

**CONTRATTO PER L'ACQUISIZIONE DI PRESTAZIONI SPECIA-  
LISTICHE AMBULATORIALI – ANNO 2023**

Contratto tra l'Azienda Regionale della Salute (ARES) e la Struttura sanitaria de-  
nominata LABOR S.P.A ., codice regionale 200013 per l'anno 2023.

**L'Azienda Regionale della Salute (ARES)** con sede in Selargius (CA) Via Piero  
della Francesca 1, C.F. e Partita IVA 03990570925, nella persona del Direttore  
Generale e Legale Rappresentante Dott.ssa Annamaria Tomasella, C.F.  
TMSNMR64A70L700N (in forza della Deliberazione della Giunta della Regione  
Autonoma della Sardegna n. 51/34 del 30/12/2021), domiciliato per la carica presso  
la medesima, da una parte

e

**la Struttura sanitaria** LABOR S.P.A . (di seguito denominata Struttura) con sede  
legale in , VIA ALESSANDRO MAGGINI, 200 60127 ANCONA (AN), e con sede  
operativa in VIALE ITALIA, 11 07100 SASSARI (SS), Partita IVA 00204460422,  
nella persona del legale rappresentante Dott PETRUZZI NICOLA, C.F.  
PTRNCL58S20G482T dall'altra, hanno convenuto e stipulato quanto segue.

Premesso che:

- la Legge regionale n. 24 del 11.09.2020, art. 31, prevede che l'ARES stipuli con-  
tratti con le strutture private e con i professionisti accreditati;
- in base alle disposizioni della Giunta Regionale, l'ARES è tenuta a predisporre i  
contratti con i singoli soggetti erogatori privati sulla base dei livelli di spesa definiti  
dalla programmazione regionale;
- il Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di assistenza specialistica  
ambulatoriale è stato definito con la deliberazione della Giunta Regionale n. 19/6  
del 28.04.1998, e s.m.i.;

- con la deliberazione della Giunta Regionale n. 43/9 del 20.12.2002, 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 refrattiva;

- con deliberazione n. 61/26 del 18/12/2018 si è proceduto all'aggiornamento delle tariffe regionali delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Tutto quanto sopra premesso e concordato, le parti come sopra costituite conven-gono quanto segue:

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

La Struttura LABOR S.P.A. è legittimata alla stipula del presente contratto in quanto accreditata con provvedimento unico DUA N.295 del 29.06.2021 adottato dal Comune di Sassari , ai sensi e per gli effetti della L.R. 20.10.2016 n. 24 e per effetto delle disposizioni contenute nelle linee regionali di indirizzo per la stipulazione dei contratti tra soggetti erogatori privati e ARES.

Il contratto definisce:

- le caratteristiche delle branche e/o prestazioni erogabili dalla Struttura;
- il volume e le prestazioni erogabili, distinte per tipologia di prestazione e/o branca specialistica (riportate nell'allegato Y al presente atto);
- il budget di spesa stabilito dall'ARES (riportato nell'allegato Y al presente atto);
- il sistema tariffario nonché le modalità di remunerazione delle tariffe rispetto alle attività oggetto del presente contratto, incluse quelle rese in eccesso;
- i controlli che saranno attivati dall'ARES e le sanzioni previste in caso di inadempienza;

- il debito informativo della Struttura verso l'ARES, il SSR e il SSN in relazione alle prestazioni erogate;

- le modalità di accesso dei cittadini alle prestazioni.

**Articolo 2 - Requisiti di accreditamento**

Preliminarmente alla stipulazione del contratto:

- la Struttura dovrà autocertificare la persistenza dei requisiti in base ai quali è stato rilasciato l'accreditamento istituzionale da parte della Regione;

- l'ARES dovrà verificare la sussistenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente per i contratti pubblici quali, Documento Unico di Regolarità Contributiva (DURC), certificato di iscrizione al Registro delle imprese rilasciato dal CCIAA. L'ARES deve acquisire la documentazione antimafia di cui all'art. 84 d.lgs.06/09/2011, n.159 e s.m.i.

- nel caso di acquisto di prestazioni da società professionali mediche ed odontoiatriche, in qualunque forma costituite, e società di capitali, l'ARES dovrà richiedere all'ENPAM il rilascio della certificazione equipollente al DURC attestante il regolare adempimento degli obblighi contributivi di cui all'art. 1, comma 39, L.23/08/2004, n. 243.

Nelle more dell'eventuale completamento del percorso per il rilascio dell'accreditamento definitivo l'ARES, avvalendosi dei competenti servizi delle ASL, potrà accertare che, in relazione alle prestazioni oggetto del presente contratto, la Struttura non ancora in possesso dell'accreditamento istituzionale possieda i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che consentono di adempiere correttamente agli obblighi contrattuali. Le carenze eventualmente riscontrate dovranno essere comunicate all'Assessorato per gli adempimenti di competenza. L'ARES altresì dovrà accertare che le prestazioni erogate siano riconducibili alle attività au-

torizzate e accreditate dalla Regione e che i volumi di attività siano contenuti entro quelli massimi consentiti dal provvedimento di accreditamento istituzionale.

Le prestazioni eccedenti la tipologia e il numero massimo previsti nel provvedimento di accreditamento non verranno remunerate.

La Struttura si impegna al mantenimento dei requisiti citati per tutto il periodo di vigenza del presente contratto e l'ARES si impegna a verificare la persistenza dei requisiti strutturali avvalendosi dei competenti servizi ASL.

**Articolo 3 - Assetto organizzativo e dotazione organica**

La Struttura eroga prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con l'assetto organizzativo riportato nell'allegato X al presente contratto per farne parte integrante e sostanziale. La dotazione organica della Struttura è specificata nell'elenco nominativo del personale, controfirmato dal legale rappresentante della medesima, dal quale devono risultare, per ciascun dipendente, 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 e per il personale medico, la specializzazione posseduta. Qualora il personale sia addetto a più attività dovrà essere indicato l'orario dedicato a ciascuna di queste. Tale elenco nominativo dovrà essere allegato al presente atto. La Struttura si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente all'ARES ogni eventuale successiva modifica della dotazione organica, indicando i medesimi parametri previsti per l'allegato X e ad 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'ARES. L'esistenza di situazioni di incompatibilità ai sensi dalla normativa vigente in materia di rapporto di lavoro del personale dipendente, convenzionato o comunque legato da rapporto lavorativo con il Servizio Sa-

nitario 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 la gestione della documentazione clinica, dei debiti informativi, amministrativi e sanitari. La stessa garantisce, inoltre, la piena attuazione degli impegni assunti nella Carta dei Servizi di cui viene fornita copia all'ARES. La Struttura si impegna, altresì, al pieno rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali ai sensi della normativa vigente, sia nei trattamenti interni che nelle eventuali comunicazioni esterne. La Struttura si impegna, anche per conto del proprio personale dipendente, ad utilizzare i predetti dati per le sole finalità previste dal presente contratto e a sottoscrivere lo specifico addendum predisposto dall'ARES e allegato al presente contratto.

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

L'ARES può richiedere ai competenti servizi delle ASL di 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 personale delle ASL 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 all'ARES venga segnalata la carenza dei predetti requisiti dovrà dare comunicazione al competente Servizio dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza

Sociale per l'adozione dei provvedimenti di competenza. Il mancato rispetto di tali obblighi costituisce per l'erogatore causa di sospensione dell'accreditamento ai sensi del combinato disposto della normativa nazionale di cui agli artt. 8 quater e ss. del decreto legislativo 30.12.1992 n. 502 e s.m.i. e della regolamentazione regionale in materia, determina la conseguente sospensione dell'esecuzione del presente contratto. Il provvedimento di revoca dell'accreditamento da parte della Regione comporta la risoluzione di diritto ai sensi dell'art. 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 dell'ARES.

**Articolo 6 - Trattamento e tutela dei lavoratori**

La Struttura è obbligata ad erogare le prestazioni oggetto del presente contratto nel rispetto delle norme vigenti inerenti la tutela e sicurezza dei lavoratori e la tutela retributiva, previdenziale e assicurativa degli stessi, ivi comprese quelle relative alla regolarità contributiva, alla predisposizione e alla tenuta del libro unico del lavoro (artt. 39 e 40 del D.L. 112 del 25.06.2008 e s.m.i.). La Struttura è obbligata a procedere regolarmente al pagamento delle retribuzioni nei confronti dei dipendenti impegnati nell'esecuzione del servizio; qualora venisse rilevata la violazione del detto obbligo, su segnalazione dei dipendenti o delle OO.SS., la Struttura dovrà consegnare all'ARES copia delle buste paga relative alle retribuzioni non corrisposte, in tutto o in parte, ai dipendenti. L'ARES, previa diffida ad adempiere al pagamento entro il termine di 10 giorni, nel caso che il detto adempimento non venga rispettato, procederà alla decurtazione pari al 1% del budget annuale assegnato

alla Struttura con riferimento al periodo interessato. Qualora si verificano gravi e/o ripetute violazioni in relazione al detto obbligo, il contratto si intenderà risolto di diritto, ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile e del successivo art. 16 bis del presente atto

**Articolo 7 - 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 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 (branca Visita, FKT, Nefrologia e Dialisi, Diagnostica per immagini, RMN e TAC, Diagnostica di laboratorio), 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. Il valore complessivo delle prestazioni erogate al 31 agosto dell'anno di riferimento del presente contratto non può essere superiore al 75% del budget di spesa annuale di cui al successivo art. 13.

Le prestazioni erogate al 31 agosto oltre la misura del 75% non possono essere in alcun caso remunerate, neanche in caso di capienza del budget annuale a disposizione di ARES. Al fine di garantire la continuità dell'assistenza e un'erogazione omogenea delle prestazioni, nell'intero territorio (o specifiche porzioni di territorio) di competenza delle singole ASL, durante tutto l'arco dell'anno la Struttura si impegna



**Imposta di Bollo assolta in modo virtuale**

a presentare all'ARES, in accordo con gli altri erogatori privati, entro il termine indicato da ARES dell'anno di riferimento del presente contratto, 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'ARES. La Struttura si impegna, inoltre, a dare immediata comunicazione e giustificazione ai responsabili dell'ARES delle eventuali interruzioni o sospensioni che, per qualsiasi motivata causa, dovessero intervenire nell'erogazione delle prestazioni oggetto del presente contratto. La mancata presentazione del piano ferie concordato, la mancata adesione al piano ferie predisposto dall'ARES o l'ingiustificata interruzione dell'attività della struttura possono determinare la risoluzione del 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'ASL di competenza.

**Articolo 8 - 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; nel caso in cui venga rilevato il mancato rispetto delle medesime, la Struttura è tenuta a non effettuare l'esecuzione della prestazione a carico del SSN.

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 sottoe-



lencati:

- 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 delle linee guida nazionali, regionali e dell'ARES;

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

formato.

**Articolo 9 - Appropriately 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 necessa-

rie al soddisfacimento del bisogno diagnostico terapeutico del paziente e nel rispet-

to delle specifiche indicazioni cliniche contenute nei provvedimenti regionali di ap-

plicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza individuati dal DPCM, 29 novembre

2001, e s.m.i.

**Articolo 10 - CUP Regionale e Debito informativo**

Le Strutture private accreditate mettono a disposizione tutte le proprie agende di

prenotazione della quota parte delle prestazioni contrattate a carico del SSN nella

piattaforma informatizzata di prenotazione ed erogazione regionale denominata

CUP WEB; l'accesso alle prestazioni di specialistica dovrà avvenire mediante tale

piattaforma, in misura pari al 100% dell'importo previsto nell'allegato Y per tali pre-

stazioni. La Struttura si impegna ad adempiere con diligenza e costanza

all'assolvimento del proprio debito informativo inerente le prestazioni sanitarie ero-

gate, oggetto del presente contratto, garantendo la corretta alimentazione dei rela-

tivi flussi informativi che ne rilevano l'erogazione; debito informativo nei confronti

dell'ARES, dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale e del Ministero della Salute - NSIS, secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa e regolamentazione nazionale, regionale e dalle indicazioni dell'ARES.

L'assolvimento del debito informativo dovrà avvenire secondo le indicazioni fornite anche per tramite dell'utilizzo degli attuali applicativi resi disponibili alla Struttura o di futura introduzione e secondo gli attuali disciplinari vigenti o di futura introduzione. La Struttura si impegna altresì a trasmettere i referti di anatomia patologica attraverso sistema informatizzato secondo modalità concordate con l'ARES e a tal fine si impegna ad adeguare gli strumenti informatici per l'estrazione dei dati in formato standard ai fini dell'implementazione del Registro Tumori. In caso di inosservanza degli obblighi sopra indicati, fatti salvi i casi in cui l'omissione sia imputabile al mancato funzionamento del Sistema Informativo Regionale, viene applicata la sanzione di 1 € per ciascuna ricetta erogata in modalità difforme dai punti sopra riportati, che andrà in decurtazione dai pagamenti delle prestazioni, sempre che ciò non costituisca più grave inadempienza. La Struttura è tenuta a comunicare con cadenza semestrale, entro il trentesimo giorno dell'ultimo mese entro il quale assolvere l'obbligo, le prestazioni per solventi erogate. Nel caso in cui tale obbligo non sia osservato si procederà a una decurtazione pari all'1% del fatturato per il periodo di riferimento.

**Articolo 11 - Fascicolo Sanitario Elettronico**

La Regione, secondo quanto previsto all'art. 12 del Decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, ha realizzato il sistema regionale di Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) che costituisce una raccolta informatizzata di tutti i documenti sanitari dei cittadini prodotti durante il processo di diagnosi e cura dalle strutture sanitarie che lo prendono in carico, sia pubbliche che private. L'alimentazione del FSE con i dati degli

eventi clinici presenti e trascorsi, in maniera continuativa e tempestiva, costituisce un obbligo di legge ex art. 11 del DL n. 34 del 19.05.2020 "DL Rilancio" (convertito dalla legge 17 luglio 2020, n. 77). Pertanto, è onere della Struttura garantire che i propri sistemi informativi possano trasmettere i documenti sanitari digitali prodotti al sistema FSE della Regione attraverso i canali telematici previsti. Deve inoltre garantire quanto segue:

1) Ogni referto e/o documento sanitario deve essere trasmesso al FSE. Fanno eccezione i referti che ricadono nelle casistiche di anonimato previste dalla legge.

2) Ogni documento e/o referto, oltre alle attese informazioni cliniche, deve riportare obbligatoriamente il Codice Fiscale (CF) del paziente, che deve rigorosamente provenire dalla lettura della Tessera Sanitaria al fine di evitare le omocodie ed errori di imputazione, e deve essere firmato digitalmente.

3) Deve informare gli assistiti che il referto sarà inviato, una volta pronto, in formato digitale nel FSE a cui potrà accedere con la propria identità digitale SPID o TS-CNS. Nel caso il cittadino non disponga dell'identità digitale lo si deve invitare ad attivarla con le modalità specificate nel materiale divulgativo messo a disposizione nel portale web [medir.sardegناسalute.it](http://medir.sardegناسalute.it). L'accesso del FSE dei minori o persone sottoposte a tutela deve essere effettuato secondo le disposizioni specifiche regionali.

4) Deve informare il cittadino che il referto sarà disponibile per la consultazione, salvo diversa indicazione fornita dallo stesso paziente, direttamente al proprio medico curante (MMG o PLS) e che nessun altro operatore sanitario potrà visualizzarlo in assenza del suo consenso esplicito.

L'integrazione con il FSE può essere oggetto di apposito messaggio divulgativo o pubblicitario verso i cittadini, da parte del soggetto privato.

**articolo 12 - Sistema tariffario e valorizzazione economica delle prestazioni**

Le prestazioni ambulatoriali oggetto del presente contratto sono remunerate in base alle tariffe onnicomprensive definite dalla deliberazione 61/26 del 18/12/2018. 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'ARES e all'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza sociale tramite raccomandata PEC o A/R. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del d.lgs.30.12.1992, 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. 13. 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 13 - Budget di spesa**

Il budget di spesa previsto per le prestazioni di specialistica ambulatoriale è il seguente: anno 2023 : € 967.273,98.

La Struttura si impegna a non superare il budget di spesa contrattato, superato il quale le prestazioni non potranno essere remunerate, fatto salvo quanto stabilito dall'art. 14 del presente contratto. Nei limiti del budget di spesa, 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. Nell'allegato Y il budget di spesa 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 regionale, pur essendo oggetto di rendicontazione distinta, rientrano nel massimale contrattato.

**Articolo 14 - Superamento del budget di spesa**

La Struttura si impegna a rispettare il volume massimo delle prestazioni sanitarie e soglie minime in modo da non superare il budget di spesa riportato nell'art. 13, così come specificato nell'allegato Y del presente contratto. Le prestazioni che la struttura eventualmente deciderà di erogare oltre il budget contrattato potranno essere eventualmente remunerate con la decurtazione del 40% della tariffa, 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 dalla Giunta Regionale che rappresenta, pertanto, un vincolo non superabile. Le risorse disponibili saranno ripartite tra gli erogatori in misura proporzionale al budget assegnato per l'anno di riferimento.

**Articolo 15 - 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



Imposta di Bollo assolta in modo virtuale

quali non possono essere in nessun caso modificate e/o integrate. L'ARES effettuerà controlli informatici sul FILE C e controlli sulle singole impegnative secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi. I controlli dovranno, tra l'altro, sulle base di disposizioni nazionali, regionali e dell'ARES, 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 anche in rapporto alla diagnosi;
- le modalità di erogazione delle prestazioni.

Qualora vengano rilevate difformità in ordine a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale e dalle Linee Guida emanate da ARES, si procederà alla contestazione ai fini della decurtazione degli importi non dovuti.

In caso di irregolarità meramente formali si potrà procedere alla regolarizzazione della documentazione, ove consentito.

La Struttura è tenuta alla produzione di apposita nota di credito a fronte della fattura, o parte di essa, contestata. Qualora si rilevi la mancanza di invio di dette note di credito, si procederà alla decurtazione pari all'1% del budget assegnato alla Struttura nel periodo di riferimento.

**Articolo 16 - Fatturazione e riscontri documentazione**

Le prestazioni effettuate dalla Struttura sono fatturate all'ARES con cadenza mensile entro il giorno 10 del mese successivo a quello di riferimento mediante fattura elettronica. Contestualmente all'invio della fattura elettronica, la Struttura dovrà trasmettere, secondo le modalità tecniche comunicate da ARES, sempre entro il giorno 10 del mese successivo a quello di riferimento: il FILE C relativo al dettaglio del-

le prestazioni effettuate; Le prestazioni riepilogate dovranno essere suddivise come di seguito indicato:

- a) prestazioni erogate a favore di cittadini residenti nella regione Sardegna;
- b) prestazioni a favore di cittadini di altre Regioni;
- c) stranieri con diritto all'assistenza.

Analoga procedura dovrà essere seguita separatamente, salva diversa indicazione dell'ARES, per i promemoria delle ricette dematerializzate. In caso di mancato rispetto del termine previsto per la presentazione della fattura e della documentazione di cui sopra, si procederà alla decurtazione pari all'1% del fatturato nel periodo di riferimento. Il volume fatturato relativo alle prestazioni del punto c) non verrà conteggiato nel budget di spesa. 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 bimestre successivo a quello in cui ha avuto luogo la prestazione e dovranno essere inviate congiuntamente ad un FILE C integrativo coerente con la fattura. In caso di irregolarità meramente formali si potrà procedere alla regolarizzazione della documentazione, ove consentito.

**Articolo 17 - Pagamenti**

Le prestazioni oggetto del presente contratto sono remunerate sulla base delle tariffe massime onnicomprensive predeterminate dai provvedimenti regionali. La Struttura dovrà provvedere ad inviare mensilmente all'ARES i riepiloghi indicanti il numero e la tipologia delle prestazioni effettuate nel mese di riferimento entro il termine di 10 giorni di cui al precedente art.16. L'ARES, entro 60 giorni dalla presentazione della fattura elettronica, unitamente all'impegnativa SSN e ai relativi dati di attività su supporto informatico, previa verifica della regolarità amministrativa e con-

tabile, provvederà al pagamento dell'importo fatturato, fatti salvi eventuali conguagli come di seguito specificato. L'ARES, sulla base delle risultanze dei controlli sanitari e di appropriatezza effettuati, provvederà a quantificare l'importo da conguagliare, anche su fatture relative ai mesi successivi, richiedendo all'erogatore privato l'emissione della nota di accredito, e in tal caso sospendendo contestualmente il pagamento dell'importo contestato, o di addebito (fattura integrativa). La Struttura dovrà effettuare le eventuali controdeduzioni all'ARES entro 30 giorni dal ricevimento della contestazione di inappropriatazza sanitaria. In caso contrario, la contestazione diventa definitiva e la Struttura dovrà emettere la nota di credito per l'importo contestato. Qualora la Struttura presenti controdeduzioni, L'ARES, nel successivo termine di 30 giorni chiuderà il procedimento di contestazione accogliendo o respingendo, in tutto o in parte, le controdeduzioni. In tale ultimo caso la Struttura ha l'obbligo di emettere la nota di credito per l'intero importo richiesto. In ogni caso, l'ARES procederà unilateralmente allo storno dalla contabilità delle somme contestate in via definitiva. Il pagamento degli acconti e dei saldi sarà effettuato fino al raggiungimento del budget da parte di ogni singolo erogatore privato. Qualora l'ARES non ottemperasse nei termini sopra riportati, fermo restando l'obbligo di certificazione del debito, alla stessa è fatto obbligo di corrispondere gli interessi determinati nella misura e con le modalità previste dalla legislazione vigente al momento della maturazione degli stessi, fermo restando l'obbligo di fatturazione di detti interessi da parte dell'Erogatore privato interessato. L'avvenuto saldo non pregiudica la ripetizione di somme che, sulla base dei controlli sull'attività erogata, risultassero non dovute o dovute in parte.

**Art. 18 - Risoluzione del contratto**

Il presente contratto si intenderà risolto di diritto, secondo la seguente procedura,



qualora intervengano le ipotesi di seguito indicate:

a) gravi e/o ripetuti inadempimenti delle obbligazioni contrattuali oggetto del presente contratto;

b) gravi e/o ripetute violazioni delle norme in materia di sicurezza;

c) grave inadempimento delle obbligazioni contrattuali tali da compromettere la buona riuscita del servizio;

d) gravi e/o ripetute violazioni degli obblighi assicurativi, previdenziali e relativi al pagamento delle retribuzioni dei dipendenti impegnati nell'esecuzione del servizio;

e) gravi e/o o ripetute violazioni delle norme dettate a tutela dei lavoratori;

f) gravi e/o o ripetute violazioni in relazione agli obblighi di cui all'art. 6;

La "ripetuta violazione" è da ritenersi sussistente quando sono inviate alla struttura almeno tre comunicazioni scritte che evidenzino comportamenti riconducibili a ciascuna delle fattispecie sopra riportate.

Qualora la ARES ravvisi le condotte sopra indicate, ne fa contestazione scritta all'Erogatore, concedendo termine di 15 (quindici) giorni al medesimo per la produzione di documentazione e deduzioni scritte a eventuale confutazione. L'erogatore potrà all'uopo avvalersi dell'ausilio e dell'assistenza della propria Associazione di categoria rappresentativa delle strutture private accreditate. Trascorso tale termine, la ARES valutate le eventuali deduzioni scritte dell'Erogatore ed eventualmente dell'Associazione interpellata e la relativa documentazione potrà quindi procedere alla risoluzione del contratto, ovvero, anche tenuto conto delle giustificazioni oltre che della entità della violazione, diffidare l'Erogatore alla regolarizzazione, assegnando al medesimo un termine congruo, non superiore comunque a 30 gg, per provvedere. In difetto di adempimento, la ARES dichiarerà risolto il contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.

**Articolo 19 - 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. Qualora, al termine del 1° semestre, si rilevi una significativa diminuzione delle prestazioni erogate dalla Struttura e il tetto di spesa venga utilizzato in misura non superiore al 30%, le parti convengono che, secondo le determinazioni che ARES assumerà in ordine alla stipula del contratto oggetto di addendum al presente contratto, ARES potrà procedere unilateralmente a una corrispondente riduzione del budget assegnato.

**Articolo 20 - Durata del contratto**

Gli effetti del contratto decorrono dal 01/01/2023 fino al 31/12/2023. È escluso il rinnovo tacito. In caso di modifiche legislative e/o regolamentari nazionali e/o regionali, che incidano sul contenuto del contratto, l'ARES 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'ARES e all'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale tramite raccomandata A/R o PEC.

**Articolo 21 - Cessione del contratto**

La successione nella titolarità del contratto potrà avvenire solo a seguito del trasferimento da parte della RAS della titolarità dell'accreditamento in capo al cessionario, fermo restando che lo stesso dovrà rispondere nei confronti dell'ARES degli eventuali debiti non ancora estinti dal cedente alla data del trasferimento.

**Articolo 22 - Registrazione e regime fiscale**

Il presente contratto è soggetto all'imposta di bollo, ai sensi dell'art. 2, parte I del D.P.R. 16 ottobre 1972, n. 642 e successive modificazioni ed integrazioni ed è sog-



<b>Imposta di Bollo assolta in modo virtuale</b>
--

getto a registrazione solo in caso d'uso, ai sensi dell'art. 10, della parte 2<sup>a</sup> della Tariffa allegata al D.P.R. 26 aprile 1986, n. 131. Le spese di bollo sono a cura e a carico della struttura erogante. Il pagamento dell'imposta di bollo può avvenire in maniera virtuale, ai sensi e per gli effetti dell'art. 15 e seguenti del DPR n. 642/1972 e ss.mm.ii.

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. Copia del contratto sottoscritto dalle parti dovrà essere inviato da ARES via PEC all'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza sociale.

**Articolo 23 - Approvazione clausole**

Si approvano espressamente, dopo averle lette ed esaminate, le clausole contenute nei sotto indicati articoli del presente contratto:

- Articolo 5. Controlli inerenti il mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento. Controlli inerenti al mantenimento, da parte della Struttura, dei requisiti di cui al precedente articolo.
- Articolo 7. Programmazione e svolgimento dell'attività e caratteristiche delle prestazioni. Prestazioni indicate nell'allegato Y, individuate con la codifica del Nomenclatore Tariffario Regionale.
- Articolo 10. CUP Regionale e Debito informativo. Agende di prenotazione



<b>Imposta di Bollo assolta in modo virtuale</b>
--

della quota parte delle prestazioni contrattate a carico del SSN.

- Articolo 12. Sistema tariffario e valorizzazione economica delle prestazioni.

Criteri di remunerazione delle prestazioni ambulatoriali in base alle tariffe onnicomprensive.

- Articolo 14. Superamento del budget di spesa. Rispetto del volume massimo delle prestazioni sanitarie e delle soglie minime.

- Articolo 18. Risoluzione del contratto. Ipotesi indicate di risoluzione del contratto.

**Articolo 24 - Norma di rinvio**

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

**Il Direttore Generale**

**Il Legale Rappresentante della Struttura**

Dr.ssa Annamaria Tomasella

Dott. Petruzzi Nicola

ALLEGATO Y – contratto di cui alla Delibera n. 188 del 10.08.2023

ASL: SASSARI  
 STRUTTURA: **POLICLINICO SASSARESE**  
 CODICE REGIONALE: 200013

<b>BRANCA SPECIALISTICA</b>	<b>TETTO 2023</b>
LABORATORIO	€ 52.807,98
RADIOLOGIA	€199.240,13
RMN_TAC	€468.041,70
CARDIOLOGIA	€97.102,62
CHIRURGIA	€13.832,04
DERMATOLOGIA	€404,67
GASTROENTEROLOGIA	€13.401,64
GINECOLOGIA	€8.072,81
NEUROLOGIA	€4.069,63
OCULISTICA	€81.768,97
ORTOPEDIA	€21.856,48
OTORINO	€6.675,32
<b>TOTALE</b>	<b>€ 967.273,98</b>

L'attività effettuata deve essere contenuta entro i volumi massimi possibili calcolati in base a quanto previsto dall'accREDITAMENTO per ciascuna branca.

Deve essere garantita la soglia minima annuale del 80% per ciascun raggruppamento omogeneo di prestazioni. Qualora non venga rispettata la soglia minima del 80% la differenza tra la soglia minima e quanto effettivamente erogato non potrà essere usata per la compensazione.

Nel 2023 la soglia minima verrà riparametrata e applicata dal mese successivo a quello di sottoscrizione del contratto.

Per le prestazioni di RMN, se la dotazione strumentale comprende Risonanze con campo magnetico uguale o inferiore a 0.5 Tesla, potranno essere erogate unicamente le risonanze magnetiche osteoarticolari (codice 88.94.1)

