

Contratto tra il Centro **CEFIM**

Partita IVA: 01199400613 Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):

con sede in Caserta – Via Ferrarecche n°

rappresentato dalla sottoscritta Sig.a Gina Murolo CF MRLGNI 47R71F839W

come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o della Regione che redige il presente atto;

il / la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 T.U. 445/2000, dichiara:

- a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentante legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni / si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di
- c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27.12.1956, n. 1423, e che non sussistono le cause ostative previste all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006;
- d) di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;

E

L'Azienda Sanitaria Locale CASERTA con sede in Caserta Partita IVA: : 03519500619 rappresentata dal Commissario Straordinario dott. Paolo Menduni nato il 19/04/1941 a Poggiardo (Le) munito dei necessari poteri come da DGRC di nomina n 200 del 29/09/2011

PER

- che con decreto n. 86 del 24/07/2013, come modificato ed integrato dal decreto commissariale n.102 dell'11/10/2013 il Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 erogate nel corso del 2013, ed ha emanato anche i relativi schemi contrattuali, cui si uniforma il presente contratto;

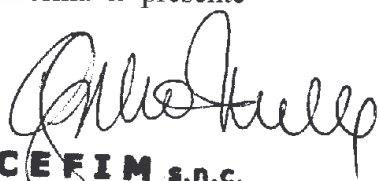
PREMESSO

- che con decreto n. 86 del 24/07/2013 ,come modificato dal decreto n.102 dell'11/10/2013, il Presidente Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni sanitarie di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 erogate nel corso del 2013, ed ha emanato anche i relativi schemi contrattuali, cui si uniforma il presente contratto;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

La premessa è patto e forma parte integrante del presente contratto.


CEFIM s.n.c.
di **MUROLO e C.**
Il Legale Rappresentante
Sig.ra Gina Murolo

Art. 2

(oggetto)

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 (come definita nell'allegato n. 4 alla DGRC n. 1269 del 16.7.09 e nel DPCM 29 novembre 2001, recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza") da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2013, da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa. Pertanto, la disciplina recata dal presente contratto fissa limiti massimi entro i quali possono rientrare dette prestazioni da erogarsi nel corso dell'anno 2013.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)


1. Il volume massimo di prestazioni che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2013 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2013, è determinato in :
 - a) N. **32.692** prestazioni **ex art. 26** L. 833/78 Ambulatoriali/Domiciliari
 - b) N.prestazioni **ex art. 26** L. 833/78 Semi Residenziali e Residenziali
2. Resta inteso che il mix di prestazioni potrà essere diverso, purché siano rispettati i limiti di spesa fissati nel successivo art. 4 e purché l'erogazione delle prestazioni avvenga in corso d'anno nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2013. In ogni caso non sarà riconosciuto liquidabile il numero di prestazioni di riabilitazione domiciliare ex art. 26 L. 833/78 eventualmente eccedente quello delle prestazioni ambulatoriali, salvo deroga espressamente concessa dalla Regione su motivata proposta della sottoscritta ASL.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa e, quindi, il fatturato, per il periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2013 per il volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato come segue:
 - a) per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78: Euro **1.440.799,23**
 - b) per le prestazioni semi residenziali e residenziali di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78: Euro (al lordo della quota di compartecipazione dell'utente / Comune, dovuta in caso di superamento dei 240 giorni di degenza);

Nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti nel comma precedente e relativi alle prestazioni ex art. 26, fermo restando il rispetto della C.O.M. della struttura, è consentito che un superamento dei limiti di spesa relativo alle prestazioni semiresidenziali e residenziali possa essere compensato da un risparmio sul limite di spesa stabilito per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari; mentre non è consentita la condizione opposta: un superamento del limite di spesa stabilito per le prestazioni ambulatoriali e domiciliari non potrà essere compensato da un sotto utilizzo del limite di spesa stabilito per le prestazioni semiresidenziali e residenziali. La ASL e la sottoscritta struttura privata potranno modificare in corso d'anno i suddetti limiti di spesa per incrementare in quantità e valore le prestazioni di salute mentale e socio sanitarie (RSA / Hospice) riducendo dello stesso valore economico quelle di riabilitazione art. 26. Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare almeno in parte la continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate, il consumo massimo del tetto annuale è fissato al 95% al 30 novembre 2013: pertanto, nulla spetterà alla sottoscritta struttura, né a titolo di

 pag. n. 2 di 5

- compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre il suddetto consumo massimo.
2. La sottoscritta struttura potrà recuperare nel mese successivo l'eventuale volume di prestazioni non richiesto dagli aventi diritto, rispetto alla percentuale massima fissata al comma precedente: si precisa, comunque, che nulla spetterà né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per il caso in cui detto volume non sia stato recuperato entro il termine di durata del presente contratto.
 3. Gli importi di cui al comma 1, divisi per il corrispondente volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 1, definiscono il valore medio della prestazione per la macroarea / tipologia di prestazioni.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle vigenti tariffe regionali - fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati dalla Regione. Per le prestazioni socio sanitarie, ai sensi della normativa vigente, la sottoscritta struttura privata ha l'obbligo di fatturare alla ASL esclusivamente la quota delle tariffe dovuta per la componente sanitaria, e all'utente / Comune la quota delle tariffe per la componente sociale, secondo le percentuali riportate al punto n. 1 del dispositivo del decreto commissariale n. 77 dell'11 novembre 2011. Per le strutture interessate dalle riconversioni parziali o totali in strutture socio sanitarie al momento della riconversione la residua quota di dodicesimi del tetto di spesa annuo sarà riservata alle prestazioni riconvertite.
2. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale o del Commissario ad acta, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
3. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC n. 6757/96, 377/98, 1270 e 1272/2003, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6,

(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto da n. **12** membri di cui n. **05** designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. **07** membri nominati dalla ASL
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:

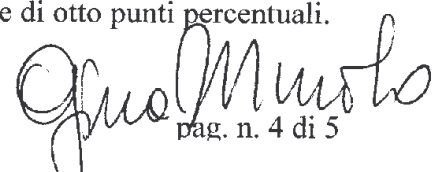


- a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria, dandone comunicazione al Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità.
 5. Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura privata si impegna a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 15 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

Art. 7

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari al 90% del fatturato mensile.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro novanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 31 luglio per le fatture del primo trimestre; entro il 31 ottobre per le fatture relative ai mesi da aprile a luglio; entro il 31 gennaio per le fatture relative ai mesi di agosto, settembre ed ottobre; entro il 30 aprile dell'anno successivo per le fatture di novembre e dicembre. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte della sottoscritta struttura privata delle note credito richieste dalla ASL, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria eventualmente necessaria per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4.
3. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della sottoscritta struttura privata, fermo restando che tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese in corso d'anno non potrà essere liquidato alle scadenze periodiche stabilite nel comma precedente, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione.
4. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
5. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, maggiorato come segue:
 - a) per i primi due mesi di ritardo: maggiorazione di due punti percentuali;
 - b) per i successivi due mesi di ritardo: maggiorazione di quattro punti percentuali;
 - c) per ulteriori due mesi di ritardo: maggiorazione di sei punti percentuali;
 - d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: maggiorazione di otto punti percentuali.


pag. n. 4 di 5

6. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
7. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (che avrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiarerà espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo. Fino a quando non sarà emessa la suddetta apposita e regolare fattura, la ASL potrà presumere la rinuncia della struttura privata agli interessi moratori, alle spese ed all'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002.
8. Le parti si danno atto che l'erogazione per il tramite delle aziende sanitarie locali delle risorse stanziare dalla Regione per garantire l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie gravanti sul fondo sociale regionale per la non autosufficienza, relativamente alla quota sociale a carico dei comuni, fatti salvi i costi a carico degli utenti, prevista dall'art. 1, comma 61, della legge regionale 6 maggio 2013, n. 5, sarà regolata da appositi e successivi provvedimenti regionali, con i quali saranno anche definiti i tempi e le modalità di attuazione della citata previsione legislativa.

Art. 8

(efficacia del contratto)

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2013.
2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 9

(norme finali)

1. Per ogni controversia riguardo l'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.
2. Per qualsiasi controversia tra la sottoscritta struttura privata e la ASL e/o la Regione, anche non inerente al presente contratto, è espressamente escluso il ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il citato decreto del Commissario ad Acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro n. 86 del 24/07/2013, come modificato ed integrato dal decreto commissariale n 102 dell'11/10/2013

.....li....., / 2013

Timbro e firma della ASL
Il Direttore Generale

IL DIRETTORE GENERALE
Paolo Menduni

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

CEFIM s.n.c.
di MUROLO e c.
Il Legale Rappresentante
Sig.ra Gina Murolo