

Allegato 13

Indici di offerta – Negoziazione

Il Patto per la Salute 2010 – 2012 a riguardo degli indici di posti letto per mille abitanti posti a carico del SSR, compresa la riabilitazione, stabilisce un tasso per 1000 abitanti pari a 4 posti letto complessivi comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post – acuzie. Assume quindi importanza prioritaria l'adeguamento ai predetti indici entro le tempistiche stabilite dal sopracitato Patto per la Salute. Per quanto riguarda le attività di riabilitazione specialistica si stabilisce che una quantità di offerta pari a circa il 5% venga trasformata in posti letto equivalenti di cura riabilitativa domiciliare.

In considerazione del sostanziale rispetto, nel corso dell'esercizio 2010, dei tempi di attesa secondo le indicazioni date dalla normativa nazionale e regionale in termini di accessibilità alle prestazioni ambulatoriali e dell'andamento quantitativo delle prestazioni che non si è discostato, nel 2010, in modo significativo rispetto al 2009, secondo le previsioni espresse nella legge 31/97 all'art. 12 comma 5 bis (*"la Giunta regionale verifica annualmente, sulla base dei rapporti instaurati ai sensi del comma 5 il mantenimento degli indici programmatori di fabbisogno sanitario"*), si ritiene che anche per l'anno 2011 debba permanere la sospensione della messa a contratto di nuove attività di specialistica ambulatoriale fatte salve delle possibili eccezioni relativamente alle specialità di radioterapia (ivi compresa la fase di test di messa a regime del CNAO di Pavia), dialisi e medicina nucleare motivate e comprovate da specifiche valutazioni clinico epidemiologiche effettuate dalle ASL, derivanti da necessità emergenti per l'insufficienza macro-territoriale di servizi.

Nel corso del 2010 la produzione di prestazioni sanitarie nell'ambito della specialistica ambulatoriale si è mantenuta su livelli elevati. Il governo appropriato di queste prestazioni resta anche per il 2011 un obiettivo prioritario per tutti gli attori del sistema coinvolti nel percorso di prescrizione ed erogazione delle attività di specialistica ambulatoriale. Le ASL sono quindi tenute a valutare come obiettivo prioritario l'andamento dei bisogni di prestazioni specialistiche con particolare attenzione all'appropriatezza delle prescrizioni.

Le ASL, inoltre, al fine di assolvere i relativi obblighi di legge riguardanti la certificazione dell'idoneità a svolgere attività sportiva agonistica da parte di minori e di soggetti disabili, possono valutare, nel contesto delle risorse disponibili, la possibilità di assegnare con specifici progetti maggiori risorse non storicizzabili, alle attività sopra indicate. Considerata la specificità di queste

attività il valore contrattato dalle strutture di medicina sportiva non potrà esser oggetto di trasferimenti e di compensazioni all'interno di enti unici costituiti ai sensi della DGR VII/17038 del 6 aprile 2004.

Le attività negoziali che avverranno tra le ASL ed i soggetti erogatori accreditati saranno effettuate congruentemente all'equilibrio del sistema così come individuato dalla Giunta e con il fabbisogno di servizi sanitari espresso dai cittadini lombardi.

La definizione del budget per l'anno 2011 degli erogatori di prestazioni sanitarie sul territorio lombardo con caratteristiche di ente pubblico di diritto internazionale che abbia stipulato accordi con il Governo della Repubblica Italiana rimane in capo alla Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia. La quota stabilita sarà ratificata nel contratto integrativo sottoscritto tra l'ente e la ASL, con relativo finanziamento, e farà parte del complesso delle obbligazioni in capo alla ASL territorialmente competente.

Le attività negoziali di cui al presente allegato ed il loro relativo monitoraggio periodico, già intrapreso a decorrere dall'esercizio 2003 e che continuerà nel 2011, rappresentano, in modo adeguato alle diversificate necessità territoriali, la programmazione annuale delle attività di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale, così come previsto all'art. 19, comma 7, della Legge Regionale 33/09.

Si conferma quindi che, per l'anno 2011, il contenuto del contratto oggi in essere tra le ASL ed i soggetti erogatori sia determinato attraverso la negoziazione delle valorizzazioni per le attività di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale erogate a favore di residenti in Regione Lombardia.

Per gli erogatori che non sottoscriveranno il contratto integrativo riportante le nuove condizioni discendenti dalla presente delibera e successive indicazioni della Direzione Generale Sanità e che non si saranno avvalsi della facoltà di recesso di cui all'ultimo comma dell'art. 11 del contratto tipo, si verrà a determinare l'impossibilità giuridica di erogare l'assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale a carico del servizio sanitario regionale.

Per ogni ASL, la contrattazione riguarderà tutta la produzione erogata a favore di pazienti lombardi dalle strutture ubicate nel territorio di propria competenza, e non solo, quindi, la quota relativa ai consumi dei propri residenti.

Le tariffe da utilizzare per valorizzare le prestazioni e misurare quindi il progressivo raggiungimento dei livelli economici contrattati, saranno esclusivamente quelle deliberate dalla Giunta. Per quanto riguarda il livello economico, i pazienti extra-regionali verranno remunerati a

produzione effettiva applicando alle prestazioni loro effettuate le medesime tariffe applicate per i pazienti lombardi.

Le previsioni di cui all'art. 1 comma 796 lettera O della Legge n. 296/06 troveranno applicazione nel 2011 in Regione Lombardia, così come già stabilito al punto del 3 deliberato della DGR VIII/4239 del 28/02/2007, prevedendo uno sconto del 18% per le prestazioni specialistiche afferenti alla branca laboratorio analisi e del 2% sulle prestazioni ambulatoriali afferenti alle altre branche specialistiche per gli erogatori di diritto privato. Al riguardo, ad integrazione di quanto già previsto dalla DGR VIII/10077 del 07/08/2009, si conferma che per tutta la specialistica ambulatoriale erogata da soggetti di diritto privato, gli sconti previsti dalla Legge n. 296/06 non siano applicati al di sopra della soglia del 97% oltre la quale, quindi, varranno solo le regressioni tariffarie previste nel contratto.

Tenuto conto che le risorse assegnate alle ASL riguardano le quote relative ai consumi sanitari dei propri residenti anche per le prestazioni usufruite extra-regione (mobilità passiva), mentre le risorse assegnate alle strutture erogatrici lombarde riguardano le prestazioni erogate per i cittadini lombardi, ciascuna ASL dovrà monitorare trimestralmente la quota necessaria al pagamento delle prestazioni erogate extra-regione (mobilità passiva) e comunicarle immediatamente alla Direzione Generale Sanità. E' obiettivo specifico dei Direttori Generali delle ASL il governo della mobilità passiva (extra – regione) che deve tendere a una riduzione progressiva.

Per le strutture che potranno essere messe a contratto nel corso del 2011, che hanno iniziato le attività nel corso del 2010 o potranno riattivare nel corso del 2011 attività già accreditate e a contratto sospese temporaneamente, ad esempio per lavori di adeguamento strutturale, le ASL terranno in considerazione, come riferimento per la proiezione annuale, le attività erogate in frazione di anno e, in seconda istanza, in mancanza di dati parziali, applicheranno il valore standard regionale rilevato per le medesime attività, di ricovero piuttosto che di specialistica ambulatoriale, erogate nel corso del 2010.

Non saranno comprese nella quota di risorse assegnate alle strutture erogatrici, in quanto saranno remunerate a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, fatte salve le valutazioni di tipo clinico - epidemiologico e di appropriatezza che dovranno essere effettuate entro il 31 luglio 2011:

1. in regime di specialistica ambulatoriale:

- a. le prestazioni di dialisi e di radioterapia già individuate con la DGR VII/19688 del 3 dicembre 2004 e con la DGR VIII/3776 del 13 dicembre 2006 ;

- b. la mammografia mono e bilaterale (codici del nomenclatore di specialistica ambulatoriale 87371, 87372), l'ecografia mammaria mono e bilaterale (codici del nomenclatore di specialistica ambulatoriale 88731, 88732) e di alcune diagnostiche endoscopiche dell'apparato gastroenterico (codice del nomenclatore di specialistica ambulatoriale 4523, 45231, 4525, 4524, 4824, 4542), essenziali per la diagnosi precoce di patologie oncologiche frequenti quali il tumore al seno ed al colon retto; nonché con le altre prestazioni ambulatoriali riferite alle campagne di screening di 1° livello (FOBT, ricerca del sangue occulto nelle feci - 90214, Pap test – 91385, 91484) e di 2° livello (colposcopia - 7021) organizzate dalle ASL; così come definito dalla DGR VIII/9173 del 30/03/2009.

2. in regime di ricovero e cura:

- le prestazioni relative ai DRG chirurgici con diagnosi principale di Neoplasia Maligna già individuate con la DGR VII/19688 del 3 dicembre 2004;
- le prestazioni relative ai DRG chirurgici con diagnosi principale di Neoplasia Benigna 225XX, 2273, 2274, 2374, 2375, 2376, 23770, 23771, 23772, 2379, 22801, 22802, 22809, 2130, 2132;
- le attività di chemioterapia effettuate in day hospital che prevederanno l'utilizzo di farmaci antineoplastici ad alto costo, così come da indicazioni regionali, avranno la remunerazione composta come segue: un rimborso, per ogni singolo accesso, finalizzato a finanziare i soli costi assistenziali, ancillari e generali di struttura, ed il rimborso del costo del farmaco che sarà rendicontato attraverso il File F. Per queste tipologie di prestazioni dovrà essere effettuata, in collaborazione con le farmacie ospedaliere e con gli oncologi medici, una stima di previsione dei consumi 2011 al fine di avere un riferimento rispetto al quale effettuare le opportune verifiche anche procedendo, se necessario, all'effettuazione di attività di audit clinico finalizzate a valutare l'appropriatezza nell'utilizzo di questi farmaci;
- i parti (DRG dal 370 al 375);
- le prestazioni relative ai dimessi da strutture con Pronto Soccorso, DEA o EAS con diagnosi principale come da allegato alla DGR VIII/3776 del 13 dicembre 2006. Per quanto riguarda la problematica relativa alle sindromi coronariche acute (SCA) – già evidenziata nella DGR VIII/404 del 26 luglio 2005 – si rileva che per le SCA NSTEMI (senza sovraslivellamento del tratto ST) sulla scheda di dimissione ospedaliera dovrà sempre essere utilizzata la codifica 4107x e che le stesse saranno considerate al di fuori dei contratti solo se entro le 24 ore dal ricovero effettueranno una procedura invasiva di angioplastica percutanea o di by-pass aorto – coronarico, ovvero se, così come evidenziato da ANMCO, si tratta di casi con grave instabilità clinica, elettrica od emodinamica per i quali il tempo di intervento è indicato in

poche ore. Al fine di favorire una corretta e moderna gestione dei casi appropriati si prevede l'esecuzione di audit clinici randomizzati per tutte le strutture coinvolte; audit supplementari saranno previsti nelle strutture in cui vi sarà uno scostamento rispetto al 2010 delle diagnosi di IMA NSTE maggiore del 10% ed un ricorso a procedure invasive maggiore del 15%.

- le prestazioni relative a pazienti dimessi da Unità Operative di riabilitazione specialistica afferenti alla Direzione Generale Sanità che abbiano avuto in atto nel giorno della loro accettazione una sindrome post-comatosa caratterizzata da un punteggio Glasgow Coma Scale < 13, documentato dal punteggio delle singole voci, e supportata da adeguata documentazione di valutazione clinica e strumentale. Al momento della dimissione la struttura di riabilitazione, secondo le modalità indicate con la circolare della Direzione Generale Sanità 45/SAN del 23 dicembre 2004, segnalerà sulla SDO l'evidenza della condizione clinica di sindrome post – comatosa;
- le prestazioni relative a pazienti dimessi da Unità Operative di riabilitazione specialistica che abbiano avuto in atto nel giorno della loro accettazione postumi di mielolesione traumatica, vascolare, infettiva, infiammatoria e post – chirurgica. I postumi di mielolesione devono essere caratterizzati da un livello su scala ASIA (american spinal injury association) compreso tra A e C ed il quadro clinico deve essere supportato da adeguata documentazione di valutazione clinica e strumentale. Al momento della dimissione la struttura di riabilitazione, secondo le modalità indicate con la circolare della Direzione Generale Sanità 45/SAN del 23 dicembre 2004, segnalerà sulla SDO l'evidenza della condizione clinica di postumi di mielolesione traumatica, vascolare, infettiva, infiammatoria e post – chirurgica;
- fino a 3 milioni di euro complessivi su base regionale le quote relative agli accompagnatori di pazienti ricoverati presso unità operative di cure palliative.

Al fine di garantire continuità ai servizi resi ai cittadini e di dare certezze contrattuali ai soggetti che attualmente erogano servizi per conto del servizio sanitario regionale (si ricorda che le condizioni negoziate per il 2010 terminano con la fine dell'esercizio stesso) si danno le seguenti indicazioni:

- Siglare entro il 31-12-2010 i contratti per l'esercizio 2011 dove si individua la valorizzazione relativa alle attività di ricovero e cura indicando un valore pari ai 3/12 di quanto negoziato tra ASL ed Erogatore per l'anno 2010; nell'articolo dove si individua la valorizzazione relativa alle attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale, di psichiatria e di ricovero e cura indicare un valore pari ai 3/12 di quanto negoziato tra ASL ed Erogatore per l'anno 2010.

- Definire entro il 31.03.2011 l'esatta valorizzazione delle risorse disponibili su base annua e la modalità di attribuzione dell'eventuale quota aggiuntiva destinata alle attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale definita dalle ASL sulla base dei criteri di seguito individuati.

Ciò in quanto la chiusura entro il 15 febbraio 2011 dell'esercizio 2010 permetterà:

1. per le attività ambulatoriali:

- di calcolare per ogni struttura il finanziamento 2010, comprensivo della quota calcolata applicando le regole contrattuali;
- lo stesso finanziamento, al netto del valore delle attività extrabudget, portato al 95%, costituirà la quota di risorse minime pre - assegnate per il 2011.
- le ASL avranno a disposizione 2 punti percentuali delle risorse finanziate per il 2009 alle singole strutture che saranno attribuiti elusivamente sulla base di specifici progetti finalizzati principalmente a:
 - ridurre i tempi di attesa delle prestazioni soggette a monitoraggio periodico delle attese;
 - favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti in età pediatrica in modo da evitare il più possibile delle interferenze con le attività lavorative dei genitori; la facilitazione dell'accesso si attua prevalentemente con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato;
 - compensare squilibri territoriali di concentrazione della domanda, con conseguente produzione eccessiva oltre la soglia del 106%, rispetto ad attività, quali quelle di laboratorio analisi, per le quali non è prevista la prenotazione.

I predetti progetti dovranno essere presentati e condivisi dalle ASL con gli erogatori in sede di conferenza dei Direttori Generali della ASL, delle Aziende Ospedaliere e dei rappresentanti legali delle strutture erogatrici di cui alla DGR VI/40903 del 29 dicembre 1998. Le risorse assegnate ai singoli erogatori sulla base di questi specifici progetti dovranno essere esplicitate nel contratto integrativo e non potranno prevedere criteri di remunerazione superiori rispetto a quanto previsto all'anno precedente.

Alle valorizzazioni prodotte tra il 97% e il 103% sarà applicato un abbattimento fino al 30%, e tra il 103% e il 106% fino al 60%. L'impegno e la possibilità di erogare prestazioni a carico del Servizio Sanitario Regionale vale fino al 106%.

La data ultima di definizione dei criteri e delle modalità di destinazione di queste risorse dovrà essere, come già detto, il 31 marzo 2011.

2. Per le attività di ricovero e cura si prevede di mantenere la quota di risorse contrattualizzata per il 2010.

Al di sopra dei valori soglia di attività contrattualmente definiti per attività di ricovero e cura, di specialistica ambulatoriale, di psichiatria e di neuropsichiatria infantile, si ritiene assolto l'impegno contrattuale di erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale, e vale la procedura di valutazione da effettuarsi da parte delle ASL territorialmente competenti. L'eventuale integrazione di risorse, a livello complessivo ASL e per le tipologie di prestazioni che dovessero registrare un eccessivo squilibrio tra domanda ed offerta, dovrà necessariamente essere concordata per iscritto ed integrare, con specifico “*addendum*”, il contratto tra la ASL ed i soggetti accreditati coinvolti nella erogazione delle citate prestazioni, compatibilmente con i budget delle aziende ASL, sentita la Direzione Generale Sanità e ad un valore economico non superiore comunque al 30% della relativa fatturazione.

Le quote di risorse indicate nei contratti saranno disponibili per i soggetti erogatori nella misura in cui gli stessi effettueranno prestazioni di valore corrispondente.

Per i soggetti iscritti al registro delle strutture accreditate come unico ente, afferenti alla DG Sanità, e che erogano sia prestazioni di ricovero e cura, sia ambulatoriali, è possibile prevedere uno spostamento di quote di risorse relative all'attività di ricovero e cura a favore delle attività ambulatoriali, nel caso in cui la struttura non raggiunga la soglia di risorse negoziata, a causa di eventi oggettivi.

La quota trasferita dovrà essere concordata con la ASL di riferimento che verificherà con la DG Sanità la compatibilità di sistema.

La citata variazione non potrà costituire elemento di consolidamento delle risorse assegnate per gli esercizi successivi. Non è invece possibile uno spostamento di risorse dall'attività ambulatoriale a quella di ricovero e cura, in quanto ciò, come già detto, non è compatibile con gli indirizzi programmatori della presente deliberazione.

La DGR VIII/4239 del 28 febbraio 2007 prevede, all'interno del percorso di riorganizzazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio, che questi debbano eseguire in sede almeno il 25% delle prestazioni erogate per conto del SSR. Nel caso di un Unico Soggetto Gestore, pubblico o privato accreditato, di più strutture delle quali una o più non esegua direttamente almeno il 25% delle prestazioni, si può provvedere alla riorganizzazione delle proprie strutture declassando a punto prelievi una delle strutture stesse. Anche in considerazione che il declassamento di un Servizio di

Medicina di Laboratorio a punto prelievi garantisce comunque l'accesso dell'utenza alle prestazioni e quindi garantisce il rispetto dell'equilibrio domanda offerta e del quadro clinico-epidemiologico . Pertanto, al fine di favorire tale percorso di riorganizzazione, si prevede che nel caso di Ente Unico Gestore di più strutture di Servizi di Medicina di Laboratorio, ubicati in ambiti territoriali differenti, che riclassifichi un Servizio di Medicina di Laboratorio a punto prelievi, il trasferimento delle quote di budget avvenga solo con l'assenso delle ASL di ubicazione delle strutture stesse avendo la garanzia che ciò si verifichi nel rispetto dell'equilibrio domanda offerta e del quadro clinico – epidemiologico.

Si precisa che gli atti amministrativi adottati dalle ASL dovranno conformarsi alle disposizioni di cui al presente atto ai sensi dell'art. 8 comma 15bis della legge regionale 33/2009 e successive modificazioni. Segue lo schema di contratto che dovrà essere utilizzato da tutte le ASL. Eventuali ulteriori definizioni riguardanti la appropriatezza di erogazione delle prestazioni ed il monitoraggio delle attività dovranno essere contenute in altri documenti che potranno essere allegati al presente contratto.

CONTRATTO INTEGRATIVO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA L'AZIENDA SANITARIA LOCALE E LA AZIENDA OSPEDALIERA/CASA DI CURA/OSPEDALE CLASSIFICATO/ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO/STRUTTURA AMBULATORIALE _____ PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI RICOVERO E DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DIAGNOSTICA STRUMENTALE.

PREMESSO

- 1. che con Deliberazione n. VI/47508 del 29.12.99 la Giunta Regionale ha, fra l'altro, approvato lo schema tipo di contratto tra l'ASL e i soggetti pubblici e privati erogatori di assistenza sanitaria in regime di ricovero e cura nonché ambulatoriale;*
- 2. che l'art. 11 di tale schema tipo prevede che "in caso di emanazione di norme legislative o regolamentari regionali, nonché di adozione di provvedimenti amministrativi regionali generali incidenti sul contenuto del contratto stipulato, lo stesso deve ritenersi automaticamente modificato ed integrato;*
- 3. che costituisce causa ostativa alla stipula del contratto la sussistenza di una sentenza di condanna che incide sulla moralità professionale, ai sensi dell'art. 38, comma 1, lett. c) del d.lgs. 12 aprile 2006, n. 163 e s.m.i.*
- 4. che con la Deliberazione n.del la Giunta Regionale:*
 - ha stabilito che l'attuale contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ASL ed erogatori sia integrato con l'indicazione delle valorizzazioni relative alle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale, nonché delle modalità di applicazione delle regressioni tariffarie sino alla soglia, specificata all'Art. 3, per cui le strutture si impegnano ad erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale;*
 - ha conferito alle singole ASL il mandato di integrare il richiamato schema tipo, secondo i criteri definiti al punto del medesimo provvedimento e che qui si intendono integralmente richiamate;*
- 5. così come già specificato a decorrere dall'anno 2008, il valore delle tariffe e il conseguente importo totale delle prestazioni consentono di remunerare anche gli oneri derivanti dall'applicazione dei contratti di lavoro già sottoscritti e in via di sottoscrizione;*

6. *che ai sensi dell'art. 22, comma 1 della legge regionale n.33/2009 gli erogatori aderiscono al Sistema Informativo Socio Sanitario regionale (SISS) secondo le modalità definite dalla Giunta regionale nell'ambito del progetto CRS-SISS.*

che in data tra l'ASL di..... e l'Ente..... si è stipulato un contratto, conforme allo schema tipo di cui sopra, per l'erogazione di prestazioni di ricovero e cura/ specialistica ambulatoriale/diagnostica strumentale

Dato atto che le parti, dopo approfondito esame di quanto dettagliato nel già citato punto della d.g.r. ne hanno condiviso le regole procedurali ed hanno raggiunto un accordo concernente le modalità applicative della negoziazione;

Visto l'art. 9, commi 8,9 della legge regionale n. 33/2009;

Tutto ciò premesso

tra

l'Azienda Sanitaria Locale

e

l'Azienda Ospedaliera/la Casa di Cura/l'Ospedale Classificato/l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico/la Struttura Ambulatoriale

si conviene e si stipula, ad integrazione del contratto già stipulato in data _____, le cui disposizioni rimangono in vigore tra le parti stesse, per non diversamente previsto dal presente contratto integrativo, con la sottoscrizione dei seguenti articoli:

Art. 1

Oggetto

Le presenti disposizioni, nelle parti corrispondenti e per il periodo indicato nel successivo art 8., integrano il contratto già stipulato tra le stesse Parti in data _____,

Art. 2

Ambito di applicazione

Le presenti disposizioni integrative al contratto già stipulato tra le stesse Parti in data _____, si applicano a tutta la produzione sia di attività di ricovero e cura che di attività legata alla erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale prodotta dalle strutture ubicate nel territorio della ASL per tutti i cittadini residenti in Regione Lombardia e non solo alla quota relativa ai consumi dei propri residenti. Per quanto riguarda il

livello economico i pazienti extraregionali verranno remunerati a produzione effettiva, secondo le tariffe vigenti in Lombardia nel periodo di erogazione delle prestazioni, che si ritengono adeguate complessivamente ai costi. Le prestazioni relative ai pazienti provenienti da altre regioni non sono definite nel loro valore in quanto la funzione di tutela dei cittadini spetta alle relative regioni ed ASL di residenza che sono tenutarie della quota capitolaria, della regolamentazione dell'accesso ai servizi e della erogazione degli stessi. Ciò non significa altresì che queste prestazioni non debbano essere prestate secondo gli stessi criteri di appropriatezza e di reale necessità che guidano l'erogazione dei servizi per i residenti lombardi e che le attività di controllo svolte dalle ASL sui propri erogatori riguardino anche l'appropriatezza e la correttezza delle prestazioni garantite ai cittadini non residenti in Regione Lombardia. Quanto appena detto vale sia per le prestazioni di ricovero che per quelle di specialistica ambulatoriale ed una particolare attenzione sarà posta nel valutare le prestazioni di ricovero a basso peso di cui all'allegato 2C del DPCM LEA e le prestazioni ambulatoriali per cui, sempre sulla base del citato DPCM, sono previste delle limitazioni di accesso. In relazione ai criteri temporali relativi all'ambito di applicazione delle norme contenute nella presente integrazione contrattuale, si precisa che per quanto attiene le attività di ricovero sono conteggiabili esclusivamente quelli con data di dimissione a decorrere dal 01.01.11 e per quanto attiene le prestazioni ambulatoriali sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate a far tempo dalla data dell'01.01.11

Art. 3

Valorizzazione per le attività di ricovero e di specialistica

Per il primo trimestre si individua una quota pari ai 3/12 di quanto negoziato per l'anno 2010 relativamente alle attività di ricovero e cura e di quelle di specialistica ambulatoriale individuata come segue

Ciò in quanto la chiusura entro il 15 febbraio 2011 dell'esercizio 2010 permetterà per le attività ambulatoriali di calcolare per ogni struttura il finanziamento 2010 totale calcolato applicando le regressioni tariffarie ed eventuali altre regole di valorizzazione per lo stesso anno negoziate.

Il valore della contratto relativo all'intera annualità sarà quindi definito entro e non oltre il 31 di marzo 2011. Per le attività di ricovero e cura la valorizzazione relativa alle attività garantite ai cittadini residenti in Lombardia viene individuata nella quota di € che è calcolata sulla base del contratto 2010, al netto delle prestazioni individuate secondo le specifiche e le modalità previste dalla DGR VIII/ ... che nel 2011 saranno finanziate in aggiunta alle attività contrattate. Resta fermo che l'attribuzione di queste risorse è subordinata alle indispensabili valutazioni inerenti l'appropriatezza riscontrata nel corso delle attività di controllo effettuate dalle ASL per l'anno 2010 ed alla possibilità reale, sempre verificata dalle ASL, di garantire da parte del

soggetto erogatore il massimo livello di appropriatezza di erogazione anche per l'anno 2011. Al raggiungimento della predetta quota, in assenza di previo accordo con la ASL, la struttura non è autorizzata ad erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale. L'eventuale integrazione di risorse, a livello complessivo ASL e per le tipologie di prestazioni che dovessero registrare un eccessivo squilibrio tra domanda ed offerta, sarà concordata per iscritto tra la ASL ed i soggetti accreditati coinvolti nella erogazione delle citate prestazioni, compatibilmente con i budget delle ASL, sentita la Direzione Generale Sanità e ad un valore economico non superiore comunque al 30% della relativa fatturazione. Per le attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero, la quota di risorse corrisponde a € pari al finanziato 2010, al netto delle attività remunerate al di fuori del contratto secondo le modalità previste dalla DGR VIII/ del relativa alle regole per l'esercizio 2011, portata al 95%, a cui sono da aggiungersi.....€ che corrispondono ad un'ulteriore quota pari a 2 punti percentuali di quanto finanziato alla struttura sempre al netto delle prestazioni extrabudget, attribuita dalla ASL secondo i progetti di cui all'Art. 4. Tra il 97% e il 103%, di quanto finanziato nel 2010 al netto dell'extrabudget, sarà applicato alle valorizzazioni prodotte un abbattimento fino al 30%, e tra il 103% e il 106%, di quanto finanziato nel 2010 al netto dell'extrabudget, fino al 60%. L'impegno ad erogare prestazioni a carico del servizio sanitario regionale vale fino a questa quota.

Per le attività di specialistica ambulatoriale erogata da soggetti di diritto privato, gli sconti previsti dalla Legge n. 296/06 non sono applicati al di sopra della soglia del 97% oltre la quale, quindi, valgono solo le regressioni tariffarie di cui sopra.

Al raggiungimento della predetta soglia, la struttura erogatrice accreditata, in assenza di previo accordo, non è autorizzata ad erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale. L'eventuale integrazione di risorse, a livello complessivo ASL e per le tipologie di prestazioni che dovessero registrare un eccessivo squilibrio tra domanda ed offerta, sarà concordata per iscritto tra la ASL ed i soggetti accreditati coinvolti nella erogazione delle citate prestazioni, compatibilmente con i budget delle aziende ASL, sentita la Direzione Generale Sanità e ad un valore economico non superiore comunque al 30% della relativa fatturazione. I corrispettivi disciplinati dal presente articolo devono tenere conto di quanto determinato dall'allegato relativo all'assistenza farmaceutica della DGR VIII del

Art. 4

Alla struttura è destinata una quota di risorse di € relativa alle attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale assegnate sulla base di specifici progetti (allegati al presente contratto) sviluppati con la finalità di ridurre i tempi di attesa delle prestazioni soggette a monitoraggio periodico delle attese e di favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti in età pediatrica in modo da evitare il più possibile delle interferenze con le attività lavorative dei genitori; la facilitazione dell'accesso si attua prevalentemente con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato. La predetta quota sarà riconosciuta previa valutazione del raggiungimento degli obiettivi definiti dal progetto di cui all'allegato del presente contratto.

Art. 5

Raggiungimento del valore di produzione assegnato

Le parti concordano che il raggiungimento del valore negoziato per le attività di ricovero e cura e di specialistica sarà valutato applicando ai volumi delle prestazioni erogate nel corso del 2011 le tariffe in vigore alla data di dimissione per i ricoveri ed alla data di effettuazione della prestazione o di chiusura del ciclo per la specialistica ambulatoriale. Le parti concordano altresì che sia le tariffe delle prestazioni di ricovero e cura sia quelle relative alla specialistica ambulatoriale sono aggiornate a decorrere dal 1° gennaio 2011 con il risultato di essere adeguate al tasso di inflazione programmata e di tenere conto delle disposizioni normative pubbliche e private vigenti relative ai rinnovi contrattuali e dell'ampliamento e perfezionamento dei flussi informativi di sistema.

Art. 6

Controllo dell'applicazione dei contenuti del contratto

Le Parti concordano di finalizzare le attività dei Nuclei Operativi di Controllo delle ASL, oltre che allo svolgimento dei compiti istituzionali indicati nella normativa regionale sul tema, anche a verifiche concernenti la corretta applicazione dei contenuti del presente contratto. Le Parti concordano inoltre che le eventuali minori valorizzazioni derivanti dall'esito dei controlli, al termine del processo di validazione delle contestazioni, incideranno, riducendolo, sul valore delle prestazioni sanitarie erogate nel periodo di validità del presente contratto .

Art. 7

Utilizzo del ricettario regionale per prescrizione di specialistica ambulatoriale e farmaceutica

I soggetti erogatori si impegnano al pieno rispetto delle indicazioni date con le DGR relativamente alla prescrizione effettuata dai propri specialisti di prestazioni ambulatoriali e farmaceutiche, il cui pieno rispetto rappresenta un'obbligazione contrattualmente rilevante.

Art.8

Validità e durata

Le presenti disposizioni integrative hanno validità per l'intero esercizio 2011, fatta salva la facoltà di recesso di cui all'art. 11 dello schema tipo di contratto approvato con DGR 45708/99 .

Letto, confermato e sottoscritto.

IL DIRETTORE GENERALE

*IL LEGALE RAPPRESENTANTE
DELLA STRUTTURA*

Unità d'Offerta Socio Sanitarie

Accreditamento

L'accreditamento istituzionale delle unità d'offerta consente l'erogazione di prestazioni per conto del servizio sociosanitario regionale. La remunerazione delle prestazioni attraverso tariffe regionali è invece subordinata alla messa a contratto della totalità o di parte dei posti accreditati.

Al fine del potenziare l'offerta e di garantire ai cittadini una maggiore libertà di scelta di servizi, si ritiene opportuno procedere alla liberalizzazione dell'accreditamento, spostando il livello programmatico sulla contrattazione, anche attraverso l'utilizzo del budget.

Pertanto a decorrere dal 1 gennaio 2011 potranno essere accreditate tutte le unità d'offerta in possesso dei requisiti previsti, in particolare potranno essere accreditate strutture o nuovi posti in strutture già accreditate solo se i requisiti oggettivi e specifici saranno posseduti per tutta la struttura/edificio.

La programmazione di volumi, risorse e budget, ad integrazione e modifica della DGR 8496/08, viene invece collocata nell'ambito della contrattualizzazione delle strutture, in base alle regole di negoziazione di cui al paragrafo successivo.

Con riguardo a unità d'offerta di proprietà di enti pubblici ed in particolar modo di enti locali, a modifica della DGR 8496/08, il soggetto titolare dell'accreditamento, e, conseguentemente del contratto, va individuato nel comune o in altro ente pubblico titolare del servizio, a meno che l'affidamento non avvenga a favore di soggetti affidatari "in house" o di società pubbliche o a partecipazione pubblica o di altri soggetti strumentali dell'ente pubblico stesso. In caso di affidamento del servizio in appalto a terzi, l'ente pubblico mantiene la titolarità dell'accreditamento ed è esso stesso il soggetto titolato per la stipula del contratto con la ASL, regolando i propri rapporti di gestione con l'appaltatore per il tramite di specifici capitolati, volti ad assicurare la corretta gestione della unità d'offerta ed impedire eventuali interruzioni nella erogazione delle prestazioni.

In particolare si specifica che il Comune può appaltare il servizio solo a seguito della stipula del contratto con la ASL, avendo cura di trasferire nel capitolato d'appalto le clausole contrattuali già sottoscritte con la ASL. Il capitolato d'appalto deve altresì risultare conforme alle regole regionali in materia di accreditamento, contrattazione e budget. In esito all'aggiudicazione l'appaltatore dovrà impegnarsi ad aderire alle clausole specifiche del contratto con la ASL, sottoscrivendole per adesione.

Tali disposizioni entrano in vigore dal 1 gennaio 2011, fatta salva l'esecutività dei contratti in essere fino alla scadenza naturale dell'appalto.

Tutti i contratti e gli atti tra privati che hanno ad oggetto trasferimenti di unità d'offerta o, comunque, il subentro di un altro gestore nella titolarità e/o nella gestione dell'unità d'offerta, quali, a titolo esemplificativo, cessione o affitto dell'unità d'offerta, scorporo, scissione o fusione per incorporazione o mediante costituzione di altro soggetto, ad eccezione della sole modificazioni della persona del legale rappresentante dell'ente gestore o della trasformazione di società, non possono essere stipulati se l'Ente gestore e/o la controparte degli atti predetti non abbiano

preventivamente richiesto, almeno 60 giorni prima della stipula degli atti predetti, all'ASL di competenza e alla Direzione Generale Famiglia Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia, il trasferimento dell'abilitazione all'esercizio e dell'accreditamento.

Si intendono approvate, con effetto dal 1 gennaio 2011, le modifiche del contratto tipo di cui all'Allegato 1, specificando che le medesime si intendono recepite nei contratti in essere così come specificamente previsto dall'art. 14 del contratto tipo.

Per le Unità d'Offerta che non sottoscriveranno il contratto integrativo riportante le nuove condizioni discendenti dalla presente delibera e successive indicazioni della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale si verrà a determinare l'impossibilità giuridica di erogare prestazioni a carico del servizio socio sanitario regionale.

Fatte salve le disposizioni di cui alla DGR 9735/09, a decorrere dal primo gennaio 2011 eventuali proroghe alla tempistica stabilita dai piani programma potranno essere concesse dalla ASL solo ed esclusivamente su istanza del legale rappresentante dell'unità d'offerta, corredata da idonee motivazioni, ed a seguito di preventivo assenso della Direzione Famiglia, fermo restando il termine massimo di adeguamento fissato al 31.12.2011.

Negoziiazione

Unità di offerta già soggette a budgettizzazione

Anche per il 2011 viene confermata la budgettizzazione dei servizi diurni e domiciliari per anziani e disabili (C.D.I., C.D.D., A.D.I./voucher sociosanitario), servizi di riabilitazione, servizi residenziali e semiresidenziali dell'area dipendenze, nonché delle prestazioni e funzioni già incluse nel budget per "altri costi".

I budget a livello di ASL vengono definiti provvisoriamente in misura pari al 100% dei rispettivi budget aziendali definitivi 2010.

Fino alla ridefinizione da parte della Regione dei budget assegnati alle singole ASL, il budget spettante in via provvisoria ad ogni unità d'offerta sociosanitaria, accreditata e a contratto per l'anno 2010, è determinato in misura non superiore al 98% del budget contrattato in via definitiva per lo stesso anno.

Per le unità d'offerta messe a contratto (in tutto o in parte) nel corso del 2010 il budget 2011 potrà essere definito rapportando ad anno intero le prestazioni riferite solo ad una parte del 2010.

Per i servizi di riabilitazione si intendono confermate per l'anno 2011 le disposizioni relative al possibile utilizzo di 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. E' altresì confermata la possibilità di remunerare le prestazioni ambulatoriali cosiddette indirette, nell'ambito del budget assegnato, fino ad un massimo del 20% di quanto rendicontato per tutte le prestazioni ambulatoriali.

Per l'anno 2011 non è soggetta a budgettizzazione la remunerazione a tariffa spettante alle comunità terapeutiche accreditate per il ricovero di tossicodipendenti agli arresti domiciliari o in affidamento in prova residenti in A.S.L. lombarde.

Unità di offerta ed interventi di nuova budgettizzazione

A decorrere dal 2011 vengono assoggettate a budgettizzazione **anche R.S.A., R.S.D., C.S.S. e hospice.**

I budget a livello di A.S.L. vengono definiti provvisoriamente in misura pari al 100% della remunerazione complessiva riconosciuta nell'esercizio 2010 per le diverse tipologie di unità di offerta.

Per le singole strutture, il budget provvisorio è determinato in misura non superiore dell'ammontare corrispondente al 98% della remunerazione relativa a tutti posti accreditati nel 2010, calcolata assumendo a riferimento la tariffa media giornaliera riconosciuta alle singole unità d'offerta nello stesso esercizio, tenuto comunque conto dei livelli di saturazione, riferiti all'utenza lombarda, riscontrati nel corso del 2010.

Vengono altresì assoggettati a budgettizzazione gli **S.M.I., i consultori familiari privati, i voucher**

ed i contributi ai familiari caregiver previsti dalle dd.gg.rr. 6 agosto 2008, n. 7915 e 16 settembre 2209, n. 10160.

Per queste unità di offerta ed interventi i budget a livello di A.S.L. vengono definiti provvisoriamente in misura pari al 100% della remunerazione complessiva riconosciuta per l'esercizio 2010, mentre il budget assegnabile dalle ASL ai singoli erogatori non è soggetto a limiti specifici, fermo restando il rispetto del budget di ASL.

Indicazioni per la negoziazione e la contrattualizzazione dei soggetti erogatori accreditati

Al fine di garantire continuità ai servizi resi ai cittadini e di dare certezze contrattuali ai soggetti che attualmente erogano servizi socio sanitari le ASL sono tenute a stipulare entro il 31 dicembre 2010 i contratti integrativi per l'esercizio 2011 definendo i budget provvisori nel rispetto delle regole di cui al presente allegato.

Nella fase di negoziazione e di successiva contrattualizzazione è necessario che le ASL rendano evidenti i criteri di assegnazione delle risorse agli enti gestori. A tale scopo, si ricorda che i riferimenti principali rispetto ai quali procedere sono rappresentati:

- dalla programmazione locale basata sull'analisi dei bisogni territoriali per le specifiche unità d'offerta
- da elementi rappresentativi della qualità dei servizi offerti
- dalle rette applicate
- dagli esiti delle attività di vigilanza e controllo condotte dai servizi competenti dell'ASL.

Per le unità d'offerta realizzate con finanziamenti statali o regionali, potranno essere messi a contratto i soli posti realizzati con detti finanziamenti, assumendo a riferimento la tariffa media giornaliera riconosciuta alle singole unità d'offerta nello stesso esercizio.

Le unità d'offerta accreditabili ai sensi delle deliberazioni della Giunta Regionale n. 10804/2009, n. 11080/2010 e n. 11262/2010, nei limiti fissati dagli stessi provvedimenti regionali, con istanze di accreditamento presentate entro il 31 dicembre 2010, ed in possesso di tutti i requisiti previsti, saranno messe a contratto. Per le unità d'offerta già a contratto nel 2010, il budget 2011 verrà rideterminato a seguito dell'incremento dei volumi messi a contratto; per le unità d'offerta messe a contratto nel 2011, il budget verrà determinato prendendo a riferimento tariffa giornaliera e saturazione medie di ASL per l'anno 2010.

I budget aziendali ed i finanziamenti alle ASL saranno determinati con atti del Direttore Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale e potranno essere rideterminati in relazione alla verifica degli andamenti della spesa in occasione delle chiusure trimestrali al fine di assicurare l'equilibrio economico-finanziario del sistema di interventi in area sociosanitaria.

Con gli stessi atti verranno date ulteriori indicazioni per:

- la determinazione dei budget definitivi assegnabili alle singole unità d'offerta per il 2011;
- la remunerazione della qualità aggiunta per i servizi diurni e domiciliari per anziani e disabili, intendendosi superate le disposizioni di cui al punto 4 dell'allegato 16 della d.g.r.

10804/2009;

- la contrattualizzazione e la remunerazione di nuove unità d'offerta o di ulteriori parti di unità d'offerta accreditate ex novo;

Ad integrazione e modifica della DGR 3257/2006, per i soggetti gestori riconosciuti come Ente Unico, fatto salvo che i contratti sono definiti a livello di singola struttura, è possibile effettuare spostamenti di budget tra unità d'offerta, anche se ubicate in ASL diverse, a condizione che vi sia un preventivo assenso delle ASL coinvolte e della competente Direzione Generale di Regione Lombardia. Tali variazioni di budget dovranno essere recepite nei contratti sottoscritti.

Revisione delle tariffe per le RSA

Al fine di produrre una semplificazione delle modalità di tariffazione delle prestazioni erogate dalle RSA, nelle more della revisione dell'intero sistema, viene introdotta, con decorrenza 1 gennaio 2011, una nuova struttura tariffaria da riferirsi all'utenza tipica, a cui dovranno essere ricondotte le attuali 8 classi SOSIA. In sede di prima applicazione, tale nuovo sistema di classificazione dovrà riferirsi unicamente alla tariffazione ed alla rendicontazione economica delle giornate, fermo restando il mantenimento del sistema SOSIA per tutti i restanti aspetti clinici ed informativi riferiti all'utenza.

Pertanto, le tariffe giornaliere per le Residenze Sanitarie Assistenziali per Anziani (R.S.A) vengono così modificate a partire dall'1 gennaio 2011:

Nuova classe tariffaria	Classi Sosia accorpate	Tariffa giornaliera
A	1, 2	49,00
B	3, 4, 5, 6	39,00
C	7, 8	29,00

SCHEMA TIPO DI CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA L'AZIENDA SANITARIA LOCALE (ASL) E LE UNITA' D'OFFERTA SOCIOSANITARIE ACCREDITATE

Tra

L'azienda sanitaria locale (ASL).....con sede legale a.....
in via.....n.....codice fiscale.....,
nella persona del direttore generale, legale rappresentante pro-tempore,
....., domiciliato per la carica presso la sede dell'ASL, con l'assistenza
del direttore sociale;

e l'ente gestore

....., con sede legale a.....in
via....., codice fiscale....., nella persona del
Sig....., in qualità di legale rappresentante pro-tempore/ amministratore,
per l'unità d'offerta sociosanitaria denominata....., con
sede a in via....., codice di struttura n.....;

Premesso che:

- l'ASL....., di seguito denominata ASL, intende avvalersi di (ente gestore)....., di seguito denominato ente gestore, che gestisce l'unità d'offerta sociosanitaria denominata.....ubicata nel comune di.....in via....., per l'erogazione di prestazioni/servizi.....a beneficio delle persone.....;
- l'ente gestore ha presentato la DIA per l'esercizio della unità d'offerta con atto in data..... (oppure è in possesso di autorizzazione), nel rispetto delle disposizioni regionali e della vigente normativa, relativamente a.....;
- con deliberazione della Giunta regionale in data.....n....., l'ente gestore è stato accreditato per l'esercizio della unità d'offerta denominata....., per e che pertanto la medesima unità d'offerta risulta iscritta nel registro regionale istituito presso la Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia;
- l'ente gestore, pertanto, intende mettere a disposizione dell'ASL n. posti /prestazioni.....(inserire se è il caso anche la riserva di posti di sollievo) autorizzati/accreditati che verranno remunerati nei limiti delle risorse assegnate con riguardo alle unità d'offerta sottoposte a budget;
- l'ente gestore ha comunicato che le rette giornaliere (chiarire se trattasi di retta unica e/o rette massima, media, minima) praticate agli ospiti della unità d'offerta, alla data di stipulazione del presente atto, sono le seguenti.....e si impegna a comunicare alla ASL tutte le variazioni di retta;

tutto ciò premesso, si stipula quanto segue

ART.1

Premesse

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

ART.2

Oggetto

1. Il presente contratto definisce i rapporti giuridici ed economici derivanti dalla erogazione di prestazioni sociosanitarie da parte dell'ente gestore, in relazione all'esercizio dell'unità d'offerta denominata....., con oneri a carico dell'ASL, nei limiti stabiliti dalla Regione Lombardia e fatta salva la partecipazione ai costi da parte dell'utente, ai sensi della vigente normativa.
2. L'ASL si avvale pertanto dell'ente gestore per l'assistenza.....a favore di utenti.....
3. L'ente gestore garantisce le prestazioni di assistenza....., mediante l'unità d'offerta denominata..... e utilizzando le strutture, le attrezzature, i servizi, il personale secondo i criteri e gli standard definiti dalla Regione Lombardia.

ART. 3

Mantenimento dei requisiti e vigilanza

1. L'ente gestore si impegna a garantire l'erogazione delle prestazioni certificando il numero, la professionalità ed il rapporto di lavoro del personale impiegato nella unità d'offerta.
2. L'ente gestore si impegna a comunicare tempestivamente all'ASL ogni eventuale variazione che dovesse intervenire, così rilevante da incidere sul possesso dei requisiti o sull'organizzazione, e autocertifica, annualmente entro il 31 gennaio, il mantenimento degli standard di personale, nonché il mantenimento di tutti gli altri requisiti di esercizio e di accreditamento della unità d'offerta.
3. L'ASL, nell'esercizio delle funzioni di vigilanza, può accedere a tutti i locali della unità d'offerta ed assumere informazioni dirette dal personale, dagli ospiti e dai loro familiari; può accedere alla documentazione relativa al rapporto di accreditamento o, comunque, rilevante ai fini dell'esercizio dell'unità d'offerta, al fine di verificare quanto dichiarato dall'ente gestore. Al termine del sopralluogo, l'ASL redige il verbale in contraddittorio con il gestore o persona incaricata dall'ente gestore, nel quale sono indicati i motivi del sopralluogo, i requisiti valutati, la documentazione acquisita dall'ASL. Tale verbale è congiuntamente sottoscritto dall'ASL e dal gestore o persona da esso incaricata. Nel caso in cui le azioni svolte ed i dati rilevati non consentano l'immediata assunzione di decisioni

in merito ad eventuali prescrizioni o provvedimenti, per tali aspetti, entro il termine massimo di 15 giorni, l'ASL predispone una comunicazione integrativa. In ogni caso è prevista la possibilità di controdeduzioni da parte del Legale Rappresentante, entro 15 gg dalla data del sopralluogo.

4. Le parti danno atto che l'esito dell'accertamento determina l'adozione dei provvedimenti previsti dalla linee guida regionali in materia di vigilanza sulle unità d'offerta sociosanitarie, con gli eventuali conseguenti effetti nei confronti del presente contratto.

ART.4

Obblighi di carattere generale

1. L'ente gestore si impegna a:

- a) rispettare tutti gli adempimenti previsti come requisiti per l'esercizio e l'accreditamento delle unità d'offerta socio sanitarie indicati e richiamati nella DGR n. del
- b) concorrere al rispetto ed alla attuazione dei principi, delle indicazioni e degli adempimenti previsti nella l.r. 3/2008 a carico degli enti gestori;

In particolare, l'ente gestore si impegna a:

- a) rispettare i criteri di accesso prioritario alle prestazioni definiti a livello locale, in attesa delle disposizioni applicative, di cui all'art.6, comma 3°, della legge regionale 12 marzo 2008, n.3, stabilite dalla Regione;
- b) verificare che all'atto dell'accesso, gli assistiti abbiano le caratteristiche e manifestino le condizioni di bisogno previste per il tipo di unità d'offerta gestito;
- c) assicurare che la presa in carico della persona assistita avvenga secondo criteri di appropriatezza e favorendo la continuità assistenziale, segnalando eventuali situazioni complesse all'ASL ed al Comune;
- d) informare le persone e le famiglie sulle prestazioni offerte, sulle condizioni per accedervi, sulla possibilità di accedere ad altre unità d'offerta accreditate in ragione dei bisogni personali di assistenza espressi e nei limiti delle informazioni ricavabili dal sistema informativo regionale, sulle modalità per esprimere il consenso informato, sulle rette praticate e sulle modalità per accedere a forme di integrazione economica o ad altri benefici;
- e) prendere in carico l'assistito in maniera personalizzata e continuativa e coinvolgerlo nella formulazione dei relativi progetti di assistenza, nel rispetto delle indicazioni fornite dalla Regione o dall'ASL;
- f) fornire all'assistito una valutazione globale, scritta, del proprio stato di bisogno;
- g) informare il Comune di residenza dell'assistito dell'accesso alla unità d'offerta o, nei casi in cui l'accesso sia disposto d'urgenza, dell'accettazione del ricovero. In caso di cittadino non lombardo, dovrà essere richiesto il preventivo assenso al ricovero da parte del soggetto tenuto a farsi carico della relativa quota sanitaria;
- h) informare il competente ufficio dell'ASL sulle condizioni psico-fisiche dell'assistito qualora si rinvenga la necessità della nomina di un tutore o di un amministratore di sostegno;

- i) assicurare la presenza dei familiari o delle persone di fiducia da loro delegate e assicurare la costante informazione sulla condizione degli assistiti e sulla assistenza praticata nel rispetto delle norme in materia di tutela della privacy;
- j) assicurare l'accesso alla unità d'offerta dei ministri di culto, dei volontari e delle altre persone la cui presenza sia richiesta dagli utenti, nel rispetto dei protocolli vigenti nella unità d'offerta;
- k) informare l'assistito, il suo legale rappresentante e i suoi familiari, in modo chiaro e fin dal momento della richiesta di accesso, circa la possibilità di chiedere l'intervento del difensore civico del Comune in cui ha sede legale l'unità d'offerta, in tutti i casi in cui sia negata o limitata la fruibilità delle prestazioni nonché per ogni eventuale necessità, informarlo della possibilità di accedere all' Ufficio di Relazioni con il Pubblico e all'Ufficio di Pubblica Tutela dell'ASL competente ;
- l) dotarsi della carta dei servizi che deve essere tenuta aggiornata e distribuita;
- m) dotarsi di sistemi di contabilità analitica, nei termini stabiliti dalla Regione, al fine di dimostrare il corretto rapporto tra risorse impiegate e prestazioni erogate; promuovere sistemi di controllo di gestione ed altri eventuali metodi di valutazione dei risultati, dandone informazione all'ASL;
- n) partecipare ad iniziative promosse dall'ASL o previste nei piani di zona, rivolte ad attuare l'integrazione tra la programmazione della rete di offerta sociale e la rete di offerta sociosanitaria e tese al miglioramento della qualità del servizio;
- o) dotarsi di un codice etico secondo quanto indicato nei provvedimenti regionali, dandone atto nella carta dei servizi, la cui violazione contestata per iscritto ed in assenza di giustificazioni ritenute valide, ad insindacabile e motivato giudizio dell'ASL, costituirà causa di risoluzione di diritto del presente contratto;
- p) a garanzia di sinistri che possono derivare agli utenti o a terzi durante l'espletamento del servizio, si impegna a stipulare idoneo contratto assicurativo di responsabilità civile esonerando l'ASL da ogni responsabilità a riguardo;
- q) redigere e rilasciare, nei casi di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, la certificazione delle rette ai fini fiscali;
- r) non richiedere alcun corrispettivo per lo svolgimento di tutte le pratiche e procedure preliminari all'ingresso dell'utente.

ART. 5

Sistema tariffario e pagamenti

1. L'ASL è tenuta ad erogare all'ente gestore delle unità d'offerta, nel rispetto delle disposizioni regionali vigenti, le tariffe previste dalla Regione Lombardia, nei limiti delle risorse assegnate con riguardo alle unità d'offerta sottoposte a budget .
2. L'ASL anticipa mensilmente acconti, pari all'85% di un dodicesimo del fatturato dell'anno precedente oppure, in caso di unità d'offerta nuova, del fatturato teorico comunque coerente con il piano di inserimento degli ospiti, e garantisce inoltre l'erogazione del saldo trimestrale spettante, entro i successivi 60 giorni dall'avvenuto ricevimento della fattura.

3. L'avvenuto pagamento del saldo non pregiudica il recupero di somme che, sulla base dei controlli effettuati nei confronti della unità d'offerta, risultassero non dovute o dovute solo in parte.
4. L'ente gestore si impegna ad emettere mensilmente fatture, o altra documentazione contabile idonea, al fine del pagamento degli acconti, e ad emettere, entro il mese successivo alla scadenza di ogni trimestre, le fatture relative ai saldi trimestrali, recanti le classificazioni dei singoli ospiti desunte dal sistema informativo in vigore, secondo la modulistica regionale.
5. Ferma restando la possibilità di decurtare, recuperare o ridurre le somme previste a titolo di tariffa, sulla base di provvedimenti assunti dall'ASL al termine di accertamenti condotti sulla unità d'offerta, è fatta salva la facoltà della stessa ASL di sospendere l'erogazione parziale o totale dei pagamenti effettuati a qualsiasi titolo, in tutti i casi in cui siano in corso controlli per l'accertamento di gravi violazioni della normativa vigente, dei requisiti per l'esercizio e per l'accreditamento, delle clausole per presente contratto.
6. Per i servizi residenziali, le giornate di accettazione e di dimissione sono considerate come un'unica giornata, quindi dovrà essere pagata solo la giornata di accettazione. Analogamente, per i periodi di assenza, sono considerate come unica giornata quella di uscita e quella di rientro, quindi dovrà essere pagata solo quella di rientro, e sono calcolati come assenze i giorni tra queste due date.
7. Con riferimento alle unità di offerta sottoposte a budget, si dovrà sottoscrivere annualmente un allegato, parte integrante del presente contratto, in ottemperanza alle disposizioni regionali.
8. L'eventuale remunerazione aggiuntiva di qualità, sarà erogata in attemperanza alle disposizioni regionali.

ART. 6

Modalità di registrazione e codifica delle prestazioni

1. L'ente gestore si impegna a compilare, conservare e trasmettere la documentazione sociosanitaria relativa alla unità d'offerta, nel rispetto delle indicazioni regionali e della normativa in materia di tutela della privacy.
2. L'ASL, nell'ambito dell'attività di vigilanza, compie i controlli sulla appropriatezza delle prestazioni e l'aderenza delle caratteristiche degli assistiti a quanto riportato nella documentazione relativa ai fascicoli sociale e sanitario.
3. I controlli previsti dal presente articolo sono effettuati alla presenza ed in contraddittorio con la persona incaricata dall'ente gestore, con l'eventuale assistenza dei membri dell'equipe sociosanitaria responsabile della tenuta della documentazione.
4. L'ente gestore si impegna ad adempiere al debito informativo nei confronti dell'ASL e della Regione Lombardia, che costituisce condizione per l'accesso alle risorse regionali, nei termini e secondo le modalità stabiliti dalla Regione e dall'ASL.

ART. 7

Sistema aziendale per il miglioramento della qualità

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

ART. 8

Eventi modificativi e cause di risoluzione del contratto

1. L'ente gestore si impegna al rispetto delle linee guida regionali in materia di esercizio, accreditamento e vigilanza sociosanitaria, dando atto di conoscerne il contenuto, ed in particolare che:
 - a) l'accreditamento, alla pari dell'autorizzazione (o della D.I.A), non è cedibile a terzi, in mancanza di un atto regionale che ne autorizzi il trasferimento;
 - b) i requisiti dell'autorizzazione (o della DIA) e dell'accreditamento sono condizione indispensabile perché il presente contratto produca effetti tra le parti;
 - c) la perdita di un requisito soggettivo od oggettivo - strutturale, gestionale, tecnologico ed organizzativo - previamente accertato dall'ASL, determina la revoca del provvedimento di accreditamento, che è disposta con delibera della Giunta Regionale e la risoluzione di diritto del contratto. Nel corso del procedimento per la revoca dell'accreditamento, il contratto è sospeso. Con riguardo a specifiche fattispecie, l'ASL, ove rinvenga la possibilità di un ripristino delle condizioni che danno origine al rapporto di accreditamento, può prescrivere un termine per la regolarizzazione della situazione, disponendo comunque la sospensione o la decurtazione dei pagamenti delle prestazioni rese nel periodo in questione;
 - d) con la sola eccezione della modificazione della persona del legale rappresentante o dell'amministratore dell'ente gestore e della trasformazione di una società (es. da società di capitali a società di persona o viceversa), ogni evento che dovesse comportare lo scioglimento, la fusione o il cambio dell'ente gestore comporta la necessità di stipulare un nuovo contratto di accreditamento e quindi la decadenza del presente contratto;
 - e) l'affidamento a terzi della gestione dell'unità d'offerta determina l'obbligo della volturazione della DIA e dell'accreditamento ed un nuovo contratto di accreditamento e, quindi, comporta la decadenza del presente contratto;
 - f) la cessione del contratto a terzi, non conformemente a quanto indicato nei provvedimenti regionali, non produce effetti nei confronti dell'ASL e determina la revoca dell'accreditamento e la risoluzione di diritto del presente contratto;
 - g) la cessione di crediti derivanti dal presente contratto è soggetta alla disciplina vigente in materia di contratti pubblici.

2. Tutti i contratti e gli atti tra privati che hanno ad oggetto trasferimenti di unità d'offerta o, comunque, il subentro di un altro gestore nella titolarità e/o nella gestione dell'unità d'offerta, quali, a titolo esemplificativo, cessione o affitto dell'unità d'offerta, scorporo, scissione o fusione per incorporazione o mediante costituzione di altro soggetto, ad eccezione della sole modificazioni della persona del legale rappresentante dell'ente gestore o della trasformazione di società, non possono essere stipulati se l'Ente gestore e/o la controparte degli atti predetti non abbiano preventivamente richiesto, almeno 60 giorni prima della stipula degli atti predetti, all'ASL di competenza e alla Direzione Generale Famiglia Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia, il trasferimento dell'abilitazione all'esercizio e dell'accreditamento.
3. La stipula dei contratti e degli atti sopra indicati in assenza della richiesta preventiva di volturazione o comunque prima del decorso del termine di 60 giorni dalla richiesta stessa costituisce grave inadempimento che comporta a carico dell'ente gestore il pagamento di una penale di importo pari ad Euro _____, salvo il risarcimento del maggior danno, con diritto della ASL di compensare i crediti derivanti dall'applicazione delle penali con le somme eventualmente dovute all'Ente gestore in virtù del contratto.
4. In presenza dell'inadempimento sopra indicato, il presente contratto potrà essere risolto di diritto, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1456 cod.civ., e potrà essere disposta la revoca dell'accreditamento.
5. Nel caso in cui la volturazione venga negata, l'ente gestore non potrà perfezionare gli atti sopra indicati e l'eventuale stipula degli atti predetti costituirà grave inadempimento del presente contratto al quale si applicheranno le conseguenze previste ai precedenti commi 2 e 3.
6. Nel caso in cui, decorsi i 60 giorni dalla richiesta, la volturazione non sia stata concessa ma neanche negata salvi i caso in cui il termine sia stato interrotto dalla richiesta di chiarimenti o di integrazioni della documentazione prodotta, l'ente gestore potrà perfezionare gli atti sopra indicati senza che la stipula degli stessi costituisca inadempimento al presente contratto; tuttavia tali atti resteranno comunque inefficaci ai fini del rapporto con la ASL fino a quando non venga autorizzato il trasferimento dell'abilitazione all'esercizio e dell'accreditamento, secondo le modalità previste nella Delibera Giunta Regionale 26 novembre 2008, n. 8/8496 e successive integrazioni e modificazioni.
7. E' vietata la cessione del contratto senza il consenso dell'ASL. L'eventuale cessione del contratto in violazione del presente divieto darà diritto alla ASL di risolvere il contratto medesimo, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1546 cod. civ.; con immediata sospensione dei pagamenti, nonché di richiedere il pagamento di una penale pari ad Euro _____, salvo il risarcimento del maggior danno e di compensare i crediti derivanti dall'applicazione delle penali con le somme eventualmente dovute all'Ente gestore in virtù del contratto.

8. Fermo quanto previsto ai commi precedenti, l'ente gestore prende atto che in tutti i casi di subentro di un nuovo soggetto nella titolarità o nella gestione dell'unità di offerta, il gestore subentrante dovrà stipulare un nuovo contratto.
9. Tuttavia, il provvedimento di accreditamento e il presente contratto resteranno efficaci sino al giorno in cui l'accREDITAMENTO sarà volturato a favore del soggetto subentrante e l'ASL avrà sottoscritto con quest'ultimo un nuovo contratto.
10. L'ente gestore, pertanto, si obbliga, a proseguire la gestione dell'unità di offerta agli stessi patti e condizioni previsti nel provvedimento di accREDITAMENTO e nel presente contratto fino a quanto l'accREDITAMENTO non sarà volturato a favore del nuovo gestore e l'ASL non avrà sottoscritto con lo stesso un nuovo contratto.

ART. 9

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

Unità d'offerta di proprietà del soggetto accreditato

Il soggetto accreditato (gestore dell'unità d'offerta) si impegna, sino alla scadenza del presente contratto, e comunque entro i termini fissati dal finanziamento se precedente, a non alienare a terzi la proprietà e i diritti reali sull'immobile relativo alla unità d'offerta accreditata e che ha costituito oggetto di finanziamento pubblico. Il soggetto accreditato si impegna, inoltre, a non modificare la destinazione d'uso del medesimo bene finanziato. Le parti convengono che l'alienazione della proprietà o di diritti reali sul bene finanziato o la modifica della destinazione d'uso del bene medesimo comporta la risoluzione di diritto del contratto di accREDITAMENTO, ai sensi dell'art.1456 c.c.salvo le eccezioni previste dalla Linee guida.

Unità d'offerta di proprietà di soggetto diverso dal soggetto accreditato

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

ART. 10

Controversie

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

ART. 11

Durata

1. Il presente contratto ha validità di tre anni con decorrenza dalla data di stipulazione. Novanta giorni prima della scadenza, ricorrendone i presupposti, in relazione alla permanenza dei requisiti ed agli obiettivi della programmazione sociosanitaria regionale e locale, le parti si impegnano a negoziare i contenuti del nuovo contratto.
2. In caso di cessazione dell'attività, corre l'obbligo per il gestore di darne preventiva comunicazione all'ASL con preavviso di almeno 90 giorni, garantendo comunque la continuità delle prestazioni per tale periodo.

ART. 12

Clausola penale

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

ART. 13

Allegati

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

Art. 14

Recepimento di disposizioni regionali e accordi applicativi

1. Le parti danno atto che il presente contratto si intende automaticamente modificato o integrato per effetto di sopravvenute disposizioni regionali il cui contenuto comunque deve

essere formalmente reso noto dall'ASL all'ente gestore, con indicazione dei termini relativi alle diverse obbligazioni.

2. In tutti i casi in cui si rinvenga la necessità di apportare modifiche o integrazioni al presente contratto, per mezzo di clausole integrative, queste dovranno preventivamente essere sottoposte all'autorizzazione della Regione.

ART. 15

Norma di rinvio

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

Letto, confermato e sottoscritto.

Data e luogo.

IL DIRETTORE GENERALE ASL

IL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'ENTE GESTORE

Clausole da inserire nei contratti in relazione alle specifiche unità d'offerta

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

Lo schema tipo di contratto di accreditamento, proposto con il presente provvedimento, andrà integrato mediante l'inserimento di clausole specifiche dedicate a singole tipologie di unità d'offerta.

“Oggetto”:

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

“Obblighi di carattere generale”

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

“Sistema tariffario e pagamenti”

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

*“Le assenze temporanee degli ospiti dei CDD dovute a malattie, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di 10 gg consecutivi” ;
(a valere per C.D.D. ivi compresi i disabili ex DGR n. 5000/2007)*

*“Le assenze per ricoveri ospedalieri degli ospiti dei CDI, possono essere esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di 15 giorni consecutivi”.
(a valere per C.D.I. ivi compresi i disabili ex DGR n. 5000/2007)*

“Per i posti letto di sollievo accreditati messi a disposizione con il presente contratto, l'ASL si impegna al pagamento della tariffa base anche per i giorni nei quali i posti letto dovessero rimanere non occupati”. (a valere per R.S.A. – R.S.D.)

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

- *il soggiorno sia organizzato direttamente dal gestore e sia previsto nel P.A.I. della persona assistita*

- sia garantito anche presso la destinazione climatica lo standard di personale previsto dall'accreditamento
- non venga superato il budget annuale” **(a valere per C.D.D. e C.D.I. ivi compresi i disabili ex DGR n. 5000/2007)**

“Per i minori disabili, per i quali il programma personalizzato preveda un raccordo con la scuola, dove sono inseriti, e si renda necessario un intervento degli educatori del centro presso la scuola stessa, è possibile rendicontare la frequenza scolastica ai fini delle presenze e provvedere alla conseguente remunerazione.” **(a valere per C.D.D.)**

“In caso di apertura giornaliera superiore alle 8 ore verrà riconosciuta la tariffa massima equivalente ad una giornata/persona, anche per un utente che ne usufruisca per poche ore. L'unico vincolo è che alla somma di più part-time che si alternano nella stessa giornata senza che ciò comporti uno splafonamento rispetto al n. di posti accreditati (purché non superino il totale delle ore di apertura giornaliera del servizio) verrà comunque riconosciuta una sola giornata/persona nella misura della tariffa massima prevista” **(a valere per C.D.I.)**

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

“E' riconosciuto il pagamento della prestazione relativa a regime diurno continuo, purché il ciclo sia stato svolto per almeno l'80%”.

“In caso di ricovero di paziente minore:

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

“Sono rendicontabili e remunerabili le prime visite cui segue una presa in carico riabilitativa in regime ambulatoriale o domiciliare”. **(a valere per le Strutture di riabilitazione)**

La certificazione delle rette ai fini fiscali

La certificazione avente ad oggetto il pagamento della retta e la sua composizione, a cura dei soggetti gestori, è stata introdotta dalla DGR 21 marzo 1997, n. 26316, ai sensi della quale la parte sanitaria della retta viene determinata al fine di consentirne la deduzione o la detrazione fiscale.

Infatti, la disciplina fiscale prevede espressamente che, in caso di ricovero di un anziano o di persona con invalidità civile riconosciuta o con handicap in istituto di assistenza non sia possibile portare in detrazione o deduzione l'intera retta pagata, ma solo la parte che riguarda le spese mediche e le spese paramediche di assistenza specifiche e a tal fine si prevede il rilascio di apposita attestazione da parte dell'istituto di assistenza.

I modelli unico e 730, con le relative istruzioni, sono approvati con provvedimento dell'Agenzia delle Entrate, pubblicato sulla G.U. (per l'anno 2006, si veda GU 8 febbraio 2007, n.31).

Testualmente le istruzioni del rigo E1 colonna 2 : *“In caso di ricovero di un anziano in un istituto di assistenza e ricovero la detrazione non spetta per le spese relative alla retta di ricovero e di assistenza, ma solo per le spese mediche che devono essere separatamente indicate nella documentazione rilasciata dall'istituto (nel caso di ricovero di anziano portatore di handicap vedere le istruzioni del rigo E21)”*. Il rigo E21 tratta la deducibilità delle spese mediche della retta.

Quindi: un anziano non invalido ricoverato può detrarre le spese mediche della retta, mentre un anziano invalido (in genere non autosufficiente con o senza indennità di accompagnamento) può dedurre le spese mediche della retta.

In ogni caso, quindi, si dà atto che la retta è composta da una quota di costi sanitari.

I cedolini hanno una finalità meramente fiscale e costituiscono la prova che la retta è composta da una quota corrispondente ai costi sanitari. Se così non fosse, non avrebbero ragione di essere, poiché la disciplina fiscale prevede la deducibilità o detraibilità delle spese sanitarie sostenute, anche nell'interesse dei familiari, per il ricovero in un istituto di assistenza.

Le istruzioni per la compilazione del modello 730 prevedono espressamente l'obbligo della certificazione a carico dell'istituto.

Il principio trova fondamento nell'art.10 (Oneri deducibili) del DPR n.917/86, di approvazione del TU delle imposte sui redditi.

In un parere reso dall'Agenzia delle entrate della Direzione regionale del Veneto in data 27 aprile 2004 pr.907-7329, si legge testualmente: *“ Con riferimento alle spese sostenute per il ricovero di un anziano in un istituto di assistenza e ricovero, le istruzioni per la compilazione dei modelli Unico 2004 e 730 2004 precisano che la detrazione, o deduzione, nei casi di anziani portatori di handicap, non spetta per la retta di ricovero, ma solo per le spese mediche e di assistenza specifica (cfr. la C.M. 12 maggio 2000 n.95/E, punto 1.1.8.), indicate separatamente nella documentazione rilasciata dall'Istituto. Tanto premesso, non essendoci alcuna specifica indicazione in merito alle modalità di determinazione delle spese sanitarie, deducibili o detraibili ai sensi degli articoli 10 e 15 del DPR 917/1986, si ritiene che la somma da indicare separatamente nella documentazione rilasciata agli ospiti delle strutture gestite da..., possa essere determinata sulla base dei rendiconti disposti ai sensi della normativa della Regione Veneto, adottando un criterio che determini in modo preciso e certo dette spese”*.

Quindi compete alla Regione fissare i criteri per la compilazione della dichiarazione e ciò è stato fatto con una deliberazione del 1997.

Gli enti gestori, a fronte del mancato pagamento delle rette, non possono che rivalersi sui soggetti che hanno assunto l'impegno contrattuale, ricordando che al momento dell'ingresso nella unità

d'offerta compete ai medesimi enti rilevare le condizioni che danno diritto all'eventuale integrazione economica della retta, ai sensi della disciplina in materia di ISEE, da parte del Comune di residenza, che deve essere immediatamente informato. In caso di mancato pagamento, l'integrazione economica della retta è un obbligo del Comune, sussistendone i presupposti, e non degli enti del SSR, a cui compete far fronte ai costi di gestione nei limiti stabiliti dalla normativa sui Livelli Essenziali di Assistenza.

SCHEMA TIPO CONTRATTO INTEGRATIVO RELATIVO AL BUDGET

PREMESSO che:

1. con Deliberazione..... la Giunta Regionale ha, fra l'altro, approvato lo schema tipo di contratto da sottoscrivere tra l'ASL e i soggetti gestori per le unità di offerta sociosanitarie;
2. in data.....tra l'ASL..... e gestore del, sito a in, si è stipulato un contratto secondo lo schema previsto per l'erogazione a seguito dell'accreditamento di n..... posti / prestazioni;
3. con la Deliberazione n.2040 del 08/03/2006, la Giunta Regionale ha conferito alle singole ASL il mandato di sottoscrivere un contratto integrativo, conforme allo schema approvato, con tutti i soggetti gestori delle unità di offerta;

DATO ATTO che:

le Parti, dopo approfondito esame di quanto indicato nella Deliberazione e ne hanno condiviso le regole procedurali ed hanno raggiunto un accordo concernente le modalità applicative della negoziazione;

TUTTO CIO' PREMESSO

Tra

L'azienda sanitaria locale (ASL).....con sede legale a.....
in via.....n.....codice fiscale.....,
nella persona del direttore generale, legale rappresentante pro-tempore,
....., domiciliato per la carica presso la sede dell'ASL, con l'assistenza
del direttore sociale;

e l'ente gestore

....., con sede legale a.....in
via....., codice fiscale....., nella persona del
Sig....., in qualità di legale rappresentante pro-tempore/ amministratore,
per l'unità d'offerta sociosanitaria denominata....., con
sede ain via....., codice di struttura n.....;

Si conviene e si stipula, ad integrazione del contratto già stipulato tra le stesse parti in data le cui disposizioni rimangono in vigore per quanto non diversamente previsto dal presente atto integrativo:

ART. 1

Oggetto

Le presenti disposizioni, che avranno validità per l'esercizio fatta salva la facoltà di recesso di cui all'art. 11 dello schema di contratto sottoscritto, integrano il contratto già stipulato tra le stesse Parti in data

ART. 2

Ambito di applicazione

Le presenti disposizioni integrative al contratto si applicano relativamente all'erogazione di per tutti i cittadini residenti in Regione Lombardia e non solo alla quota relativa ai consumi dei residenti nella ASL di ubicazione della unità d'offerta. Per quanto riguarda le prestazioni erogate nei confronti di pazienti provenienti da altre regioni, verranno remunerate a produzione effettiva, secondo le tariffe vigenti in Lombardia. Le prestazioni relative ai pazienti proveniente da altre regioni non sono definite nel loro valore in quanto la funzione di tutela dei cittadini spetta alle relative regioni ed ASL di residenza che sono tenutarie della quota capitaria, della regolamentazione dell'accesso ai servizi e della erogazione degli stessi. Ciò non significa altresì che queste prestazioni non debbano essere prestate secondo gli stessi criteri di appropriatezza e di reale necessità che guidano l'erogazione dei servizi per i residenti lombardi e che le attività di controllo svolte dalle ASL sui propri erogatori riguardino anche l'appropriatezza e la correttezza delle prestazioni garantite a cittadini non residenti in Regione Lombardia.

ART. 3

Budget

Alla unità d'offerta è destinato, per l'anno....., un budget di €..... relativo all'erogazione

Al raggiungimento della predetta soglia di €....., in assenza di previo accordo, non sarà riconosciuta la remunerazione delle prestazioni erogate a carico del bilancio della Regione Lombardia.

L'eventuale integrazione di risorse, sarà concordata per iscritto tra la ASL ed i soggetti accreditati e contrattualizzati coinvolti nella erogazione delle citate prestazioni, compatibilmente con il budget delle aziende ASL e sentita la Direzione Generale Famiglia Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale.

Del budget.....succitato, la quota del ...% pari a €..... è vincolata (ai sensi della Deliberazione n. del) per il raggiungimento degli obiettivi aggiuntivi di qualità indicati nella tabella allegata, quale parte integrante e sostanziale del presente atto, previa valutazione dell'effettiva realizzazione di quanto in essa previsto (da valere per le unità d'offerta aventi una destinazione vincolata di parte del budget).

ART. 4

Raggiungimento del valore di produzione assegnato

Le parti concordano che il raggiungimento del valore negoziato sarà valutato applicando ai volumi delle prestazioni erogate nel corso del le tariffe definite con deliberazione della Giunta Regionale

Letto, confermato e sottoscritto.

Data e luogo.

IL DIRETTORE GENERALE ASL

IL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'ENTE GESTORE