

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 dicembre 2016, n. 2199

Approvazione schema tipo di accordo contrattuale per l'erogazione e l'acquisto di prestazioni sanitarie da parte di Residenze Socio Sanitarie Assistenziali per anziani di cui all'art. 66 del regolamento regionale 18 gennaio 2007, n.4 e s.m.i.

Il Presidente sulla base dell'istruttoria espletata dalla Responsabile della A.P. "Riabilitazione - Strutture residenziali e semiresidenziali, centri diurni e ambulatoriali — Strutture sociosanitarie", confermata dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue:

L'art. 8 bis, comma 1, del D.Lgs. 502/1992, e successive modificazioni e integrazioni, stabilisce che le Regioni assicurino livelli essenziali e uniformi di assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalla aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8 quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies.

Il comma 1 dell'art. 17 della L.R. n. 14/2004 prevede che a norma dell'articolo 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m. la Giunta regionale procede a definire accordi con gli erogatori di prestazioni sanitarie pubblici ed equiparati, fissare le risorse finanziarie destinate annualmente ad assicurare i Livelli essenziali di assistenza (LEA), emanare indirizzi per la definizione degli accordi contrattuali con i soggetti privati accreditati da parte delle AUSL, indicare le funzioni e le attività da potenziare e depotenziare secondo le linee della programmazione regionale nel rispetto delle priorità indicate dalla programmazione sanitaria.

L'art. 20 della L.R. n. 1/2005 prevede che "i contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e successive modificazioni, devono tenere conto, oltre a quelli già previsti, dei seguenti ulteriori elementi:

b) a norma dell'articolo 8-quater, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende ed enti del Servizio sanitario regionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali.

Inoltre, il citato articolo al comma 3 prevede che ai fini della stipula dei contratti e della garanzia della libera scelta fra strutture pubbliche e private, anche ai fini della determinazione delle tariffe, dei tetti di spesa e delle regressioni tariffarie, si tenga conto della tipologia e complessità delle strutture nonché dell'andamento storico complessivo della domanda con la relativa ripartizione fra settore pubblico e privato.

L'art. 10 della legge regionale n. 4 del 25 febbraio 2010 "Norme in materia di residenze socio-sanitarie assistenziali — Modifiche all'articolo 8 della L.R. n. 26/2006", ha disciplinato i rapporti tra le Aziende sanitarie locali e le RSSA per anziani introducendo gli accordi contrattuali.

Il comma 3 bis del novellato art. 8 della l.r. n. 26/2006 ha stabilito che, nel limite dei posti letto stabiliti in base al fabbisogno per le Residenze Socio-Sanitarie Assistenziali (RSSA), gli accordi contrattuali con le RSSA per le attività di carattere sanitario siano stipulati dal Direttore generale dell'ASL di competenza territoriale, che ne dà informazione alla conferenza dei sindaci competente per territorio.

Il comma 3 ter dello stesso art. 8 ha disposto che i Direttori generali delle AA.SS.LL pervengano alla stipula degli accordi contrattuali con le strutture aventi i requisiti previsti dalla Legge regionale 10 luglio 2006, n. 19 (Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia) e dal relativo Regolamento regionale di attuazione 18 gennaio 2007, n. 4, e successive modificazioni,

a seguito di valutazione delle esigenze territoriali e tenuto conto della localizzazione delle strutture nonché della pubblicizzazione aggiornata semestralmente della invalicabile disponibilità dei posti letto.

Il Regolamento Regionale 18 gennaio 2007, n.4 e s.m.i. all'art.66 ha disciplinato l'organizzazione e il funzionamento delle Residenze socio sanitarie Assistenziali (RSSA).

L'art.8 della Legge regionale n. 26/2006 e s.m.i. "Disposizioni in materia di attività residenziali extra-ospedaliere" ha stabilito il fabbisogno per le Residenze Socio Sanitarie Assistenziali per anziani.

La Legge regionale 24 settembre 2010, n. 12, all'art. 3 "Tetti di spesa", abrogando l'articolo 17, commi 2 e 3, della legge regionale n. 14/2004 e l'art.18, comma 2, della legge regionale n. 26/2006, ha previsto che in attuazione dell'articolo 8 quinquies, comma 2, lettera e-bis), e del comma 2-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., negli accordi contrattuali stipulati con gli erogatori privati, provvisoriamente e/o istituzionalmente accreditati, deve essere garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture in base al tetto di spesa e ai volumi di attività predeterminati annualmente. Pertanto, a partire dalla data di entrata in vigore della stessa legge, è vietata l'erogazione e la relativa remunerazione con oneri a carico del Servizio sanitario regionale di prestazioni sanitarie effettuate al di fuori del tetti di spesa massimi.

Con Deliberazione 8 marzo 2011, n. 359 ad oggetto: "Legge regionale n, 4/2010, art.10 " Norme in materia di residenze socio sanitarie assistenziali - Modifiche all'articolo 8 della l.r. 26/2006-Schema di accordo contrattuale" la Giunta regionale ha approvato lo schema tipo di contratto per l'acquisto da parte della ASL delle medesime prestazioni sanitarie.

La normativa generale legislativa e regolamentare sopravvenuta ha imposto l'opportunità e la necessità di apportare alcune modifiche allo "schema contrattuale tipo" approvato con la D.G.R. n. 359/2011, tra le quali prevedere l'obbligo al rispetto della normativa a carattere nazionale e regionale in materia di flussi informativi e di sanità elettronica e l'obbligo ad osservare le modalità tecniche stabilite dalla Regione e dall'ASL per il collegamento tra il proprio sistema informativo ed il sistema informativo regionale e quello aziendale nonché ad osservare le modalità tecniche stabilite dalla Regione e dall'ASL per il collegamento con il CUP Aziendale e/o con il sistema CUP regionale ai fini della riduzione delle liste e dei tempi di attesa e loro monitoraggio.

Il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), nel corso della riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, con verbale del 4 aprile 2014 hanno evidenziato che gli schemi di contratto tipo predisposti dalla Regione, e nello specifico lo schema di contratto tipo di cui alla D.G.R. n. 1669/2012 devono prevedere:

1. una specificazione dei volumi di prestazioni contrattati e non solo del volume finanziario delle varie tipologie di prestazioni così come previsto dall'art. 8-quinquies del D.Lgs. 502/92;
2. una clausola di salvaguardia che ponga la Regione e la ASL al riparo dai possibili contenziosi successivi alla sottoscrizione dello stesso. in merito all'inserimento di una clausola di salvaguardia nei contratti da sottoscrivere con gli erogatori privati accreditati, Tavolo e Comitato segnalano "che è pervenuto un parere dell'Avvocatura generale dello Stato che, su richiesta dell'Ufficio legislativo del Ministero della salute, si è espressa In merito alla previsione di una clausola di salvaguardia nei contratti, affermando la validità della predetta clausola. Tavolo e Comitato, visto il parere dell'Avvocatura, chiedono alla Regione di inserire nei contratti 2014 e successivi la seguente formulazione: *"Con la sottoscrizione del presente accordo 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. In considerazione dell'accettazione dei suddetti provvedimenti (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 Instaura bili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili".

Per quanto innanzi riportato, con Deliberazione di Giunta regionale 6 agosto 2014, n. 1797 è stato riapprovato lo schema tipo di accordo contrattuale per l'erogazione e l'acquisto di prestazioni sanitarie da parte di RSSA per anziani alla luce delle osservazioni proposte dal Tavolo Tecnico e dal Comitato Permanente.

La DGR n. 1797/2014 è stata impugnata con ricorso proposto al TAR Bari il quale, con sentenza n. 1006/2016, pubblicata in data 28/07/2016, ne ha annullato gli effetti per il mancato confronto con le associazioni di categoria ritenendo assorbiti gli ulteriori rilievi formulati dalla parte ricorrente. Il richiamo nella predetta sentenza alle pronunce n. 77, 436 e 78/2016 del Consiglio di Stato ha portato alla considerazione di non ravvisare l'opportunità di proporre appello per la riforma.

Occorre precisare che il mancato confronto con le associazioni di categoria è derivato dalla necessità di recepire le formulazioni del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, scaturite dai vincoli imposti dalla sottoscrizione da parte della Regione del Piano Operativo 2013-2015, il cui recepimento era obbligato anche in presenza del confronto preliminare con le associazioni di categoria.

Pertanto, alla luce dell'annullamento della DGR n. 1797/2014, si rende necessaria la riapprovazione dello schema tipo di accordo contrattuale in oggetto.

Tenuto conto della previsione del giudice di primo grado, in data 19/12/2016 sono state sentite le principali Associazioni di categoria rappresentative delle strutture sociosanitarie sulla bozza di schema tipo di contratto, alle stesse consegnato, e che, con il presente provvedimento, di propone di approvare.

Le Associazioni che hanno preso parte all'incontro sono:

AIOP, UNEBA, FAC PUGLIA (comprendente l'ASSOAP, l'ANSDIPP e l'AGESPI), CONFCOOPERATIVE Puglia Federsolidarietà - CONFCOOPERATIVE Puglia Federazionesanità ed AIRP.

Le richieste avanzate dalle Associazioni nel corso del predetto incontro hanno riguardato:

1. l'esclusione della clausola di salvaguardia dall'art. 22 dello schema tipo;
2. la modifica della previsione di cui all'art. 5 dello schema tipo in riferimento alla possibilità da parte del Direttore generale di rinnovare l'accordo contrattuale allo scadere del triennio ai fini della continuità assistenziale, previa verifica della permanenza dei requisiti di cui ai R.R. n.4/2007. Le associazioni chiedono di inserire l'obbligo di rinnovo dell'accordo contrattuale in quanto previsto dal comma 3 sexies dell'art. 8 della L.R. 26/2006, così come introdotto dalla L.R. n. 21/2013;
3. Il richiamo nell'art.14, comma 1 dello schema tipo, delle deliberazioni di giunta regionale n. 1037/2012 e n.736/2010 di determinazione, rispettivamente, delle tariffe regionali di riferimento per le RSSA di fascia alta e di fascia media.

In riferimento al predetto **punto 1)**, così come chiarito nel corso dell'incontro e riportato nel relativo verbale, si precisa che la richiesta non può essere accolta per le seguenti motivazioni:

- Il TAR Puglia-sede di Bari nel corso del precedente giudizio relativo alla DGR n. 1797/2014 (ex schema tipo di accordo contrattuale) aveva In via cautelare sospeso l'efficacia della clausola di salvaguardia;
- Il predetto giudizio si è concluso con la sentenza n. 1006/2016 con la quale è stata accolta la censura riguardante il mancato confronto con le organizzazioni di categoria, assorbente di tutte le altre censure ivi compresa l'illegittimità della clausola di salvaguardia;
- Con la sentenza n. 1006/2016 il TAR Bari, comunque, non è entrato nel merito della presunta illegittimità della predetta clausola;
- Oramai è presente una copiosa giurisprudenza a riguardo che si è espressa in senso favorevole alla clausola di salvaguardia già in sede cautelare (TAR Lazio ordinanze nn. 88/2016, 85/2016, 101/2016, 1116/2016, 1734/2016, 1735/2016), nonché in sede di merito (TAR Abruzzo sent. n. 526/2015; TAR Lazio sentt. nn. 2091/2016, 2232/2016 e 2822/2016);
- La questione è stata, di recente, risolta dal Consiglio di Stato con plurime ordinanze, come l'ordinanza n. 906/2015 nella quale ha statuito che *“si è in presenza di oggettivi vincoli e stati di necessità rigorosamente quantitativi conseguenti al piano di rientro (per la Regione Puglia - Piano operativo) al cui rispetto la Regione è tenuta ai sensi della normativa vigente confermata da una consolidata e univoca giurisprudenza della Corte costituzionale, gli operatori privati non possono ritenersi estranei a tali vincoli e stati di necessità, che derivano da flussi di spesa che hanno determinato in passato uno stato di disavanzo eccessivo nella regione e che riguardano l'essenziale interesse pubblico alla corretta ed appropriata fornitura del primario servizio della salute della popolazione della medesima regione per la quale gli stessi operatori sono dichiaratamente impegnati; le autorità competenti operano in diretta attuazione delle esigenze cogenti del piano di rientro e del programma operativo per tutti gli aspetti quantitativi e pertanto i medesimi non sono sostanzialmente negoziabili dalle parti come ha riconosciuto l'amplissima e univoca giurisprudenza. In questo contesto la sottoscrizione della clausola di salvaguardia (art. 8 dello schema negoziale della Regione Puglia) è imposta dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e dal Ministero della Salute per esigenze di programmazione finanziaria. Tale clausola di conseguenza equivale ad un impegno della parte privata contraente al rispetto ed accettazione dei vincoli di spesa essenziali in un regime come quello esistente in Abruzzo sottoposto al piano di rientro; d'altro canto, in caso di mancata sottoscrizione, l'autorità politico — amministrativa non avrebbe alcun interesse a contrarre a meno di non rendere incerti i tetti di spesa preventivati, né potrebbe essere obbligata In altro modo alla stipula...; pertanto si può escludere ad un primo esame la violazione del diritto costituzionale ad agire In giudizio a tutela dei propri diritti e interessi legittimi limitatamente agli aspetti quantitativi relativi alle concrete fattispecie in essere, dal momento che:*

- a) *la clausola è limitata a definire un conflitto già in essere o potenziale relativo a concrete e definite questioni;*
- b) *chi intende operare nell'ambito della sanità pubblica deve accettare i limiti in cui la stessa sanità pubblica è costretta, dovendo comunque e in primo luogo assicurare, pur in presenza di restrizioni finanziarie, beni costituzionali di superiore valore quale i livelli essenziali relativi al diritto di salute;*
- c) *c) in alternativa, agli operatori resta la scelta di agire come privati nel privato; in tali circostanze dominate dalla esistenza di un grave disavanzo e dalla necessità di corrispondere comunque a superiori diritti costituzionali facenti capo alla generalità della popolazione, la clausola di salvaguardia, in quanto sia limitata ai rapporti già in essere o che vengano contestualmente stipulati e ai loro aspetti quantitativi, possa equivalere ad una formula transattiva necessaria in presenza di fattori e vincoli di ordine costituzionale e finanziario che sovrastano la volontà delle parti”.*

In riferimento al predetto **punto 2)**, così come chiarito nel corso dell'incontro e riportato nel relativo verbale, si precisa che la richiesta può essere accolta per le seguenti motivazioni:

- l'art. 10 della L.R. n. 4/2010 ha Introdotto nuovi commi all'art. 8 della L.R. n.26/2006 ad oggetto “Disposizioni in materia di attività residenziali extra ospedaliere”, riguardanti disposizioni in tema di accordi contrat-

tuali con le RSSA anziani (dal comma 3 bis al comma 3 undecies);

- il comma 3 sexies del predetto art. 8 prevede che *“l'accordo contrattuale si rinnova con cadenza triennale, rinnovabile al fini della continuità assistenziale, a seguito della verifica di cui all'art. 52 della L.R. n. 19/2006”*;
- l'art.1 della L.R. n. 21/2013 ha ulteriormente integrato l'art. 8 della L.R. n.26/2006, introducendo al comma 3 sexies, dopo il punto, il seguente periodo: *“L'accordo contrattuale continua a produrre effetti ed efficacia nelle more della nuova sottoscrizione. Al fini di assicurare la continuità assistenziale, il rinnovo è dovuto alla sola condizione della permanenza dei requisiti minimi di autorizzazione di cui all'art. 52 della L.R. 10 luglio 2006, n. 19”*.

Pertanto, poiché il legislatore regionale ha inteso prevedere un obbligo per il Direttore generale di rinnovare, alla scadenza triennale, gli accordi contrattuali con le RSSA anziani condizionandolo alla sola verifica dei requisiti minimi per l'autorizzazione al funzionamento, l'art. 5 dello schema tipo di accordo contrattuale che si propone di riapprovare con il presente provvedimento viene riscritto nel seguente modo:

- 1) *Il presente contratto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua avvenuta sottoscrizione, ha la durata triennale e viene trasmesso dalla ASL alla Regione Puglia - Assessorato alla Sanità— Sezione Strategie e governo dell'Offerta.*
- 2) *L'Accordo contrattuale come espressamente disposto dall'art. 8 della L.R. n. 26/2006, si rinnova allo scadere del triennio ai fini della continuità assistenziale, previa verifica della permanenza dei requisiti di cui ai R.R. n.4/2007 e s.m.i con oneri vincolati al fondo unico di remunerazione aziendale riveniente dal fondo unico regionale approvato con il DIEF da destinare all'acquisto di prestazioni sanitarie di RSSA da strutture private ai sensi dell'art.10, L.R. n.4/2010 e s.m.i.,*
- 3) *A tal fine le parti manifestano tale volontà per iscritto dandone comunicazione mediante lettera racc. A/R almeno 3 mesi prima della naturale scadenza contrattuale. A tal riguardo, verificato il fondo unico di remunerazione Aziendale ed effettuata la dovuta verifica da parte del Dipartimento di Prevenzione, la ASL _____ formalizza il nuovo contratto.*
- 4) *In caso di mancato rinnovo, gli utenti rimarranno comunque in assistenza alle condizioni in atto, finché la ASL, d'intesa con i Comuni di residenza dell'assistito, non avrà provveduto a trovare altra idonea soluzione.*

In riferimento al predetto **punto 3)**, così come chiarito nel corso dell'incontro e riportato nel relativo verbale, si precisa che la richiesta non può essere accolta per le seguenti motivazioni:

- La richiesta delle Associazioni di categoria di non citare nell'accordo contrattuale le deliberazioni di determinazione delle tariffe è avanzata sul presupposto che le tariffe vanno aggiornate periodicamente al tasso di inflazione;
- In materia di obbligo o meno di aggiornamento delle tariffe è opportuno citare la sentenza del TAR Cagliari sez.I n. 1432/2010 che prevede:

“...Questi elementi già forniscono chiari elementi per smentire, in radice, la tesi sostenuta dalla ricorrente in ordine alla “doverosità” nel tempo di procedere ad aggiornamenti tariffari “in aumento”. Non esiste, in realtà, in questa materia un “obbligo” di assegnare alle tariffe valori aggiuntivi, in “diretta ed automatica applicazione” di indici Istat come fattori di incrementi di costo, dovendosi tener conto di una varietà di fattori di diversa natura (livelli uniformi di assistenza e loro previsioni di spesa - migliorie organizzative - elevazione dell'efficienza strutturale).....

in definitiva:

- *innanzitutto non è condivisibile la richiesta fondamentale che sorregge il ricorso, di applicazione automatica diretta dell'indice ISTAT (mera rivalutazione nominalistica degli importi corrispondenti alle tariffe in precedenza stabilite);*
- *l'analisi economica regionale non necessariamente deve sfociare in aggiornamenti “in aumento”, in consi-*

derazione del fatto che le prestazioni ben possono "beneficiare" (sotto il profilo economico) anche di economie derivanti da miglioramenti organizzativi e/o strutturali che possono determinare anche diminuzioni di costi;....."

- Sul tema, inoltre, dell'impossibilità per le Regioni in Piano di Rientro/Piano Operativo, come peraltro trovasi la Regione Puglia, di poter far fronte agli aggiornamenti delle tariffe del settore sociosanitario si cita la sentenza del Consiglio di Stato, sez. III, 07/12/2015, n. 5539:

"La delibera impugnata, pertanto, al fine di "contemperare le rigidità della congiuntura economico-finanziaria sopra descritta e il fine pubblico di garantire la fruibilità delle prestazioni dell'area socio-sanitaria residenziali e semiresidenziali, inserite nei Livelli Essenziali di assistenza di cui all'Allegato 1 C del D.P.C.M. del 29.11.2001", ha ritenuto di dover sospendere l'applicazione di tutte le norme regionali che prevedono un adeguamento delle tariffe-rette per prestazioni erogate in strutture accreditate, pubbliche e private, al tasso di inflazione programmata o, comunque, altri adeguamenti automatici, ed ha stabilito che le ASL non possano riconoscere per gli anni 2012 e 2013 tariffe superiori a quelle corrisposte al 31 dicembre 2011...."

Anche con riferimento all'annualità 2012, il fabbisogno finanziato è stato di gran lunga inferiore rispetto a quello previsto dal conto economico programmatico contenuto nell'Addendum, per effetto delle varie misure di razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria di cui all'art. 15, commi 15-20, D.L. 95 del 6.7.2012.

3.1. - Per inciso, le norme da ultimo richiamate, ferma restando l'efficacia delle disposizioni vigenti in materia di piani di rientro dai disavanzi sanitari di cui all'articolo 2, commi da 75 a 96, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, hanno introdotto misure urgenti per l'efficienza nell'uso delle risorse destinate al settore sanitario, anche in materia tariffario, prevedendo, in deroga alla procedura prevista dall'articolo 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, la determinazione di tariffe massime che possono essere corrisposte alle strutture accreditate, tenuto conto dell'esigenza di recuperare, anche tramite la determinazione tariffario, margini di inappropriata ancora esistenti a livello locale e nazionale (comma 15 dell'art. 15 D.L. 95/212).

Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime di cui al comma 15, restano a carico dei bilanci regionali (comma 17).

In funzione delle disposizioni recate dall'articolo 15 citato, il livello del fabbisogno del servizio sanitario nazionale e del correlato finanziamento, previsto dalla vigente legislazione, è stato ridotto di 900 milioni di euro per l'anno 2012 (art. 15, comma 22).

3.2. - Così riassunto il contenuto del provvedimento ed il suo fondamento normativo, è evidente che la sua motivazione, contrariamente a quanto ritenuto dal primo giudice, non appare lacunosa, essendo posto a fondamento della misura adottata il mutamento delle circostanze finanziarie presupposte alle previsioni contenute nell'Addendum al piano di rientro, determinate dalle sopravvenute leggi n. 111 del 15.7.2011 (che ha convertito il D.L. 6.7.2011, n. 98) e n. 135 del 7.8.2012 (che ha convertito il D.L. 95/2012), che hanno comportato la riduzione delle entrate effettive in sede di riparto del FSN.

Essendo mutato il quadro normativo di riferimento ed essendo state esternate le ragioni connesse al rispetto del piano di rientro ed alla garanzia, al tempo stesso, della fruibilità delle prestazioni; la motivazione dell'atto appare sufficiente e non in contrasto con le esigenze di garanzia del diritto costituzionale alla salute.

3.3. - Neppure può ritenersi violato il principio dell'affidamento.

Come è stato deciso da questa Sezione (Sentenza n. 1582 del 2.4.2012) non vi è violazione dell'affidamento in presenza delle esigenze della programmazione finanziaria e sanitaria.

Come si è visto, in virtù delle esigenze di controllo e riduzione della spesa pubblica, l'art. 15, comma 15, del D.L. 95/2012 ha previsto la determinazione da parte del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni, di tariffe massime che possono essere corrisposte alle strutture accreditate a prescindere dall'indagine sul costo medio della prestazione per efficienza/appropriatezza/qualità, in deroga alla procedura di cui all'art. 8-sexies, comma 5, del D.Lgs. n. 502/1999 (che rimette al Ministro della salute la fissazione di tariffe massime da

corrispondere alle strutture accreditate sulla base dei costi standard di produzione e di quote standard di costi generali).

3.4. - Peraltro, con la recente sentenza n. 604 del 6.2.2015, questa Sezione ha compiutamente esaminato la disciplina concernente i LEA ed i rapporti con la recente normativa in materia di vincoli nascenti dai piani di rientro in materia sanitaria.

La Sezione è pervenuta alla conclusione, alla luce di recentissime pronunce della Corte Costituzionale, che nel bilanciamento di interessi, tutti di pari rango costituzionale, la tutela del diritto alla salute può trovare accoglimento nei limiti delle risorse finanziarie disponibili, cosicché la limitazione delle risorse impedisce legittimamente di coprire interamente la spesa per prestazioni di carattere socio - sanitario, che pur avendo carattere di essenzialità, siano assicurate ad un livello maggiore rispetto al rimanente territorio nazionale,

Trova applicazione anche nella fattispecie in esame il principio secondo cui “nei sistemi costituzionali contemporanei, è certo che non vi è garanzia di effettività e di rispetto per i diritti fondamentali fuori da un determinato equilibrio di bilancio democraticamente fissato (entrate, spese, e indebitamento autorizzato), che garantisca la sostenibilità e la durata dei diritti medesimi, che coordini in vario modo i conti, tra risorse e prestazioni, e tra le generazioni presenti e quelle future, come spiega la giurisprudenza costituzionale. Questa dialettica tra i valori più alti del nostro sistema costituzionale, tutti inderogabili e al tempo tutti necessariamente attenti alle condizioni della loro effettiva implementazione e sostenibilità, si manifesta nel settore sanitario e socio-assistenziale con maggiore evidenza e con alta valenza simbolica e sostanziale.”

Occorre, a questo punto, evidenziare che nello schema tipo di accordo contrattuale che si propone di approvare con il presente provvedimento, è necessario eliminare ogni riferimento alle RSSA di fascia media per le seguenti motivazioni:

- Il regolamento regionale n. 4/2007, in riferimento alle RSSA per anziani di cui all'art. 66, prevedeva due tipologie di RSSA classificate in fascia alta o in fascia media in base ai requisiti di accoglienza alberghiera.
- In particolare, l'art. 66, sezione modulo abitativo, prevedeva:
“RSSA di fascia media (seconda categoria):
camere da letto singole con uno spazio notte individuale di non meno di mq. 9, o doppie con uno spazio notte individuale non inferiore a mq. 14 per due posti letto, o triple con uno spazio complessivamente non inferiore a mq. 18 per tre posti letto. Le succitate dimensioni escludono il servizio igienico, anche esterno, che deve essere assistito per la non autosufficienza e in misura di uno ogni 3 assistiti. Per ogni modulo abitativo, almeno due stanze devono essere attrezzate con servizio igienico per portatori di handicap.”
- Il successivo regolamento regionale 10 febbraio 2010, n. 7, che ha modificato l'originario R.R. n.4/2007, con l'art. 4 ha eliminato l'intero capoverso relativo alle RSSA di fascia media innanzi riportato. Pertanto, dalla modifica introdotta dal R.R. n.7/2010, l'unico riferimento alle RSSA di fascia media è nella parte introduttiva dell'art. 66 che prevede:
“Le RSSA sono classificate di fascia alta e di fascia medio in base ai requisiti di accoglienza alberghiera.”
- Il successivo regolamento regionale 7 aprile 2015, n. 11, che ha nuovamente modificato il R.R. n.4/2007, con l'art. 31 ha soppresso dall'originario art. 66 del reg. reg. 4/07:
la frase “Le RSSA sono classificate di fascia alta e di fascia media in base ai requisiti di accoglienza alberghiera.”;
al paragrafo “Modulo abitativo” le parole “RSSA di fascia alta (prima categoria)”.

Fatta la preliminare ricostruzione della normativa regionale in tema di RSSA di fascia media, dalla lettura interpretativa della stessa, se ne deduce che il legislatore regionale dall'entrata in vigore del regolamento regionale 10 febbraio 2010, n. 7 ha Inteso eliminare la previsione di poter autorizzare al funzionamento le RSSA anziani come fascia media, mantenendo la fascia media alle strutture che a quella data fossero già state destinatarie di provvedimenti autorizzativi in via definitiva di tale natura.

Tant'è che, ad integrazione di quanto approvato con DGR 2 febbraio 2010, n. 279 in tema di tariffe regionali di riferimento per le strutture residenziali socioassistenziali e sociosanitarie per anziani di cui al R.R. n. 4/2007, la DGR 15 marzo 2010, n. 736 Introduce la tariffa per le RSSA In fascia media autorizzate in via definitiva prima dell'entrata in vigore del R.R. n. 7/2010, pari ad € 83,61 (ovvero pari alla tariffa per la fascia alta di € 92,90 decurtata del 10%).

In aggiunta, il legislatore regionale dall'entrata in vigore del regolamento regionale 7 aprile 2015, n. 11 ha inteso sopprimere definitivamente le RSSA in fascia media, per cui, in assenza di riferimenti normativi per il mantenimento delle RSSA in fascia media autorizzate in via definitiva prima dell'entrata in vigore del R.R. n. 7/2010, le stesse devono essere obbligatoriamente riclassificate tenuto conto dei requisiti del R.R. 4/2007, come modificato dai successivi R.R. n. 19/2008, n. 7/2010 e n. 11/2015, che prevede una sola tipologia di struttura (ex RSSA anziani di fascia alta).

Inoltre, occorre evidenziare che la Regione Puglia ha avviato un processo di riorganizzazione dell'intero settore sociosanitario, riveniente dalla necessità di integrare la normativa regionale di riferimento, nonché di valutare le necessità della popolazione pugliese in termini di bisogno di assistenza per le macrocategorie di pazienti quali gli anziani non autosufficienti, i soggetti affetti da demenza, i soggetti affetti da disabilità fisiche, psichiche, sensoriali e miste, i soggetti psichiatrici stabilizzati.

Quale atto propedeutico e sostanziale per dare avvio a tale percorso, la Giunta regionale ha approvato il disegno di legge n. 107 del 28/06/2016 ad oggetto: *“Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private”* che detta i principi e le basi per la riorganizzazione dell'intero sistema sociosanitario. Il predetto schema di legge è all'esame da parte del Consiglio regionale.

Pertanto, considerato che

- la nuova normativa regionale in tema di strutture sociosanitarie, ivi comprese le Residenze Socio Sanitarie Assistenziali (RSSA) di cui all'art. 66 del R.R. n.4/2007, entrerà in vigore verosimilmente entro la fine dell'anno 2017;
- il comma 3 sexies dell'art. 8 della L.R. n. 26/2006 prevede che *“l'accordo contrattuale si rinnova con cadenza triennale, rinnovabile ai fini della continuità assistenziale, a seguito della verifica di cui all'art. 52 della L.R. n. 19/2006. L'accordo contrattuale continua a produrre effetti ed efficacia nelle more della nuova sottoscrizione. Ai fini di assicurare la continuità assistenziale, il rinnovo è dovuto alla sola condizione della permanenza dei requisiti minimi di autorizzazione di cui all'art. 52 della L.R. 10 luglio 2006, n. 19”*

al fine di non incorrere nella possibilità che i Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali sottoscrivano o rinnovino gli accordi contrattuali con le RSSA per un ulteriore triennio, sul presupposto che la sottoscrizione dei contratti si fondi su un articolo di legge regionale destinato all'abrogazione, è necessario prevedere nello schema tipo di accordo contrattuale una condizione risolutiva dello stesso, ai sensi dell'art. 1353 del codice civile.

Pertanto, si propone che l'art. 19 dello schema tipo di accordo contrattuale in via di approvazione con il presente provvedimento, sia integrato dal seguente comma:

“3. Il presente contratto si intende risolto di diritto a seguito di modifiche sostanziali alla normativa di cui all'art. 8 della legge regionale 9 agosto 2006, n. 26, così come integrato dall'art. 10 della L.R. n. 4/2010 e dall'art.1 della L.R. n. 21/2013. In tal caso, l'erogatore, ai fini della continuità assistenziale, garantirà le prestazioni alle condizioni previste dal presente contratto. Tale regime di proroga persisterà fino alla sottoscrizione dei nuovi accordi contrattuali secondo l'intervenuta normativa regionale.”

Premesso tutto quanto innanzi, tenuto conto delle modifiche da apportare allo schema tipo di accordo contrattuale in oggetto così come innanzi motivate, si propone di approvare il nuovo schema tipo di accordo contrattuale per l'erogazione e l'acquisto di prestazioni sanitarie da parte di RSSA per anziani di cui all'art. 66 del R.R. n.4/2007, che costituisce l'allegato A al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, composto da n.14 pagine.

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R. n.28/2001 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONE ED INTEGRAZIONE

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del Bilancio Regionale.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del seguente atto finale ai sensi della L.R. n. 7/97, art. 4, lett. k.

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente schema di provvedimento dalla Responsabile della A.P. "Riabilitazione - Strutture residenziali e semiresidenziali, centri diurni e ambulatoriali — Strutture sociosanitarie" e dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

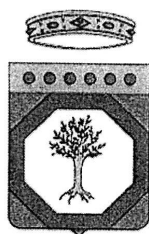
Per le motivazioni espresse In premessa che quivi si intendono integralmente riportate:

- di approvare lo schema tipo di accordo contrattuale per l'erogazione e l'acquisto di prestazioni sanitarie da parte di RSSA per anziani di cui all'art. 66 del R.R. n.4/2007, che costituisce l'allegato A al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, composto da n.14 pagine;
- di stabilire che i Direttori Generali utilizzino il predetto schema tipo di accordo contrattuale per:
 - la contrattualizzazione dei posti letto disponibili di RSSA anziani di cui all'art. 66 del R.R. n.4/2007 rientranti nel fabbisogno regionale di cui all'art. 26 della L.R. n. 26/2006 e s.m.i.;
 - il rinnovo degli accordi contrattuali con le RSSA anziani di cui all'art. 66 del R.R. n.4/2007 giunti a naturale scadenza nel limite dei posti letto già oggetto dei precedenti contratti e rientranti nel fabbisogno regionale;
- di stabilire che i Direttori generali, in presenza di accordi contrattuali sottoscritti secondo lo schema tipo di cui alla DGR n. 1797/2014 con le RSSA di cui all'art. 66 del R.R. n.4/2007 in data successiva alla pubblicazione della sentenza del TAR Bari n. 1006/2016 di annullamento della DGR n. 1797/2014, avvenuta in data 28/07/2016, procedano a :
 - predisporre e sottoscrivere gli addendum integrativi ai contratti già sottoscritti con le strutture erogatrici secondo le novità di cui allo schema tipo allegato al presente provvedimento, con particolare riferimento alla condizione risolutiva di cui all'art. 19;
 - di trasmettere gli addendum di cui innanzi alla competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;
- di stabilire che i Direttori Generali provvedano alla sottoscrizione e/o rinnovo degli accordi contrattuali di cui innanzi nel rispetto di quanto stabilito dall'art. 26 della L.R. n. 26/2006, così come integrata dall'art. 10 della L.R. n.4/2010, dall'art. 15 della L.R. n. 7/2013, dall'art. 1 della L.R. n. 21/2013, con oneri vincolati al fondo unico di remunerazione destinato per l'acquisto delle predette prestazioni approvato con il DIEF;

- di stabilire che i Direttori Generali trasmettano copia degli accordi contrattuali sottoscritti alla competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;
- di stabilire che, ai sensi dell' art. 11 della L.R. n.4/2010, la quota di spesa sanitaria per l'assistenza fornita alle persone parzialmente o del tutto non autosufficienti ospitate nelle RSSA anziani è pari al 50 per cento delle tariffe stabilite dall'art. 32 del R.R. n.4/2007;
- di notificare il presente provvedimento alle Aziende Sanitarie Locali della Regione a cura della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 13/94.

Il segretario della Giunta
dott.a Carmela Moretti

Il Presidente della Giunta
dott. Michele Emiliano



REGIONE PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER
TUTTI

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

SERVIZIO ORGANIZZAZIONE ASSISTENZA OSPEDALIERA E SPECIALISTICA

ALLEGATO A

Il presente allegato è composto
di n. 14 (quattordici) pagine escluso il presente

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE SGO
(GIOVANNI CAMPOBASSO)

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'G. CampoBasso', positioned below the typed name.

Allegato A

**REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE
DELLA PROVINCIA DI _____**

**Contratto per la erogazione ed acquisto di prestazioni sanitarie da parte di Residenze Socio
Sanitarie Assistenziali per anziani
per il triennio 20__ - 20__.**

TRA

L'Azienda Unità Sanitaria Locale _____, con sede legale in _____, alla via _____ n°, rappresentata dal Direttore Generale pro-tempore – Dott. _____, di seguito indicata come "Azienda Sanitaria Locale della Provincia di _____", che opera per sè ed in nome e per conto delle altre Aziende Sanitarie della Regione Puglia, di seguito indicata come Committente

E

La Struttura _____ P.IVA _____, con sede legale della Società in _____ via _____, iscritta al Registro regionale di cui all'art. 53, comma 1, lett. c) della L.R. n. 19/2006 con n. _____ del _____ come RSSA art.66 R.R. n.4/2007 di fascia alta / media, con una ricettività di n. _____ posti letto, di seguito indicata come "Erogatore", rappresentata legalmente da _____ nato a _____ il _____ il quale – consapevole delle responsabilità penali previste dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i., – dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportino l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente

PREMESSO CHE

- a) La Legge regionale 25 febbraio 2010, n.4, "Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali" ha integrato le norme in materia di residenze socosanitarie assistenziali con gli articoli 10 – 11 – 41- 48 – 50, fermo restando quanto specificato nello stesso art. 41, co. 2 in merito ai nuovi parametri per il fabbisogno dei posti letto in riferimento alle RSSA;
- b) La stessa L.R. n.4/2010, all'art.10 " Norme in materia di residenze socio-sanitarie assistenziali- Modifiche all'art. 8 della L.R. 26/2006", dispone che:
 - comma 3 bis " Nel limite dei posti letto stabiliti dal comma 2, gli accordi contrattuali con le residenze socio-sanitarie assistenziali (RSSA) per le attività di carattere sanitario sono stipulati dal direttore generale dell'ASL di competenza territoriale, che ne dà informazione alla conferenza dei sindaci competente per territorio.;"
 - comma 3 ter " I direttori generali delle ASL pervengono alla stipula degli accordi contrattuali con le strutture aventi i requisiti previsti dalla legge regionale 10 luglio 2006, n. 19 (Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia) e dal relativo regolamento dei servizi di attuazione 18 gennaio 2007, n. 4, e successive modificazioni, a seguito di valutazione delle esigenze territoriali e tenuto conto della localizzazione delle strutture nonché della pubblicizzazione aggiornata semestralmente della invalicabile disponibilità dei posti letto";
- c) Con la Deliberazione di Giunta regionale n.1746/2009 è stato approvato lo studio di fattibilità funzionale alla determinazione delle tariffe, unitamente ai criteri per la determinazione delle stesse e relativi importi tariffari;
- d) Con la Deliberazione di Giunta regionale n.1037 del 25 maggio 2012, a seguito dello studio di fattibilità per i servizi residenziali per anziani, alla DGR n.1746/2009, è stata approvata la tariffa di riferimento regionale per i servizi residenziali per anziani;
- e) La struttura è iscritta nel Registro regionale di cui all'art. 53, comma 1, lett. c) della L.R.



Allegato A

- n. _____ del _____ come RSSA di fascia alta, con una ricettività di n. _____ posti letto, avendo ottenuto autorizzazione definitiva all'esercizio di tale attività, giusta determinazione dirigenziale n. _____ del _____ del Comune di _____;
- f) Con Deliberazione di Giunta regionale n.484 del 13 marzo 2012, ai sensi dell'art.10 L.R. n.4/2010, sono state approvate le Linee guida sugli Accordi contrattuali con le Residenze Socio Sanitarie Assistenziali di cui all'art. 66 del R.R. n. 4/2007;
- g) Al sensi della DGR n.484/2012, con deliberazione n. _____ del _____ il Direttore generale ha pubblicizzato la disponibilità di posti letto da attivare sul territorio della ASL, che risulta essere pari a n. _____ posti letto, così suddivisi per Distretti: _____;
- h) Il legale rappresentante della RSSA _____, in data _____ ha presentato istanza ai sensi dell' art. 8, comma 3 quater, così come modificato dall'art. 10 della L.R. n. 4/2010, per la sottoscrizione del presente accordo contrattuale;
- i) L'erogatore ha trasmesso alla ASL la documentazione che attesta il possesso dei requisiti previsti dagli art. 36 e 66 del R.R. n.4/0007 e s.m.l., agli atti dell'Area Servizio Sociosanitario relativi a :
- autorizzazione al funzionamento corredata della documentazione di cui all'art. 39 (lettere da a ad n) del R.R. n. 4/2007 e s.m.l.;
 - planimetria dell'immobile;
 - attrezzature tecniche;
 - elenco nominativo del personale addetto distinto per qualifica professionale, ai sensi dell'art. 66 R.R. n. 4/2007 e s.m.l.,compresi i contratti stipulati secondo l'art. 109 del R.R. n. 4/2007 e s.m.l.;
 - Carta dei Servizi;
 - Documento unico di regolarità contributiva (DURC) in corso di validità
 - Regolamento interno aziendale;
- l) L'erogatore ha presentato dichiarazione, resa ai sensi dell'art.38 e dell'art.76 del D.P.R.28 dicembre 2000, n.445, con la quale si attesta:
- di non essere pendenti, nei confronti di coloro che hanno il potere di rappresentarla e/o gestirla, procedimenti per l'applicazione di una misura di prevenzione ex art.3 ex L. 1423/56;
 - di non aver versato essa struttura, né i soggetti che hanno il potere di rappresentarla, in situazione di colpa grave o malafede nell'esecuzione di altri accordi contrattuali stipulati ai sensi dell'art.8 quinquies del D.Lgs. n. 502/92;
 - di non aver subito, i soggetti che hanno il potere di rappresentarla, una condanna definitiva ancorchè applicata, su richiesta delle parti, per reati che incidono sulla moralità professionale, ovverosia integrati mediante condotte relative alle attività di cui al presente contratto;
 - di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro e con il possesso dei requisiti minimali previsti dal D.P.R. 14 gennaio 1997 suscettibili di certificazione;
- m) L'ASL _____ intende avvalersi della suddetta RSSA nell'attuazione delle attività socio- sanitarie integrate a favore di anziani realizzate nel proprio territorio di competenza, ai sensi dell'art.10, comma 2 della L.R. n.4/2010, e, pertanto, il presente Accordo contrattuale ha la durata di tre anni;
- n) L'ASL _____ affida all'erogatore con il presente Accordo, sottoscritto dai contraenti e allegato alla Deliberazione del direttore generale n. _____ del _____, i cui contenuti sono a conoscenza dei contraenti, la gestione dei seguenti volumi di attività:



Allegato A

RSSA " _____ "		VOLUMI DI ATTIVITA' CONTRATTUALI	
		POSTI LETTO	GIORNATE ANNUE
Moduli organizzativi:	Capacità ricettiva come RSSA: N° __POSTI LETTO

o) Ai sensi dell' art. 11 della L.R. n.4/2010, la quota di spesa sanitaria per l'assistenza fornita alle persone parzialmente o del tutto non autosufficienti ospitate nelle strutture residenziali protette è pari al 50 per cento delle tariffe stabilite dall'art. 32 del R.R. n.4/2007 e dalla Deliberazione di Giunta regionale n.1037/2012;

p) La ASL _____ provvede alla liquidazione di dette quote dopo i controlli delle rendicontazioni mensili ricevute dalla stessa Residenza;

RICHIAMATI

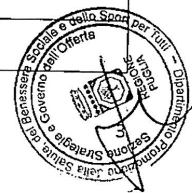
nella continuità della azione di programmazione e controllo della Regione Puglia in materia sanitaria:

- La legge regionale 10 luglio 2006, n.19 e s.m.i.;
- Il Regolamento Regionale 18 gennaio 2007, n.4 e s.m.i.;
- la Legge regionale n.25 del 3 agosto 2006;
- la Legge regionale n.26 del 9 agosto 2006;
- la Legge regionale n.23 del 19 settembre 2008 "Piano regionale di salute 2008-2010";
- la Legge regionale n.4 del 25 febbraio 2010 "Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali";
- la Legge regionale n.12 del 24 settembre 2010 "Piano di rientro 2010-2012. Adempimenti"
- Il Regolamento Regionale 18 aprile 2011 n.6 (BURP n.62/2011) "Regolamento di organizzazione del Distretto Socio Sanitario";
- Deliberazione di Giunta regionale n.1746/2009;
- Deliberazione di Giunta regionale n. 691 del 12 aprile 2011;
- Deliberazione di Giunta regionale n.484 del 13 marzo 2012;
- Deliberazione di Giunta regionale n.1037 del 25 maggio 2012;
- Deliberazione di Giunta regionale n.1195 del 1 luglio 2013;
- Decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192

IN APPLICAZIONE

- della disciplina legislativa e regolamentare definita con la normativa in premessa richiamata;
- di quanto statuito nel DPCM 29/11/2001 (LEA) e s.m.i. per cui le prestazioni di assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale sono da considerarsi al netto della quota della eventuale retta a carico del Comune o dell'utente;
- della DGR n° 1037/2012 con la quale è stata determinata la tariffa giornaliera per l'assistenza prestata dalle R.S.S.A. per anziani in possesso di autorizzazione definitiva al funzionamento di fascia alta nella misura di seguito riportata :

Denominazione disciplina	Tariffa
RSSA con autorizzazione definitiva fascia alta	€ 92,90 di cui il 50% a carico della ASL



Allegato A

TUTTO CIO' PREMESSO, TRA LE PARTI COME IN EPIGRAFE RAPPRESENTATE SI STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1

**Valore delle premesse e degli allegati
Piano annuale delle prestazioni e tetto invalicabile di remunerazione
per prestazioni erogate verso residenti della Puglia**

- 1) Le premesse di cui sopra, gli atti e i documenti richiamati nelle medesime premesse e nella restante parte del presente atto, ancorché non materialmente allegati, costituiscono parte integrante e sostanziale del presente contratto.
- 2) La Azienda Sanitaria Locale della Provincia di _____, sulla base del fabbisogno regionale per i posti letto di RSSA di cui alla L.R. n.26/2006 e s.m.i. e del fondo unico di remunerazione regionale approvato con il DIEF da destinare all'acquisto di prestazioni sanitarie di RSSA da strutture private ai sensi dell'art.10, L.R. n.4/2010 e s.m.i., e sulla base del fondo unico di remunerazione aziendale riveniente dal predetto fondo unico regionale sulla base dei posti letto di RSSA destinati alla ASL e derivanti dalla quota parte dei posti letto di cui al citato fabbisogno regionale, in considerazione dell'analisi dei dati relativi al fabbisogno di prestazioni sanitarie di RSSA nel proprio ambito territoriale e della domanda di prestazioni di RSSA espressa da parte degli assistiti delle altre AA.SS.LL della Puglia elaborata dalla struttura aziendale _____, della disciplina regionale in materia di individuazione e qualificazione delle prestazioni sociosanitarie di RSSA erogabili a parziale carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR), con la compartecipazione alla relativa quota da parte dell'utente/Comune così come disposta dalla L.R. n.23/2008, assegna all'Erogatore, e si impegna ad acquistare per il triennio _____ il pacchetto di prestazioni individuate per tipologia e numero costituente il Piano delle Prestazioni, così meglio esposto:

	Colonna 1	Colonna 2	Colonna 3
Rigo A	TETTO DI SPESA ANNUALE DA ASSEGNARE PER IL TRIENNIO _____ RESIDENZIALE FASCIA ALTA	per un totale di n.....posti letto corrispondente a n..... max. giornate annue	€.....

- 3) Il pacchetto delle prestazioni sanitarie da acquistare annualmente per il triennio _____, calcolato tenuto conto della percentuale del 50% delle relative tariffe a carico della ASL per la somma complessiva di €= (rigo A), costituisce per l'Erogatore il tetto di spesa invalicabile di remunerazione, così come dettagliato nel prospetto di cui sopra;
- 4) Il tetto di spesa (rigo A) rappresenta il limite massimo di spesa (tetto invalicabile di remunerazione) e costituisce per l'Erogatore un tetto unico (senza alcuna distinzione tra il tetto per pazienti residenti nella ASL e pazienti residenti nelle altre AA.SS.LL. della Regione Puglia);
- 5) In ottemperanza all'art. 3 della L.R. 24 settembre 2010, n. 12 nessun importo è riconosciuto a carico del Servizio sanitario regionale per prestazioni erogate al di fuori del tetto di spesa assegnato.

ART. 2

Norme regolatrici e disciplina applicabile

1. L'esecuzione del presente contratto è regolata, in via graduata:
 - a) dalle clausole del presente contratto, che costituisce la manifestazione integrale di tutti gli accordi intervenuti con la RSSA _____, relativamente alle attività e prestazioni contrattuali;
 - b) dalle disposizioni anche regolamentari in vigore di cui la RSSA _____ dichiara di avere esatta conoscenza e che, sebbene non sia materialmente allegata, forma parte integrante del presente atto;
 - c) dal codice civile e dalle altre disposizioni normative in vigore in materia di contratti di diritto privato.



Allegato A

ART. 3

Destinatari dei servizi assistenziali erogati dalla RSSA

- 1) La ASL _____ si avvale della RSSA _____ per l'assistenza residenziale a favore di anziani non autosufficienti, a seguito di gravi deficit psicofisici o affetti da demenze senili, che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse, ma che richiedono un alto grado di assistenza alla persona con interventi di tipo assistenziale e socio-riabilitativo ad elevata integrazione sociosanitaria, che non sono in grado di condurre una vita autonoma e le cui patologie, non in fase acuta, non possono far prevedere che limitati livelli di recuperabilità dell'autonomia e non possono essere assistite a domicilio.
- 2) La RSSA non può ospitare persone con età inferiore ai 64 anni, ancorchè disabili gravi, fatta eccezione per persone affette da demenze senili, morbo di alzheimer e demenze correlate (art.66, co. 1, R.R. n.4/07).

ART. 4

Finalità ed obiettivi

- 1) L'organizzazione della RSSA deve garantire alle persone ospiti:
 - a) il rispetto della dignità e della libertà personale, della riservatezza, dell'individualità, delle convinzioni religiose e delle abitudini quanto a ritmi di vita, attività culturali e di svago, nonché a stile abitativo permettendo agli ospiti di personalizzare l'ambiente con suppellettili e arredi propri;
 - b) la socializzazione, all'interno della RSSA, anche con l'apporto e l'utilizzazione di altri servizi, delle associazioni di volontariato e degli altri organismi associativi esistenti nel territorio;
 - c) la partecipazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di recupero, anche attraverso forme di collaborazione diretta con gli operatori, coinvolgendo anche le organizzazioni di volontariato e coloro che, anche al di fuori dei rapporti di parentela, intrattengono con l'ospite relazioni di carattere affettivo;
 - d) gli ospiti delle RSSA possono recarsi all'esterno delle strutture se le condizioni psicofisiche lo consentano e sia assicurato, se necessario, l'accompagnamento da parte di familiari, amici, conoscenti, obiettori di coscienza, volontari ovvero di operatori della RSSA.
- 2) Nella RSSA sono ospitate esclusivamente persone in possesso della residenza in uno dei Comuni della Regione Puglia secondo le modalità di accesso alla struttura di cui al successivo art. 11.

ART. 5

Durata, proroga ed opzioni

- 1) Il presente contratto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua avvenuta sottoscrizione, ha la durata triennale e viene trasmesso dalla ASL alla Regione Puglia - Assessorato alla Sanità- Sezione Strategie e governo dell'Offerta.
- 2) L'Accordo contrattuale come espressamente disposto dall'art. 8 della L.R. n. 26/2006, si rinnova allo scadere del triennio ai fini della continuità assistenziale, previa verifica della permanenza dei requisiti di cui ai R.R. n.4/2007 e s.m.i con oneri vincolati al fondo unico di remunerazione aziendale riveniente dal fondo unico regionale approvato con il D.I.E.F da destinare all'acquisto di prestazioni sanitarie di RSSA da strutture private ai sensi dell'art.10, L.R. n.4/2010 e s.m.i.
- 3) A tal fine le parti manifestano tale volontà per iscritto dandone comunicazione mediante lettera racc. A/R almeno 3 mesi prima della naturale scadenza contrattuale. A tal riguardo, verificato il fondo unico di remunerazione Aziendale ed effettuata la dovuta verifica da parte del Dipartimento di Prevenzione, la ASL _____ formalizza il nuovo contratto.
- 4) In caso di mancato rinnovo, gli utenti rimarranno comunque in assistenza alle condizioni in atto, finché la ASL _____ d'intesa con i Comuni di residenza dell'assistito, non avrà provveduto a trovare altra idonea soluzione.



Allegato A

ART. 6

Condizioni per l'erogazione del servizio e limitazione di responsabilità

1. Sono a carico dell'erogatore per la RSSA _____, intendendosi remunerati con il corrispettivo contrattuale di cui oltre, tutti gli oneri, le spese ed i rischi relativi alla prestazione delle attività e dei servizi oggetto del contratto, nonché ogni attività che si rendesse necessaria per la prestazione degli stessi o, comunque, opportuna per un corretto e completo adempimento delle obbligazioni previste, ivi compresi quelli relativi ad eventuali spese di trasporto, di viaggio e di missione per il personale addetto all'esecuzione contrattuale.
2. L'erogatore per la RSSA _____ garantisce l'esecuzione di tutte le prestazioni a perfetta regola d'arte, nel rispetto delle norme vigenti e secondo le condizioni, le modalità, i termini e le prescrizioni contenute nel contratto e nei suoi allegati, pena la risoluzione di diritto del contratto medesimo.
3. Le prestazioni contrattuali dovranno necessariamente essere conformi alla normativa regionale di riferimento in tema di prestazioni socio-sanitarie ed al Regolamento interno di gestione ed alle specifiche indicate nel presente atto. In ogni caso l'erogatore si obbliga ad osservare, nell'esecuzione delle prestazioni contrattuali, tutte le norme e tutte le prescrizioni tecniche e di sicurezza in vigore nonché quelle che dovessero divenire obbligatorie successivamente alla stipula del contratto.
4. Gli eventuali maggiori oneri derivanti dalla necessità di osservare le norme e le prescrizioni di cui sopra, anche nel caso in cui dovessero produrre effetti obbligatori successivamente alla stipula del contratto, resteranno ad esclusivo carico dell'erogatore, intendendosi in ogni caso remunerati con le tariffe regionali. L'erogatore per la RSSA _____ non potrà, pertanto, avanzare pretese di compensi, a qualsiasi titolo, nei confronti della ASL, assumendosene la medesima ogni relativa alea.
5. L'erogatore si impegna espressamente a sollevare e tenere indenne la ASL da tutte le conseguenze derivanti dalla eventuale inosservanza delle norme e prescrizioni tecniche, di sicurezza, di igiene e sanitarie vigenti.
6. L'erogatore si obbliga a consentire alla ASL, attraverso il personale all'uopo incaricato, di procedere in qualsiasi momento e anche senza preavviso alle verifiche della piena e corretta esecuzione delle prestazioni oggetto del contratto, nonché a prestare la propria collaborazione per consentire lo svolgimento di tali verifiche. In particolare tali verifiche potranno riguardare:
 - a) l'osservanza delle disposizioni contenute nel Regolamento regionale n.4/2007 anche per quanto attiene il personale posto a disposizione;
 - b) lo stato di pulizia dei locali anche attraverso l'utilizzo di specifiche attrezzature;
 - c) l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate;
 - d) la qualità dei pasti erogati.

ART. 7

Obblighi specifici per l'erogatore

L'erogatore si obbliga:

1. a sollevare e tenere indenne la ASL dalle pretese che i terzi dovessero avanzare in relazione ai danni derivanti dalla mancata corretta esecuzione delle prestazioni oggetto del contratto, ed anche in relazione a diritti di privativa vantati da terzi;
2. a predisporre tutti gli strumenti e le metodologie, comprensivi della relativa documentazione, atti a garantire adeguati livelli del servizio, ivi compresi quelli relativi alla sicurezza e riservatezza, nonché atti a consentire alle amministrazioni utilizzatrici, per quanto di propria competenza, di monitorare la conformità del servizio alle norme previste nel contratto ed, in particolare, ai parametri di qualità previsti dalle norme vigenti;
3. nell'adempimento delle proprie prestazioni ed obbligazioni, ad osservare tutte le indicazioni operative, di indirizzo e di controllo che a tale scopo saranno predisposte e comunicate sia dalla ASL sia dall'Assessorato Regionale alle Politiche della Salute purché ciò non incida sugli aspetti economici del rapporto contrattuale;
4. a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni della propria struttura organizzativa coinvolta nell'esecuzione del contratto indicando analiticamente le variazioni intervenute ed i nominativi dei nuovi responsabili;
5. a consegnare alla data di sottoscrizione dell'accordo contrattuale copia del DURC attestante la regolare posizione previdenziale nei confronti dei propri dipendenti;
6. a garantire, 24 ore su 24 ore per tutto l'anno, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza del DPCM 20/11/01, le prestazioni per le quali è stato contrattualizzato;



Allegato A

7. a mantenere i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dal R.R. n.4/2007;
8. ad eseguire le prestazioni sanitarie avvalendosi delle strutture, attrezzature, servizi e personale individuati dalla normativa vigente, come da art.66 (compreso quello dei servizi esternalizzati);
9. ad avvalersi di personale avente i necessari requisiti professionali, nei cui confronti, se dipendente, si impegna ad applicare una disciplina contrattuale collettiva attinente alla materia socio-sanitaria e comunque rispettosa delle norme, principi e criteri vigenti in materia di diritto del lavoro, ovvero nei servizi esternalizzati, a verificare il rispetto di tale applicazione anche mediante acquisizione trimestrale del DURC che dovrà essere esibito, a richiesta, ai competenti uffici della ASL;
10. a comunicare all'Area Servizio Socio-sanitario ogni sei mesi l'organico complessivo della Residenza, distinguendo i nominativi degli operatori dedicati per il presente Accordo da quelli gestiti privatamente, qualora l'accordo contrattuale non comprenda tutti i posti letto autorizzati dalla Regione;
11. all'utilizzo costante del personale dichiarato ed operativo nella struttura; l'accertata violazione di tale norma comporta l'automatica sospensione del presente Accordo. Qualsiasi modifica dell'organigramma dovrà essere comunicata formalmente alla ASL;
12. al rispetto del co.5 dell'art. 66 del R.R. n.4/07 in merito ai soggetti con disabilità;
13. ad una corretta predisposizione ed utilizzo di protocolli assistenziali resi in forma scritta, forniti agli operatori e inseriti nella documentazione della residenza, per 1- alzate 2- bagno e pulizia; 3- conservazione e somministrazione dei farmaci; 4-inserimento e dimissione della struttura; 5- igiene, antisepsi; disinfezione, sterilizzazione 6- prevenzione e trattamento dei decubiti e corretto utilizzo dei presidi antidecubito; 7- prestazioni sanitarie più diffuse o più complesse, quali ad esempio: cateterismo vescicale, medicazioni, catetere venoso eparinato, ecc.; 8- procedure operative per far fronte alle emergenze;
14. ad adottare:
 - un programma teso alla riduzione dell'uso terapeutico di presidi di restrizione fisica, mediante un protocollo fornito agli operatori che garantisca il loro uso corretto, il controllo e il monitoraggio e la possibilità di verifiche sulla prevalenza d'uso di ogni struttura;
 - un programma di miglioramento e strumenti di monitoraggio per la valutazione del rischio e della stadiazione delle lesioni da decubito, per il controllo delle infezioni, per l'identificazione e la gestione di condizioni di alimentazione non corretta;
 - un percorso di miglioramento e qualificazione per la presa in carico, la cura e i progetti assistenziali specifici degli ospiti affetti da demenza.
 - tali programmi vanno conservati nella documentazione della Residenza;
15. a consegnare ad ogni utente o suo congiunto o tutore responsabile del ricovero la Carta dei Servizi della struttura, avendo cura di acquisire la firma per ricevuta dell'avvenuta consegna. La Carta dei Servizi deve essere redatta secondo quanto stabilito nell'art. 58 della L.R. n. 19/2006 e s.m.i.;
16. quale intestatario del rapporto contrattuale, nella responsabilità e sorveglianza sull'esercizio della prestazione erogata, garantisce che le stesse vengono prestate sotto il controllo diretto del Coordinatore Sanitario della struttura, con esclusione di qualsiasi forma di diverso esercizio delle stesse;
17. a consentire l'accesso del volontariato e delle associazioni di tutela per specifiche attività integrative, in conformità alla normativa regionale vigente;
18. si obbliga a redigere e mantenere aggiornate le cartelle cliniche e i piani di intervento dei pazienti;
19. visto che la RSSA _____ è autorizzata per un numero di posti letto superiore a quello definito nel presente contratto, e quindi ospita soggetti privatamente nei posti letto non oggetto del presente Accordo, l'erogatore si obbliga a garantire che i servizi comuni della struttura, dal punto di vista strutturale, tecnologico ed organizzativo, siano adeguati al numero di posti letto contrattualizzati ed al numero dei posti letto privati.
20. Il mancato adempimento di tali obblighi comporta l'automatica sospensione e risoluzione del presente Accordo con le modalità previste dal successivo articolo 19.

ART. 8

Obblighi derivanti dal rapporto di lavoro

1. L'erogatore si obbliga ad ottemperare a tutti gli obblighi verso i propri dipendenti derivanti da disposizioni legislative e regolamentari vigenti in materia di lavoro, ivi compresi quelli in tema di igiene e sicurezza, nonché la disciplina previdenziale e infortunistica, assumendo a proprio carico tutti i relativi oneri. In particolare s'impegna a rispettare nell'esecuzione delle obbligazioni derivanti dal contratto le disposizioni di cui al D.Lgs. n. 46/2001 e successive modificazioni e integrazioni.



Allegato A

2. L' erogatore si impegna, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 1381 cod. civ., a far rispettare gli obblighi di cui al precedente comma del presente articolo anche agli eventuali esecutori di parti delle attività oggetto del contratto.
3. L' erogatore è in ogni caso tenuto a conformarsi alle norme per il funzionamento dei servizi pubblici essenziali in attuazione di quanto previsto dalla Legge 12/06/1990, n. 146.

ART. 9

Obblighi in materia di Sanità elettronica e CUP

1. L' erogatore, ai sensi dell'art. 39 della L.R. n. 4/2010, è obbligato a conferire i dati necessari per il funzionamento dei sistemi informativi nazionali e dei sistemi informativi regionali di cui alla Deliberazione della Giunta regionale 22 dicembre 2006, n. 2005 ed all'art. 1 della L.R. n. 16/2011, secondo le specifiche tecniche e le modalità stabilite dalla Regione.
2. L' erogatore è, altresì, obbligato al rispetto della normativa a carattere nazionale e regionale contenente obblighi e adempimenti in materia di flussi informativi e di sanità elettronica e ad osservare le modalità tecniche stabilite dalla Regione e dall'ASL per il collegamento tra il proprio sistema informativo ed il sistema informativo regionale e quello aziendale nonché ad osservare le modalità tecniche stabilite dalla Regione e dall'ASL per il collegamento con il CUP Aziendale e/o con il sistema CUP regionale ai fini della riduzione delle liste e dei tempi di attesa e loro monitoraggio.

ART. 10

Obblighi e adempimenti della Azienda sanitaria locale

1. La Azienda ASL è tenuta a:
 - a) eseguire la verifica tecnico-sanitaria e di appropriatezza clinico-diagnostica e diagnostico-procedurale delle prestazioni addebitate, nella misura minima campionaria su almeno 3/10 dei pazienti trattati od in misura maggiore, fino a 10/10 dei pazienti, in presenza di eventuali proroghe al ricovero. I controlli devono essere effettuati con cadenza trimestrale (D.G.R. n.1491 e s.m.i.);
 - b) verificare annualmente i requisiti organizzativi atti a garantire i livelli e le modalità di assistenza previsti nel Regolamento n° 4/07, con la garanzia dell'effettiva presenza, nei turni, del personale ivi indicato;
 - c) verificare il rispetto dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi di cui di cui ai R.R. n.4/2007;
 - d) verificare, considerato che la RSSA _____ è autorizzata per un numero di posti letto superiore a quello definito nel presente contratto, e quindi ospita soggetti privatamente nei posti letto non oggetto del presente Accordo, che i servizi comuni della struttura, dal punto di vista strutturale, tecnologico ed organizzativo, siano adeguati al numero di posti letto contrattualizzati ed al numero dei posti letto privati;
 - e) comunicare nel più breve tempo possibile ed in forma esclusivamente scritta all'Erogatore:
 - la evidenza di eventuali sospensioni dei pagamenti ed eventuali altre osservazioni;
 - eventuali rilievi per errori ricorrenti di notulazione, così da evitare che tali comportamenti si reiterino nel tempo;
 - f) eseguire i pagamenti con le modalità di cui al successivo art. 15;
 - g) ad assicurare i seguenti interventi di rilievo sanitario richiesti dalla Residenza quali:
 - ASSISTENZA MEDICA DI BASE
L'assistenza medica di base nei confronti degli ospiti parzialmente o del tutto non autosufficienti all'interno delle residenze protette è affidata ai medici di medicina generale convenzionati con la ASL di appartenenza, secondo le modalità stabilite dalle norme generali in vigore.
 - ASSISTENZA SPECIALISTICA
L'assistenza medica specialistica è prestata dalla ASL con le stesse modalità previste per la generalità dei cittadini, previa prescrizione del MMG. Tale assistenza viene erogata presso gli ambulatori dell'Azienda o presso gli ambulatori esterni convenzionati. Nel caso di impossibilità di essere autosufficienti impossibilitati a raggiungere i servizi dell'Azienda, le prestazioni specialistiche sono erogate dai medici specialisti dell'Azienda presso la struttura ospitante, ai sensi dell'art. _____



Allegato A

Collettivo Nazionale 2005 per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ai sensi del d. lgs. n. 502/92 e successive modificazioni. Le prestazioni specialistiche erogate agli ospiti provenienti da altre ASL saranno oggetto di compensazione nell'ambito della mobilità sanitaria.

• **FORNITURA DI FARMACI E DI DISPOSITIVI SANITARI**

L'erogazione delle forniture dei farmaci e dei dispositivi sanitari previsti dal Dipartimento Farmaceutico avviene in esecuzione delle attuali disposizioni della Regione ed atti esecutivi dell'ASL.

➤ **FORNITURA DEI FARMACI**

La fornitura dei Farmaci deve prevedere che:

- siano erogati esclusivamente farmaci di fascia A; non è possibile in alcun caso richiedere farmaci di fascia C, fatte salve le categorie previste dalla normativa regionale;
- i farmaci di fascia H devono essere richiesti dallo specialista su apposita modulistica per i farmaci di fascia H;
- per quanto attiene le sostanze stupefacenti la richiesta viene presentata con le modalità specifiche previste dalla normativa vigente e, in particolare, su distinto ed apposito modulo predisposto, con n.3 schede per ogni richiesta, ed allegando allo stesso copia della prescrizione del medico di base;
- la Struttura Residenziale dovrà disporre di un Registro di carico e scarico dei prodotti medicinali forniti dalla ASL a cura del Coordinatore Sanitario e annotare sulle cartelle degli ospiti la terapia farmacologica somministrata giornalmente.

I farmaci e il materiale farmaceutico vengono prelevati da personale sanitario debitamente autorizzato per iscritto dal coordinatore della RSSA.

➤ **FORNITURA DI DISPOSITIVI E PRESIDII**

La fornitura di protesi ed ausili ha luogo secondo le procedure previste dal D.M. 332/99 e dalle norme regionali integrative in materia, previa autorizzazione del Distretto di residenza dell'assistito. Gli ausili per l'incontinenza sono a carico della ASL. L'erogazione degli stessi seguirà le seguenti modalità: 1) Richiesta di fornitura dei presidi sanitari inoltrata al Distretto di residenza dell'assistito; 2) Autorizzazione all'erogazione dei presidi da parte del Distretto, previa verifica del Piano Assistenziale dell'assistito; 3) Consegna dei presidi, da parte del fornitore, presso la sede della RSSA.

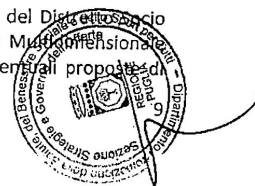
I presidi ad uso comune, ad esempio siringhe, garze, ecc., sono forniti dalla farmacia della ASL sulla base di apposita richiesta a firma del Coordinatore Sanitario della RSSA e comunque secondo modalità concordate.

Non saranno oggetto di fornitura le attrezzature quali alzapersona, letti ortopedici ecc. per le quali la Residenza provvederà direttamente.

ART. 11

Modalità di accesso e dimissioni

1. Le procedure di ammissione e dimissione sono effettuate nel rispetto del RR. n.4/2007, della L.R. n. 23/2008, dell'art. 27 della L.R. n.4/2010 e della DGR n. 691/2011.
2. L'immissione in RSSA dei pazienti residenti nell'ambito territoriale della ASL avverrà a cura del Dipartimento Sanitario competente per residenza previa valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.). La stessa UVM che ha valutato provvederà ad effettuare le rivalutazioni e le eventuali proposte di



Allegato A

proroga. La permanenza o la dimissione dell'assistito sarà comunque convalidata dal Distretto Socio Sanitario competente. L'anziano o suo familiare o tutore avanza richiesta di ospitalità (su apposito modulo della ASL) alla PUA e/o al Distretto di residenza indicando la residenza preferita, nell'ambito di quelle che hanno sottoscritto accordo contrattuale con l'ASL e indicate in apposito elenco messo a disposizione del Distretto dall'Area Servizio sociosanitario. L'Area Servizio sociosanitario è tenuta ad inviare l'elenco delle RSSA con accordo contrattuale, con il relativo numero di posti letto oggetto dell'accordo, nella Carta dei servizi dell'Azienda, nonché sul sito web aziendale. Il Distretto autorizza, previa valutazione dell'UVM, l'ospitalità presso la residenza indicata dall'anziano o presso altra residenza in caso di mancata disponibilità di posto letto per il ricovero nella residenza indicata.

3. La RSSA adotta "la lista delle prenotazioni degli ospiti autorizzate dai Distretti". La lista è tenuta dalla RSSA e dal Distretto socio sanitario in cui ha sede la struttura.
Infatti, la Residenza:
 - considera come data di prenotazione quella corrispondente alla data di autorizzazione rilasciata dal Distretto determinando così la lista ufficiale dei soggetti prenotati a disposizione degli organismi competenti;
 - privilegia, a parità di data di autorizzazione, l'ingresso dell'ospite che presenta i seguenti requisiti: maggiore età e grado totale di non autosufficienza o di disabilità.
4. La lista dei suddetti ospiti prenotati può essere modificata solo per situazioni d'urgenza, intendendosi con ciò alta necessità di cure sociosanitarie, e in caso di dimissioni protette dai Presidi ospedalieri, in conformità a quanto stabilito con la DGR 691/2011. In tali casi si determina una priorità di ammissione nella struttura.
5. La RSSA s'impegna, ogni qualvolta si liberi un posto letto, ad informare a mezzo fax, e-mail ovvero telegramma la famiglia e/o il tutore legale dell'utente primo nella lista di prenotazione affinché detto posto letto possa essere occupato entro le 24 ore: in caso di mancato riscontro la Residenza è autorizzata a contattare il successivo utente in lista di prenotazione.
6. La Famiglia, in caso di ricovero dell'utente in Ospedale può chiedere, entro le 24 ore, alla RSSA la sospensione temporanea dell'inserimento. In questo caso l'assistito non viene cancellato dalla lista per trenta giorni, salvo ulteriori comunicazioni da parte dei familiari e valutazione da parte del Distretto sociosanitario di residenza.
7. Le RSSA autorizzate per un numero di posti letto superiore a quello definito nel presente Accordo, che ospitano soggetti privatamente nei posti letto non oggetto del presente Accordo, in nessun caso possono trasferire un ospite in un posto letto contrattualizzato, prima di attivare regolare procedura attraverso l'UVM del Distretto di Residenza dell'ospite e conseguente inserimento nella lista di prenotazione, seguendo la procedura del presente articolo.
8. Le dimissioni dei soggetti ricoverati possono essere decise, oltreché volontariamente dagli stessi, dall'UVM del Distretto che ha autorizzato il ricovero o direttamente dalla struttura convenzionata, in accordo con l'UVM, in presenza delle sottoelencate condizioni:
 - accertata impossibilità del rispetto, da parte dell'anziano, della vita comunitaria;
 - accertata morosità nel pagamento delle quota sociale delle rette di soggiorno che rimangono a carico diretto dei residenti o dei Comuni.
 Delle dimissioni dovrà darsi comunicazione scritta entro tre giorni al competente Distretto e all'Area Servizio Sociosanitario della ASL.
9. La Residenza, in caso di eventuali improvvisi allontanamenti dell'ospite, fornirà immediata comunicazione alle Autorità competenti nonché ai familiari ed ai Servizi competenti (Distretto, Comune, e per conoscenza, Area Servizio Sociosanitario).

ART. 12

Mantenimento posti letto per ricoveri ospedalieri e dimissioni protette
--

1. L'ASL per il mantenimento del posto in struttura, in seguito ad assenze causate da ricoveri ospedalieri, il cui periodo non può superare i 20 giorni, riconoscerà il 70% della quota sanitaria spettante alle Residenze, in considerazione dei costi fissi rimanenti a carico della RSSA. In caso di ricoveri superiori a 20 giorni, l'UVM del Distretto in cui si trova la struttura valuta la situazione del paziente al fine della verifica e aggiornamento del progetto personalizzato.
2. Il ricovero in ospedale e l'eventuale successivo rientro nella RSSA dovranno essere comunicati per iscritto entro tre giorni al competente Distretto e all'Area Servizio Sociosanitario della ASL. I suddetti ricoveri ospedalieri dovranno essere documentati dal cartellino di dimissione ospedaliera, ovvero dal certificato di morte (da allegare alla comunicazione di rientro in residenza o di decesso inviato all'Area Servizio sociosanitario).



Allegato A

3. La Residenza, nella fattura mensile da inviare alla ASL, dovrà specificare il numero delle giornate di ricovero ospedaliero per la opportuna contabilizzazione.

ART. 13

Monitoraggio e controllo

1. Le attività della struttura sono oggetto di monitoraggio, valutazione e controllo sotto i profili della qualità, appropriatezza, dell'accessibilità e del costo della quota socio-assistenziale applicata.
2. A tale scopo l'ente gestore si impegna, a livello sperimentale, a sottoporre a verifica interna gli aspetti inerenti la qualità dell'assistenza percepita dall'utente, con particolare riferimento ai requisiti di qualità e secondo indicatori condivisi e preventivamente formalizzati.
3. Al fine della verifica della corretta esecuzione delle prestazioni oggetto del presente contratto, la ASL attiva controlli propri tramite i Servizi Ispettivi aziendali quali SISP, SPESAL, SIAN e UVAR a propria discrezione, sia periodici che straordinari, le cui risultanze i suddetti Servizi inviano alla Direzione generale, al Direttore del Distretto, al Servizio Area sociosanitaria, alla Regione Puglia - Assessorato alla Sanità- Sezione Strategie e Governo dell'Offerta. L'obiettivo è il ripristino delle condizioni di buon andamento nella gestione del servizio e di tutela degli utenti.

ART. 14

Corrispettivi

1. Il corrispettivo contrattuale dovuto all'erogatore dalla ASL, in forza del presente contratto, è quello stabilito dalla tariffa di cui alla DGR n. 1037/2012:

Denominazione disciplina	Tariffa
RSSA con autorizzazione definitiva fascia alta	€ 92,90 di cui € 46,45 a carico della ASL

2. I predetti corrispettivi si riferiscono al servizio prestato a perfetta regola d'arte e nel pieno adempimento delle modalità e delle prescrizioni contrattuali; gli stessi sono dovuti unicamente all'erogatore e, pertanto, qualsiasi terzo, ivi compresi eventuali subfornitori di servizi non potranno vantare alcun diritto nei confronti della ASL. Tutti gli obblighi ed oneri derivanti all'erogatore dall'esecuzione del contratto e dall'osservanza di leggi e regolamenti, nonché dalle disposizioni emanate o che venissero emanate dai competenti organi nazionali o regionali, sono compresi nella tariffa riportata nel precedente punto 1 del presente articolo.
3. La quota sanitaria della relativa tariffa non può superare il 50% della tariffa di riferimento regionale per le RSSA. Per tariffe diverse da quelle di riferimento regionale, qualora vi sia l'erogazione di prestazioni aggiuntive di carattere alberghiero e sociale, la quota eccedente la tariffa di riferimento regionale è a totale carico dell'assistito.

ART. 15

Fatturazione e pagamenti

1. Il pagamento della quota di spettanza ASL (50% della tariffa) di cui al precedente articolo sarà effettuato dalla ASL. La ASL potrà, a mezzo dei soggetti che riterrà di individuare, effettuare controlli al fine di verificare la congruità delle fatture emesse alle prestazioni rese. Il pagamento delle prestazioni erogate ed autorizzate dalla ASL sarà effettuato sulla base delle fatture emesse a cadenza mensile dall'erogatore.



Allegato A

2. La fatturazione dovrà essere effettuata sulla base delle giornate di degenza effettivamente erogate, e comunque non contestate, nei termini e nei modi previsti dal presente contratto, specificando anche le giornate di mantenimento dei posti letto per ricoveri ospedalieri e dimissioni protette. Unitamente a tale fattura trasmette un prospetto riepilogativo riportante per ogni ospite: dati anagrafici, movimenti in entrata ed uscita, giornate di ricovero ospedaliero.
3. Ciascuna fattura emessa dall'erogatore dovrà contenere il riferimento al presente contratto, e dovrà essere intestata e spedita alla ASL___, via _____n. ____-_____.
4. Il pagamento delle fatture emesse dall'erogatore sarà effettuato dalla ASL secondo la normativa vigente in materia e, comunque, entro 60 (sessanta) giorni dalla data di ricevimento delle stesse.
5. La ASL predispone i pagamenti previa acquisizione del DURC nei modi e nei tempi previsti dalla normativa vigente.
6. L'erogatore, sotto la propria esclusiva responsabilità, renderà tempestivamente note le variazioni che si verificassero circa le modalità di accredito; in difetto di tale comunicazione, anche se le variazioni venissero pubblicate nei modi di legge, l'erogatore non potrà sollevare eccezioni in ordine ad eventuali ritardi dei pagamenti, nè in ordine ai pagamenti già effettuati.
7. Resta tuttavia espressamente inteso che in nessun caso, ivi compreso il caso di ritardi nei pagamenti dei corrispettivi dovuti, l'erogatore potrà sospendere l'erogazione dei servizi e, comunque, delle attività previste nel presente contratto a pena di risoluzione dello stesso.
8. L'erogatore si impegna a consegnare la notulazione delle prestazioni rese anche su supporto informatico secondo le modalità, nel formato ed in ragione delle classificazioni determinate della Regione Puglia.
9. In caso di difformità tra importo mensilmente notulato dall'erogatore ed importo liquidato e pagato dalla Azienda ASL, il primo, prima di intraprendere azioni a propria tutela, si impegna a:
 - ritirare gli elaborati analitici delle liquidazioni ad esse relative e le eventuali contestazioni relative alle prestazioni escluse dalla liquidazione, dopo i 30 giorni ed entro i 60 giorni dall'avvenuto pagamento;
 - richiedere alla Azienda ASL., entro 60 giorni dal ritiro della suddetta documentazione, chiarimenti sulle motivazioni che legittimano eventuali discordanze o contestazioni effettuate;
 - attendere la risposta ai chiarimenti che dovrà pervenirgli entro 60 giorni dalla richiesta. Il mancato ritiro degli elaborati entro il termine prescritto, ovvero la mancata richiesta di chiarimenti entro i 30 giorni dal ritiro stesso, costituiscono accettazione delle liquidazioni effettuate.

ART. 16

Prestazioni erogate nei confronti di residenti al di fuori della Regione Puglia
--

1. Le prestazioni erogate nei confronti di persone residenti in altre regioni d'Italia e/o in Paesi della Unione Europea e/o Extracomunitari, che devono essere incluse in un tabulato contabile separato, non sono remunerate dal SSR e non rientrano per quelle per cui è prevista la compensazione in sede nazionale.

ART. 17

Responsabile dell'esecuzione dell'accordo
--

La ASL individua il responsabile dell'esecuzione del presente Accordo nel Direttore dell'Area Servizio Sociosanitario della Direzione Generale.

ART. 18

Riservatezza

1. L'erogatore, ai sensi del D.Lgs. n.196/2003, ha l'obbligo di mantenere riservati i dati e le informazioni di cui venga in possesso e, comunque, a conoscenza, di non divulgarli in alcun modo e in qualsiasi forma, di non farne oggetto di utilizzazione a qualsiasi titolo per scopi diversi da quelli strettamente necessari all'esecuzione del contratto.
2. L'obbligo di cui al precedente comma sussiste, altresì, relativamente a tutto il materiale originario o prediletto in esecuzione del contratto.
3. L'obbligo di cui al comma 1 non concerne i dati che siano o divengano di pubblico dominio.



Allegato A

4. L'erogatore è responsabile per l'esatta osservanza da parte dei propri dipendenti, consulenti e collaboratori, nonché di subfornitori e dei loro dipendenti, consulenti e collaboratori, degli obblighi di riservatezza anzidetti.
5. In caso di inosservanza degli obblighi di riservatezza, la ASL, ha facoltà di dichiarare risolto di diritto il contratto, fermo restando che l'erogatore sarà tenuto a risarcire tutti i danni che ne dovessero derivare.
6. L'erogatore si impegna, altresì, a rispettare quanto previsto dalla legge 196/2003 e s.m. e i. e dai relativi regolamenti di attuazione in materia di riservatezza dei dati personali dei pazienti.

ART. 19

Sospensione - risoluzione - condizione risolutiva

1. La ASL nel caso di violazioni di quanto prescritto dal presente contratto potrà risolvere il presente contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c. previa comunicazione da notificarsi senza preavviso all'erogatore con raccomandata a/r.
2. Nel caso di sospensione e/o revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'iscrizione nel Registro regionale di cui all'art.53 della L.R. n.19/2006 della RSSA _____ il presente contratto si intende, rispettivamente, sospeso e risolto di diritto.
3. Il presente contratto si intende risolto di diritto a seguito di modifiche sostanziali alla normativa di cui all'art. 8 della legge regionale 9 agosto 2006, n. 26, così come integrato dall'art. 10 della L.R. n. 4/2010 e dall'art.1 della L.R. n. 21/2013. In tal caso, l'erogatore, ai fini della continuità assistenziale, garantirà le prestazioni alle condizioni previste dal presente contratto. Tale regime di proroga persisterà fino alla sottoscrizione dei nuovi accordi contrattuali secondo l'intervenuta normativa regionale."
4. Il presente contratto si intende risolto di diritto a seguito dell'abrogazione dell'art. 8 della legge regionale 9 agosto 2006, n. 26, così come integrato dall'art. 10 della L.R. n. 4/2010 e dall'art.1 della L.R. n. 21/2013. In tal caso, l'erogatore, ai fini della continuità assistenziale, garantirà le prestazioni alle condizioni previste dal presente contratto. Tale regime di proroga persisterà fino alla sottoscrizione dei nuovi accordi contrattuali secondo l'intervenuta normativa regionale.

ART. 20

Allegati

Al presente contratto si allega l'elenco nominativo del personale della RSSA _____, con l'indicazione della relativa professionalità, qualifica e mansioni, che è conforme ai requisiti organizzativi previsti dallo stesso R.R. n.4/2007.

ART. 21

Danni, responsabilità civile

L'erogatore assume in proprio ogni responsabilità per infortunio o danni eventualmente subiti da parte di persone, sia dipendenti o dei pazienti residenti e/o di terzi, causati nel corso dell'esecuzione del contratto, ovvero in dipendenza di omissioni, negligenze o altre inadempienze relative all'esecuzione delle prestazioni contrattuali ad esso riferibili, anche se eseguite da parte di terzi.

ART. 22Dichiarazione di Conoscenza da parte
dell'Erogatore e Norme Finali

- 1) L'Erogatore dà atto della conoscenza delle vigenti norme e regolamenti regionali disciplinanti la materia.
- 2) Il tetto invalicabile di remunerazione di cui all'art. 1 assume come riferimento la tariffa vigente al momento della sottoscrizione da parte dell'Erogatore del presente contratto. In caso di variazione tariffaria, si deve provvedere alla rimodulazione del piano e del volume delle prestazioni richieste all'Erogatore mediante sottoscrizione di altro contratto che sostituirà il presente a tutti gli effetti di legge a far data dalla sua sottoscrizione.



Allegato A

- 3) Le prestazioni non ricomprese nel piano annuale concordato, e conseguentemente non ricomprese nel tetto di spesa invalicabile, qualora notulate e notificate, non comportano la remunerazione di alcuno obbligo di remunerazione per l'Azienda Sanitaria Locale e saranno utilizzate soltanto ai fini statistico-epidemiologici.
- 4) Le parti si danno reciprocamente atto che il presente contratto viene concluso in attuazione della normativa Nazionale e Regionale di cui in premessa ed in ottemperanza alle precisazioni formulate dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali unitamente al Comitato Permanete per la verifica dei L.E.A. nella seduta del 4/4/2014 e di seguito riportate:

"Con la sottoscrizione del presente accordo la struttura accetta espressamente, completamente e 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.
 In considerazione dell'accettazione dei suddetti provvedimenti (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".

ART. 23

Foro competente

Per tutte le questioni relative ai rapporti tra la RSSA _____ e la ASL _____ è competente il Tribunale di _____, sezione distaccata di _____.

Ai sensi di quanto previsto dalla legge 196/2003 e s.m. e i. le parti dichiarano che il trattamento dei dati personali di cui alla Legge 31/12/1996, n. 675 avverrà solo per i fini istituzionali e nei limiti di Legge.

Letto, confermato e sottoscritto.

Il Direttore Generale pro-tempore della Azienda ASL _____ Dott. _____	Il Legale Rappresentante della RSSA _____
	Data _____

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del C.C., si approvano esplicitamente le regolamentazioni contrattuali di cui agli Artt. 1 (Valore delle premesse e degli allegati- Piano annuale delle prestazioni e tetto invalicabile di remunerazione per prestazioni erogate verso residenti nella Puglia), 2 (Norme regolatrici e disciplina applicabile), 3 (Destinatari dei servizi assistenziali erogati dalla RSSA), 4 (Finalità ed obiettivi), 5 (Durata, proroga ed azioni), 6 (Condizioni per l'erogazione del servizio e limitazione di responsabilità), 7 (Obbligazioni specifiche per l'erogatore) 8 (Obblighi derivanti dal rapporto di lavoro), 9 (Obblighi in materia di Sanità elettronica), 10 (Obblighi ed adempimenti della Azienda sanitaria locale), 11 (Regolamento interno e verifica di corrispondenza qualitativa delle prestazioni), 11 (Modalità di accesso e dimissioni), 12 (Mantenimento posti letto per ricoveri ospedalieri e dimissioni protette), 13 (monitoraggio e controllo), 14 (Corrispettivi), 15 (Fatturazione e pagamenti), 16 (Prestazioni erogate nei confronti di residenti al di fuori della Regione Puglia), 17 (Responsabile dell'esecuzione dell'accordo), 18 (Riservatezza), 19 (Sospensione-risoluzione-condizione risolutiva), 20 (Allegati), 21 (Danni, responsabilità civile), 22 (Dichiarazione di conoscenza da parte dell'erogatore e norme finali), 23 (Foro competente).

