta regionale n. 11/7 del 21 marzo 2006; Deliberazione della Giunta regionale n. 41/29 del 29 luglio 2008) è stata data attuazione alle disposizioni sui LEA, in particolare per quanto attiene alle condizioni cliniche di erogabilità delle prestazioni parzialmente escluse appartenenti alla branca di medicina fisica e riabilitativa, alle prestazioni di densitometria ossea e di chirurgia refrattiva;

- che con la delibera della Giunta regionale n. 30/36 del 2 agosto 2007 sono stati dati indirizzi alle ASL per l'applicazione degli sconti tariffari previsti dall'articolo 1, comma 796, lettera o) della legge 27 dicembre 2006, n. 296 sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private accreditate per conto del Servizio Sanitario Regionale e che tale sconto non trova applicazione per le tariffe definite con la DGR 33/20 del 31/07/2012 e per la tariffa della prestazione con codice 54.98.3, definita con la Delibera del 17/11/2015, n. 55/17.

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 stipulazione del presente contratto in quanto accreditata provvisoriamente con provvedimento n. 103, del 19/02/2015 adottato dall'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, per effetto delle disposizioni contenute nelle linee regionali di indirizzo per la stipulazione dei contratti tra soggetti erogatori privati e Aziende Sanitarie Locali.

Il contratto definisce:

- le caratteristiche delle prestazioni erogabili dalla Struttura;
- il volume e le prestazioni erogabili, distinte per tipologia e branca specialistica (riportate nell'allegato Y al presente atto);
- il tetto di spesa preventivato (a fronte del volume e delle tipologie di prestazioni concordate) determinato, per l'anno 2016 al netto degli sconti tariffari e della compartecipazione al costo stimata (riportato nell'allegato Y 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 d'inadempienza;
- il debito informativo della Struttura verso l'Azienda in relazione alle prestazioni erogate;
- le modalità di accesso alle prestazioni.

ARTICOLO 2 - REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

La Struttura, preliminarmente alla stipulazione del contratto, dovrà comprovare l'avvenuto completamento del percorso di accreditamento ovvero di aver ottenuto dalla Regione l'accreditamento istituzionale definitivo, ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale n. 47/43 del 30/12/2010 e successive integrazioni, nonché di essere in regola col il Documento Unico di Regolarità Contributiva (DURC), e presentare il certificato d'iscrizione al Registro delle imprese dal COIPA, con l'attestazione di 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. nel caso di acquisto di prestazioni da società professionali mediche ed odontoiatriche, in qualunque forma costituite, e società di capitali, l'Azienda dovrà richiedere all'ENPAM il rilascio della certificazione equipollente al DURC attestante il regolare adempimento degli obblighi contributivi di cui all'articolo 1, comma 39, L. 23/08/2004, n. 243.

Nelle more dell'eventuale completamento del percorso per il rilascio dell'accreditamento definitivo, l'Azienda dovrà accertare che, in relazione alle prestazioni oggetto del presente contratto, la Struttura non ancora in possesso dell'accreditamento definitivo possieda i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che consentono di adempiere correttamente agli obblighi contrattuali.

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 permanenza degli stessi.

ARTICOLO 3 - ASSETTO ORGANIZZATIVO E DOTAZIONE ORGANICA

La Struttura eroga prestazioni di Oculistica 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 Struttura, nel rispetto dei requisiti inerenti alla dotazione previsti nella delibera della Giunta Regionale n 47/43 del 30/12/2010, si impegna a garantire le prestazioni previste dal presente contratto.

La dotazione organica della Struttura, rispondente ai requisiti esplicitati nell'articolo 2, è specificata nell'elenco nominativo del personale, controfirmato dal legale rappresentante della Struttura, 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. Tal elenco nominativo dovrà essere allegato al presente atto.

La Struttura si impegna altresì a comunicare tempestivamente all'Azienda ogni eventuale successiva modifica, indicando i medesimi parametri previsti per l'allegato X e autocertificare, 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 in cui la Struttura, entro 30 giorni dal ricevimento della predetta diffida, non adempia.

ARTICOLO 4 - ULTERIORI REQUISITI DI QUALITÀ

La Struttura si impegna a promuovere la formazione continua dei propri dipendenti e operatori, sia per gli aspetti tecnico professionali sia 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 sia nelle eventuali comunicazioni esterne.

In caso di comunicazioni da parte dell'Azienda sui 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, a utilizzare i predetti dati per le sole finalità previste dal presente contratto.

ARTICOLO 5 – CONTROLLI INERENTI AL MANTENIMENTO DEI REQUISITI AUTORIZZATIVI E DI ACCREDITAMENTO

L'Azienda può, in ogni momento, effettuare controlli inerenti il mantenimento 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 Struttura o un suo delegato, il verbale di controllo.

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

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

Fatta salva l'ipotesi sopra descritta, 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 la dotazione organica, di cui all'art. 3, possono chiedere l'attivazione di una procedura di accertamento da parte del Direttore generale dell'Azienda.

ARTICOLO 6 - PROGRAMMAZIONE E SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ E CARATTERISTICHE DELLE PRESTAZIONI

La Struttura si impegna ad erogare le prestazioni indicate nell'allegato Y, parte integrante del presente contratto, individuate con la codifica del Nomenclatore Tariffario Regionale, approvato con deliberazione della Giunta Regionale n. 19/6 del 28 aprile 1998, e successive modificazioni e integrazioni, (s.m.i.), in conformità alle modalità ivi previste, o con quelle determinate da eventuali future modifiche.

La Struttura si impegna a rispettare le soglie minime, per singoli raggruppamenti omogenei di attività, stabilite (in termini di volume e valorizzazione) nell'allegato Y.

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 sanitari, di sicurezza strutturale, ambientale e tecnologica.

Al fine di garantire la continuità dell'assistenza e un'erogazione omogenea delle prestazioni durante tutto l'arco dell'anno, la Struttura si impegna a presentare all'Azienda, in accordo con gli altri erogatori privati, entro il 31/03/2013, un piano attraverso il quale viene garantita, per le diverse tipologie di prestazioni, l'apertura delle strutture durante il periodo estivo e le festività. In caso di mancata comunicazione i giorni di apertura saranno stabiliti unilateralmente dall'Azienda.

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.

La Struttura garantisce la regolare registrazione delle prenotazioni, dei tempi e delle liste d'attesa per ciascuna prestazione o agenda e le comunica all'Azienda.

ARTICOLO 7 – MODALITÀ DI ACCESSO E DI ESECUZIONE DEL SERVIZIO

Alle prestazioni oggetto del presente disciplinare si accede mediante prescrizione su ricettario SSN.

La Struttura dovrà accertare la correttezza dei dati identificativi dell'utente e il rispetto delle disposizioni normative in materia di prescrizioni e di prestazioni specialistiche.

Le prestazioni saranno erogate secondo l'ordine cronologico di presentazione della richiesta o nel rispetto delle priorità d'accesso disciplinate dalla normativa vigente.

L'erogazione delle prestazioni dovrà avvenire, inoltre, 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, nel rispetto dei tempi minimi di trattamento ove previsti;
- rispetto della normativa vigente in materia di giusta informazione e consenso informato.

ARTICOLO 8 - APPROPRIATEZZA CLINICA

In coerenza col principio di appropriatezza, la struttura si obbliga ad erogare le prestazioni nel rispetto dei tempi, dei modi e delle quantità effettivamente necessarie al soddisfacimento del bisogno diagnostico terapeutico del paziente e nel rispetto delle specifiche indicazioni cliniche contenute nei provvedimenti regionali di applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza individuati dal DPCM 29 novembre 2001 e le successive modificazioni e integrazioni.

ARTICOLO 9 – CUP REGIONALE E DEBITO INFORMATIVO

Le Strutture private accreditate accettano che l'accesso alle prestazioni di specialistica avvenga attraverso l'utilizzo della piattaforma di prenotazione ed erogazione regionale denominata CUP WEB, come di seguito indicato:

- a) prestazioni in quota pubblica. Dovranno essere per l'anno 2016 in misura non inferiore al 25% del tetto lordo delle prestazioni contrattate. Le prestazioni in quota pubblica potranno essere prenotate, oltre che dalla struttura stessa, anche sdai canali regionali previsti, quali CUP regionale, il numero verde 1533 e il portale per il cittadino;
- b) prestazioni in quota riservata. Saranno prenotabili esclusivamente dalla Struttura e devono costituire il completamento dell'offerta contrattata di cui al punto a), in misura massima del 75% per il 2016;
- c) prestazioni extrabudget. Sono le prestazioni effettuate oltre il limite del tetto lordo di spesa assegnato e le relative agende vengono prenotate e gestite attraverso la piattaforma CUP WEB dalle strutture in completa autonomia, fermi restando i volumi di attività massima accreditata per ciascuna tipologia di prestazione.

L'Azienda è tenuta alla creazione e alla configurazione delle agende informatizzate di prenotazione pubblica (punto a) e riservata (punto b) concordate con le Strutture, e opportunamente definite con le corrispondenti "classi di priorità", oltre a garantire tutta l'attività di coordinamento con tutte le strutture eroganti.

La Struttura si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo (File C 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 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 9 BIS – FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO.

La Regione, secondo quanto previsto all'art. 12 del Decreto Legge 18 ottobre 2012, n. 179, realizzato il sistema regionale di Fascicolo sanitario elettronico (FSE) che costituisce una raccolta informatizzata di tutti i documenti sanitari dei cittadini prodotti durante il processo di diagnosi e cura delle strutture sanitarie che lo prendono in carico, sia pubbliche che private.

Come meglio specificato dal DPCM 29/09/2015, n. 178, contenete il Regolamento in materia di Fascicolo Sanitario Elettronico, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 263 del 11/11/2015, i "referti" rilasciati dalle strutture sanitarie pubbliche che private ricadono tra i documenti sanitari digitali obbligatori che devono essere raccolti nel FSE del cittadino.

A tal fine la Regione mette a disposizione delle Strutture sanitarie private le specifiche tecniche e il supporto informatico per i test per la realizzazione dell'interoperabilità con il proprio sistema informatico per l'invio dei referti al FSE del cittadino.

Entro l'anno 2016 tutti i referti delle Strutture sanitarie private dovranno essere trasmessi al FSE del cittadino che abbia espresso il proprio consenso ai sensi del D.Lgs 30/06/2003, n. 196 e s.m.i.. sono fatti salvi i casi in cui l'omessa trasmissione del referto sia imputabile al mancato funzionamento del Sistema Informativo Regionale.

ARTICOLO 10 - SISTEMA TARIFFARIO E VALORIZZAZIONE ECONOMICA DELLE PRESTAZIONI

Le prestazioni ambulatoriali oggetto del presente contratto sono remunerate in base alle tariffe onnicomprensive, suscettibili di aggiornamento e/o adeguamento in conformità a specifici provvedimenti regionali.

Le tariffe sono considerate al netto degli sconti determinati secondo le disposizioni della deliberazione della Giunta regionale n. 30/36 del 2 agosto 2007, ad eccezione delle tariffe approvate con la DGR 33/20 del 31/07/2012 e della tariffa della prestazione 54.98.3 definita dalla Delibera 17/11/2015, n. 55/17.

Le prestazioni erogate in eccedenza rispetto al tetto netto di spesa concordato saranno remunerate con la tariffa pattuita, decurtata secondo quanto previsto all'articolo 12 del presente contratto.

Nel caso in cui entrino in vigore provvedimenti nazionali e/o regionali di aumento o riduzione della valorizzazione economica delle prestazioni, il contratto s'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 d'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 anche 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 per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, comprensivo di quanto già liquidato/pagato nel primo trimestre 2016, è il seguente: **€ 59.047,62**.

Nei limiti del tetto di spesa netto, di cui al presente articolo, possono essere previste compensazioni

tra differenti regimi di prestazioni nel rispetto delle soglie minime (in termine di volume e valorizzazione) stabilite dall'allegato Y.

La Struttura si impegna a non superare il tetto netto di spesa contrattato, oltre il quale si applicherà 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, comprensivo di quanto già liquidato/pagato nel primo trimestre 2016, è il seguente: **€ 62.000,00**.

Nell'allegato Y il tetto di spesa complessivo è suddiviso per raggruppamenti omogenei di prestazioni.

Qualora non venga rispettata la soglia minima stabilita per ciascun raggruppamento omogeneo di prestazioni, la differenza tra la soglia minima contrattata e quanto effettivamente erogato dalla Struttura non potrà essere usata per la compensazione.

Le prestazioni rese a cittadini residenti fuori dell'ambito dell'Azienda, pur essendo oggetto di rendicontazione distinta, rientrano nel massimale contrattato

ARTICOLO 12 - SUPERAMENTO DEL TETTO DI SPESA

La Struttura si impegna a rispettare il volume massimo delle prestazioni in modo da non superare il tetto massimo di spesa riportato nell'art. 11 e le soglie minime di prestazione per ciascun raggruppamento omogeneo, 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.

Le prestazioni che la Struttura eventualmente deciderà di erogare oltre il tetto lordo contrattato potranno essere eventualmente remunerate, con la decurtazione del 40% sopraccitata, attraverso le sole somme disponibili a seguito del mancato utilizzo durante l'anno da parte delle altre strutture aziendali e comunque esclusivamente nei limiti del tetto di spesa aziendale annuale stabilito con la DGR 67/19 del 29/12/2015 che rappresenta, pertanto, un vincolo non superabile. Le risorse disponibili saranno ripartite tra gli erogatori in misura proporzionale al tetto assegnato per l'anno di riferimento.

13 - METODOLOGIA DEL SISTEMA DEI CONTROLLI

La Struttura documenta l'attività sanitaria erogata per mezzo del flusso informativo FILE C, che costituisce il riferimento per la definizione dei rapporti economici, in conformità alle disposizioni della vigente normativa. Il FILE C deve essere la riproduzione fedele delle prestazioni prescritte sul ricettario SSN dal medico di fiducia e non possono essere in nessun caso modificate e/o integrate.

L'Azienda effettuerà controlli informatici sul FILE C e i controlli sulle singole impegnative secondo le specifiche previste.

I controlli dovranno, tra l'altro, riguardare:

- l'appropriatezza delle prestazioni richieste rispetto a quanto previsto nel Nomenclatore tariffario regionale;
- il rispetto delle indicazioni previste sull'erogabilità delle prestazioni nei provvedimenti regionali di applicazione dei L.E.A.;
- il rispetto delle condizioni di prescrivibilità in rapporto alla diagnosi;
- le modalità di erogazione delle prestazioni.

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. In caso di irregolarità formali si potrà procedere alla regolarizzazione della documentazione ove consentito.

ARTICOLO 14 – FATTURAZIONE E RISCONTRI DOCUMENTAZIONE

Le prestazioni effettuate dalla Struttura sono fatturate all'Azienda con cadenza mensile. Per consentire la regolare trasmissione dei flussi di attività sanitari alla Regione Sardegna ed al Ministero della Salute, eventuali fatture integrative possono essere emesse esclusivamente entro il trimestre successivo a quello in cui ha avuto luogo la prestazione e dovranno essere inviate congiuntamente ad un FILE C integrativo coerente con la fattura.

La fattura sarà accompagnata da:

1. il FILE C relativo al dettaglio delle prestazioni effettuate;
1. il tabulato cartaceo contenente l'elencazione delle singole impegnative con indicazione delle prestazioni tariffate e dei ticket riscossi;
2. il riepilogo generale delle prestazioni, accorpate per codice, con relative tariffe;
3. gli originali delle prescrizioni su ricettario SSN.

Le prestazioni riepilogate dovranno essere suddivise come di seguito indicato:

- a) prestazioni erogate a favore di cittadini residenti nell'Azienda;
- a) prestazioni per cittadini residenti in altre Aziende della Regione;
- b) prestazioni a favore di cittadini di altre Regioni;
- c) stranieri con diritto all'assistenza.

Il volume fatturato relativo alle prestazioni del punto d) non verrà conteggiato nel tetto di spesa.

ARTICOLO 15 - PAGAMENTI

Le prestazioni oggetto del presente contratto sono remunerate sulla base delle tariffe massime onnicomprensive predeterminate dai provvedimenti regionali, decurtate dello sconto tariffario previsto dall'articolo 1, comma 796, lettera o) della legge 27 dicembre 2006, n. 296 applicato secondo le disposizioni regionali. La decurtazione non trova applicazione per le tariffe approvate con la DGR 33/20 del 31/07/2012 e per la tariffa della prestazione con codice 54.98.3, definita con la Delibera del 17/11/2015, n. 55/17.

La Struttura dovrà provvedere ad inviare, mensilmente all'Azienda, oltre che i relativi dati di attività su supporto informatico "FILE C", un documento contabile (riepilogo) contenente il numero delle prestazioni effettuate nel mese di riferimento

L'Azienda entro 60 giorni, a far data dalla presentazione della fattura, unitamente alle impegnative SSN e ai relativi dati di attività su supporto informatico, provvederà a corrispondere il totale dell'importo fatturato mensilmente, se tale importo non è superiore a 1/12 del tetto annuale.

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

Le eventuali contestazioni dovranno essere formalizzate all'Azienda competente entro 90 giorni dal ricevimento della richiesta di emissione della nota di credito, in caso contrario, la Azienda 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 di cui al precedente articolo 12.

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, sarà tenuta a corrispondere all'atto del pagamento del debito originariamente dovuto, gli interessi determinati nella misura e nelle modalità previste dall'art. 16, L.R. n. 3 del 29 aprile 2003.

Resta fermo l'obbligo di fatturazione di detti interessi da parte della Struttura.

ARTICOLO 16 – 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 17 – DURATA DEL CONTRATTO

Gli effetti del presente contratto decorrono **dal 1 Aprile 2016 fino al 31 Dicembre 2016**, 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 dalla conoscenza della modifica ed integrazione di cui sopra, 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 18 – OBBLIGHI DELLA STRUTTURA RELATIVI ALLA TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

La struttura assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche.

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.

ARTICOLO 19 - 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 20 - 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 Commissario Straordinario
Dr.ssa Maria Maddalena Giua

Firma Rappresentante Legale Struttura
Accreditata
Dr. Giuseppe Antonio Ciccu

Per accettazione Art. 12 ultimo comma

Firma Rappresentante Legale Struttura Accreditata
Dr. Giuseppe Antonio Ciccu