

CONTRATTO PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI ASSISTENZA TERRITORIALE TRIENNIO 2022/2024

L'anno _____ il giorno _____ mese di _____ in COSENZA

TRA

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza con sede legale in Cosenza Viale degli Alimena n° 8 in persona del Commissario Straordinario e legale rappresentante pro tempore, Dr. [REDACTED] C.F. [REDACTED] P.I. 02853720783 (di seguito per brevità "ASP"),

E

La Struttura **Centro di Riabilitazione ANMIC**, in persona del legale [REDACTED] p.t. C.F. [REDACTED] P.I. **01912880794** con sede legale in **Crotone Via Peppino Impastato, n° 57** (di seguito per brevità "Erogatore" o "Struttura"), titolare di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale giusta provvedimento n.D.D.G. n° 1 /2011;

L'ASP e l'Erogatore sono di seguito congiuntamente denominati anche "parti" o, singolarmente, "parte"

Premesso che:

- con D.G.R. n. 845 del 16 dicembre 2009, ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima Regione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009, è stato approvato il programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, per il triennio 2010-2012 (c.d. Piano di Rientro);
- con D.G.R. n. 908 del 23.12.2009, successivamente integrata dalla D.G.R. n. 97 del 12/02/2010, è stato recepito l'Accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e la Regione Calabria, per il Piano di rientro del Servizio Sanitario Regionale ai sensi dell'art. 1, co. 180, della L. 30.12.2004, sottoscritto in data 17 dicembre 2009;
- con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021 il Presidente della Giunta della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria, secondo i programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della legge n. 191 del 2009, ivi ricomprendendo la gestione dell'emergenza pandemica;
- Con delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 23 Dicembre 2021 si è integrato il mandato commissariale attribuito, con la deliberazione del 4 novembre 2021, confermando il mandato commissariale del 27 novembre 2020, con l'implementazione del punto: 27) attuazione dei nuovi compiti assegnati al Commissario ad acta dall'articolo 16-septies del decreto legge 21 ottobre 2021, n. 146, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2021, n. 215";
- Con delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 23 Dicembre 2021, il dott. Ernesto Esposito è stato nominato subcommissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021, come integrato dal punto A) della medesima delibera con particolare riferimento alle azioni 1), 2), 3), 5), 6), 7), 8), 10), 11), 14), 16) e 17);
- Con la delibera del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 15 giugno 2022, il dott. Ernesto Esposito è stato nominato subcommissario unico per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella

predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 4 novembre 2021;

-con con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 27 Novembre 2020, è stato affidato al Commissario ad Acta l'incarico prioritario di attuare i Programmi Operativi 2019- 2021 di prosecuzione del Piano di rientro nonché di tutti gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, ivi compresi l'attuazione del Decreto legge 10 novembre 2020, n.150.

-con DCA n° 65 del 10 marzo 2020 recante :” Programma Operativo 2019-2021- Riorganizzazione Rete Territoriale” come integrato con DCA n° 67/2020, si è proceduto ad approvare la nuova programmazione del fabbisogno di assistenza territoriale, in adempimento alle osservazioni del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di assistenza ed in coerenza con quanto stabilito dal D.P.C.M. 12.01.2017;

-in coerenza con gli obiettivi posti dal Programma Operativo, la Regione Calabria intende porre su basi di maggiore e compiuta certezza i rapporti tra le Aziende Sanitarie Provinciali e gli erogatori privati, attraverso l'utilizzo di un modello contrattuale uniforme per la disciplina dell'erogazione delle prestazioni ospedaliere;

-gli obiettivi possono essere perseguiti, tra l'altro, attraverso l'acquisizione da parte della ASP competente della documentazione elencata all'articolo 2) del presente accordo;

-che le tariffe regionali applicate sono quelle *ratione temporis* vigenti;

-che la definizione dei *budget* rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR, nell'ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate ai sensi della normativa vigente di riferimento e nei limiti massimi di finanziamento stabiliti con provvedimento del Commissario ad acta.

Visti

- il comma 2 dell'art. 8 *quater* del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., ai sensi del quale la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo alcuno per le Aziende Sanitarie di corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;

- l'art. 8 *quater*, comma 8, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;

- l'art. 8 *quinquies*, comma 2, D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;

- l'art. 8 *quinquies*, comma 2, lettera *e-bis* D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;

- l'art. 8 *quinquies*, comma 2-*quater* D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;

- l'art. 8 *quinquies*, comma 2 *quinquies*, D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. che prevede espressamente: "in caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-*quater* delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale interessati è sospeso"

- l'art. 8 *octies* D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;

- la L.R. 24 del 18 luglio 2008 e s.m.i.;

- il Regolamento Regionale n. 13 dell'O 1/09/2009;

- il DCA n.81 del 22/07/2016, recante "Programma Operativo 2016-2018, Intervento 2. 3.1.1

"Autorizzazioni e Accreditamento" - Approvazione Nuovo Regolamento Attuativo della L.R. n. 24/2008 —Approvazione Nuovi Manuali di Autorizzazione e Nuovi manuali di Accreditamento ".

- il Decreto Legge 30 aprile 2019 n. 35 "Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria" convertito, con modificazioni, dalla legge del 25 giugno 2019, n. 60;

Preso atto:

- del DCA n° 136 del 18/10/2022 con oggetto: del DCA n. 132 del 17/10/2022 “Definizione livelli massimi di finanziamento alle Aziende Sanitarie Provinciali per l’acquisto di prestazioni di assistenza riabilitativa psichiatrica, di assistenza sanitaria e sociosanitaria e di assistenza extra – ospedaliera

estensiva, ambulatoriale e domiciliare con oneri a carico del SSR – triennio 2022-2024 erogate dalla rete di assistenza territoriale privata accreditata” - ERRATA CORRIGE.

- del DCA n. 132 del 17/10/2022 “Definizione livelli massimi di finanziamento alle Aziende Sanitarie Provinciali per l’acquisto di prestazioni di assistenza riabilitativa psichiatrica, di assistenza sanitaria e sociosanitaria e di assistenza extra – ospedaliera estensiva, ambulatoriale e domiciliare con oneri a carico del SSR – triennio 2022-2024 erogate dalla rete di assistenza territoriale privata accreditata”

Tutto ciò premesso e considerato, parte integrante e sostanziale del presente accordo, le Parti convengono quanto segue:

Art.1 **Oggetto**

1. Il presente contratto regola sotto il profilo sia giuridico che economico l’acquisto da privato nel triennio 2022/2024 delle prestazioni sanitarie per l’area territoriale.
2. L’Erogatore è titolare di autorizzazione all’esercizio e dell’accreditamento istituzionale Definitivo rilasciati con provvedimento n. **D.D.G. n° 1 /2011** per la struttura **Centro di Riabilitazione ANMIC** sita in **S. Giovanni in Fiore Via Panoramica, 340** cod. struttura **CRE017** cod. NSIS **180017** (di seguito denominata struttura).
3. La struttura eroga, in regime di accreditamento istituzionale le seguenti prestazioni di
 - ☐ assistenza riabilitativa psichiatrica per:
 - n. p.l. _____ residenziali;
 - n. trattamenti _____ semiresidenziali;
 - ☐ assistenza socio-sanitaria residenziale in RSA Anziani per n. p.l. _____;
 - ☐ assistenza socio-sanitaria residenziale in RSA Disabili per n. p.l. _____;
 - ☐ assistenza sanitaria residenziale in RSA Medicalizzata per n. p.l. _____;
 - ☐ hospice per n. p.l. _____;
 - ☐ assistenza socio-sanitaria residenziale in Casa Protetta Anziani per n. p.l. _____;
 - ☐ assistenza socio-sanitaria residenziale in Casa Protetta Disabili per n. p.l. _____;
 - ☐ assistenza alle persone dipendenti da sostanze da abuso per:
 - n. p.l. _____ residenziali;
 - n. p.l. _____ semiresidenziali;
 - ☒ assistenza riabilitativa estensiva extra-ospedaliera per:
 - n. p.l. _____ residenziali;
 - n. trattamenti _____ semiresidenziali;
 - n. trattamenti _____ **80** _____ ambulatoriale singolo;
 - n. trattamenti _____ ambulatoriale di gruppo;
 - n. trattamenti _____ domiciliari;
 - n. trattamenti _____ domiciliari cure palliative.

L’Erogatore accetta di erogare le prestazioni sanitarie a socio-sanitarie per le quali è a stato accreditato per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR), nei limiti delle risorse assegnate dall’ASP e secondo le relative direttive. A tal fine, ferma restando l’acquisizione della documentazione di cui al successivo articolo 3), l’Erogatore dichiara:

- a. di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta e che nessun procedimento relativo è stato avviato nei suoi confronti, salvo i casi in cui sia in corso un procedimento giudiziario per il risanamento e la prosecuzione dell’attività di impresa;
- b. di aver/non aver presentato domanda di concordato preventivo;
- c. che non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all’articolo 67 del

D.Lgs. 159/2011 (codice antimafia) in capo al legale rappresentante, ai componenti del Consiglio di Amministrazione e ai soggetti con poteri di gestione;

d. di essere titolare di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale, quest'ultimo rilasciato con provvedimento **D.D.G. n° 1 /2011** relativa alla struttura sita in **S. Giovanni in Fiore Via Panoramica, 340** (indicare sede operativa);

e. di possedere alla data odierna tutti i requisiti strutturali, impiantistici, tecnologici ed organizzativi necessari per l'esercizio, presso la propria struttura delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie, impegnandosi a garantire la permanenza di detti requisiti per tutta la durata del presente Contratto, fatti salvi caso fortuito e forza maggiore.

Art. 2

Durata

1. Il presente accordo contrattuale regola le prestazioni rese a decorrere dal 01 gennaio 2022 fino al 31 dicembre 2024.
2. Il contratto è espressamente prorogabile, al fine di garantire la continuità assistenziale, fino alla definizione del nuovo piano dei fabbisogni e alla eventuale riproposizione del relativo contratto.
3. Nel caso in cui il contratto venga sottoscritto dopo il primo gennaio 2022 le prestazioni già rese, appropriate, sono da intendersi assorbite nel budget assegnato.

Art.3

Documentazione e adempimenti

I. L'ASP è tenuta ad acquisire, per tramite della struttura, ovvero direttamente, in considerazione di quanto previsto dall'art. 15 della L.12/1 1/2011, n. 183 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2012)", la seguente documentazione:

a. certificazione di iscrizione in CCIAA per i soggetti iscritti al Registro delle Imprese; per i soggetti non iscritti al Registro delle Imprese (Fondazioni ed Enti *no profit*) l'iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo (REA.);

b. per i soggetti non iscritti al Registro delle Imprese (Fondazioni ed Enti *no profit*) la dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l'insussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previsti dall'art. 67 della normativa antimafia del legale rappresentante, dei componenti del Consiglio di Amministrazione e dei soggetti con poteri di gestione; e. per i soggetti iscritti al registro delle Imprese:

c.1. i cui contratti non superino il valore indicato all'art. 83, lettera e) del D.Lgs. n. 159/2011 (attualmente pari a € 150.000,00), oltre a quanto dichiarato dal legale rappresentante all'art. 1 lettera c), la dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l'insussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previsti dall'art. 67 della normativa antimafia, da parte di tutti i soggetti di cui all'art.85, comma 1) e 2);

c.2. i cui contratti superino il valore indicato all'art. 83, lettera e) del D.Lgs. n. 159/2011 e s.m.i. (attualmente pari a € 150.000,00), oltre a quanto dichiarato dal legale rappresentante all'art. 1 lettera c), deve essere acquisita la documentazione antimafia, ai sensi degli articoli 84 e 85 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n.159 (come da ultimo modificato dal D.Lgs. 15 novembre 2012, n.218); a tale proposito i soggetti di cui ai commi 1) e 2), dell'art. 85 del citato codice antimafia rilasciano dichiarazione sostitutiva sottoscritta con le modalità di cui all'articolo 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000. n. 445, relativa ai dati dei propri familiari conviventi;

d. dichiarazione rilasciata dal legale rappresentante della struttura, attestante l'ottemperanza agli obblighi informativi in materia di diritto al lavoro dei disabili secondo le modalità di cui all'art. 9 L. 12 marzo 1999, n. 68, come modificato dall'art. 40 del D. L. 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2008, n. 133;

e. dichiarazione sostitutiva, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, e s.m.i., del certificato generale del casellario giudiziario dei soggetti che hanno la rappresentanza legale della struttura.;

- f. dichiarazione attestante l'avvenuta adozione del modello organizzativo di cui al D.Lgs. n. 31/2001 in materia di prevenzione dei reati;
- g. autocertificazione, da parte di ciascun socio persona fisica che, in ultima istanza, possiede le quote o le azioni, dell'insussistenza di situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 4, comma 7, L. 412/1991;
- h. dichiarazione circa l'osservanza della normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro, circa l'avvenuta valutazione dei rischi nell'ambiente di lavoro e, in ogni caso, dell'adempimento a tutte le prescrizioni di cui al Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81.
2. L'erogatore è tenuto a trasmettere tutte le dichiarazioni sopra richieste, e i dati anagrafici di tutti i soggetti per i quali deve essere acquisita la documentazione antimafia entro il **20/11/2022**
3. Su richiesta dell'ASP o del Dipartimento Tutela della Salute, l'Erogatore fornirà all'ASP ogni ulteriore eventuale documento che non sia già in possesso della amministrazione richiedente, comprovante il possesso dei requisiti predetti ed il loro mantenimento per tutta la durata del presente Contratto.
4. Ciascuna ASP è tenuta a verificare la documentazione nel termine di 30 giorni dalla data di ricezione della documentazione e comunque entro e non oltre il **20/12/2022**
5. In caso di mancata produzione della documentazione, ovvero delle indicazioni e dichiarazioni necessarie, l'ASP diffida la struttura ad adempiere entro e non oltre 15 giorni; in caso di inottemperanza si applica quanto previsto al successivo articolo 12, comma 5.

Articolo 4

Volume di prestazioni erogabili e corrispettivo massimo annuale

1. L'Erogatore si impegna a garantire per il triennio 2022/2024, le prestazioni sanitarie e sociosanitarie, incluse nei LEA e a carico del SSR, afferenti alle prestazioni per le quali è accreditato, nei limiti del tetto massimo di spesa di cui al presente articolo distinte per tipologia e nel rispetto del piano delle prestazioni di cui all'allegato A.
2. L'erogatore accetta, come corrispettivo massimo annuale per l'acquisto di prestazioni in favore di pazienti regionali il tetto di spesa complessivo di:
euro **1.300.477,57** (Unmilionetrecentomilaquattrocentosettantasetteecinquantesette) per l'anno **2022**;
euro **1.300.477,57** (Unmilionetrecentomilaquattrocentosettantasetteecinquantesette) per l'anno **2023**;
euro **1.300.477,57** (Unmilionetrecentomilaquattrocentosettantasetteecinquantesette) per l'anno **2024**;
3. La produzione eccedente il tetto massimo annuale di spesa assegnato all'Erogatore di cui al punto precedente non può essere remunerata in nessun caso e ad alcun titolo e, pertanto, è considerata inesigibile.
4. Sono considerate rese al di fuori del contratto e si dichiarano fin da ora non coperte dal tetto di spesa e, quindi, non remunerabili e non esigibili, le prestazioni eseguite in misura superiore al 100% della capacità produttiva massima giornaliera;
5. Il volume delle prestazioni erogabili nei limiti del tetto di spesa preventivato, distinte per tipologia e per tipo di ricovero, devono obbligatoriamente essere riportate nell'allegato A) al presente atto. L'erogatore, con la firma del presente atto, s'impegna a non effettuare compensazioni tra le diverse tipologie di prestazioni.
6. In caso di mancata sottoscrizione del presente accordo sarà avviata nei confronti dell'erogatore, la procedura di sospensione dell'accreditamento ai sensi dall'art. 8-quinquies, comma 2, quinquies, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.;
7. Ai fini del riconoscimento della remunerazione effettiva a consuntivo, oltre che del monitoraggio di cui all'art. 7, l'Erogatore è tenuto al rispetto delle procedure di validazione, verifica e controllo esterno di cui alla vigente normativa. All'erogatore viene riconosciuta la produzione, nei limiti del budget, da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte.
1. Per le strutture che erogano prestazioni di RSA Anziani/RSA Disabili/Hospice/ CP Anziani/CP Disabili (distinguere le diverse tipologie): il budget complessivo, assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n _____ per l'anno 2022 è di € _____ come di seguito calcolato:

5.1. RSA Anziani: pl acquistati n. _____ x retta giornaliera € _____ x n. _____ gg = € _____
- _____ % a carico Fondo Sociale = € _____ a carico Fondo Sanitario Regionale. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Calabria;

5.2. RSA Disabili : pl acquistati n. _____ x retta giornaliera € _____ x n. _____ gg = € _____
- _____ % a carico Fondo Sociale = € _____ a carico Fondo Sanitario Regionale. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Calabria;

5.3. Hospice: pl acquistati n. _____ x retta giornaliera € _____ = € _____ 100% a carico Fondo Sanitario Regionale. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Calabria;

Domiciliare trattamenti cure palliative n. _____ x tariffa € _____ x n. _____ gg = € _____ ;

5.4. CP Anziani: pl acquistati n. _____ x retta giornaliera € _____ x n. _____ gg = € _____
- _____ % a carico Fondo Sociale = € _____ a carico Fondo Sanitario Regionale. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Calabria;

5.5. C.P. Disabili: pl acquistati n. _____ x retta giornaliera € _____ x n. _____ gg = € _____
- _____ % a carico Fondo Sociale = € _____ a carico Fondo Sanitario Regionale. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Calabria;

5.6. Durante eventuali ricoveri degli ospiti in Ospedale, le strutture devono mantenere per almeno 10 giorni il posto letto riservato, e tale garanzia per il paziente viene remunerata con il 10% della retta a carico del SSR.

6. Per le strutture che erogano prestazioni di riabilitazione estensiva extra-ospedaliera: il budget complessivo, assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. **132 del 17/10/2022**
per l'anno **2022** è di € **1.300.477,57**;
per l'anno **2023** è di € **1.300.477,57**;
per l'anno **2024** è di € **1.300.477,57**;
come di seguito calcolato:

ANNO 2022

Ciclo continuativo p.l. acquistati n. _____ tariffa € _____ x n. _____ gg. = € _____ ;
Ciclo diurno trattamenti n. _____ tariffa € _____ x n. _____ gg = € _____ € 30% a carico Fondo Sociale = € _____ a carico Fondo Sanitario Regionale;
Ambulatoriale individuale trattamenti n. **77** tariffa € **58,36** x n. **22.284** gg. = € **1.300.477,57** ;
Ambulatoriale piccolo gruppo trattamenti n. _____ x tariffa € _____ x n. _____ gg. = € _____ ;
Domiciliare trattamenti n. _____ tariffa € _____ x n. _____ gg. = € _____ ;

ANNO 2023

Ciclo continuativo p.l. acquistati n. _____ tariffa € _____ x n. _____ gg. = € _____ ;
Ciclo diurno trattamenti n. _____ tariffa € _____ x n. _____ gg = € _____ € 30% a carico Fondo Sociale = € _____ a carico Fondo Sanitario Regionale;
Ambulatoriale individuale trattamenti n. **77** tariffa € **58,36** x n. **22.284** gg. = € **1.300.477,57** ;
Ambulatoriale piccolo gruppo trattamenti n. _____ x tariffa € _____ x n. _____ gg. = € _____ ;
Domiciliare trattamenti n. _____ tariffa € _____ x n. _____ gg. = € _____ ;

ANNO 2024

Ciclo continuativo p.l. acquistati n. tariffa € x n. gg. = € ;
Ciclo diurno trattamenti n. tariffa € x n. gg= € € 30% a carico Fondo Sociale = € a carico Fondo Sanitario Regionale;
Ambulatoriale individuale trattamenti n. **77** tariffa € **58,36** x n. **22.284** gg. = € **1.300.477,57** ;
Ambulatoriale piccolo gruppo trattamenti n. x tariffa € x n. gg. = € ;
Domiciliare trattamenti n. tariffa € x n. gg. = € ;

6.1. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Calabria;

7. Per le strutture che erogano prestazioni psichiatriche: il budget complessivo, assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno 2022 è di € _____,

- pl. residenziali acquistati n. _____ x retta giornaliera € _____ x n. _____ gg= € _____;
- n. p.l. semiresidenziali trattamenti n. _____ x tariffa € _____ x n. _____ gg = € _____;

7.1. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Calabria;

8. Per le strutture che erogano prestazioni di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso il budget complessivo, assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno 2022 è di € _____,

- pl. residenziali acquistati n. _____ x retta giornaliera € _____ x n. _____ gg= € _____;
- n. p.l. semiresidenziali trattamenti n. _____ x tariffa € _____ x n. _____ gg = € _____;

8.1. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Calabria;

9. 9. Tenuto conto di quanto chiarito sopra, l'Erogatore ha preso atto e con il presente contratto dichiara espressamente di accettare, per l'erogazione della prestazioni sanitarie e socio sanitarie per conto ed a carico del SSR, completamente ed incondizionatamente, quale tetto massimo annuo
2022 l'importo di € **1.300.477,57** ;
2023 l'importo di € **1.300.477,57** ;
2024 l'importo di € **1.300.477,57** ;

10. In caso di mancata sottoscrizione del presente accordo sarà avviata nei confronti dell'erogatore la procedura di sospensione dell'accreditamento ai sensi dall'art. 8-quinquies, comma 2, quinquies, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.

11. Le prestazioni erogate nell'anno 2022, nel periodo antecedente la sottoscrizione del presente contratto, sono ricomprese nel Tetto massimo annuo, per come determinate al punto precedente, che costituisce la somma dei corrispettivi spettanti all'Erogatore per l'anno 2022.

12. Al fine di consentire agli aventi diritto continuità nella fruizione delle Prestazioni Sanitarie e socio sanitarie, sia pur nell'ottica di necessario contenimento della spesa pubblica, le Parti si danno atto che l'Erogatore è tenuto all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto il corso dell'anno, tenendo conto delle liste d'attesa e delle priorità assistenziali stabilite con apposito atto regionale, fermo restando che le prestazioni erogate oltre il budget (tetto Massimo) non sono riconosciute con onere a carico del S.S.R.

13. Le Parti, infatti, convengono espressamente che oltre il tetto massimo (budget) stabilito dal presente contratto/accordo non sono riconosciuti oneri a carico del S.S.R. e, ai fini del rispetto dei tetti di spesa sopra indicati, corrispondenti ai volumi di prestazioni massimi remunerati, si applica il disposto di cui all'art. 8-quinquies, comma 2 lettera e-bis del D.Lgs. n.502/92 e s.m.i richiamato nelle premesse.

Al fine del riconoscimento della remunerazione effettiva a consuntivo, oltre che del monitoraggio di cui all'art. 6), l'Erogatore è tenuto al rispetto delle procedure di validazione, verifica

14. e controllo esterno di cui alla vigente normativa. All'erogatore viene riconosciuta la produzione, nei limiti del budget, da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte, e di quella appropriata accertata in contraddittorio con l'ASP.

Art.5

Requisiti e modalità di erogazione delle Prestazioni Sanitarie

1. Le prestazioni sanitarie e sociosanitarie dovranno essere erogate nella piena osservanza delle disposizioni normative e regolamentari, nazionali e regionali in materia di appropriatezza e qualità.
2. L'Erogatore dichiara e garantisce, inoltre, l'adeguatezza e il perfetto stato d'uso delle apparecchiature, fatti salvi caso fortuito e forza maggiore, e si impegna a tenere a disposizione dell'ASP e della Regione Calabria, per consentire i relativi controlli, i contratti di manutenzione e/o la documentazione - delle attività di manutenzione effettuata.
3. L'erogazione della prestazione sanitaria è subordinata alla richiesta avanzata, secondo le modalità previste dalle disposizioni regionali vigenti, dal medico di MMG /Struttura di ricovero. L'accesso alle prestazioni sanitarie è subordinato, altresì, alla valutazione della UVM. Per procedere all'erogazione delle prestazioni, la struttura è tenuta a verificare, preliminarmente, la sussistenza della richiesta e la sua compilazione nel rispetto dei requisiti di cui al presente punto segnalando all'ASP competente, per le necessarie valutazioni, ogni eventuale anomalia e/o irregolarità. La mancata segnalazione all'ASP comporta la non remunerabilità della prestazione. L'ASP è tenuta ad accertare la correttezza e remunerabilità delle prescrizioni segnalate.
4. L'Erogatore s'impegna a svolgere le prestazioni sanitarie e socio sanitarie nel pieno rispetto del Regolamento Eu 2016/679 e del D.Lgs. 101/2018, di modifica e adeguamento del D.Lgs. 196/03, obbligandosi ad osservare tutte le misure di sicurezza ivi previste.
5. Le prestazioni sanitarie e sociosanitarie dovranno essere erogate da personale operante presso la struttura che sia munito dei titoli professionali previsti dalla normativa e che non versi in situazione di incompatibilità secondo la normativa vigente in materia.
6. La struttura si impegna ad improntare la propria organizzazione interna ai criteri ed ai parametri definiti nell'ambito dei programmi regionali relativi alle reti cliniche e, in ogni caso, al rispetto degli standard di profilo e/o percorsi assistenziali fissati a livello regionale e/o aziendale concernenti le prestazioni oggetto del presente contratto.

Art.6

Criteri di ripartizione della spesa preventivata

1. A garanzia della previsione di spesa concordata con il presente contratto e a tutela della continuità nell'erogazione delle prestazioni di ospedalità, le parti convengono che il tetto annuale di spesa, di cui all'art. 4 del presente accordo, è frazionato in mensilità.

Art.7

Controlli e obblighi informativi dell'Erogatore

I. Al fine di verificare che le prestazioni siano rese conformemente alle prescrizioni di legge e nel rispetto dal contratto, l'ASP e la Regione Calabria potranno in qualunque momento dare corso a ogni

forma di verifica e controllo delle prestazioni erogate, con modalità che non siano di ostacolo all'ordinario svolgimento delle attività sanitarie dell'Erogatore e con preavviso di almeno 24 ore.

2. Le verifiche si svolgeranno alla presenza del legale rappresentante dell'Erogatore il quale, in caso di impedimento, dovrà delegare la relativa funzione. A tal fine, l'Erogatore si impegna a:

a. predisporre condizioni organizzative tali da consentire l'acquisizione da parte dell'ASP e della Regione, anche attraverso gli strumenti informatici, di ogni dato ritenuto utile a legittimamente verificare il corretto adempimento;

b. conservare la documentazione relativa alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie rese, in funzione della sua successiva consegna all'ASP e alla Regione;

3. In ogni caso, l'Erogatore s'impegna a consentire lo svolgimento dei controlli esterni come disciplinati dalle norme tempo per tempo vigenti.

4. La struttura s'impegna a conservare, anche mediante archivio informatico, tutta la documentazione amministrativa relativa alle prestazioni rese in favore degli utenti del servizio sanitario per un periodo non inferiore a quello previsto dalle vigenti disposizioni e dagli atti di prassi nazionali e regionali. E' fatto salvo il periodo di conservazione prescritto per la documentazione sanitaria (circolare del Ministero della Sanità n. 61 del 19/12/1986 e s.m.i.).

5. La struttura si impegna a fornire tutta la documentazione richiesta dall'ASP ovvero dalla Regione onde consentire lo svolgimento di controlli, verifiche, nonché consentire il monitoraggio continuo delle prestazioni e del numero di pazienti trattati.

6. Di ciascun accesso preordinato all'acquisizione della documentazione, ovvero allo svolgimento dei controlli e delle verifiche, potrà essere redatto verbale di cui copia spetterà alla struttura.

7. La documentazione dovrà essere fornita, dalla struttura, entro il termine di 15 giorni dalla richiesta.

8. L'erogatore si impegna a rispettare, nei tempi e nei modi previsti, gli obblighi dalle normative nazionali ministeriali (NSIS) e regionali. L'omissione dei suddetti obblighi Informativi, se protratta per due mesi consecutivi o mantenuta nell'arco di complessivi 90 giorni dell'anno di riferimento, costituisce inadempimento grave e causa di risoluzione del presente contratto ai sensi dell'art 12. L'erogatore ha l'obbligo di conservare, nel rispetto del Regolamento Eu 2016/679 e del D.Lgs. 101/2018, di modifica e adeguamento del D.Lgs. 196/03 in materia di privacy, tutta la documentazione amministrativa relativa a ciascun assistito.

10. Le operazioni sui dati personali e sanitari del cittadino, necessari per l'alimentazione e l'utilizzo del fascicolo sanitario elettronico, rientrano tra i trattamenti di dati sensibili effettuati mediante strumenti elettronici in coerenza con le misure di sicurezza espressamente previste dalla normativa in materia di privacy sopra richiamata.

Art.8 Tariffe e Corrispettivi

I. Per ciascuna prestazione sanitaria e sociosanitaria resa nel rispetto della normativa applicabile e del presente Contratto, l'ASP sarà obbligata a corrispondere all'Erogatore, entro i limiti del budget annuale assegnato, un importo calcolato facendo applicazione delle tariffe *ratione temporis* vigenti.

2. Il corrispettivo così stabilito è onnicomprensivo e remunerativo di ogni onere, costo e spesa che l'Erogatore dovrà sostenere per l'esercizio delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

3. Al presente accordo si applica, comunque, quanto disposto dall'art. 8 *quinquies*, comma 2, lett. e *bis*) del D.Lgs. 502/1992, a mente del quale *"le modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che in caso di incremento a seguito di modificazioni comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato"*.

4. Resta espressamente convenuto che il pagamento dei corrispettivi per le prestazioni sanitarie e sociosanitarie sarà sospeso in caso di tardiva trasmissione dei dati di cui al precedente articolo 3 e sino all'intervenuta trasmissione dei dati medesimi.

Art.9

Bilanci, modalità di fatturazione, liquidazione e termini per il pagamento dei corrispettivi

1. L'istruttoria amministrativo - contabile verrà eseguita secondo i relativi provvedimenti regionali ed è condizionata alla presentazione della fattura e degli allegati che diano conto delle prestazioni erogate. L'Erogatore si impegna a fatturare secondo il formato di fatturazione elettronica in adempimento a quanto previsto dal D.Lgs. 24/04/2014 n. 66.

2. La successiva validazione delle fatture, la liquidazione, la certificazione e il pagamento dovranno avvenire in conformità alla normativa nazionale e regionale vigenti, nel rispetto, in ogni caso, delle modalità e dei tempi di volta in volta in uso presso la Regione.

3. La mancata emissione delle note di credito da parte della struttura in caso di errata fatturazione, ovvero in caso di fatturazione eccedente il budget, costituisce grave inadempimento e causa di risoluzione del presente contratto previa formale diffida. La nota di credito verrà decurtata sulla liquidazione immediatamente successiva alla data di ricezione della stessa.

4. La procedura di liquidazione avrà ad oggetto anche la verifica della posizione di ciascuna impresa in relazione a quanto disposto dall'art. 48-bis D.P.R. 29 settembre 1973, n. 602, come attuato dal Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 18 gennaio 2008 n. 40 e da ultimo interpretato dalla Circolare MEF n. 29 dell'8 ottobre 2009 (Art. 48-bis"9 nonché la verifica della regolarità contributiva prevista dal Decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale del 24 ottobre del 2007 ("D.M. 24 ottobre 2007") e ss. mm. e ii.

Art. 10

Cessione del contratto

Il presente Contratto non potrà essere ceduto in tutto o in parte senza il consenso della Regione Calabria. La cessione costituisce grave inadempimento ai sensi dell'art. 12) e causa di risoluzione del contratto.

Art. 11

Cessione dei crediti

1. Nel caso di cessione, a qualsiasi titolo, dei crediti dell'Erogatore derivanti dal presente Contratto, l'Erogatore medesimo dovrà notificare l'atto di cessione all'ASP competente (al domicilio indicato) a mezzo ufficiale giudiziario o, in alternativa a mezzo plico raccomandato con avviso di ricevimento.

Entro il termine di 45 giorni dalla ricezione dell'atto, trasmesso con le modalità di cui sopra, l'ASP è tenuta a comunicare espressamente, al domicilio indicato nel presente accordo o all'indirizzo di posta elettronica certificata, l'adesione o il diniego alla cessione. Decorso tale termine, la cessione avrà, comunque, efficacia nei confronti dell'ASP, anche ai fini dei controlli dovuti ai sensi della normativa vigente. L'amministrazione può opporre al cessionario tutte le eccezioni opponibili al cedente in base al presente contratto.

2. L'ASP s'impegna a comunicare l'accettazione della cessione del credito.

3. Restano fermi e impregiudicati gli eventuali ulteriori adempimenti connessi all'accordo tra ASP e struttura, avente ad oggetto i crediti sanitari.

Art. 12

Risoluzione per grave inadempimento

1. Fermo ogni altro rimedio previsto nel Contratto e nella normativa applicabile, il presente Contratto s'intenderà risolto *ipso iure*, su dichiarazione della Regione Calabria, in osservanza della procedura di cui in appresso, qualora intervenga uno o più delle ipotesi di seguito indicate:

- a. falsità di alcuna delle dichiarazioni rese all'art. 3) lettere a), b) e c) del presente Contratto;
 - b. accertata sussistenza delle cause di incompatibilità di cui all'art. 3) lettera g); c. violazione dell'art. 10 in materia di cessione del contratto;
 - d. diniego definitivo e/o revoca dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento definitivo;
2. Il presente Contratto s'intenderà, altresì, risolto, in osservanza della procedura di cui in appresso, qualora intervenga una o più delle ipotesi di seguito indicate che siano di rilevanza tale da determinare un grave inadempimento dell'erogatore:
- a. esistenza di precedenti condanne definitive a carico del legale rappresentante per reati contro la pubblica amministrazione;
 - b. Accertata violazione delle norme in materia di protezione infortunistica, sicurezza sui luoghi di lavoro idonei ad incidere gravemente sull'esecuzione delle prestazioni sanitarie (art. 3 lettera h);
 - c. ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni di cui all'art.5);
 - d. impedimento al controllo esercitato da ASP o Regione Calabria ai sensi dell'art. 7); e. inosservanza degli obblighi di trasmissione dei dati di cui all'art. 7);
 - f. inosservanza di quanto previsto dall'art. 11) in materia di cessione del credito.
3. In caso di sospensione dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento si determina l'automatica sospensione degli effetti del presente contratto, fermo restando l'obbligo di assistere i pazienti già in carico.
- A. Qualora l'ASP ravvisi una delle 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. Trascorso tale termine, l'ASP invierà la propria contestazione e le eventuali deduzioni scritte dell'Erogatore, con la relativa documentazione, alla Regione.
- La Regione potrà quindi procedere alla risoluzione del contratto, ovvero, per i casi di cui al comma 2, anche tenuto conto delle giustificazioni oltre che della entità della violazione, diffidare l'Erogatore alla regolarizzazione, assegnando al medesimo un termine congruo per provvedere.
- In difetto di adempimento, la Regione dichiarerà risolto il contratto ai sensi dell'art. 1456 cc.
5. Fermo e impregiudicato quanto sopra, la mancata trasmissione della documentazione di cui al superiore art. 3) lettere b), c), d), e), g), h) nei termini ivi determinati, senza congrua giustificazione da parte delle Strutture interessate, comporterà l'adozione, da parte della ASP, di un atto formale di diffida ad adempiere entro 15 giorni. La mancata ottemperanza preclude la stipula del contratto ovvero, in vigenza di contratto, è idonea a determinarne la sospensione automatica a decorrere dal primo giorno del mese successivo a quello di scadenza del quindicesimo giorno prescritto per l'adempimento. La sospensione non consente di porre a carico del SSR la produzione erogata dalla struttura; trascorsi sei mesi, nel caso di persistente inadempimento, la Regione procede alla risoluzione del contratto stesso per inadempimento di obblighi informativi.
6. Resta fermo, in ogni caso, il diritto dell'ASP e, conseguentemente, della Regione Calabria al risarcimento dei danni derivanti dall'inadempimento dell'Erogatore.
7. Fermo quanto sopra, in caso di sussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previste dall'art. 67 della normativa antimafia il contratto sarà risolto *ipso iure* su dichiarazione dell'ASP senza concessione di termini per dedurre.
8. Resta inteso che, in caso di risoluzione, la struttura s'impegna a non ricoverare pazienti salvo che, su richiesta dell'ASP territorialmente competente, per esigenze indifferibili.

Art. 13 Controversie

Tutte le controversie relative o derivanti dal presente contratto saranno rimesse alla competenza del Foro nella cui giurisdizione ha sede l'ASP che sottoscrive il presente Contratto, con esclusione di ogni Foro concorrente.

Art. 14
Clausola di salvaguardia

- I. Con la sottoscrizione del presente contratto la Struttura accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto.
- i .bis In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati al comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili.
2. Resta inteso che l'Erogatore si impegna ad adeguarsi a eventuali ulteriori requisiti che fossero richiesti per effetto di normativa nazionale e/o regionale intervenuta successivamente alla stipula del presente contratto, come pure ad adeguarsi a prescrizioni dettate da norme imperative.

Art. 15
Registrazione

1. Il presente contratto è soggetto a registrazione in caso d'uso ai sensi del T.U. dell'imposta di registro approvato con D.P.R. n. 131 del 26/04/1986.

Art.16
Elezione di domicilio

1. Le parti eleggono domicilio ad ogni effetto di legge e, segnatamente, per l'esecuzione del presente contratto presso i rispettivi indirizzi in epigrafe emarginati.
- L'Erogatore elegge il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:
anmicsgf@legalmail.it

L'ASP elegge il proprio domicilio informatico alla casella PEC: protocollo@pec.asp.cosenza.it

Se e per quanto possa occorrere l'Erogatore approva specificamente le previsioni di cui agli artt.3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14.

Letto, approvato e sottoscritto

L'Azienda sanitaria Provinciale _____ F.TO

L'Erogatore _____ F.TO