

SCHEMA TIPO DI CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA L'AZIENDA SANITARIA LOCALE (ASL) E LE UNITA' D'OFFERTA SOCIO-SANITARIE ACCREDITATE CON VALIDITA' PER IL PERIODO DAL 1 GENNAIO 2013 AL 30 APRILE 2013

Tra

l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) con sede legale nel comune di in Via n....., codice fiscale partita iva, nella persona del direttore generale, o suo delegato, legale rappresentante pro-tempore, (*qualora si tratti di soggetto diverso dal legale rappresentante, indicare ed allegare l'atto che conferisce i poteri*), Sig. nato a il residente nel Comune di Vian.... Codice fiscale, domiciliato per la carica presso la sede dell'ASL;

e

l'ente gestore (*indicare ragione sociale completa.*)..... con sede legale nel comune di in Via.....n....., codice fiscale..... partita iva, nella persona del/la Sig./a nato/a a il residente nel Comune di Vian.... Codice fiscale, in qualità di legale rappresentante pro-tempore/ amministratore (*qualora si tratti di soggetto diverso dal legale rappresentante, indicare ed allegare l'atto che conferisce i poteri di firma*), per l'unità d'offerta socio-sanitaria (*inserire sigla della tipologia di unità di offerta: R.S.A., R.S.D. ecc.*) denominata....., con sede nel comune di in via.....n....., codice di struttura n.....;

premessi che:

- l'ASL....., di seguito denominata ASL, intende avvalersi di (*indicare ragione sociale completa*)....., di seguito denominato ente gestore, che gestisce l'unità d'offerta socio-sanitaria (*inserire sigla della tipologia di unità di offerta: R.S.A., R.S.D. ecc.*) denominata..... ubicata nel comune di..... in via.....n....., per l'erogazione di prestazioni/servizi (*inserire se trattasi di residenziale, semi residenziale, domiciliare, ambulatoriale*)..... a favore di

- persone (*indicare tipologia utenza tipica se trattasi di anziani, disabili,*).....;
- l'ente gestore è abilitato all'esercizio della unità d'offerta in base al seguente atto/comunicazione(*riportate estremi DIA/eventuale SCIA/Comunicazione preventiva ovvero estremi autorizzazione al funzionamento*), nel rispetto delle disposizioni regionali e della vigente normativa, relativamente a (*specificare n. posti/ n. prestazioni ecc.*).....;
 - con provvedimento regionale n. del è stato riconosciuto l'accreditamento per (*specificare n. posti/ n. prestazioni ecc.*)....., e che pertanto l'unità d'offerta risulta iscritta nel registro regionale istituito presso la Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia;
 - l'ente gestore, pertanto, intende mettere a disposizione dell'ASL n. posti /prestazioni autorizzati e accreditati che verranno remunerati nei limiti e nei termini fissati dal presente contratto;
 - l'ente gestore ha comunicato che le rette giornaliere (*indicare se trattasi di retta unica o di rette differenziate specificandone gli importi*) praticate agli ospiti della unità d'offerta, alla data di stipulazione del presente atto, sono le seguenti e si impegna a comunicare alla ASL tutte le variazioni di retta, ovvero gli ulteriori oneri aggiuntivi;
 - considerato che tra l'ente gestore e l'asl per l'anno 2012 è stato sottoscritto il contratto n. "....."
 - vista la dgr 4334 del 26/10/2012 "...." che all'all.3:
 1. autorizza la sottoscrizione, tra le asl e gli enti gestori di unità d'offerta socio sanitarie titolari di un contratto per l'anno 2012, di contratti provvisori con validità dal 1 gennaio 2013 fino al 30 aprile 2013 in attesa che venga definito, con successivo provvedimento, lo schema tipo di contratto relativo al 2013;
 2. stabilisce che il budget di risorse relativo al contratto provvisorio non potrà eccedere 1/3 del budget definitivo assegnato per l'anno 2012;

tutto ciò premesso, si stipula quanto segue

ART.1

Premesse

1. Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente atto.

ART.2

Oggetto

1. Il presente contratto definisce i rapporti giuridici ed economici derivanti dalla erogazione di prestazioni socio-sanitarie da parte dell'ente gestore, in relazione all'esercizio dell'unità d'offerta (*inserire tipologia di udo*) denominata....., con oneri a carico dell'ASL, nei limiti stabiliti dalla Regione Lombardia e fatta salva la partecipazione ai costi da parte dell'utente, ai sensi della vigente normativa.
2. L'ASL si avvale pertanto dell'ente gestore per l'assistenza a favore di utenti (*inserire tipologia di utenza*)

3. L'ente gestore garantisce le prestazioni di assistenza utilizzando le strutture, le attrezzature, i servizi, il personale secondo i criteri e gli standard definiti dalla Regione Lombardia.

ART. 3

Mantenimento dei requisiti, vigilanza e controllo di appropriatezza

1. L'ente gestore si impegna a garantire l'erogazione delle prestazioni certificando il numero, la professionalità ed il rapporto di lavoro del personale impiegato nella unità d'offerta.
2. L'ente gestore si impegna a comunicare tempestivamente all'ASL ogni eventuale variazione che dovesse intervenire, così rilevante da incidere sul possesso dei requisiti o sull'organizzazione, e autocertifica, annualmente il mantenimento degli standard di personale, nonché il mantenimento di tutti gli altri requisiti di esercizio e di accreditamento della unità d'offerta, mediante l'assolvimento del debito informativo previsto dalla normativa regionale.
3. L'ASL, nell'esercizio delle funzioni di vigilanza e di controllo di appropriatezza, può accedere a tutti i locali della unità d'offerta ed assumere informazioni dirette dal personale, dagli ospiti e dai loro familiari; può accedere alla documentazione relativa al rapporto di accreditamento o, comunque, rilevante ai fini dell'esercizio dell'unità d'offerta, al fine di verificare quanto dichiarato dall'ente gestore. Al termine di ogni sopralluogo, l'ASL redige il verbale, almeno in duplice copia, in contraddittorio con il gestore o persona incaricata dall'ente gestore, nel quale sono indicati i motivi del sopralluogo, i requisiti valutati, la documentazione acquisita dall'ASL ed è rappresentato sinteticamente quanto emerso dalla visita ispettiva. Tale verbale è congiuntamente sottoscritto dall'ASL e dal legale rappresentante del soggetto o da un suo incaricato che potranno richiedere l'inserimento nel verbale di eventuali dichiarazioni. Una copia del verbale dovrà essere rilasciata alla persona presente incaricata dall'ente gestore al termine del sopralluogo. Il verbale non può essere modificato né integrato successivamente alla sua sottoscrizione. Eventuali atti conseguenti, a carattere prescrittivo o sanzionatorio, dovranno essere adottati con provvedimenti distinti dal verbale.
4. Le parti danno atto che l'esito dell'accertamento determina l'adozione dei provvedimenti previsti dalla disciplina in materia di vigilanza e controllo di appropriatezza sulle unità d'offerta socio-sanitarie, con gli eventuali conseguenti effetti nei confronti del presente contratto.

ART.4

Obblighi di carattere generale

1. L'ente gestore si impegna a:
 - a) rispettare tutti gli adempimenti previsti come requisiti per l'esercizio e l'accredimento delle unità d'offerta socio sanitarie indicati e richiamati nella DGR 3540/2012 e DGR n. del (*inserire gli estremi dei provvedimenti regionali che disciplinano le regole della specifica unità d'offerta*);
 - b) concorrere al rispetto ed alla attuazione dei principi, delle indicazioni e degli adempimenti previsti nella l.r. 3/2008, così come modificata dalla l.r. 2/2012, a carico degli enti gestori.
2. In particolare, l'ente gestore si impegna a:
 - a) rispettare i criteri di accesso prioritario alle prestazioni definiti a livello locale, in attesa delle disposizioni applicative, di cui all'art.6, comma 3°, della legge regionale 12 marzo 2008, n.3, stabilite dalla Regione;
 - b) verificare che all'atto dell'accesso, gli assistiti abbiano le caratteristiche e manifestino le condizioni di bisogno previste per il tipo di unità d'offerta gestito;

- c) assicurare che la presa in carico delle persone assistite avvenga secondo criteri di appropriatezza e favorendo la continuità assistenziale, segnalando eventuali situazioni complesse all'ASL ed al Comune;
- d) informare, anche attraverso la carta dei servizi, le persone e le famiglie sulle prestazioni offerte, sulle condizioni per accedervi, sulla possibilità di accedere ad altre unità d'offerta accreditate in ragione dei bisogni personali di assistenza espressi e nei limiti delle informazioni ricavabili dal sistema informativo regionale, sulle modalità per esprimere il consenso informato, sulle rette praticate e sulle modalità per accedere a forme di integrazione economica o ad altri benefici;
- e) prendere in carico gli assistiti in maniera personalizzata e continuativa e coinvolgerli nella formulazione dei relativi progetti di assistenza, nel rispetto delle indicazioni fornite dalla Regione o dall'ASL, anche con riferimento alla disciplina del FASAS;
- f) fornire agli assistiti una valutazione globale, scritta, del proprio stato di bisogno;
- g) informare il Comune di residenza degli assistiti dell'accesso alla unità d'offerta o, nei casi in cui l'accesso sia disposto d'urgenza, dell'accettazione del ricovero. In caso di presa in carico di cittadini non lombardi, con oneri a carico del Fondo Sanitario della Regione di origine, dovrà essere richiesto il preventivo assenso da parte del soggetto tenuto a farsi carico della relativa quota sanitaria;
- h) informare il competente ufficio dell'ASL sulle condizioni psico-fisiche degli assistiti qualora si rinvenga la necessità della nomina di un tutore o di un amministratore di sostegno;
- i) assicurare la presenza dei familiari o delle persone di fiducia da loro delegate e assicurare la costante informazione sulla condizione degli assistiti e sulla assistenza praticata nel rispetto delle norme in materia di tutela della privacy;
- j) assicurare l'accesso alla unità d'offerta dei ministri di culto, dei volontari e delle altre persone la cui presenza sia richiesta dagli utenti, nel rispetto dei protocolli vigenti nella unità d'offerta;
- k) informare l'assistito, il suo legale rappresentante e i suoi familiari, in modo chiaro e fin dal momento della richiesta di accesso, circa la possibilità di chiedere l'intervento del difensore civico, in tutti i casi in cui sia negata o limitata la fruibilità delle prestazioni nonché per ogni eventuale necessità, informarlo della possibilità di accedere all'Ufficio di Relazioni con il Pubblico e all'Ufficio di Pubblica Tutela dell'ASL competente;
- l) dotarsi della carta dei servizi che deve essere tenuta aggiornata e distribuita;
- m) dotarsi di sistemi di contabilità analitica, nei termini stabiliti dalla Regione, al fine di dimostrare il corretto rapporto tra risorse impiegate e prestazioni erogate e promuovere sistemi di controllo di gestione ed altri eventuali metodi di valutazione dei risultati, dandone informazione all'ASL;
- n) partecipare ad iniziative promosse dall'ASL o previste nei piani di zona, rivolte ad attuare l'integrazione tra la programmazione della rete di offerta sociale e la rete di offerta socio-sanitaria e tese al miglioramento della qualità del servizio;
- o) dotarsi di un codice etico secondo quanto indicato nei provvedimenti regionali, dandone atto nella carta dei servizi, la cui violazione contestata per iscritto ed in assenza di giustificazioni ritenute valide, ad insindacabile e motivato giudizio dell'ASL, costituirà causa di risoluzione di diritto del presente contratto ai sensi dell'art. 1456 del codice civile;
- p) a garanzia di sinistri che possono derivare agli utenti, al personale o a terzi durante l'espletamento del servizio, si impegna a stipulare idoneo contratto assicurativo di responsabilità civile esonerando l'ASL da ogni responsabilità a riguardo;
- q) redigere e rilasciare, nei casi di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, la certificazione ai fini fiscali;

- r) non richiedere alcun corrispettivo per lo svolgimento di tutte le pratiche e procedure preliminari alla presa in carico dell'utente;
- s) collocare gli ospiti per i quali si ricevono tariffe a carico del F.S.R. su posti accreditati e messi a contratto, fatte salve eventuali deroghe stabilite dalla Regione.

ART. 5

Sistema tariffario e pagamenti

1. L'ASL è tenuta ad erogare all'ente gestore delle unità d'offerta, nel rispetto delle disposizioni regionali vigenti, le tariffe previste dalla Regione Lombardia, nei termini fissati dai successivi artt. 6 e 7.
2. L'ASL anticipa mensilmente acconti, pari all'85% di un dodicesimo del fatturato dell'anno precedente oppure, in caso di unità d'offerta nuova, del fatturato teorico comunque coerente con il piano di inserimento degli ospiti, e garantisce inoltre l'erogazione del saldo trimestrale spettante, entro i successivi 60 giorni dall'avvenuto ricevimento della fattura.
3. L'avvenuto pagamento del saldo non pregiudica il recupero di somme che, sulla base dei controlli effettuati nei confronti della unità d'offerta, risultassero non dovute o dovute solo in parte.
4. L'ente gestore si impegna ad emettere mensilmente fatture, o altra documentazione contabile idonea, al fine del pagamento degli acconti, e ad emettere, entro il mese successivo alla scadenza di ogni trimestre, le fatture relative ai saldi trimestrali, recanti le classificazioni dei singoli ospiti desunte dal sistema informativo in vigore, secondo la modulistica regionale.
5. Ferma restando la possibilità di decurtare, recuperare o ridurre le somme previste a titolo di tariffa, sulla base di provvedimenti assunti dall'ASL al termine di accertamenti condotti sulla unità d'offerta, è fatta salva la facoltà della stessa ASL di sospendere l'erogazione parziale o totale dei pagamenti effettuati a qualsiasi titolo, in tutti i casi in cui siano in corso controlli per l'accertamento di gravi violazioni della normativa vigente, dei requisiti per l'esercizio e per l'accreditamento, delle clausole per presente contratto.
6. Per i servizi residenziali e semi-residenziali dovrà essere pagata solo la giornata di accettazione e non quella di dimissione. Analogamente, per i periodi di assenza, dovrà essere pagata solo la giornata di rientro e non quella di uscita. Non sarà quindi remunerata la giornata di dimissione, neanche in caso di decesso in struttura.
7. Per le Residenze sanitarie assistenziali per anziani e disabili (RSA e RSD) non sono remunerate con oneri a carico del FSR le assenze per ricoveri ospedalieri.

ART. 6

Budget

1. Le presenti disposizioni si applicano relativamente all'erogazione di *(specificare la tipologia delle prestazioni)* per tutti i cittadini residenti in Regione Lombardia e non solo alla quota relativa ai consumi dei residenti nella ASL di ubicazione della unità d'offerta.
2. Per quanto riguarda le prestazioni erogate nei confronti di pazienti provenienti da altre regioni, verranno remunerate a produzione effettiva, secondo le tariffe vigenti in Lombardia. Le prestazioni relative ai pazienti provenienti da altre regioni non sono definite nel loro valore, in quanto la funzione di tutela dei cittadini spetta alle relative regioni ed ASL di residenza che provvedono a regolamentare l'accesso ai servizi nonché al pagamento della tariffa a carico del

FSR. Le prestazioni a favore di cittadini non lombardi devono essere prestate secondo gli stessi criteri di appropriatezza e di reale necessità che guidano l'erogazione dei servizi per i residenti lombardi. Le attività di controllo svolte dalle ASL sui propri erogatori riguardano anche l'appropriatezza e la correttezza delle prestazioni garantite a cittadini non residenti in Regione Lombardia.

3. Alla unità d'offerta è destinato, per il periodo di efficacia del presente contratto, il budget di risorse indicato nell'allegato 1, parte integrante del presente contratto.
4. L'eventuale modifica del budget di risorse, indicato nell'allegato 1, sarà concordata per iscritto tra la ASL e l'ente gestore, compatibilmente con il budget di ASL e sentita la Direzione Generale Famiglia Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale.
5. Al raggiungimento della soglia di budget indicata nell'allegato 1, in assenza di previo accordo, non sarà riconosciuta la remunerazione delle prestazioni erogate a carico del bilancio della Regione Lombardia, fatte salve le prestazioni che saranno remunerate extra-budget in aderenza a quanto previsto dai provvedimenti regionali di cui al successivo art. 7.
6. Le parti concordano che il raggiungimento del valore negoziato sarà valutato applicando ai volumi delle prestazioni erogate nel corso del le tariffe definite con deliberazione della Giunta Regionale.
7. In nessun caso l'esaurimento del budget può motivare l'incremento delle rette a carico dell'utenza.

ART. 7

Prestazioni extra budget.

(da compilare per le unità d'offerta che accolgono anche utenza non tipica)

1. Con riguardo all'utenza non tipica (Stati Vegetativi, SLA, soggetti provenienti da ex ospedali psichiatrici e disabili a cui sono stati riconosciuti i benefici della dgr 5000/2007) sarà remunerata extra-budget la differenza tra la tariffa di tale utenza e quella relativa all'utenza tipica dell'unità d'offerta di cui al presente contratto con maggiore livello di fragilità.
2. Per ogni presa in carico di utenza non tipica, il gestore dovrà preventivamente informare i competenti uffici dell'ASL.

ART. 8

Modalità di registrazione e codifica delle prestazioni

1. L'ente gestore si impegna a compilare, conservare e trasmettere la documentazione socio-sanitaria relativa alla unità d'offerta prevista dai requisiti di accreditamento, nel rispetto delle indicazioni regionali e della normativa in materia di tutela della privacy.
2. Il debito informativo analitico costituisce lo strumento fondamentale per le rendicontazioni economiche. Non si procederà pertanto alla remunerazione di quelle prestazioni il cui debito informativo analitico non è stato correttamente assolto.
3. L'ASL, nell'ambito dell'attività di vigilanza, compie i controlli sulla appropriatezza delle prestazioni e l'aderenza delle caratteristiche degli assistiti a quanto riportato nella documentazione relativa ai fascicoli sociale e sanitario, in conformità alle disposizioni vigenti.
4. I controlli previsti dal presente articolo sono effettuati alla presenza ed in contraddittorio con la persona incaricata dall'ente gestore, con l'eventuale assistenza dei membri dell'equipe socio-sanitaria responsabile della tenuta della documentazione.
5. L'ente gestore si impegna ad adempiere al debito informativo nei confronti dell'ASL e della Regione Lombardia, che costituisce condizione per l'accesso alle risorse regionali, nei termini e secondo le modalità stabiliti dalla Regione e dall'ASL.

ART. 9

Sistema aziendale per il miglioramento della qualità

1. Le parti identificano il miglioramento della qualità, quale obiettivo primario, da perseguire secondo criteri di piena collaborazione. L'ente gestore si impegna a sviluppare un sistema aziendale di miglioramento della qualità, ivi compreso quello relativo alla gestione integrata del rischio (risk management), in coerenza con la normativa vigente, secondo le direttive definite dalla Regione Lombardia ed in relazione alla programmazione territoriale. Tale miglioramento deve essere finalizzato ad una progressiva personalizzazione dell'assistenza e sviluppo dei livelli di corresponsabilità nel controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate.

ART. 10

Eventi modificativi dell'ente gestore

1. L'ente gestore si impegna al rispetto della disciplina in materia di esercizio, accreditamento e vigilanza socio-sanitaria, dando atto di conoscerne il contenuto, ed in particolare che:
 - a) l'accREDITamento, alla pari dell'abilitazione all'esercizio, non è cedibile a terzi, in mancanza di un atto regionale che ne autorizzi il trasferimento;
 - b) i requisiti per l'abilitazione all'esercizio e per l'accREDITamento sono condizioni indispensabili affinché il presente contratto produca effetti tra le parti;
 - c) la perdita di un requisito soggettivo od oggettivo – strutturale, gestionale, tecnologico ed organizzativo – previamente accertato dall'ASL, determina la revoca del provvedimento di accREDITamento, che è disposto con decreto dirigenziale e la risoluzione di diritto del contratto. Nel corso del procedimento per la revoca dell'accREDITamento, il contratto è sospeso. Con riguardo a specifiche fattispecie, l'ASL, ove rinvenga la possibilità di un ripristino delle condizioni che danno origine al rapporto di accREDITamento, può prescrivere un termine per la regolarizzazione della situazione, disponendo comunque la sospensione o la decurtazione dei pagamenti delle prestazioni rese nel periodo in questione;
 - d) con la sola eccezione della modificazione della persona del legale rappresentante o dell'amministratore dell'ente gestore e della trasformazione di una società (es. da società di capitali a società di persona o viceversa), ogni evento che dovesse comportare lo scioglimento, la fusione o il cambio dell'ente gestore comporta la necessità di stipulare un nuovo contratto di accREDITamento e quindi la decadenza del presente contratto;
 - e) l'affidamento a terzi della gestione dell'unità d'offerta determina l'obbligo della volturazione della SCIA e dell'accREDITamento ed un nuovo contratto di accREDITamento e, quindi, comporta la decadenza del presente contratto;
 - f) la cessione di crediti derivanti dal presente contratto è soggetta alla disciplina vigente in materia di contratti pubblici.
2. Tutti i contratti e gli atti tra privati che hanno ad oggetto trasferimenti di unità d'offerta o, comunque, il subentro di un altro gestore nella titolarità e/o nella gestione dell'unità d'offerta, quali, a titolo esemplificativo, cessione o affitto dell'unità d'offerta, scorporo, scissione o fusione per incorporazione o mediante costituzione di altro soggetto, ad eccezione della sole modificazioni della persona del legale rappresentante dell'ente gestore o della trasformazione di società, non possono essere stipulati se l'Ente gestore e/o la controparte degli atti predetti non abbiano preventivamente richiesto, almeno 60 giorni prima della stipula degli atti predetti, all'ASL di competenza e alla Direzione Generale Famiglia Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia, il trasferimento dell'abilitazione all'esercizio e dell'accREDITamento.

3. La stipula dei contratti e degli atti sopra indicati in assenza della richiesta preventiva di volturazione o comunque prima del decorso del termine di 60 giorni dalla richiesta stessa costituisce grave inadempimento che comporta a carico dell'ente gestore il pagamento di una penale di importo pari ad Euro _____, salvo il risarcimento del maggior danno, con diritto della ASL di compensare i crediti derivanti dall'applicazione delle penali con le somme eventualmente dovute all'Ente gestore in virtù del contratto.
4. In presenza dell'inadempimento sopra indicato, il presente contratto potrà essere risolto di diritto, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1456 cod. civ., e potrà essere disposta la revoca dell'accreditamento.
5. Nel caso in cui la volturazione venga negata, l'ente gestore non potrà perfezionare gli atti sopra indicati e l'eventuale stipula degli atti predetti costituirà grave inadempimento del presente contratto al quale si applicheranno le conseguenze previste ai precedenti commi 2 e 3.
6. Nel caso in cui, decorsi i 60 giorni dalla richiesta, la volturazione non sia stata concessa ma neanche negata salvi i caso in cui il termine sia stato interrotto dalla richiesta di chiarimenti o di integrazioni della documentazione prodotta, l'ente gestore potrà perfezionare gli atti sopra indicati senza che la stipula degli stessi costituisca inadempimento al presente contratto; tuttavia tali atti resteranno comunque inefficaci ai fini del rapporto con la ASL fino a quando non venga autorizzato il trasferimento dell'abilitazione all'esercizio e dell'accreditamento, secondo le modalità previste nella d.g.r. n. 3540/2012.
7. E' vietata la cessione del contratto senza il consenso dell'ASL. L'eventuale cessione del contratto in violazione del presente divieto darà diritto alla ASL di risolvere il contratto medesimo, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 cod. civ.; con immediata sospensione dei pagamenti, nonché di richiedere il pagamento di una penale pari ad Euro _____, salvo il risarcimento del maggior danno e di compensare i crediti derivanti dall'applicazione delle penali con le somme eventualmente dovute all'Ente gestore in virtù del contratto.
8. Fermo quanto previsto ai commi precedenti, l'ente gestore prende atto che in tutti i casi di subentro di un nuovo soggetto nella titolarità o nella gestione dell'unità di offerta, il gestore subentrante dovrà stipulare un nuovo contratto.
9. Tuttavia, il provvedimento di accreditamento e il presente contratto resteranno efficaci sino al giorno in cui l'accreditamento sarà volturato a favore del soggetto subentrante e l'ASL avrà sottoscritto con quest'ultimo un nuovo contratto.
10. L'ente gestore, pertanto, si obbliga, a proseguire la gestione dell'unità di offerta agli stessi patti e condizioni previsti nel provvedimento di accreditamento e nel presente contratto fino a quanto l'accreditamento non sarà volturato a favore del nuovo gestore e l'ASL non avrà sottoscritto con lo stesso un nuovo contratto.

ART. 11

(riferito esclusivamente alle unità di offerta realizzate con finanziamenti pubblici, statali o regionali)

ipotesi di unità d'offerta di proprietà del soggetto accreditato

1. Il soggetto accreditato (gestore dell'unità d'offerta) si impegna, sino alla scadenza del presente contratto, e comunque entro i termini fissati dal finanziamento se precedente, a non alienare a terzi la proprietà e i diritti reali sull'immobile relativo alla unità d'offerta accreditata e che ha costituito oggetto di finanziamento pubblico. Il soggetto accreditato si impegna, inoltre, a non modificare la destinazione d'uso del medesimo bene finanziato. Le parti convengono che l'alienazione della proprietà o di diritti reali sul bene finanziato o la modifica della destinazione

d'uso del bene medesimo comporta la risoluzione di diritto del contratto di accreditamento, ai sensi dell'art. 1456 c.c. salvo le eccezioni previste dalla Linee guida.

ipotesi di unità d'offerta di proprietà di soggetto diverso dal soggetto accreditato

1. Le parti convengono che l'alienazione a terzi della proprietà o di diritti reali sul bene immobile relativo alla unità d'offerta accreditata ovvero la modifica della sua destinazione d'uso, che dovesse intervenire nel corso dell'esecuzione del presente contratto, per fatti anche non imputabili al soggetto accreditato, comporta la risoluzione di diritto del contratto medesimo, ai sensi dell'art.1456 c.c.

ART. 12

Controversie

1. Per ogni controversia che dovesse insorgere sulla interpretazione e sulla applicazione del presente contratto è competente il Foro di

ART. 13

Durata

1. Il presente contratto ha validità dal 1 gennaio 2013 al 30 aprile 2013. Entro il 30 aprile 2013, ricorrendone i presupposti in relazione alla permanenza dei requisiti e in ottemperanza a quanto previsto dalla DGR 4334/2012, le parti si impegnano a negoziare il contratto definitivo.
2. In caso di cessazione dell'attività, corre l'obbligo per il gestore di darne preventiva comunicazione all'ASL con preavviso di almeno 90 giorni, garantendo comunque la continuità delle prestazioni per tale periodo.

ART. 14

Clausola penale

1. Le parti convengono che, in caso di inadempimento da parte del gestore delle obbligazioni di cui all'art. 4, comma 2, lett. a), lett. b), g), j), k), n), q), r) del presente contratto, che non costituisca causa di risoluzione, previa diffida ad adempiere entro un congruo termine, la parte inadempiente è tenuta a pagare all'ASL a titolo di penale la somma di euro 3.000 (tremila).

ART.15

Sanzioni amministrative

Fatte salve le responsabilità di natura civile e penale, si applicano le sanzioni previste per le violazioni di altre normative regionali o nazionali, nonché quelle previste dall'art.15 commi 3 bis della l.r. n. 3 del 12 marzo 2008.

L'inadempimento delle obbligazioni di cui all'art. 4, comma 1 e comma 2, lett. c), d), e), f), h), i), l), m), o), p) s) è sanzionato ai sensi dell'art. 15, commi 3 bis della l.r. n. 3 del 12 marzo 2008.

ART. 16

Allegati

1. Il contratto è redatto in triplice copia, di cui una da trasmettere alla Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia a cura dell'ASL.
2. L'allegato 1 (o gli allegati) relativo (o relativi) al..... (budget ...) costituisce parte integrante del presente contratto.

Art. 17

Recepimento di disposizioni regionali e accordi applicativi

1. Le parti danno atto che il presente contratto si intende automaticamente modificato o integrato per effetto di sopravvenute disposizioni regionali il cui contenuto comunque deve essere formalmente reso noto dall'ASL all'ente gestore, con indicazione dei termini relativi alle diverse obbligazioni.
2. In tutti i casi in cui si rinvenga la necessità di apportare modifiche o integrazioni al presente contratto, per mezzo di clausole integrative, queste dovranno preventivamente essere sottoposte all'autorizzazione della Regione.

ART. 18

Norma di rinvio

1. Per ogni aspetto non disciplinato dal presente contratto si fa rinvio al codice civile e alla disciplina normativa di settore.

Letto, confermato e sottoscritto.

Data e luogo.

IL DIRETTORE GENERALE ASL

IL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'ENTE
GESTORE

APPENDICE

Remunerazione delle prestazioni. Regole ed adempimenti specifici ad integrazione dei corrispondenti articoli del contratto tipo.

Lo schema tipo di contratto andrà integrato mediante l'inserimento di clausole specifiche dedicate a singole tipologie di unità d'offerta.

Verrà considerata inefficace l'apposizione di clausole non attinenti alla UdO oggetto del contratto.

“Oggetto”

“Il Centro è aperto n. X giorni alla settimana, dal... al..., ed osserva il seguente orario di funzionamento: (descrizione). E' prevista/non è prevista una chiusura per le vacanze, di n. X settimane nell'anno”. (a valere per C.D.D. e C.D.I)

“Obblighi di carattere generale”

“Il gestore provvede alla cancellazione degli ospiti dagli elenchi dei rispettivi medici di medicina generale a partire dal giorno dell'ingresso o comunque dalla data di sottoscrizione del contratto se successivo ed alla adozione del codice relativo”. (a valere per le R.S.A. – R.S.D. ivi compresi i disabili ex DGR n. 5000/2007)

“Sistema tariffario e pagamenti”

“Le assenze temporanee di tutti gli ospiti delle residenze, dovute a rientri in famiglia per festività, vacanze ecc., possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di 15 gg., a condizione che venga garantito all'ospite il mantenimento dello stesso posto letto che non deve essere occupato da altro utente durante il periodo di assenza”. (a valere per R.S.A. – R.S.D., disabili ex DGR n. 5000/2007 e Comunità per Tossicodipendenti)

“Le assenze temporanee degli ospiti dei CDD dovute a malattie, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di 10 gg consecutivi” ;

(a valere per C.D.D. ivi compresi i disabili ex DGR n. 5000/2007)

“Le assenze per ricoveri ospedalieri degli ospiti dei CDI, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di 15 giorni consecutivi”.

(a valere per C.D.I. ivi compresi i disabili ex DGR n. 5000/2007)

“Possono essere retribuite prestazioni erogate con la modalità del soggiorno climatico, indipendentemente dal periodo nel quale viene svolto, a condizione che:

- il soggiorno sia organizzato direttamente dal gestore e sia previsto nel P.A.I. della persona assistita,*
- sia garantito anche presso la destinazione climatica lo standard di personale previsto dall'accreditamento,*
- non venga superato il budget annuale” (a valere per C.D.D. e C.D.I. ivi compresi i disabili ex DGR n. 5000/2007)*

“Per i minori disabili, per i quali il programma personalizzato preveda un raccordo con la scuola, dove sono inseriti, e si renda necessario un intervento degli educatori del centro presso la scuola

stessa, è possibile rendicontare la frequenza scolastica ai fini delle presenze e provvedere alla conseguente remunerazione.” (a valere per C.D.D.)

“Con riferimento alle prestazioni rese da Centri Diurni Integrati per anziani (CDI), a partire dal 1° gennaio 2012 la remunerazione corrisposta viene legata alla frequenza effettiva degli utenti anziché agli orari di apertura delle strutture. Nelle more dell’applicazione di un sistema di remunerazione legato alla classificazione degli utenti, viene adottata la seguente modalità di remunerazione: l’attuale tariffa giornaliera pro capite di euro 29,60, prevista per i CDI funzionanti per almeno 8 ore al giorno, dovrà essere utilizzata per remunerare le prestazioni erogate ad utenti che frequentano i CDI almeno per 8 ore al giorno.

Per gli utenti frequentanti il CDI part-time la tariffa giornaliera è abbattuta del 50% (euro 14,80).” (a valere per C.D.I.)

“Non saranno pagate prestazioni nei confronti di persone contemporaneamente assistite da altro servizio socio sanitario a meno che non sia certificata l’impossibilità da parte di tale servizio di erogare la prestazione in quanto non riconducibile ad una riabilitazione di mantenimento che la struttura deve garantire, a condizione che vi sia un piano riabilitativo sottoscritto dalla struttura riabilitativa con l’altra struttura socio sanitaria”. (a valere solo per Strutture di riabilitazione nel caso di ospiti già utenti di R.S.A., R.S.D., C.D.D., C.D.I.)

“È possibile utilizzare i posti letto a maggiore intensità riabilitativa per accogliere persone che necessitino di prestazioni di minore complessità, fermo restando che le tariffe riconoscibili sono quelle delle prestazioni effettivamente erogate.”

“Nei budget devono essere distinte le quote assegnate per le prestazioni in regime di ricovero (ordinario e day hospital) e quelle assegnate per le altre prestazioni in regime diurno (diurno continuo, ambulatoriale, domiciliare).”

“Per i soggetti che erogano sia prestazioni in regime di ricovero che in regime diurno, fermo restando il budget complessivamente assegnato contrattualmente dall’ASL è possibile richiedere lo spostamento di quote di budget da regime residenziale a regime diurno, e viceversa. La quota trasferita dovrà essere autorizzata dall’ASL territorialmente competente, sentita la Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale, e non può costituire elemento di consolidamento delle risorse assegnate per gli anni successivi”.

“Lo spostamento di risorse dal regime diurno a quello residenziale non può superare il limite del 14% dell’entità economica corrispondente al volume massimo delle prestazioni diurne accreditate e, comunque, non oltre i tetti massimi accreditati per le prestazioni residenziali.”

Lo spostamento di risorse dal regime residenziale a quello diurno non può superare il limite del 4% dell’entità economica corrispondente al volume massimo delle prestazioni residenziali accreditate e, comunque, non oltre il 20% dei tetti massimi accreditati per le prestazioni diurne;

“Per quanto riguarda le visite di presa in carico (prima visita/visita generale), nel corso del 2013 è sempre prevista la remunerazione della prima visita, sia nel caso in cui non ne scaturisca alcuna presa in carico riabilitativa, sia qualora ne esiti una presa in carico anche in altro regime o presso altra struttura.”

“Come stabilito dalla d.g.r. n. 10804/2009, le prestazioni ambulatoriali cosiddette “indirette” (colloquio con i familiari, riunioni con operatori di altri enti, stesura di relazioni), potranno essere remunerare, nell’ambito del budget assegnato, fino ad un massimo del 20% di quanto rendicontato per tutte le prestazioni ambulatoriali. All’interno di questo tetto di budget, vanno inclusi gli oneri a carico del FSR per la remunerazione delle visite di presa in carico.”

“Con riguardo alle prestazioni in regime ambulatoriale e domiciliare, potrà essere erogato e remunerato un numero massimo di prestazioni fino ad un massimo del 130% dell’accreditato/contrattualizzato, riferito alla singola tipologia, purché venga garantito il rispetto dei requisiti di accreditamento per queste prestazioni aggiuntive e compatibilmente con il budget assegnato.”

“Con riferimento alla durata della seduta per riabilitazione ambulatoriale, nell’area generale e geriatrica, per pazienti in età evolutiva (con età inferiore ai 18 anni), si riconferma quanto riportato nella dgr 4438/2007 che ha stabilito in 45 minuti la durata convenzionale di una singola seduta, con la possibilità di un massimo di 2 sedute (trattamenti) per giornata a prescindere dalla tipologia di prestazione ricevuta.”

“Con riguardo invece ai trattamenti ambulatoriali in area generale e geriatrica rivolti a pazienti adulti, potrà essere erogato e rendicontato solamente un trattamento per giornata.”

“Si chiarisce che la tariffazione definita nei provvedimenti regionali, con riguardo alle prestazioni ambulatoriali nell’area generale e geriatrica, è riferita ad una seduta per cui possono essere previste più prestazioni. Al fine del conteggio delle sedute/trattamenti erogati, una seduta di gruppo viene considerata una sola prestazione a prescindere dal numero di partecipanti al gruppo (da un minimo di tre ad un massimo di cinque persone).”

“Per quanto riguarda le prestazioni erogabili e rendicontabili nei regimi residenziale, semiresidenziale e diurno continuo, non potranno in alcun modo essere valicati i tetti di accreditamento.”

“A decorrere dal 1° gennaio 2012 sono remunerare le prestazioni di riabilitazione in regime Diurno Continuo effettivamente rese, venendo meno l’obbligo del pagamento dell’intero ciclo qualora sia stato effettuato nella misura dell’80%.”

“In caso di ricovero di paziente minore:

- *per il genitore accompagnatore è previsto il posto letto e questo, in analogia con quanto già previsto per ricovero ospedaliero di paziente minore disabile con genitore accompagnatore, è remunerato ai sensi della DGR n. 29480/1997 per l’accompagnatore, riconfermata con DGR n. 35597/1998”*
- *gli eventuali rientri in famiglia devono essere previsti dal Piano e dal Programma Riabilitativo Individuale, concordati con la famiglia e, se necessario, sostenuti con la messa a disposizione di un operatore da parte del gestore della struttura”.*

(a valere per le Strutture di riabilitazione)

Per le unità d’offerta per cui è previsto il pagamento del ticket

I budget 2013 sia a livello di ASL che quelli assegnati alle singole unità d’offerta comprenderanno le entrate derivanti dall’incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla Legge n. 111 del 15 luglio 2011 e definite con provvedimenti regionali.

Per le unità d'offerta dell'area dipendenze

A partire dal 1° gennaio 2012 è compresa all'interno sia del budget di ciascuna ASL, sia del budget di ciascuna struttura accreditata e a contratto dell'area dipendenze la remunerazione di prestazioni rese a favore di persone agli arresti domiciliari o affidati in prova in comunità terapeutiche.