

Allegato 3 alla Delib.G.R. n. 57/12 del 31.12.2009

SCHEMA TIPO DI CONTRATTO PER L'ACQUISIZIONE DI PRESTAZIONI DI ASSISTENZA RESIDENZIALE TERRITORIALE e CDI

Contratto tra l'ASL n. _____ di _____ e la Residenza Sanitaria Assistenziale _____ per l'acquisizione di prestazioni di assistenza residenziale territoriale nell'anno 2010.

L'anno _____, addì _____ del mese di _____ in _____ tra l'Azienda Sanitaria Locale n. _____ di _____ (di seguito denominata Azienda) con sede in via _____ – _____ nella persona del Direttore generale e legale rappresentante _____, da una parte

e

la Residenza Sanitaria Assistenziale _____ (di seguito denominata Struttura) con sede in via _____, nella persona del legale rappresentante _____, 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 la deliberazione della Giunta regionale 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 la Delibera della Giunta regionale n. 52/24 del 27.11.2009 è stato approvato il Piano di riqualificazione e riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale. Programma dei provvedimenti di attuazione per l'anno 2009;
- 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 stessa legge;

- che in base alla deliberazione della Giunta regionale n. _____ del _____ 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 contratta direttamente le prestazioni da 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 deliberazione di Giunta regionale n. 25/6 del 13.06.2006 "Linee di indirizzo in materia di Residenze sanitarie assistenziali e di Centri diurni integrati";
- che 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 della stipula dei contratti si impegnano ad accettare;
- che, ai sensi dell'allegato 1C del DPCM 29.11.2001, la quota di partecipazione sociale, è pari al 50% del valore della tariffa;

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

Articolo 1 - Legittimazione contrattuale e oggetto del contratto

La Struttura _____ è legittimata alla stipula del presente contratto in quanto provvisoriamente accreditata con provvedimento n. _____ del _____ adottato da _____ e per effetto delle disposizioni contenute nelle linee regionali di indirizzo per la stipula dei contratti tra erogatori privati e Aziende Sanitarie Locali.

Il contratto definisce:

- le caratteristiche delle prestazioni erogabili dalla Struttura;
- 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 adeguamento delle tariffe rispetto alle attività rese in eccesso;
- i controlli che saranno attivati dall'Azienda e le sanzioni previste in caso di inadempienza;
- il debito informativo della Struttura verso l'Azienda in relazione alle prestazioni erogate;
- le modalità di accesso alle prestazioni.

Articolo 2 - Requisiti autorizzativi e di accreditamento

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

Nelle more della revisione degli accreditamenti transitori/provvisori 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 Struttura possieda comunque i requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici che consentono di adempiere correttamente agli obblighi contrattuali.

In particolare l'Azienda sarà tenuta a verificare:

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

L'Azienda dovrà accertare, altresì, che le prestazioni erogate siano riconducibili a quelle accreditate dalla Regione.

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

Articolo 3 - Assetto organizzativo e dotazione organica

La Struttura eroga prestazioni di assistenza residenziale territoriale con l'assetto organizzativo definito ai sensi del precedente articolo 2, riportato nell'allegato 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 Struttura, dal quale devono risultare la qualifica, la mansione svolta dal predetto personale e l'impegno orario di ciascuno, nonché il tipo di contratto applicato e la dichiarazione che in capo a detto personale non sussistono situazioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente in materia di personale dipendente, convenzionato o comunque legato da rapporto lavorativo con il Servizio Sanitario Nazionale.. Tale elenco nominativo dovrà essere allegato al presente atto.

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

La Struttura si impegna altresì a comunicare tempestivamente all'Azienda ogni eventuale successiva modifica e ad 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.

Articolo 4 - Ulteriori requisiti di qualità

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

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

In caso di comunicazioni da parte dell'Azienda di dati personali degli assistibili finalizzati a facilitare e rendere qualitativamente migliori i flussi informativi previsti obbligatoriamente dalla Regione, la Struttura si impegna, anche per conto del proprio personale dipendente, ad utilizzare i predetti dati per le sole finalità previste dal presente contratto.

Articolo 5 - Controlli inerenti il mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento

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

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

Qualora l'Azienda accerti la carenza dei predetti requisiti 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 decritta, 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 della Azienda.

Articolo 6 – Programmazione e svolgimento delle prestazioni erogabili

Le prestazioni erogabili sono identificate nella deliberazione di Giunta regionale n. 25/6 del 13.06.2006 "Linee di indirizzo in materia di Residenze sanitarie assistenziali e di Centri diurni integrati". Tali prestazioni dovranno essere erogate secondo le indicazioni e con le modalità individuate nella succitata DGR n. 25/6 del 13.06.2006.

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 nella Deliberazione di Giunta regionale n. 25/6 del 13.06.2006.

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

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

In coerenza con il principio di appropriatezza, la Struttura si obbliga ad erogare le prestazioni secondo criteri di qualità e di appropriatezza clinica.

Articolo 7 - Modalità di accesso e di esecuzione del servizio

Alle prestazioni oggetto del presente contratto, erogabili presso la RSA, si accede esclusivamente previa valutazione multidimensionale da parte della Unità di Valutazione Territoriale (UVT) operante presso il Punto

Unico d'Accesso del Distretto, secondo le indicazioni contenute nella Deliberazione di Giunta Regionale n. 25/6 del 13.06.2006.

Gli assistiti che accedono all'hospice sono presi in carico dall'Unità Territoriale delle Cure Palliative.

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 - Appropriatezza clinica

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

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

La Struttura si impegna a dare una corretta informazione agli ospiti e alle loro famiglie sui percorsi 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 struttura 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 Deliberazione di Giunta Regionale n. 25/6 del 13.06.2006.

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

Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari delle tariffe regionali per la remunerazione delle prestazioni 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 sfioramento 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. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.

Articolo 11 - Tetto di spesa

Il tetto di spesa complessivo previsto per l'anno 2010 è pari a € XXXXXXX, corrispondente ad un importo mensile medio di € XXXXX;

Nell'allegato Y il tetto di spesa complessivo è suddiviso per regimi e raggruppamenti di profili assistenziali.

Fermo restando il tetto di spesa complessivo non superabile, di cui al presente articolo, possono essere previste compensazioni (in termini di valorizzazione) tra differenti regimi e raggruppamenti di profili assistenziali.

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

La Struttura si impegna a non superare il tetto di spesa assegnato, oltre il quale saranno applicate le regressioni tariffarie indicate nell'articolo 12 del presente contratto.

In prossimità dello sfondamento del tetto, l'Azienda, rispetto alla domanda in eccesso, si impegna a trovare una soluzione all'interno delle strutture pubbliche o tra quelle private contrattualizzate o in caso contrario autorizza il trattamento presso la stessa Struttura, se trattasi di proroga dell'inserimento, giustificato da apposita valutazione dell'UVT.

Nel caso di autorizzazioni per prestazioni in esubero, resta inteso che la Struttura deve possedere gli standard organizzativi previsti nel provvedimento di accreditamento.

Articolo 12 - 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 Regionale.

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; 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, fisioterapia, medicina interna, oncologia, geriatria; dovrà essere altresì sempre garantita la presenza del medico di struttura nelle ore diurne e la pronta disponibilità nelle ore notturne e nei giorni festivi.

Articolo 13 - Ricovero ospedaliero

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

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

Articolo 14 - Metodologia del sistema dei controlli

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

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 Struttura deve adottare e tenere costantemente aggiornato un registro sulle presenze giornaliere degli ospiti della RSA.

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

Articolo 15 - Fatturazione e pagamenti

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

La Struttura dovrà provvedere ad inviare mensilmente all'Azienda il rendiconto indicante il numero delle prestazioni distinte per regime di erogazione effettuate nel mese di riferimento nonché un elenco nominativo dei pazienti indicante il numero di presenze giornaliere e il profilo assistenziale. L'Azienda, entro 60 giorni, a far data dalla presentazione di regolare fattura, la cui regolarità amministrativa e contabile sia stata previamente accertata, unitamente ai relativi dati di attività su supporto informatico, provvederà a corrispondere l'importo fatturato mensilmente in misura non superiore al 1/12 del tetto annuale di spesa di cui all'art. 11. L'eventuale conguaglio dovrà essere effettuato entro 60 giorni dalla presentazione dell'ultima fattura dell'anno di validità del contratto. In fase di conguaglio saranno, inoltre, remunerate eventuali prestazioni in esubero, qualora siano state autorizzate dalla ASL.

L'avvenuto saldo non pregiudica la ripetizione di somme che, sulla base dei 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 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, fermo restando l'obbligo di fatturazione di detti interessi da parte della Struttura.

Articolo 16 - Stranieri

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

- STP: tesserino rilasciato dalla ASL di competenza con validità di 6 mesi dal rilascio;
- cittadini dell'Unione Europea: TEAM o suo Certificato sostitutivo/Allegato 5 rilasciato dalla ASL di competenza;
- cittadini di paesi con cui vigono accordi bilaterali: Allegato 5 rilasciato dal Servizio Sanitario o Autorità di competenza.

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

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

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

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

Articolo 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 17 – Clausola di salvaguardia

Le parti prendono atto e accettano ognuno per quanto di loro competenza e convengono che la struttura rinuncia sin d'ora a far valere qualsivoglia pretesa, ricorsi avverso gli atti regionali prodromici o diretti a rivendicare il pagamento di prestazioni eccedenti il tetto assegnato, pena la non validità della sottoscrizione ed i conseguenti effetti di cui all'art. 8-quinquies, comma 2-quinquies del D. Lgs. 502/92

Articolo 18 - Efficacia e validità del contratto

Il presente contratto ha efficacia dal e validità fino al 31.12.2010, 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 a mezzo di formale comunicazione da notificare tramite raccomandata A/R all'Azienda e all'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale.

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.