

**SCHEMA TIPO DI CONTRATTO PER L'ACQUISIZIONE DI PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA**

Contratto tra l'**ASL N°** \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e la Struttura Sanitaria Casa di Cura \_\_\_\_\_ per l'acquisizione di prestazioni di assistenza di ricovero/Day Service per l'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 Struttura Sanitaria Casa di Cura \_\_\_\_\_ (di seguito denominata Struttura) con sede in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, 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 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 carenza di delega di committenza la ASL nella quale insiste la struttura determinerà il tetto di spesa in misura non superiore a quella registrata nel corso dell'ultimo anno disponibile e tenuto conto degli obiettivi di spesa previsti nella delibera della Giunta Regionale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ;
- che, con deliberazione della Giunta regionale n. 9/3 del 09 marzo 2005 e determinazione 219 del 10 marzo 2005 del Direttore generale dell'Assessorato Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, è stato ridefinito il tariffario per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera;
- che con deliberazione della Giunta regionale n. 60/26 del 05 novembre 2008 sono stati approvati gli aggiornamenti per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera;
- che con Deliberazione della Giunta regionale n. 37/9 del 25 settembre 2007 sono state definite le linee guida per il corretto funzionamento dei posti letto di assistenza ospedaliera a ciclo diurno e in day-service;
- che con DGR n. 15/22 del 19.4.2007 sono state definite le modalità di temporaneo utilizzo dei posti letto per acuti per le attività assistenziali di post-acuzie, in coerenza ai fabbisogni rilevati, nel rispetto dei criteri di programmazione regionale;
- che con DGR n. 17/3 del 14.4.2009 è stato recepito il D.M. 18/12/2008 concernente l'aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere" e la definizione delle tariffe di riferimento provvisorie per i DRG di nuova introduzione.

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

#### **Articolo 1 - Legittimazione contrattuale e oggetto del contratto**

la Struttura \_\_\_\_\_ è legittimata alla stipula del presente contratto in quanto transitoriamente accreditata 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 presente contratto definisce:

- le caratteristiche delle prestazioni erogabili dalla Struttura;
- il volume delle prestazioni erogabili distinte per livelli (ricoveri per acuti, per riabilitazione, lungodegenza, day service, altro), per sottolivelli (degenza ordinaria e degenza a ciclo diurno), per discipline e per classe di DRG (riportate nell'allegato Y al presente atto);
- il tetto di spesa preventivato a fronte del volume e della tipologia 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;
- 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.

A tal fine la Struttura sarà tenuta ad autocertificare e l'Azienda a verificare:

- che eventuali carenze strutturali non siano riconducibili a inosservanza di disposizioni di legge che non possono essere derogate;
- che la dotazione tecnologica e strumentale posseduta sia quantitativamente sufficiente e qualitativamente adeguata per l'erogazione delle prestazioni che formano oggetto dello stipulando contratto;
- che la dotazione quali-quantitativa del personale sia adeguata agli standard previsti dalle disposizioni in materia di autorizzazione/accreditamento e comunque sufficiente a garantire l'erogazione delle prestazioni oggetto del contratto di cui si prevede la stipula;
- che il personale stesso non si trovi in situazioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente in materia di rapporto di lavoro dipendente, convenzionato o di 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 ospedaliera in regime di ricovero e prestazioni di Day service con l'assetto organizzativo definito ai sensi del precedente articolo 2 e riportato nell'allegato X al presente contratto per farne parte integrante e sostanziale.

La dotazione organica della Struttura, rispondente ai requisiti esplicitati nell'art. 2, è specificata nell'elenco nominativo del personale, controfirmato dal legale rappresentante della Struttura, dal quale devono risultare la qualifica, la mansione svolta dal predetto personale e l'impegno orario di ciascuno, nonché il tipo di contratto applicato. Tale elenco nominativo dovrà essere allegato al presente atto. La Struttura si impegna altresì a comunicare tempestivamente all'Azienda ogni eventuale successiva modifica e autocertifica, al termine di ogni semestre, il mantenimento dei requisiti organizzativi inerenti la dotazione organica. Tale autocertificazione sarà comunque oggetto di verifica annuale da parte dell'Azienda.

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

### **Articolo 4 - Controllo sul 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 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 della Azienda.

## **Articolo 5 - Obiettivi di riferimento per l'anno 2010**

Sono finanziati dal SSR esclusivamente le prestazioni e i servizi che, dovendo soddisfare livelli essenziali di assistenza, corrispondano agli obiettivi programmati, ai requisiti di qualità, di equità di accesso, di appropriatezza clinica ed organizzativa delle prestazioni, risultanti dal contesto del presente contratto, che rientrino nei livelli di spesa complessiva programmati dalla Regione Sardegna.

Nell'arco di vigenza del presente contratto la Struttura dovrà raggiungere i seguenti obiettivi prioritari:

- 1) appropriatezza del livello assistenziale;
- 2) incremento, attivazione e/o messa a regime di specifiche attività indicate nell'allegato Y.

Gli obiettivi di cui sopra concorrono al mantenimento del livello di attività entro il budget programmato ed indicato espressamente nell'art. 11.

## **Articolo 6 - Tipologia e volumi di prestazioni**

La Struttura si impegna a non superare i volumi d'attività contrattati, riportati nell'allegato Y e a distribuire in modo omogeneo l'attività su tutto l'arco dell'anno.

Le tipologie di attività e i volumi di prestazioni sono indicati nell'allegato Y, eventualmente specificate come segue:

· *Attività di ricovero per acuti (ordinario e diurno), riabilitazione (ordinario e diurno) e lungodegenza*

Le prestazioni per acuti, riabilitazione e lungodegenza oggetto di contrattazione, con il relativo volume di attività e il tetto di spesa, classificate per discipline e per classe di DRG, sono riportate nell'allegato Y che costituisce parte integrante del presente contratto.

· *Attività in Day service*

L'attività in Day service è rivolta a pazienti che presentano problematiche cliniche sufficientemente "complesse" da meritare la gestione specialistica in tempi brevi secondo modalità erogative definite nella DGR n. 37/9 del 25 settembre 2007 e successive modificazioni ed integrazioni.

Fermo restando il tetto di spesa complessivo non superabile, di cui all'art. 11, possono essere previste compensazioni tra differenti livelli e sottolivelli assistenziali, nel rispetto delle soglie minime stabilite (in termini di volume e valorizzazione), per singolo livello e sottolivello, nell'allegato Y.

## **Articolo 7 – Accesso alle prestazioni**

L'accesso alle prestazioni erogate dalla Struttura avviene mediante proposta su ricettario del SSN da parte del medico prescrittore; la Struttura dovrà verificare la regolarità amministrativa della prescrizione, in particolare per quanto attiene i dati identificativi dell'utente e la residenza, ciò anche al fine di consentire il recupero delle somme per prestazioni di ricovero o ambulatoriali a favore di utenti non residenti nell'ambito della Azienda.

Per le prestazioni di Day service è dovuta la compartecipazione alla spesa da parte dell'utente secondo la normativa vigente per le prestazioni ambulatoriali.

## **Articolo 8 – Programmazione e svolgimento dell'attività e caratteristiche delle prestazioni**

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 ed efficacia in modo che il ricovero e la sua durata siano adeguati alle effettive necessità diagnostico-terapeutiche. La Struttura si impegna, in particolare, ad erogare le prestazioni nel regime assistenziale più appropriato, tale da consentire, a parità di beneficio per il paziente, un minore impiego di risorse. A tal fine rilevano le indicazioni contenute nella DGR 43/9 del 20.12.2002 concernenti i DRG ad elevato rischio di inappropriata individuati dal DPCM 29 novembre 2001, allegato 2C e le linee guida ministeriali.

La Struttura si impegna affinché le dimissioni dei pazienti che necessitano di assistenza sanitaria o sociosanitaria residenziale o domiciliare, vengano comunicate al Punto Unico di Accesso, per l'eventuale attivazione dei servizi di assistenza nel territorio, secondo le modalità e i tempi previsti dalla vigenti disposizioni regionali in materia.

La Struttura garantisce la regolare registrazione delle prenotazioni e la tenuta delle liste d'attesa sotto la personale responsabilità del Direttore sanitario. La Struttura si impegna a ridurre i tempi d'attesa per i ricoveri programmati secondo le indicazioni contenute nella deliberazione della Giunta regionale n. 28/15 del 27 giugno 2006.

## **Articolo 9 - 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 10 – Sistema tariffario e valorizzazione economica delle prestazioni**

Le prestazioni di ricovero oggetto del presente contratto sono remunerate in base alle tariffe onnicomprensive stabilite dai provvedimenti regionali. A norma dell'art. 1, comma 18, della Legge 662/96, le prestazioni pre e post ricovero rientrano nella tariffa onnicomprensiva relativa al ricovero stesso e pertanto non possono costituire un onere aggiuntivo a carico del SSN rispetto all'onere tariffario riferito al DRG del ricovero.

Per le prestazioni in Day service è applicato il regime tariffario previsto dalla DGR n. 37/9 del 25 settembre 2007 e successive modificazioni ed integrazioni.

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 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 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 € XXXXXXXXX, corrispondente ad un importo mensile medio di € XXXXX;

L'importo è da intendersi distinto così come sotto riportato:

- ricovero per acuti: degenze ordinarie € XXXXXXXX e degenze a ciclo diurno € XXXXXXXX (gli importi sono suddivisi indicativamente per disciplina e classe di DRG);
- ricoveri per riabilitazione: degenze ordinarie € XXXXXXXX e degenze a ciclo diurno € XXXXXXXX;
- ricoveri in lungodegenza: € XXXXX;
- day service: €XXXXX;
- altro: €XXXXXXX.

Fermo restando il tetto di spesa complessivo non superabile, di cui al presente articolo, possono essere previste compensazioni (in termini di valorizzazione) tra differenti livelli e sottolivelli assistenziali, nel rispetto delle soglie minime se stabilite (in termini di volumi e valorizzazione), per singolo livello e sottolivello, nell'allegato Y.

Qualora non venga rispettata la soglia minima stabilita per livello e sottolivello assistenziale, la differenza tra la soglia minima contrattata e quanto effettivamente erogato dalla Struttura non potrà essere usata per la compensazione, pertanto il Budget risulterà ridotto della quota di soglia minima non utilizzata, anche ai fini dell'eventuale applicazione della regressione tariffaria.

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

Oltre il tetto di spesa complessivo saranno applicate le regressioni tariffarie indicate nell'articolo 12 del presente contratto.

## **Articolo 12 – Superamento del tetto di spesa e meccanismi di regressione tariffaria**

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 livello e sottolivello, così come specificato nell'allegato Y del presente contratto.

Nel caso in cui la Struttura eroghi volumi di prestazioni oltre il volume massimo concordato e nel rispetto delle soglie minime stabilite per ciascun livello e sottolivello, la remunerazione sarà ridotta, come stabilito dalla Deliberazione della Giunta regionale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, nella seguente misura:

.....

La regressione tariffaria sarà calcolata su base annuale, in ambito regionale, previa valutazione degli scostamenti per difetto e nel rispetto del tetto di spesa massimo regionale.



### **Articolo 13 - Registrazione e codifica delle prestazioni**

La Struttura si impegna a rispettare le indicazioni nazionali e regionali circa le modalità di compilazione delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria. La Struttura codifica nella Scheda di Dimissione Ospedaliera le prestazioni rese durante il ricovero, rispecchiando fedelmente quanto contenuto nella cartella clinica e rispettando a tale scopo le indicazioni contenute nel manuale di classificazione internazionale delle malattie, traumatismi, interventi e procedure (attuale ICDIXCM) e nelle linee guida ministeriali e regionali in vigore per la codifica delle variabili cliniche.

### **Articolo 14 – Controlli sulle prestazioni e implicazioni economiche**

I controlli sulle prestazioni saranno svolti dall'Azienda in momenti concordati con la Direzione della Struttura, alla presenza di un contraddittorio con un referente individuato da quest'ultima e secondo le modalità e le caratteristiche contenute nelle specifiche Direttive regionali.

I controlli sono effettuati nel rispetto dei principi e dei criteri definiti dalla Direttiva regionale *“Regolamentazione delle procedure di controllo delle attività di ricovero”* del 31/7/2008. Le implicazioni economiche derivanti dall'esito dei controlli verranno applicate anch'esse in relazione a quanto previsto nella direttiva regionale citata.

### **Articolo 15 - 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 A integrativo coerente con la fattura e contenente i soli dati dei casi aggiuntivi.

Le prestazioni di ricovero per acuti, lungodegenza, riabilitazione e Day-service dovranno essere fatturate separatamente.

Le prestazioni di ricovero sono fatturate indicando in maniera distinta:

- a) le prestazioni erogate a favore di cittadini residenti nell'Azienda;
- b) le prestazioni per cittadini residenti in altre ASL della regione;
- c) le prestazioni a favore di cittadini di altre regioni;
- d) le prestazioni rese a stranieri con diritto all'assistenza.

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

La fattura deve essere accompagnata obbligatoriamente dal tabulato cartaceo riepilogativo, da copia della richiesta di ricovero redatta dal medico di fiducia, da copia della comunicazione al Servizio competente

aziendale per eventuali ricoveri di cittadini stranieri e dal flusso SDO su supporto informatico (FILE A) che rappresenta il dettaglio delle prestazioni fatturate e costituisce debito informativo obbligatorio.

Fatto salvo il procedimento di controllo dei ricoveri sulla documentazione clinica da parte dei medici dell'Azienda, la regolarità della fattura sarà verificata sulla base del flusso SDO come di seguito specificato:

- l'importo di cui si chiede il pagamento deve essere identico nella fattura, nel tabulato cartaceo e nel supporto informatico;
- i dati contenuti nel supporto informatico devono essere esenti da errori logico formali di 1° livello, così come definiti dalla normativa regionale in vigore.
- il DRG deve essere quello assegnato dalla versione del *groupier* individuato dalla Regione;
- la tariffa attribuita deve essere quella prevista dalle vigenti norme regionali o da eventuali tariffe in decremento definite con accordi aziendali.

Saranno considerate valide e ammissibili al pagamento esclusivamente le fatture il cui flusso SDO rispetti tutti i criteri su esposti; ai fini del pagamento la scadenza della fattura decorre dalla data di ricezione del flusso SDO corretto.

Per le prestazioni di Day service, la fattura deve essere obbligatoriamente accompagnata dal flusso informativo su supporto informatico (FILE C), dalla prescrizione del medico prescrittore e da un riepilogo delle prestazioni erogate.

## **Articolo 16 – Pagamenti**

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 il 95% dell'importo fatturato mensilmente a titolo di acconto e salvo conguaglio attivo o passivo, così come previsto dall'accordo AIOP/ Regione; qualora il fatturato mensile dovesse essere superiore a 1/12 del tetto di spesa, l'acconto del 95% verrà calcolato sulla base del limite di 1/12 del tetto di spesa, si provvederà successivamente al conguaglio sulla base di quanto effettivamente dovuto. Entro i successivi 30 giorni l'Azienda effettua le verifiche di appropriatezza di cui all'articolo 14 sulle prestazioni erogate e provvederà a quantificare l'importo del saldo mensile, in misura tale da rispettare 1/12 del tetto annuale, mentre la Struttura provvederà all'emissione della relativa nota di accredito relativamente alle prestazioni inappropriate; poiché a fronte di fatturazioni mensili i controlli vengono effettuati su base bimestrale, i 30 giorni decorrono dalla data di ricezione della fattura relativa all'ultimo mese del bimestre di riferimento.

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

Qualora i controlli venissero effettuati in ritardo, rispetto alla periodicità stabilita, per responsabilità non attribuibili alle Case di Cura, le ASL provvederanno comunque ad erogare, entro il 90esimo giorno dalla presentazione della fattura il 5% residuo, 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. 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.

Per quanto non previsto nel presente articolo si rinvia all'art. 8 dell'Accordo AIOP – Regione Sardegna per l'anno 2009.

#### **Articolo 17 - Debito informativo**

La Struttura si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo (FILE A, FILE C, CedAP ed eventuali ulteriori flussi) 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 vigente 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 18 – 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.

All'atto del ricovero la struttura dovrà inviare al servizio medicina di competente aziendale la comunicazione contenente i dati anagrafici dell'assistito, allegando copia della richiesta di ricovero e copia del documento che dà diritto all'assistenza.

Al termine del ricovero dovrà essere comunicato al medesimo servizio l'avvenuta dimissione e il relativo DRG. I costi del ricovero di marittimi di cittadinanza italiana ed estera non dovranno essere addebitati all'Azienda.

Non potranno essere fatturate e poste a carico del Servizio Sanitario Nazionale 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.

#### **Articolo 19 – 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 regionale, 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 20 - 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 21 – 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 e 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 22 - 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<sup>a</sup> 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 23 - Norma di rinvio**

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