

**Contratto tra la ATS SARDEGNA e la Struttura Sanitaria CENTRO DI RIABILITAZIONE FLORIS S.R.L. - codice regionale 101600 per l'acquisizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali per il triennio 2018-2019-2020**

Contratto per l'acquisizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali per gli anni 2018-2019-2020

tra

l'Azienda per la Tutela della Salute (di seguito denominata ATS) con sede legale in Sassari - Via E.Costa 57, C.F. 92005870909 - Partita Iva: 00935650903, nella persona del Direttore dell'Area Socio Sanitaria di Sanluri DOTT. ANTONIO ONNIS delegato alla sottoscrizione del presente contratto dal Direttore Generale e Legale Rappresentante Dott. Fulvio Moirano (in forza di deliberazione Direttore Generale ATS n. 11 del 18/01/2017, come integrata dalla deliberazione n. 22 del 06/02/2017), domiciliato per la carica presso la medesima, da una parte


e

la Struttura sanitaria CENTRO DI RIABILITAZIONE FLORIS S.R.L. (di seguito denominata Struttura) C.F. 03546410923 con sede operativa in GUSPINI, VIA CAVOUR 50, nella persona del Legale Rappresentante Sig. Luca Floris, dall'altra, hanno convenuto e stipulato quanto segue.

**Premesso:**

- che ai sensi della Legge Regionale n. 10 del 28 luglio 2006, art. 8 e della Legge Regionale 27 luglio 2016, n. 17 art. 2 lettera f) l'ATS stipula contratti con le strutture private e con i professionisti accreditati;
- che l'erogazione di prestazioni sanitarie da parte di strutture private è disciplinata dai principi di cui agli articoli 1 e 3 della L.R. 10/2006;
- che ai sensi del comma 2 dell'art. 3 della L.R. 10/2006 la remunerazione delle attività

ATS  
Data: 27/09/2018 13:11:00  
RCC/2018/0000193



svolte dalle strutture e dai soggetti accreditati è subordinata alla stipulazione dei rapporti contrattuali definiti ai sensi dell'art. 8 della L.R. 10/2006;

- che in base alla Disposizioni della Giunta Regionale, l'ATS è tenuta a predisporre i contratti con i singoli soggetti erogatori privati sulla base dei livelli di spesa definiti dalla programmazione regionale;

- 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 ss.mm.ii.: 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 aprile 1998. Primo riequilibrio 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 nefropatico in stadio avanzato e per l'appropriatezza nell'utilizzo delle metodiche dialitiche. Integrazione del Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;

- che con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 43/9 del 20 dicembre 2002, e ss.mm.ii. (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 le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 30/36 del 2 agosto 2007 e n. 34/9 del 11/09/2007 sono stati dati indirizzi alle Aziende Sanitarie Locali 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 54.98.3 definita con la Delibera del 17 novembre 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 CENTRO DI RIABILITAZIONE FLORIS S.R.L. è legittimata alla stipulazione del presente contratto in quanto accreditata con provvedimento n. 422 DEL 14/05/2016 adottato da Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale e per effetto delle disposizioni contenute nelle linee regionali di indirizzo per la stipulazione dei contratti tra soggetti erogatori privati e ATS.

Il contratto definisce:

- le caratteristiche delle prestazioni erogabili dalla Struttura;
- il volume e le prestazioni erogabili, distinte per tipologia di prestazione e branca specialistica riportate nell'allegato Y al presente atto);
- il tetto di spesa stabilito dall'ATS (riportato dell'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'ATS e le sanzioni previste in caso di inadempienza;
- il debito informativo della Struttura verso l'ATS, il SSR e il SSN in relazione alle prestazioni erogate;
- le modalità di accesso alle prestazioni.

## Articolo 2. Requisiti di accreditamento

Preliminarmente alla stipulazione del contratto:

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

- l'ATS dovrà verificare la sussistenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente per i contratti pubblici (quali, Documento Unico di Regolarità Contributiva (DURC), certificato di iscrizione al Registro delle imprese rilasciato dal CCIAA, attestazione dell'insussistenza di procedure concorsuali o di procedimenti per l'assoggettamento a dette procedure. L'ATS deve acquisire la documentazione antimafia di cui all'art. 84 del d.lgs. 06/09/2011, n. 159 e ss.mm.ii.

- nel caso di acquisto di prestazioni da società professionali mediche ed odontoiatriche, in qualunque forma costituite, e società di capitali, l'ATS dovrà richiedere all'ENPAM il rilascio della certificazione equipollente al DURC attestante il regolare adempimento degli obblighi contributivi di cui all'art. 1, comma 39, L. 23/08/2004, n. 243.

Nelle more dell'eventuale completamento del percorso per il rilascio dell'accREDITAMENTO definitivo l'ATS dovrà accertare che, in relazione alle prestazioni oggetto del presente contratto, la Struttura non ancora in possesso dell'accREDITAMENTO istituzionale possieda i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che consentono di adempiere correttamente agli obblighi contrattuali. Le carenze eventualmente riscontrate dovranno essere comunicate all'Assessorato per gli adempimenti di competenza.

L'ATS altresì dovrà accertare che le prestazioni erogate siano riconducibili alle attività autorizzate e accreditate dalla Regione e che i volumi di attività siano contenuti entro quelli massimi consentiti dal provvedimento di autorizzazione.

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

### **Articolo 3. Assetto organizzativo e dotazione organica**

La Struttura eroga prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con l'assetto organizzativo riportato nell'allegato X al presente contratto per farne parte integrante e sostanziale.

La dotazione organica della Struttura è specificata nell'elenco nominativo del personale, controfirmato dal Legale Rappresentante della medesima, dal quale devono risultare il codice fiscale, la qualifica, la mansione svolta dal predetto personale, l'Unità Operativa di appartenenza, l'impegno orario settimanale di ciascuno, nonché il tipo di contratto applicato e per il personale medico, la specializzazione posseduta.

Qualora il personale sia addetto a più attività dovrà essere indicato l'orario dedicato a ciascuna di queste.

Tale elenco nominativo dovrà essere allegato al presente atto.

La Struttura si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente all'ATS 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'ATS.

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

### **Articolo 4. 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 ge-

stione della documentazione clinica, dei debiti informativi, amministrativi e sanitari. La stessa garantisce, inoltre, la piena attuazione degli impegni assunti nella Carta dei Servizi.

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

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

La procedura di controllo prevede l'accesso di funzionari dell'ATS 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'ATS 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.

Il mancato rispetto di tali obblighi, costituisce per l'erogatore causa di sospensione dell'accreditamento ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii. e determina la conseguente sospensione dell'esecuzione del presente contratto.

**Per accettazione**

Firma rappresentante legale Struttura accreditata

Successivamente ai provvedimenti adottati dall'Assessorato, l'ATS potrà risolvere di diritto ex articolo 1456 del codice civile il presente 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 alla dotazione organica, di cui all'art. 3, possono chiedere l'attivazione di una procedura di accertamento da parte del Direttore Generale della ATS.

#### **Articolo 5 bis. Trattamento e tutela dei lavoratori**

La Struttura è obbligata ad erogare le prestazioni oggetto del presente contratto nel rispetto delle norme vigenti inerenti la tutela e sicurezza dei lavoratori e la tutela retributiva, previdenziale e assicurativa dei lavoratori, ivi comprese quelle relative alla regolarità contributiva, alla predisposizione e alla tenuta del libro unico del lavoro (artt. 39 e 40 del D.L. 112 del 25.06.2008 e ss.mm.ii.).

La Struttura deve fornire con cadenza mensile la prova della corretta compilazione e tenuta del libro unico del lavoro di cui al precedente comma. Qualora ciò non avvenga si procederà alla sospensione dei pagamenti delle prestazioni oggetto del presente contratto, con riferimento alla mensilità interessata, fino all'adempimento.

La Struttura è obbligata a procedere regolarmente al pagamento delle retribuzioni nei confronti dei dipendenti impegnati nell'esecuzione del servizio; qualora venga rilevata la violazione del detto obbligo, si procederà alla sospensione dei pagamenti delle prestazioni oggetto del presente contratto, con riferimento alla mensilità interessata, fino

all'adempimento.

**Per accettazione**

Firma rappresentante legale Struttura accreditata

**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 (ss.mm.ii.), 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 (branca Visita, FKT, Nefrologia e Dialisi, Diagnostica per immagini, RMN e TAC, Diagnostica di laboratorio), 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 organizzativo, igienico-sanitario e di sicurezza strutturale, ambientale e tecnologica. Il valore complessivo delle prestazioni erogate al 31 agosto dell'anno di riferimento del presente contratto non può essere superiore al 75% del tetto di spesa netto annuale di cui al successivo art. 12. Le prestazioni erogate al 31 agosto oltre la misura del 75% non saranno remunerate.

Al fine di garantire la continuità dell'assistenza e un'erogazione omogenea delle prestazioni, nell'intero territorio (o specifiche porzioni di territorio) di competenza delle singole ASSL, durante tutto l'arco dell'anno la Struttura si impegna a presentare



all'ATS, in accordo con gli altri erogatori privati, entro il termine indicato da ATS dell'anno di riferimento del presente contratto, 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'ATS.

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

La mancata presentazione del piano ferie concordato, la mancata adesione al piano ferie predisposto dall'ATS o l'ingiustificata interruzione dell'attività della struttura possono determinare la risoluzione del contratto.

#### **Per accettazione**

Firma rappresentante legale Struttura accreditata

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'ATS.

#### **Articolo 7. Modalità di accesso e di esecuzione del servizio**

Alle prestazioni oggetto del presente contratto 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 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 sottolencati:

- 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;
- nel rispetto delle linee guida nazionali, regionale e dell'ATS;
- rispetto della normativa vigente in materia di giusta informazione e consenso informato.

#### **Articolo 8. Appropriatezza clinica**

In coerenza con il 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 ss.mm.ii.

#### **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, in misura non inferiore al 100% del tetto contrattuale come di seguito indicato:

- prestazioni in quota pubblica. Dovranno essere per l'anno di riferimento del presente contratto in misura non inferiore al 80% del tetto lordo delle prestazioni contrattate. Le prestazioni in quota pubblica potranno essere prenotate, oltre che dalla struttura stessa, anche dai canali regionali previsti, quali il CUP regionale, il numero verde 1533 e il

portale per il cittadino.

- 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 20% per l'anno di riferimento del presente contratto.

- 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.

Le succitate disposizioni non si applicano alle prestazioni di laboratorio analisi, dialisi e FKT (eccetto le visite).

L'ATS 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 gestione dell'erogazione delle prestazioni di cui ai punti a), b) e c) viene effettuata dalla Struttura attraverso la piattaforma CUP WEB, salvo che il mancato utilizzo sia imputabile al mancato funzionamento del Sistema Informativo Regionale.

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'ATS, del SSR e del SSN e dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale, regionale e dalle indicazioni dell'ATS, 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.

La Struttura si impegna altresì a trasmettere i referti di anatomia patologica attraverso

	sistema	
	informatizzato secondo modalità concordate con l'ATS e a tal fine si impegna ad adeguare gli strumenti informatici per l'estrazione dei dati in formato standard ai fini dell'implementazione del Registro Tumori.	
	Il mancato adempimenti degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'erogatore può comportare la risoluzione del contratto.	
	<b>Per accettazione</b>	
	Firma rappresentante legale Struttura accreditata	
	<b>Articolo 10. Fascicolo Sanitario Elettronico</b>	
	La Regione, secondo quanto previsto all'art. 12 del Decreto Legge 18 ottobre 2012, n. 179, ha 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 dalle strutture sanitarie che lo prendono in carico, sia pubbliche che private.	
	Come meglio specificato dal DPCM 29 settembre 2015, n. 178, contenente il Regolamento in materia di Fascicolo Sanitario Elettronico, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 263 del 11 novembre 2015, i "referti" rilasciati dalle strutture sanitarie pubbliche e 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.	
	Tutti i referti delle Strutture sanitarie private devono essere trasmessi al FSE del cittadino che abbia espresso il proprio consenso ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 n° 196 e ss.mm.ii.. Sono fatti salvi i casi in cui l'omessa trasmissione del referto sia imputabile	

al mancato funzionamento del Sistema Informativo Regionale.

#### **Articolo 11. 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 sulla base di 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 e della Deliberazione Giunta Regionale n. 34/9 del 11/09/2007, ad eccezione delle tariffe approvate con la DGR 33/20 del 31/07/2012 e della tariffa della prestazione 54.98.3 definita con la Delibera del 17 novembre 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 13 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 si intende automaticamente modificato. In tali casi la Struttura ha la facoltà, entro 30 giorni dalla conoscenza dei provvedimenti di cui sopra, di recedere dal contratto a mezzo di formale comunicazione da trasmettere all'ATS e all'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza sociale tramite raccomandata PEC o A/R.

Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo, 30 dicembre 1992, n. 502, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari delle tariffe regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui all'allegato Y si intende rideterminato nella misura necessaria

al mantenimento dei limiti di spesa indicati al successivo art. 12. In ogni caso, al fine  
inderogabile di rispettare l'equilibrio economico-finanziario programmato, non è am-  
missibile un superamento dei limiti di 7/12 spesa già concordati, a meno che non sia in-  
tervenuto un espresso provvedimento della Giunta Regionale, che individui i risparmi  
compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive.

### **Articolo 12. Tetto di spesa**

Il tetto di spesa netto previsto per le prestazioni di specialistica ambulatoriale è il se-  
guente:

- anno 2018 : € 182.778,35, corrispondente ad un importo mensile medio di € 15.231,53

- anno 2019 : € 187.347,81, corrispondente ad un importo mensile medio di €15.612,32

- anno 2020 : € 191.917,27, corrispondente ad un importo mensile medio di € 15.993,11

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 nell'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 13 del presente contratto, fino al  
raggiungimento del tetto lordo, superato il quale le prestazioni non potranno essere re-  
munerate.

### **Per accettazione**

Firma rappresentante legale Struttura accreditata

Il tetto di spesa lordo annuale previsto è il seguente:

- anno 2018: € 182.778,35

- anno 2019: € 187.347,81

- anno 2020: € 191.917,27

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 erogate a cittadini residenti fuori dell'ambito dell'ATS, pur essendo oggetto di rendicontazione distinta, rientrano nel massimale contrattato.

### **Articolo 13. Superamento del tetto di spesa**

La Struttura si impegna a rispettare il volume massimo delle prestazioni sanitarie e soglie minime di ciascun regime e fase riabilitativa (\_\_\_\_\_), in modo da non superare il tetto netto di spesa riportato nell'art. 12, 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% della tariffa, 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 dalla Giunta Regionale 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.

**Per accettazione**

Firma rappresentante legale Struttura accreditata

### **Articolo 14. Metodologia del sistema dei controlli**

La Struttura documenta l'attività sanitaria erogata a 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 le quali non possono essere in nessun caso modificate e/o integrate.

L'ATS effettuerà controlli informatici sul FILE C e controlli sulle singole impegnative secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi.

I controlli dovranno, tra l'altro, sulle base disposizioni nazionali, regionali e dell'ATS, 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 anche in rapporto alla diagnosi;
- le modalità di erogazione delle prestazioni.

Qualora vengano rilevate difformità in ordine a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale e dalle Linee Guida emanate da ATS, 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 15. Fatturazione e riscontri documentazione**

Le prestazioni effettuate dalla Struttura sono fatturate all'ATS con cadenza mensile entro il giorno 10 del mese successivo a quello di riferimento. Per consentire la regolare trasmissione dei flussi di attività sanitari alla Regione Sardegna e 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;

Le prestazioni riepilogate dovranno essere suddivise come di seguito indicato:

a) prestazioni erogate a favore di cittadini residenti nell'ATS;

b) prestazioni a favore di cittadini di altre Regioni;

c) stranieri con diritto all'assistenza.

Analoga procedura dovrà essere seguita separatamente, salva diversa indicazione della ATS, per i promemoria delle ricette dematerializzate.

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

#### **Articolo 16. 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 54.98.3 definita con la Delibera del 17 novembre 2015, n. 55/17.

La Struttura dovrà provvedere ad inviare mensilmente all'ATS i riepiloghi indicanti il numero e la tipologia delle prestazioni effettuate nel mese di riferimento.

L'ATS, entro 60 giorni dalla presentazione della fattura, unitamente all'impegnativa SSN e ai relativi dati di attività su supporto informatico, previa verifica della regolarità amministrativa e contabile, provvederà a corrispondere il 95% dell'importo fatturato a titolo di acconto e salvo conguaglio attivo o passivo.

Entro 90 giorni dalla data di ricevimento della fattura l'ATS, sulla base delle risultanze

dei controlli effettuati, provvederà a quantificare l'importo da conguagliare richiedendo all'erogatore privato l'emissione della nota di accredito o di addebito (fattura integrativa), unitamente alla rielaborazione dei relativi flussi di attività su supporto informatico.

Entro 30 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione l'ATS provvederà al pagamento del saldo, se dovuto, mentre in caso di conguaglio passivo procederà al relativo recupero all'atto del primo pagamento utile.

Il pagamento degli acconti e dei saldi sarà effettuato fino al raggiungimento del tetto da parte di ogni singolo erogatore privato.

Le eventuali contestazioni dovranno essere formalizzate alla ATS entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta di emissione della nota di credito, in caso contrario, la ATS provvederà a stornare il relativo ammontare dal primo pagamento utile; in ogni caso all'esito del procedimento di contestazione, la nota di credito verrà emessa per l'intero importo richiesto.

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

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

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

### Art. 16 bis. Risoluzione del contratto

Il presente Contratto si intenderà risolto di diritto, secondo la seguente procedura, qualora intervengano le ipotesi di seguito indicate:

a) gravi e/o ripetuti inadempimenti delle obbligazioni contrattuali oggetto del presente contratto;

b) gravi e/o ripetute violazioni delle norme in materia di sicurezza;

c) grave inadempimento delle obbligazioni contrattuali tali da compromettere la buona riuscita del servizio;

d) gravi e/o ripetute violazioni degli obblighi assicurativi, previdenziali e relativi al pagamento delle retribuzioni dei dipendenti impegnati nell'esecuzione del servizio;

e) gravi e/o o ripetute violazioni delle norme dettate a tutela dei lavoratori;

f) gravi e/o o ripetute violazioni in relazione all'obbligo di cui all'art. 5 bis comma 2;

g) gravi e/o o ripetute violazioni in relazione all'obbligo di cui all'art. 5 bis comma 3.

La "ripetuta violazione" è da ritenersi sussistente quando sono inviate alla struttura almeno tre comunicazioni scritte che evidenzino comportamenti riconducibili a ciascuna delle fattispecie sopra riportate.

Qualora la ATS ravvisi le condotte sopra indicate, ne fa contestazione scritta all'Erogatore, concedendo termine di 15 (quindici) giorni al medesimo per la produzione di documentazione e deduzioni scritte a eventuale confutazione. L'erogatore potrà all'uopo avvalersi dell'ausilio e dell'assistenza della propria Associazione di categoria rappresentativa delle strutture private accreditate. Trascorso tale termine, la ATS valuterà le eventuali deduzioni scritte dell'Erogatore ed eventualmente dell'Associazione interpellata e la relativa documentazione potrà quindi procedere alla risoluzione del contratto, ovvero, anche tenuto conto delle giustificazioni oltre che della entità della violazione, diffidare l'Erogatore alla regolarizzazione, assegnando al medesimo un ter-

mine congruo, non superiore comunque a 30 gg, per provvedere. In difetto di adempimento, la ATS dichiarerà risolto il contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.

**Per accettazione**

Firma rappresentante legale Struttura accreditata

**Articolo 17. 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 18. Durata del contratto**

Gli effetti del contratto decorrono dal **1/1/2018** fino al **31/12/2020**. E' escluso il rinnovo tacito.

In caso di modifiche legislative e/o regolamentari nazionali e/o regionali, incidenti sul contenuto del contratto, l'ATS 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'ATS e all'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale tramite raccomandata A/R o PEC.

**Articolo 18 bis – Cessione del contratto**

La successione nella titolarità del contratto potrà avvenire solo a seguito del trasferimento da parte della RAS della titolarità dell'accreditamento in capo al cessionario, fermo restando che lo stesso dovrà rispondere nei confronti dell'ATS degli eventuali debiti non ancora estinti dal cedente alla data del trasferimento.

**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 ottobre 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^ della Tariffa allegata al D.P.R. 26 aprile 1986, n. 131.

Le spese di bollo sono a cura e a carico della struttura erogante. Il pagamento dell'imposta di bollo può avvenire in maniera virtuale, ai sensi e per gli effetti dell'art. 15 e seguenti del DPR n. 642/1972 e ss.mm.ii. 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 vigenti in materia sanitaria, amministrativa, civile e penale.

Firma rappresentante legale

Firma rappresentante legale

ATS o delegato

Struttura accreditata

DOTT. ANTONIO ONNIS

Sig. Luca Floris

ASSL  
STRUTTURA  
CODICE REGIONALE

SANLURI  
Centro di Riabilitazione Floris S.r.l.  
101600

	2018		2019		2020	
	N_PRESTAZIONI	TETTO	N_PRESTAZIONI	TETTO	N_PRESTAZIONI	TETTO
BRANCA SPECIALISTICA FKT	24.689	182.778,35	25.306	187.347,81	25.924	191.917,27
TOTALE	24.689	182.778,35	25.306	187.347,81	25.924	191.917,27

	2018		2019		2020	
	GENNAIO AGOSTO (75%)	SETTEMBRE DICEMBRE 25%	GENNAIO AGOSTO 75%	SETTEMBRE DICEMBRE 25%	GENNAIO AGOSTO 75%	SETTEMBRE DICEMBRE 25%
BRANCA SPECIALISTICA FKT	137.083,76	45.694,59	140.510,86	46.836,95	143.937,95	47.979,32
TOTALE	137.083,76	45.694,59	140.510,86	46.836,95	143.937,95	47.979,32

