

**CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI
TRA ATS E SOGGETTO GESTORE DI UNITÀ D'OFFERTA SOCIO SANITARIE ACCREDITATE**

Tra

L'Agenzia di Tutela della Salute Val Padana (di seguito ATS), con sede legale nel comune di Mantova, in via dei Toscani n. 1, codice fiscale e partita IVA 02481970206, nella persona del Direttore Generale, dott. Bellini Aldo nato a Sarnico (BG) il 31/07/1961, domiciliato per la carica presso la sede della ATS

e

il soggetto gestore FONDAZIONE OSPEDALE CIVILE DI GONZAGA (di seguito denominato soggetto gestore), con sede legale nel Comune di GONZAGA in VIA DEI BARBERI n° 1, codice fiscale 82003890207, partita IVA 01331680205, nella persona del sig. DANTE NEGRI, nato a GONZAGA il 09/10/1942 e residente nel Comune di GONZAGA in VIA GAZZOLDA n°2/A, codice fiscale NGRDNT42R09E089U, in qualità di legale rappresentante, per le unità d'offerta socio sanitarie sotto elencate;

Tipologia:	RSA
Cod.Struttura:	327001964
Denominazione:	FONDAZIONE OSPEDALE CIVILE DI GONZAGA
Indirizzo:	VIA DEI BARBERI n° 1
Comune:	GONZAGA
Posti/Trattamenti autorizzati:	24
Posti/Trattamenti accreditati:	22
Posti/Trattamenti a contratto:	22
Accreditamento:	DELIBERA REGIONALE 13633 14/07/2003
Rette:	53,50 - 83,00

Tipologia:	INT
Cod.Struttura:	327030237
Denominazione:	FONDAZIONE "OSPEDALE CIVILE" DI GONZAGA
Indirizzo:	VIA DEI BARBERI n° 1
Comune:	GONZAGA
Posti/Trattamenti autorizzati:	50
Posti/Trattamenti accreditati:	50
Posti/Trattamenti a contratto:	50
Accreditamento:	DELIBERA REGIONALE 2887 06/07/2006
Rette:	

Premesso che:

- la ATS, ai sensi della programmazione regionale, si avvale del soggetto gestore per le unità d'offerta socio sanitarie sopra elencate;
- il soggetto gestore mette a disposizione della ATS i posti o prestazioni accreditati che verranno remunerati secondo le tariffe regionali vigenti e le modalità stabilite dal presente contratto;
- *(con riferimento esclusivo alle unità di offerta nelle quali è prevista compartecipazione alla spesa da parte dell'utenza)* il soggetto gestore di unità d'offerta nelle quali è prevista una compartecipazione al costo delle prestazioni erogate per la parte non a carico del FSR, ha provveduto a comunicare alla ATS, come sopra riportato, le rette giornaliere dallo stesso praticate agli ospiti, e si impegna a trasmettere con tempestività alla ATS eventuali variazioni che dovessero intervenire. A tale riguardo si dà atto che la retta viene corrisposta direttamente alla Struttura da parte dell'assistito, o di coloro che, eventualmente, abbiano un impegno al riguardo con la medesima Struttura, in virtù di un rapporto contrattuale di natura privatistica che impegna le Parti stesse.

Si stipula quanto segue:

ARTICOLO 1. Oggetto del contratto

Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente contratto che definisce i rapporti giuridici ed economici derivanti dall'erogazione di prestazioni sociosanitarie da parte del soggetto gestore in relazione all'esercizio della unità d'offerta di cui in premessa, con oneri a carico della Fondo Sanitario Regionale, secondo le tariffe stabilite da Regione Lombardia e fatta salva la partecipazione ai costi da parte dell'utente, ai sensi della vigente normativa.

ARTICOLO 2. Obblighi del soggetto gestore

Il soggetto gestore, con la sottoscrizione del presente contratto, dichiara di conoscere e si impegna ad applicare le norme generali statali e regionali e quelle specifiche della unità d'offerta oggetto del presente contratto.

L'ente gestore si impegna inoltre a:

- a. concorrere al rispetto ed all'attuazione dei principi, delle indicazioni e degli adempimenti previsti nella L.R. n. 3/2008 e nella L.R. n. 33/2009 e s.m.i. a carico degli enti gestori;
- 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. *(con esclusione delle unità di offerta ambulatoriali e delle prestazioni a totale carico del Fondo Sanitario regionale)* informare il comune di residenza degli assistiti dell'accesso all'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 FSR della Regione di origine, dovrà essere richiesto il preventivo assenso da parte di quest'ultima;
- d. 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 territoriale, in tutti i casi in cui sia negata o limitata la fruibilità delle prestazioni nonché per ogni eventuale necessità; informare inoltre della possibilità di accedere all'Ufficio relazioni con il pubblico e all'Ufficio di pubblica tutela della ATS;
- e. partecipare a iniziative promosse dalla ATS, dalla Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) o dagli ambiti di programmazione sociale locale, rivolte, tra l'altro, a garantire processi e percorsi per la continuità della presa in carico della persona e ad attuare l'integrazione tra la rete d'offerta sociale e quella sociosanitaria;
- f. non richiedere alcun corrispettivo per lo svolgimento di tutte le pratiche e le procedure preliminari alla presa in carico dell'utente;
- g. assistere gli ospiti per i quali si ricevono tariffe a carico del Fondo Sanitario Regionale su posti accreditati e messi a contratto;
- h. accettare espressamente il sistema di finanziamento, vigilanza e controllo, sanzioni, osservanza dei tempi di erogazione delle prestazioni stabilite dalla Regione Lombardia;
- i. erogare le prestazioni in coerenza a quanto previsto in termini di appropriatezza dalle disposizioni nazionali e regionali;
- j. rispettare la normativa vigente in tema di trattamento dei dati personali e salute e sicurezza sul lavoro;
- k. erogare le prestazioni in osservanza anche delle ulteriori indicazioni/adempimenti contenuti nell'Appendice al presente contratto per quanto di specifica attinenza alla/alle relativa/e

tipologia/e di unità d'offerta oggetto del presente contratto;

- l. rendersi disponibile affinché le persone ospitate possano rimanere collegate con il proprio contesto familiare e sociale di riferimento, favorendo, compatibilmente con lo stato di salute degli ospiti e con l'organizzazione della Struttura, iniziative al riguardo.
- m. **Per RSA e RSD:** 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 alla data di ingresso.
- n. **Per cure intermedie (ex riabilitazione residenziale adulti):** Il soggetto gestore si impegna a valutare e classificare l'utenza nei profili di cui alla D.G.R. n. X/3383 del 10/4/2015, utilizzando gli strumenti e le metodologie fornite e ad assolvere al debito informativo supplementare definito dalla Regione.

ARTICOLO 3. Sistema tariffario e pagamenti

La ATS è tenuta a erogare al soggetto gestore, nel rispetto delle disposizioni regionali vigenti, le tariffe previste da Regione Lombardia, secondo le modalità fissate nel presente contratto.

La ATS anticipa mensilmente acconti pari all'85% di un dodicesimo del budget oppure, in caso di nuova unità d'offerta, del budget coerente con il piano di inserimento degli ospiti. Garantisce inoltre l'erogazione del saldo trimestrale entro i successivi 60 giorni dall'avvenuto ricevimento della fattura e previo assolvimento del debito informativo di rendicontazione delle prestazioni erogate. 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.

Il soggetto gestore si impegna a emettere mensilmente le fatture degli acconti e a emettere, entro il mese successivo alla scadenza di ogni trimestre, le fatture relative ai saldi trimestrali, derivanti le classificazioni dei singoli ospiti desunte dal sistema informativo in vigore, secondo la modulistica regionale. Per il pagamento delle fatture oggetto del presente contratto si applica quanto previsto dall'art.31 c.4 e 7 del D.L. 69/2013 convertito con legge n. 98/2013.

Ferma restando la possibilità di decurtare, recuperare o ridurre le somme previste a titolo di tariffa, sulla base di provvedimenti assunti dalla ATS al termine di accertamenti condotti sulla unità d'offerta, è fatta salva la facoltà della stessa ATS 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 del presente contratto.

Per RSA:

Le assenze temporanee di tutti gli ospiti, dovute a rientri in famiglia per festività, vacanze, malattie e ricoveri ospedalieri, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di dieci giorni, per un massimo di venti giorni annui per ospite, a condizione che venga garantito all'ospite il mantenimento dello stesso posto, che non deve essere occupato da altro utente durante il periodo di assenza.

Nel caso di assenza temporanea per ricovero ospedaliero la tariffa sanitaria è riconosciuta a condizione che l'ente gestore assicuri, all'ospite ricoverato, prestazioni di carattere assistenziali integrative e/o sostitutive dei famigliari. Di tali attività deve essere data evidenza nel FASAS e nelle registrazioni delle attività giornaliere.

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.

Non possono essere pagate prestazioni per la fruizione contemporanea di più unità di offerta socio sanitarie. Fa eccezione il caso in cui la persona assistita in RSA, a causa di un repentino deterioramento delle condizioni di salute, necessiti di prestazioni riabilitative, escluse quelle di mantenimento. In tal caso è necessario che vi sia un piano riabilitativo predisposto dal fisiatra e condiviso tra la struttura riabilitativa e la struttura socio sanitaria di provenienza dell'ospite.

Per le cure intermedie e strutture di riabilitazione:

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.

Per quanto riguarda le visite di presa in carico (prima visita/visita generale), è 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 DGR 10804/2009, le prestazioni ambulatoriali cosiddette "indirette" (colloquio con i familiari, riunioni con operatori di altri enti, stesura di relazioni), potranno essere remunerate, 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% del 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, per pazienti in età evolutiva (con età inferiore ai 18 anni), si riconferma quanto riportato nella DGR n. 4438/2007 che ha stabilito in 45 minuti la durata convenzionale di una singola seduta, con la possibilità di un massimo di 2 sedute (o trattamenti) per giornata a prescindere dalla tipologia di prestazione ricevuta.

Con riguardo invece ai trattamenti ambulatoriali rivolti a pazienti adulti, potrà essere erogato e rendicontato solamente un trattamento per giornata.

La tariffazione definita nei provvedimenti regionali, con riguardo alle prestazioni ambulatoriali, 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).

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, 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.

Per le prestazioni in regime residenziale per riabilitazione di mantenimento a favore di minori che frequentano attività scolastiche, il tetto di assenze remunerabili con oneri a carico del FSR, ove trovi specifiche e articolate motivazioni nell'ambito del Progetto Educativo Individuale con evidenza del rapporto del minore con la famiglia d'origine, può essere incrementato sino ad un massimo di 90 giorni su base annua.

I budget assegnati alle singole unità di offerta comprendono le entrate derivanti dall'incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla legge n. 111 del 15/7/2011 e definite con provvedimenti regionali.

Per i Centri Diurni Continui delle strutture di riabilitazione:

Vengono remunerate le prestazioni di riabilitazione in regime diurno continuo solo effettivamente rese (remunerazione a presenza).

Le assenze temporanee di tutti gli ospiti del Centro Diurno Continuo, dovute a vacanze, malattie e ricoveri ospedalieri, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di dieci giorni, per un massimo di venti giorni annui per ospite, a condizione che venga garantito all'ospite il mantenimento dello stesso posto, che non deve essere occupato da altro utente durante il periodo di assenza.

Per i minori ospiti del Centro Diurno Continuo, le assenze per altri motivi, remunerate, se documentate nel pri e autorizzate dalla ATS possono essere aumentate:

- fino a 30 giorni;
- tutti i giorni di frequenza scolastica superiore alle 4 ore a condizione che il gestore assicuri personale educativo.

ARTICOLO 4. Utenti fuori regione

Le presenti disposizioni si applicano alle prestazioni erogate per tutti i cittadini residenti in Regione Lombardia. Le prestazioni erogate nei confronti di cittadini residenti in altre Regioni vengono remunerate a produzione effettiva, secondo le tariffe vigenti in Lombardia. Le prestazioni a favore di cittadini non lombardi devono essere prestate secondo gli stessi criteri di appropriatezza che guidano l'erogazione dei servizi per i residenti lombardi. Le attività di controllo svolte dalle ATS sui propri erogatori riguardano anche l'appropriatezza e la correttezza delle prestazioni garantite a cittadini non residenti in Regione Lombardia.

ARTICOLO 5. Budget

Alla unità d'offerta è assegnato il budget di risorse indicato nell'allegata scheda di budget, parte integrante del presente contratto.

L'eventuale modifica dell'importo indicato nella scheda budget può essere concordata tra ATS e soggetto gestore non oltre il 30 novembre dell'anno in corso, compatibilmente con le risorse disponibili e sentita la Direzione Generale competente. A tale riguardo il soggetto gestore può inviare, entro e non oltre il 31 ottobre dell'anno in corso, l'eventuale segnalazione dell'esigenza di modificare il budget alla ATS.

Al raggiungimento della soglia di budget indicata non sarà riconosciuta alcuna ulteriore remunerazione a carico del Fondo Sanitario Regionale, fatte salve le prestazioni extra-budget per

utenza non tipica, di cui ai successivi articoli.

L'esaurimento del budget non costituisce motivo valido per l'incremento delle rette a carico dell'utenza.

ARTICOLO 6. Prestazioni extra budget *(per le unità d'offerta che accolgono anche utenza non tipica)*

Con riguardo all'utenza non tipica (stati vegetativi, SLA, soggetti provenienti da ex ospedali psichiatrici e disabili a cui sono stati riconosciuti i benefici di cui alla D.G.R. n. 5000/2007) è 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, considerando il livello di remunerazione più alto.

Ogni presa in carico di utenza non tipica è soggetta a preventiva comunicazione da parte del soggetto gestore nei confronti della ATS.

ARTICOLO 7. Modalità di registrazione e codifica delle prestazioni

Il debito informativo analitico costituisce lo strumento fondamentale per le rendicontazioni economiche. La ATS non procede alla remunerazione delle prestazioni non correttamente rendicontate.

La ATS, 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 sociosanitari, in conformità alle disposizioni vigenti.

ARTICOLO 8. Controversie

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

ARTICOLO 9. Durata

Il presente contratto ha validità dal 01/05/2016 sino al 31/12/2016.

ARTICOLO 10. Vigilanza della ATS sugli adempimenti contrattuali

Compete alla ATS la vigilanza sull'applicazione dei contenuti del presente contratto e relativi adempimenti.

In caso di inosservanza delle clausole, ove ciò non costituisca causa di risoluzione del contratto, previa diffida ad adempiere entro un congruo termine, il soggetto gestore è sanzionato con una penale di euro tremila.

ARTICOLO 11. Recepimento di normative regionali

Le parti danno atto che il presente contratto si intende automaticamente modificato o integrato per effetto di sopravvenute normative regionali, il cui contenuto deve essere formalmente reso noto dalla ATS al soggetto gestore, con la chiara indicazione dei termini relativi alle diverse eventuali obbligazioni.

ARTICOLO 12. Clausola risolutiva espressa

Il presente contratto è risolto immediatamente e automaticamente qualora dovessero essere comunicate dalla prefettura o da altro organo certificatore, successivamente alla stipula del contratto, informazioni interdittive di cui al D.lgs. 159/2011 s.m.i.

Il presente contratto è altresì risolto immediatamente e automaticamente a seguito di provvedimento che dispone la revoca o la decadenza dall'accreditamento.

ARTICOLO 13. Norma di rinvio

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

Letto, confermato e sottoscritto

Mantova, 29/04/2016

Il Direttore Generale
della ATS Val Padana
ALDO BELLINI

Il Legale Rappresentante
del Soggetto Gestore (o suo delegato)
DANTE NEGRI

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate, che sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa.

"Imposta di bollo assolta ex art. 6 DM 17.06.2014"

Appendice contrattuale: normativa richiamata all'art. 2 "Obblighi del soggetto gestore"

Normativa generale:

- D.G.R. 8 maggio 2014, n. X/1765, "Il sistema dei controlli in ambito sociosanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza in attuazione della D.G.R. X/1185 del 20/12/2013";
- D.G.R. 31 ottobre 2014, n. X/2569, "Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo";
- D.G.R. 29 dicembre 2015, n. X/4702, "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016";

Normativa specifica:

RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI PER ANZIANI (RSA)

- D.G.R. 14 dicembre 2001, n. 7435, "Attuazione dell'art. 12, commi 3 e 4 della L.R. 11 luglio 1997, n. 31: Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accREDITAMENTO delle Residenze Sanitario Assistenziali per Anziani (RSA)"
- D.G.R. 7 aprile 2003, n. 12618, "Definizione degli standard di personale per l'autorizzazione al funzionamento e l'accREDITAMENTO delle Residenze Sanitario Assistenziali per anziani (RSA) e prima revisione del sistema di remunerazione regionale (in attuazione della D.G.R. n. 7435 del 14 dicembre 2001)"

CURE INTERMEDIE E RIABILITAZIONE

- D.G.R. 16 dicembre 2004, n. 19883, "Riordino della rete delle attività di riabilitazione";
- D.G.R. 20 dicembre 2013, n. 1185, "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2014"
- D.G.R. 10 aprile 2015, n. 3383, "Attuazione delle DD.G.R. n. X/1185/2013 e n. X/2989/2014: prima applicazione di profili e requisiti sperimentali dell'unità d'offerta sociosanitaria cure intermedie"

Normativa relativa a particolari categorie di utenti con rilevanza rispetto al funzionamento di unità d'offerta sociosanitarie

- D.G.R. 26 giugno 2007, n. 5000, "Determinazioni relative alla assistenza di persone disabili presenti in strutture di riabilitazione";
- D.G.R. 19 dicembre 2007, n. 6220, "Determinazioni in ordine alla assistenza di persone in stato vegetativo nelle strutture di competenza della direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale. Finanziamento a carico del Fondo Sanitario";
- D.G.R. 6 agosto 2008, n. 7915, "Determinazioni in ordine al miglioramento qualitativo dell'assistenza garantita a persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e a persone che si trovano nella fase terminale della vita, con particolare attenzione alla terapia del dolore ed alle cure palliative a favore di pazienti oncologici";
- D.G.R. 16 settembre 2009, n. 10160, "Determinazioni in merito agli interventi sperimentali per

persone che si trovano in stato vegetativo e per persone affette da malattie dei motoneuroni, in particolare sclerosi laterale amiotrofica. Finanziamento a carico del Fondo Sanitario regionale";

- D.G.R. 4 agosto 2011, n. 2124, "Linee di indirizzo per l'assistenza di persone in stato vegetativo: sperimentazione e finanziamento a carico del Fondo Sanitario";

- D.G.R. 25 ottobre 2012, n. 4222, "Approvazione delle linee guida propedeutiche agli indirizzi per l'assistenza a persone in stato vegetativo nelle unità d'offerta sociosanitarie";

- D.G.R. 28 dicembre 2012, n. 4598, "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'anno 2013. Primo provvedimento attuativo"