CONTRATTO PER L'ACQUISIZIONE DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

Contratto tra la **ASL n.4 di Lanusei** e la Struttura sanitaria la Struttura sanitaria **Studio Specialistico di Radiologia Medica, Ecografia e Terapia Fisica Dott. Renato Pilia** (di seguito denominata Struttura), per l'acquisizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali negli anni 2013 (9 mesi)/2014/2015.

L'anno 2013, addì 01 del mese di luglio in Lanusei tra **l'Azienda Sanitaria Locale n. 4** di Lanusei (di seguito denominata Azienda) p.i. 00978060911, con sede in via Piscinas 5 – Lanusei nella persona del Direttore Generale e Legale Rappresentante dott. Francesco Pintus c.f. PNTFNC70P24G113Y, da una parte

e

la Struttura sanitaria **Studio Specialistico di Radiologia Medica, Ecografia e Terapia Fisica Dott. Renato Pilia** (di seguito denominata Struttura), con sede in Lanusei, Via Marconi n° 82 nella persona del legale rappresentante Dr.ssa Maria Grazia Pilia, dall'altra, nata a Lanusei il 21.05.1966 e ivi residente in Via Coghinas, n 3 cf. PLIMGR66E61E441A, hanno convenuto e stipulato quanto segue.

Premesso:

-che la Legge Regionale n. 10 del 28 luglio 2006 all'articolo 8 stabilisce che le ASL stipulano contratti con le strutture private e con i professionisti accreditati;

-che con la Delibera della Giunta Regionale n. 20/7 del 19 maggio 2010 è stata approvata la Direttiva contenente le azioni per il Patto del Buongoverno del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2010;

-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 accreditati è subordinata alla stipulazione dei rapporti contrattuali definiti ai sensi dell'art. 8 della stessa legge;

-che in base alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 51/19 del 28.12.2012, l'Azienda Sanitaria Locale è tenuta a predisporre i contratti con i singoli soggetti erogatori privati sulla base dei volumi di attività e dei correlati livelli di spesa definiti dalla programmazione regionale, per ciascuna macroarea;

-che l'Azienda acquisisce e tiene conto di eventuali deleghe di committenza, con relativi volumi di attività e tetti di spesa, formalizzate da parte di altre ASL per prestazioni che non possono essere garantite nei rispettivi territori. In 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. 51/19 del 28.12.2012 ;

-che il Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale è stato definito con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 19/6 del 28 aprile 1998, e s.m.i., in particolare la Deliberazione della Giunta Regionale n. 34/9 del 11/09/2007 -Revisione del Nomenclatore Tariffario *delle prestazioni* di specialistica ambulatoriale emanato con la D.G.R. n. 19/6 del 28 aprile 1998. Primo riequilibrio delle tariffe regionali verso quelle massime fissate a livello nazionale -e la DGR 33/20 del 31/07/2012 Nomenclatore tariffario regionale della specialistica ambulatoriale. Revisione delle tariffe di alcune prestazioni della medicina di laboratorio;

-che con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 43/9 del 20 dicembre 2002, e s.m.i. (Deliberazione della Giunta Regionale n. 11/7 del 21 marzo 2006; Deliberazione della Giunta Regionale n. 41/29 del 29 luglio 2008) è stata data attuazione alle disposizioni sui LEA, in particolare per quanto attiene alle condizioni cliniche di erogabilità delle prestazioni parzialmente escluse appartenenti alla branca di medicina fisica e riabilitativa, alle prestazioni di densitometria ossea e di chirurgia rifrattiva.

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

-che con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 49/4 del 17/12/2012 è stata definita la percentuale di riduzione Revisione contratti per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, ai sensi del D.L. n. 95 del 6 luglio 2012 convertito in L. 7 agosto 2012, n. 135.

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

Articolo 1 -Legittimazione contrattuale e oggetto del contratto

La Struttura Sanitaria **Studio Specialistico di Radiologia Medica, Ecografia e Terapia Fisica Dott. Renato Pilia** è legittimata alla stipulazione del presente contratto in quanto accreditata in via definitiva con determinazioni assessoriali n. 202 del 27 febbraio 2012 e 1106 del 5 settembre 2012, e per effetto delle disposizioni contenute nelle linee regionali di indirizzo per la stipulazione dei contratti tra soggetti erogatori privati e Aziende Sanitarie Locali.

Il contratto definisce:

-le caratteristiche delle prestazioni erogabili dalla Struttura;

-il volume e le prestazioni erogabili, distinte per tipologia di prestazione e branca specialistica (riportate nell'allegato Y al presente atto);

-il tetto di spesa preventivato (a fronte del volume e delle tipologie di prestazioni concordate) determinato, per gli anni 2013 (per 9 mesi) ,2014,2015, al netto degli sconti tariffari e della compartecipazione al costo stimata (riportato dell'allegato Y al presente atto);

-il sistema *tariffario nonché* le modalità di remunerazione delle tariffe rispetto alle attività rese in eccesso;

-i controlli che saranno attivati dall'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 di accreditamento

La Struttura, preliminarmente alla stipulazione del contratto, dovrà comprovare l'avvenuto completamento del percorso di accreditamento ovvero di aver ottenuto dalla Regione l'accreditamento istituzionale definitivo ai sensi della Deliberazione

della Giunta regionale n. 47/43 del 30.12.2010, nonché presentare il Documento Unico di Regolarità Contributiva (DURC) ed il certificato di iscrizione al Registro delle imprese rilasciato dal COIPA, con attestazione dell'insussistenza di procedure concorsuali o di procedimenti per l'assoggettamento a dette procedure e della dicitura antimafia di c all'articolo 9 del DPR 3 giugno 1998 n. 352.

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

La Struttura si impegna al mantenimento dei requisiti citati per tutto il periodo di vigenza dei presente contratto e la ASL si impegna a verificare la persistenza degli stessi.

Articolo 3 -Assetto organizzativo e dotazione organica

La Struttura eroga prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con l'assetto organizzativo definito ai sensi del precedente articolo 2, riportato nell'allegato X al presente contratto per farne parte integrante e sostanziale.

La Struttura, nel rispetto dei requisiti inerenti alla dotazione organica previsti nella Delibera della Giunta Regionale n. n. 47/43 del 30.12.2010, si impegna a garantire le prestazioni previste dal presente contratto.

La dotazione organica della Struttura, rispondente ai requisiti esplicitati nell'art. 2, è specificata nell'elenco nominativo del

personale, controfirmato dal Legale Rappresentante della Struttura, dal quale devono risultare il codice fiscale, la qualifica, la mansione svolta dal predetto personale, l'Unità Operativa di appartenenza, l'impegno orario settimanale di ciascuno, nonché il tipo di contratto applicato. Tale elenco nominativo dovrà essere allegato al presente atto.

La Struttura si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente all'Azienda ogni eventuale successiva modifica, indicando i medesimi parametri previsti per l'allegato X e autocertificare, al termine di ogni semestre, il mantenimento dei requisiti organizzativi inerenti alla dotazione medesima. Tale autocertificazione sarà comunque oggetto di verifica da parte dell'Azienda.

L'esistenza delle situazioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente in materia di rapporto di lavoro del personale dipendente, convenzionato o comunque legato da rapporto lavorativo con il Servizio Sanitario Nazionale, comporta la risoluzione del presente contratto, previa formale diffida alla eliminazione dei rapporti di cui sia stata verificata l'incompatibilità e nel caso in cui la Struttura, entro 30 giorni dal ricevimento della predetta diffida, non adempia.

Articolo 4 -Ulteriori requisiti di qualità

La Struttura si impegna a promuovere la formazione continua dei propri dipendenti ed operatori, sia per gli aspetti tecnico professionali che per ogni aspetto inerente alla 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, altresì, 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 assistiti 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 al mantenimento, da parte della Struttura, dei requisiti di cui al precedente articolo 2.

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

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

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

Fatta salva l'ipotesi sopra descritta, il provvedimento di revoca dell'accreditamento da parte della Regione comporta la risoluzione di diritto ex articolo 1456 del codice civile del presente contratto.

Le organizzazioni sindacali firmatarie dei CCNL relativi al personale impiegato che, a seguito di proprie verifiche, riscontrassero la mancata osservanza del mantenimento dei requisiti organizzativi inerenti alla dotazione organica, di cui all'art. 3, possono chiedere l'attivazione di una procedura di accertamento da parte del Direttore Generale della Azienda.

Articolo 6 -Programmazione e svolgimento dell'attività e caratteristiche delle prestazioni

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

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

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

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

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

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

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

Articolo 7 – Modalità di accesso e di esecuzione del servizio

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

La Struttura dovrà accertare la correttezza dei dati identificativi dell'utente e il rispetto delle disposizioni normative in materia di prescrizioni di prestazioni specialistiche. Le prestazioni saranno erogate secondo l'ordine cronologico di presentazione della richiesta o nel rispetto delle priorità d'accesso disciplinate dalla normativa vigente.

L'erogazione delle prestazioni dovrà avvenire, inoltre, nel rispetto dei principi sottoelencati:

-qualità delle prestazioni;

-appropriatezza dell'erogazione della prestazione secondo le linee guida specifiche e secondo i principi della medicina basata sulle evidenze clinico-scientifiche, nel rispetto dei tempi minimi di trattamento ove previsti;

-rispetto della normativa vigente in materia di giusta informazione e consenso informato.

Articolo 8 -Appropriatezza clinica

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

Articolo 9 – CUP Regionale e Debito informativo

Su richiesta dell'Azienda, la Struttura accetta che l'accesso alle prestazioni oggetto del presente contratto avvenga, nei limiti dei volumi di attività contrattati e accreditati, anche attraverso il CUP regionale, opportunamente definito con le corrispondenti agende informatizzate di prenotazione "classi di priorità", e l'Azienda è tenuta a provvedere all'attività di registrazione degli appuntamenti (prenotazione/disdette) anche per la Struttura, oltre a garantire tutta l'attività di coordinamento con tutte le strutture eroganti.

La mancata accettazione comporta una riduzione del 19% del tetto di spesa contrattato.

La Struttura si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo (File C e ulteriori flussi previsti dalla normativa vigente), nei confronti dell'Azienda e dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa regionale e dalle indicazioni dell'Azienda, con particolare riguardo alla necessità di garantire l'interfacciamento con il SISAR (Sistema Informativo Sanitario Regionale) e con la rete telematica regionale in via di realizzazione.

Articolo 10 -Sistema tariffario e valorizzazione economica delle prestazioni

Le prestazioni ambulatoriali oggetto del presente contratto sono remunerate in base alle tariffe onnicomprensive, suscettibili

di aggiornamento e/o adeguamento sulla base di specifici provvedimenti regionali.

Le tariffe sono considerate al netto degli sconti determinati secondo le disposizioni della Deliberazione della Giunta Regionale n. 30/36 del 2 agosto 2007, ad eccezione delle tariffe approvate con la DGR 33/20 del 31/07/2012.

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

Nel caso in cui entrino in vigore provvedimenti nazionali e/o regionali di aumento o riduzione della valorizzazione economica delle prestazioni, il contratto 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 un superamento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto un espresso provvedimento della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive.

Articolo 11 -Tetto di spesa

Il tetto di spesa netto previsto per le prestazioni di specialistica ambulatoriale è il seguente:

anno 2013 (9 mesi) : € 299.062,74 corrispondente ad un importo mensile medio di € 33.229,19 ;

anno 2014: € 394.695,53, corrispondente ad un importo mensile medio di € 32.891,29;

anno 2015: € 394.695,53 corrispondente ad un importo mensile medio di € 32.891,29 ;

Nei limiti del tetto di spesa netto, di cui al presente articolo, possono essere previste compensazioni tra differenti regimi di prestazioni nel rispetto delle soglie minime (in termine di volume e valorizzazione) stabilite nell'allegato Y.

La Struttura si impegna a non superare il tetto netto di spesa contrattato, oltre il quale si applicherà la decurtazione tariffaria di cui all'articolo 12 del presente contratto, fino al raggiungimento del tetto lordo, superato il quale le prestazioni non potranno essere remunerate.

Il tetto di spesa lordo annuale previsto è il seguente:

-anno 2013 (9 mesi) : € 414.185,78;

-anno 2014: € 546.673,15;

-anno 2015: € 546.673,15;

Nell'allegato Y il tetto di spesa complessivo è suddiviso per raggruppamenti omogenei di prestazioni.
Qualora non venga rispettata la soglia minima stabilita per ciascun raggruppamento omogeneo di prestazioni, la differenza tra la soglia minima contrattata e quanto effettivamente erogato dalla Struttura non potrà essere usata per la compensazione.

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

Articolo 12 -Superamento del tetto di spesa

La Struttura si impegna a rispettare il volume massimo delle prestazioni sanitarie e soglie minime di ciascun regime e fase riabilitativa, in modo da non superare il tetto netto di spesa riportato nell'art. 11, così come specificato nell'allegato Y del presente contratto.

Per le prestazioni eventualmente erogate oltre i tetti di spesa netti contrattati, si applica la decurtazione del 20% della tariffa, fino al raggiungimento del tetto lordo, oltre il quale le prestazioni non potranno essere remunerate.

La decurtazione applicata sarà calcolata su base annuale.

Le prestazioni che la struttura eventualmente deciderà di erogare oltre il tetto lordo contrattato potranno essere eventualmente remunerate, con la decurtazione del 20% soprarichiamata, attraverso le sole somme disponibili a seguito del mancato utilizzo durante l'anno da parte delle altre strutture aziendali e comunque esclusivamente nei limiti del tetto di spesa aziendale annuale stabilito con la DGR n. 51/19 del 28.12.2012 che rappresenta, pertanto, un vincolo non superabile. Le risorse disponibili saranno ripartite tra gli erogatori in misura proporzionale al tetto assegnato per l'anno di riferimento.

Articolo 13 -Metodologia del sistema dei controlli

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

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

I controlli dovranno, tra l'altro, riguardare:

-l'appropriatezza delle prestazioni richieste rispetto a quanto previsto nel Nomenclatore Tariffario Regionale;

-il rispetto delle indicazioni previste sull'erogabilità delle prestazioni nei provvedimenti regionali di applicazione dei L.E.A.;

-il rispetto delle condizioni di prescrivibilità in rapporto alla diagnosi;

-le modalità di erogazione delle prestazioni.

Qualora vengano rilevate difformità in ordine a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale si procederà alla contestazione ai fini della decurtazione degli importi non dovuti. In caso di irregolarità formali si potrà procedere alla regolarizzazione della documentazione, ove consentito.

Articolo 14 – Fatturazione e riscontri documentazione

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

La fattura sarà accompagnata da:

1) il FILE C relativo al dettaglio delle prestazioni effettuate;

2) il tabulato cartaceo contenente l'elencazione delle singole impegnative con indicazione delle prestazioni tariffate e dei ticket riscossi;

3) il riepilogo generale delle prestazioni, accorpate per codice, con relative tariffe;

4) gli originali delle prescrizioni su ricettario SSN. Le prestazioni riepilogate dovranno essere suddivise come di seguito indicato:

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

b) prestazioni per cittadini residenti in altre Aziende della Regione;

c) prestazioni a favore di cittadini di altre Regioni;

d) stranieri con diritto all'assistenza. Il volume fatturato relativo alle prestazioni del punto d) non verrà conteggiato nel tetto di spesa.

Articolo 15 –Pagamenti

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

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

L'Azienda, entro 60 giorni dalla presentazione della fattura, unitamente all'impegnativa SSN e ai relativi dati di attività su supporto informatico, previa verifica della regolarità amministrativa e contabile, provvederà a corrispondere il totale dell'importo fatturato mensilmente, se tale importo non è superiore a 1/12 del tetto netto annuale o, in caso contrario, a corrispondere 1/12 dello stesso.

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

Le eventuali contestazioni dovranno essere formalizzate alla ASL competente entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta di emissione della nota di credito, in caso contrario, la ASL provvederà a stornare il relativo ammontare dal primo pagamento utile.

L'eventuale conguaglio dovrà essere effettuato entro 120 giorni dalla presentazione dell'ultima fattura dell'anno di riferimento

del contratto. Qualora venga accertato il superamento del tetto netto si applicherà la decurtazione di cui al precedente articolo 12.

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

Qualora l'Azienda non ottemperasse entro i 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. , 29 aprile 2003, n.3.

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

Articolo 16 -Modifica del contratto

In presenza di significative variazioni nella riorganizzazione dell'offerta da parte delle strutture a gestione diretta e delle altre strutture pubbliche, le parti si riservano di ricontrattare la tipologia e il volume delle prestazioni assegnate.

Articolo 18 -Durata del contratto

Gli effetti del contratto decorrono dal 01 aprile 2013 fino al 31 dicembre 2015, con esclusione del rinnovo tacito.

Il contratto è redatto in triplice originale, una per ciascun contraente e una per l'Assessorato dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale.

In caso di modifiche legislative e/o regolamentari nazionali e/o regionali, incidenti sul contenuto del contratto, l'Azienda procede alla modifica ed integrazione unilaterale del presente atto. In tali casi la Struttura ha facoltà, entro 30 giorni dalla conoscenza della modifica ed integrazione di cui sopra, di recedere dal contratto dandone formale comunicazione all'Azienda e all'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale tramite raccomandata A/R.

Articolo 19 -Registrazione e regime fiscale

Il presente contratto è soggetto all'imposta di bollo, ai sensi dell'art. 2, parte I del D.P.R. 16 ottobre 1972, n. 642 e successive modificazioni ed integrazioni ed è soggetto a registrazione solo in caso d'uso, ai sensi dell'art. 10, della parte 2^ della Tariffa allegata al D.P.R. 26 aprile 1986, n. 131. Le spese di bollo sono a cura e a carico 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.

Lanusei, 01 luglio 2013

Legale Rappresentante

A.S.L. n° 4 Lanusei
Dr. Francesco Pintus

Legale Rappresentante

Studio Specialistico di Radiologia Medica, Ecografia e Terapia Fisica Dott. Renato Pilia
Dr.ssa Maria Grazia Pilia

Per accettazione Art. 12 ultimo comma.

Firma rappresentante legale Strutture accreditata

CONTRATTO STUDIO SPECIALISTICO RADIOLOGIA DR. PILIA ANNO 2015

ALLEGATO Y - Delibera DG n. del

Codice	Tipologia prestazione	tariffa unitaria	tariffa scontata	numero	importo totale	importo scontato
	ecografia					
88 71 4	ecografia del capo e del collo(ghiandole salivari, linfonodi,tiroide e paratiroidi)	€ 28,41	€ 27,84	1154	€ 32.785,14	€ 32.127,36
88 74 1	ecografia addome superiore	€ 51,65	€ 50,77	1150	€ 59.397,50	€ 58.385,50
88 75 1	ecografia addome inferiore	€ 32,02	€ 31,38	580	€ 18.571,60	€ 18.200,40
88 76 1	ecografia addome comleto	€ 60,43	€ 59,22	560	€ 33.840,80	€ 33.163,20
88 79 3	ecografie muscolo tendinee	€ 34,09	€ 33,52	350	€ 11.931,50	€ 11.732,00
88 79 1	ecografie della cute e sottocutaneo	€ 28,41	€ 27,84	60	€ 1.704,60	€ 1.670,40
89 79 2	ecografia osteoarticolare	€ 36,15	€ 35,50	60	€ 2.169,00	€ 2.130,00
totale					**€ 160.400,14**	**€ 157.408,86**
	senologia					
87 37 1	mammografia bilaterale	€ 34,86	€ 34,16	1580	€ 55.078,80	€ 53.972,80
87 37 2	mammografia monolaterale	€ 22,98	€ 22,52	400	€ 9.192,00	€ 9.008,00
88 73 1	ecografia della mammella bilaterale	€ 35,89	€ 35,17	1600	€ 57.424,00	€ 56.272,00
88 73 2	ecografia della mammella monolaterale	€ 21,17	€ 20,75	200	€ 4.234,00	€ 4.150,00
totale					**€ 125.928,80**	**€ 123.402,80**
	radiologia tradizionale					
87 11 3	OPT	€ 23,24	€ 22,83	560	€ 13.014,40	€ 12.784,80
87 17 1	Rx cranio e seni paranasali	€ 22,21	€ 21,77	294	€ 6.529,74	€ 6.400,38
87 22	Rx colonna cervicale	€ 21,69	€ 21,33	620	€ 13.447,80	€ 13.224,60
87 23	Rx colonna toracica	€ 20,76	€ 20,41	580	€ 12.040,80	€ 11.837,80
87 24	Rx colonna lombosacrale	€ 20,76	€ 20,41	619	€ 12.850,44	€ 12.633,79
87 29	Rx colonna completa	€ 41,32	€ 40,63	120	€ 4.958,40	€ 4.875,60
87 43 2	Rx coste sterno clavicola	€ 16,01	€ 15,69	122	€ 1.953,22	€ 1.914,18
87 44 1	Rx torace routinre	€ 18,59	€ 18,28	735	€ 13.663,65	€ 13.435,80
87 62 1	Rx esofago con contrasto	€ 37,44	€ 36,69	100	€ 3.744,00	€ 3.669,00
88 21	Rx spalla e arto superiore	€ 21,69	€ 21,33	300	€ 6.507,00	€ 6.399,00
88 22	Rx gomito e avambraccio	€ 21,69	€ 21,39	200	€ 4.338,00	€ 4.278,00
88 23	Rx polso e mano	€ 15,49	€ 15,21	500	€ 7.745,00	€ 7.605,00
88 26	Rx pelvi e anca	€ 17,56	€ 17,21	595	€ 10.448,20	€ 10.239,95
88 27	Rx femore ginocchio gamba	€ 21,17	€ 20,75	595	€ 12.596,15	€ 12.346,25
88 28	Rx piede e caviglia	€ 17,82	€ 17,46	402	€ 7.163,64	€ 7.018,92
88 29 2	Rx assiale rotula	€ 26,34	€ 25,81	68	€ 1.791,12	€ 1.755,08
					€ 132.791,56	**€ 130.418,15**
	RISONANZE					
88 94 1	RM nucleare muscoloscheletrica	€ 177,66	€ 174,11	434	€ 77.104,44	€ 75.563,74
88 93	RM nucleare della colonna	€ 196,25	€ 193,16	310	€ 60.837,50	€ 59.879,60
					€ 137.941,94	**€ 135.443,34**
	Altre prestazioni					
	Totale lordo			**14104**	**€ 286.328,94**	**€ 546.673,15**
	importo incasso ticket stimato					**€ 151.977,62**
	importo netto budget 2015					**€ 394.695,53**

CONTRATTO STUDIO SPECIALISTICO RADIOLOGIA DR. PILIA ANNO 2014

ALLEGATO Y - Delibera DG n. del

Codice	Tipologia prestazione	tariffa unitaria	tariffa scontata	numero	importo totale	importo scontato
	ecografia					
88 71 4	ecografia del capo e del collo(ghiandole salivari, linfonodi,tiroide e paratiroidi)	€ 28,41	€ 27,84	1154	€ 32.785,14	€ 32.127,36
88 74 1	ecografia addome superiore	€ 51,65	€ 50,77	1150	€ 59.397,50	€ 58.385,50
88 75 1	ecografia addome inferiore	€ 32,02	€ 31,38	580	€ 18.571,60	€ 18.200,40
88 76 1	ecografia addome comleto	€ 60,43	€ 59,22	560	€ 33.840,80	€ 33.163,20
88 79 3	ecografie muscolo tendinee	€ 34,09	€ 33,52	350	€ 11.931,50	€ 11.732,00
88 79 1	ecografie della cute e sottocutaneo	€ 28,41	€ 27,84	60	€ 1.704,60	€ 1.670,40
89 79 2	ecografia osteoarticolare	€ 36,15	€ 35,50	60	€ 2.169,00	€ 2.130,00
totale					**€ 160.400,14**	**€ 157.408,86**
	senologia					
87 37 1	mammografia bilaterale	€ 34,86	€ 34,16	1580	€ 55.078,80	€ 53.972,80
87 37 2	mammografia monolaterale	€ 22,98	€ 22,52	400	€ 9.192,00	€ 9.008,00
88 73 1	ecografia della mammella bilaterale	€ 35,89	€ 35,17	1600	€ 57.424,00	€ 56.272,00
88 73 2	ecografia della mammella monolaterale	€ 21,17	€ 20,75	200	€ 4.234,00	€ 4.150,00
totale					**€ 125.928,80**	**€ 123.402,80**
	radiologia tradizionale					
87 11 3	OPT	€ 23,24	€ 22,83	560	€ 13.014,40	€ 12.784,80
87 17 1	Rx cranio e seni paranasali	€ 22,21	€ 21,77	294	€ 6.529,74	€ 6.400,38
87 22	Rx colonna cervicale	€ 21,69	€ 21,33	620	€ 13.447,80	€ 13.224,60
87 23	Rx colonna toracica	€ 20,76	€ 20,41	580	€ 12.040,80	€ 11.837,80
87 24	Rx colonna lombosacrale	€ 20,76	€ 20,41	619	€ 12.850,44	€ 12.633,79
87 29	Rx colonna completa	€ 41,32	€ 40,63	120	€ 4.958,40	€ 4.875,60
87 43 2	Rx coste sterno clavicola	€ 16,01	€ 15,69	122	€ 1.953,22	€ 1.914,18
87 44 1	Rx torace routinre	€ 18,59	€ 18,28	735	€ 13.663,65	€ 13.435,80
87 62 1	Rx esofago con contrasto	€ 37,44	€ 36,69	100	€ 3.744,00	€ 3.669,00
88 21	Rx spalla e arto superiore	€ 21,69	€ 21,33	300	€ 6.507,00	€ 6.399,00
88 22	Rx gomito e avambraccio	€ 21,69	€ 21,39	200	€ 4.338,00	€ 4.278,00
88 23	Rx polso e mano	€ 15,49	€ 15,21	500	€ 7.745,00	€ 7.605,00
88 26	Rx pelvi e anca	€ 17,56	€ 17,21	595	€ 10.448,20	€ 10.239,95
88 27	Rx femore ginocchio gamba	€ 21,17	€ 20,75	595	€ 12.596,15	€ 12.346,25
88 28	Rx piede e caviglia	€ 17,82	€ 17,46	402	€ 7.163,64	€ 7.018,92
88 29 2	Rx assiale rotula	€ 26,34	€ 25,81	68	€ 1.791,12	€ 1.755,08
					€ 132.791,56	**€ 130.418,15**
	RISONANZE					
88 94 1	RM nucleare muscoloscheletrica	€ 177,66	€ 174,11	434	€ 77.104,44	€ 75.563,74
88 93	RM nucleare della colonna	€ 196,25	€ 193,16	310	€ 60.837,50	€ 59.879,60
					€ 137.941,94	**€ 135.443,34**
	Altre prestazioni					
	Totale lordo			**14104**	**€ 286.328,94**	**€ 546.673,15**
	importo incasso ticket stimato					**€ 151.977,62**
	importo netto budget 2014					**€ 394.695,53**

CONTRATTO STUDIO SPECIALISTICO RADIOLOGIA DR. PILIA ANNO 2013 (dal 01.03.2013 fino al 31.12.2013).

ALLEGATO Y - Delibera DG n. del

Codice	Tipologia prestazione	tariffa unitaria	tariffa scontata	numero	importo totale	importo scontato
	ecografia					
88 71 4	ecografia del capo e del collo(ghiandole salivari, linfonodi,tiroide e paratiroidi)	€ 28,41	€ 27,84	783	€ 22.245,03	€ 21.798,72
88 74 1	ecografia addome superiore	€ 51,65	€ 50,77	783	€ 40.441,95	€ 39.752,91
88 75 1	ecografia addome inferiore	€ 32,02	€ 31,38	435	€ 13.928,70	€ 13.650,30
88 76 1	ecografia addome comleto	€ 60,43	€ 59,22	390	€ 23.567,70	€ 23.095,80
88 79 3	ecografie muscolo tendinee	€ 34,09	€ 33,52	267	€ 9.102,03	€ 8.949,84
88 79 1	ecografie della cute e sottocutaneo	€ 28,41	€ 27,84	45	€ 1.278,45	€ 1.252,80
89 79 2	ecografia osteoarticolare	€ 36,15	€ 35,50	45	€ 1.626,75	€ 1.597,50
totale					**€ 112.190,61**	**€ 110.097,87**
	senologia					
87 37 1	mammografia bilaterale	€ 34,86	€ 34,16	1195	€ 41.657,70	€ 40.821,20
87 37 2	mammografia monolaterale	€ 22,98	€ 22,52	300	€ 6.894,00	€ 6.756,00
88 73 1	ecografia della mammella bilaterale	€ 35,89	€ 35,17	1190	€ 42.709,10	€ 41.852,30
88 73 2	ecografia della mammella monolaterale	€ 21,17	€ 20,75	149	€ 3.154,33	€ 3.091,75
totale					**€ 94.415,13**	**€ 92.521,25**
	radiologia tradizionale					
87 11 3	OPT	€ 23,24	€ 22,83	450	€ 10.458,00	€ 10.273,50
87 17 1	Rx cranio e seni paranasali	€ 22,21	€ 21,77	414	€ 9.194,94	€ 9.012,78
87 22	Rx colonna cervicale	€ 21,69	€ 21,33	454	€ 9.847,26	€ 9.683,82
87 23	Rx colonna toracica	€ 20,76	€ 20,41	410	€ 8.511,60	€ 8.368,10
87 24	Rx colonna lombosacrale	€ 20,76	€ 20,41	154	€ 3.197,04	€ 3.143,14
87 29	Rx colonna completa	€ 41,32	€ 40,63	95	€ 3.925,40	€ 3.859,85
87 43 2	Rx coste sterno clavicola	€ 16,01	€ 15,69	91	€ 1.456,91	€ 1.427,79
87 44 1	Rx torace routinre	€ 18,59	€ 18,28	544	€ 10.112,96	€ 9.944,32
87 62 1	Rx esofago con contrasto	€ 37,44	€ 36,69	75	€ 2.808,00	€ 2.751,75
88 21	Rx spalla e arto superiore	€ 21,69	€ 21,33	219	€ 4.750,11	€ 4.671,27
88 22	Rx gomito e avambraccio	€ 21,69	€ 21,39	150	€ 3.253,50	€ 3.208,50
88 23	Rx polso e mano	€ 15,49	€ 15,21	375	€ 5.808,75	€ 5.703,75
88 26	Rx pelvi e anca	€ 17,56	€ 17,21	458	€ 8.042,48	€ 7.882,18
88 27	Rx femore ginocchio gamba	€ 21,17	€ 20,75	458	€ 9.695,86	€ 9.503,50
88 28	Rx piede e caviglia	€ 17,82	€ 17,46	302	€ 5.381,64	€ 5.272,92
88 29 2	Rx assiale rotula	€ 26,34	€ 25,81	49	€ 1.290,66	€ 1.264,69
					€ 97.735,11	**€ 95.971,86**
	RISONANZE					
88 94 1	RM nucleare muscoloscheletrica	€ 177,66	€ 174,11	320	€ 56.851,20	€ 55.715,20
88 93	RM nucleare della colonna	€ 196,25	€ 193,16	310	€ 60.837,50	€ 59.879,60
					€ 117.688,70	**€ 115.594,80**
	Altre prestazioni					
	Totale lordo			**10280**	**€ 206.605,74**	**€ 414.185,78**
	importo incasso ticket stimato					**€ 115.123,04**
	importo netto budget 2013 (9 mesi dal 01.03.2013 al 31.12.2013).					**€ 299.062,74**