

Accordo contrattuale per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra l'Azienda ULSS 8 Berica e l'Ipab di Vicenza, titolare della gestione dell'Ospedale di Comunità sito presso la Residenza Monte Crocetta in Vicenza

tra

l'Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria n. 8 Berica (di seguito Azienda ULSS) con sede legale a Vicenza via Rodolfi , n. 37, p.iva/c.f. 02441500242, nella persona del Direttore Generale, legale rappresentante pro-tempore, dr. Giovanni Pavesi c.f. PVSGNN61L10L781D domiciliato per la carica presso la sede dell'Azienda ULSS;

e

il Soggetto pubblico - privato accreditato istituzionalmente IPAB di Vicenza (di seguito Soggetto accreditato) con sede legale a Vicenza Contrà San Pietro, n. 60, p.iva/c.f. 3056680246, nella persona del legale rappresentante protempore Sig. Lucio Turra, c.f. TRRLCU57C12L840L il quale dichiara, consapevole delle responsabilità penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. n. 445 del 2000, di non essere stato condannato con provvedimento definitivo (inclusi sentenza pronunciata a seguito di applicazione della pena su richiesta delle parti, decreto penale di condanna) per reati che comportano l'incapacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione;

Premesso che:

- L'art. 8 quinquies del d.lgs. 502/92 e successive modifiche prevede che la Regione e l'Azienda ULSS definiscano accordi con le strutture pubbliche ed equiparate e stipulino contratti con quelle private e con i professionisti accreditati;
- Ai sensi dell'art. 17, comma 3, della l.r. del 16 agosto 2002 n. 22, la Giunta Regionale disciplina i rapporti di cui all'articolo 8-quinquies del d.lgs n. 502/92 e successive modificazioni mediante uno schema tipo di accordo contrattuale con il quale si stabiliscono l'indicazione delle quantità e delle tipologie di prestazioni da erogare e le modalità delle verifiche e dei controlli;
- La Giunta Regionale con deliberazione n. 1455 dell' 8 ottobre 2018, attuativa di quanto previsto dall'art. 17 comma 3 della l.r. 16 agosto 2002 n. 22, ha disciplinato i contenuti del presente accordo contrattuale al fine di assicurare una omogenea ed uniforme applicazione della norma richiamata;
- Ai sensi dell'art. 17, comma 4, della l.r. 16 agosto 2002 n. 22, il Direttore Generale dell'Azienda ULSS territorialmente competente provvede alla stipula dei relativi accordi contrattuali;
- Le quantità e le tipologie di prestazioni sanitarie, da erogare per conto del SSR a favore dei cittadini residenti nella Regione del Veneto ed in altre Regioni affetti da patologie croniche sono definite mediante progetti personalizzati previsti dalla normativa vigente (DM n. 70/2015, DGR n. 2718/2012 e ss.mm.ii.) ed erogate sulla base di apposite graduatorie laddove previste secondo criteri di appropriatezza e di priorità di accesso rispetto alla gravità dei casi, al supporto familiare, e ove prevista, la compartecipazione;
- La quantità massima di prestazioni potenzialmente erogabili nella struttura di ricovero intermedio considerata è data dal numero massimo di giornate di degenza a disposizione degli utenti nell'ambito dei posti letto accreditati con delibera di Giunta Regionale. La remunerazione delle singole prestazioni a carico dell'Azienda ULSS è stabilita applicando alle giornate di degenza una tariffa di importo non superiore al valore stabilito con DGR n. 433 del 6 aprile 2017. La remunerazione annua complessiva delle prestazioni non può

eccedere il limite massimo delle risorse individuate dalla programmazione aziendale locale nel quadro delle risorse sanitarie stabilite dalla programmazione regionale;

- Il Direttore Generale dell'Azienda ULSS territorialmente competente, tenuto conto del fabbisogno e delle risorse disponibili stabilite dalla programmazione regionale nel rispetto del vincolo della sostenibilità economico finanziaria dell'intero sistema di offerta del SSR, ha formulato la programmazione aziendale locale delle risorse secondo criteri che assicurano l'appropriatezza e l'equità nella presa in carico dei cittadini rispetto ai livelli assistenziali di assistenza territoriale;

il Soggetto accreditato IPAB di Vicenza

- è in possesso dell'autorizzazione all'esercizio per la Struttura intermedia:

Ospedale di Comunità-ODC con sede in Vicenza, Strada Biron di Sopra, n. 80

in virtù del provvedimento di autorizzazione all'esercizio rilasciato da Azienda Zero con provvedimento n. 98 del 15 giugno 2017 per n. 11 posti letto

- e dell'accreditamento istituzionale rilasciato dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 1239 del 21 agosto 2018 per n. 11 di posti letto.

Tutto ciò premesso si conviene e si stipula quanto segue:

Articolo 1 – Oggetto

Nella struttura di ricovero intermedio accreditata vengono erogate le prestazioni sanitarie di ricoverointermedio - quindi temporanee - ricomprese nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza territoriale, nonché degli eventuali livelli integrativi regionali. In queste strutture vengono garantite la qualità delle cure, la sicurezza dei pazienti e la misurazione dei processi e degli esiti, secondo i contenuti di cui alla DGR n. 2718/12, DGR n. 2683/14 e DGR n. 433/17.

Le cure vengono erogate nel rispetto delle funzioni ed attività previste dalle citate normative regionali, nell'ambito del numero di posti letto accreditati e nei limiti del tetto di spesa a carico delle risorse sanitarie determinato dalla programmazione aziendale locale, nel quadro delle risorse sanitarie stabilite dalla programmazione regionale e nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario dell'intero sistema di offerta del SSR.

Articolo 2 - Obblighi del Soggetto accreditato

Il Soggetto accreditato:

- garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge, regolamenti e, comunque, delle norme di ogni rango e tipo, nessuna esclusa, in relazione ad ogni aspetto concernente l'esercizio della propria attività - inclusi anche quelli emanati da ANAC - compreso il regolare inquadramento contrattuale, del proprio personale dipendente e di quello dipendente da soggetti terzi cui sia affidata l'esecuzione di servizi, secondo quanto previsto dai contratti collettivi nazionali di lavoro di riferimento ed integrativi regionali sottoscritti dalle parti datoriali e sindacali rappresentative a livello nazionale;
- garantisce l'erogazione delle prestazioni oggetto del presente accordo contrattuale;
- comunica con congruo anticipo eventuali sospensioni di funzioni o attività oggetto del presente accordo: il preavviso dev'essere tale da garantire continuità assistenziale e da evitare disagio all'utenza;

- garantisce l'osservanza delle regole di correttezza e buona fede nell'esecuzione del presente accordo contrattuale anche sotto il profilo amministrativo-contabile.

Si impegna in particolare all'osservanza della disciplina nazionale e regionale in materia di:

- tariffe per il ricovero secondo i provvedimenti specifici della Giunta Regionale, da ultimo la DGR 433/2017;
- verifiche e controlli nell'ambito del sistema sanitario;
- incompatibilità del personale adibito all'erogazione delle prestazioni oggetto del presente accordo contrattuale, nonché dei titolari di una partecipazione nel Soggetto accreditato;
- utilizzo dei ricettari o della procedura Dema limitatamente alle prestazioni da prescrivere ai pazienti durante il ricovero in struttura;
- accoglimento e congedi dei pazienti anche nei giorni festivi e prefestivi;
- rispetto dei protocolli di appropriatezza erogativa e prescrittiva;
- compartecipazione alla spesa per le prestazioni da parte del cittadino nelle ipotesi previste dalla DGR n. 433/17 e ss.mm.ii.;
- completa integrazione con le strutture sanitarie e socio-sanitarie del Distretto (es. ADI) e la Centrale Operativa Territoriale - COT dell'Azienda ULSS per quanto riguarda la transizioni dei pazienti e il loro percorso pre e post ricovero;
- tutela per la responsabilità civile verso terzi per sinistri che possono derivare agli utenti o a terzi durante l'espletamento del servizio, attraverso la stipula di idoneo contratto assicurativo di responsabilità civile con presentazione di copia della polizza;
- sistema informativo sanitario, con riferimento agli obblighi di tenuta documentale della documentazione clinica, ai debiti informativi nei confronti dell'Azienda ULSS, della Regione del Veneto e del Ministero competente.

Il soggetto accreditato deve, inoltre:

- a) assicurare i livelli di qualità delle tecnologie e dei presidi sanitari che garantiscono i parametri di qualità efficienza e sicurezza delle attività sanitarie;
- b) erogare l'assistenza sanitaria per conto e con oneri a carico del SSR prioritariamente - ma non esclusivamente - ai cittadini residenti nell'azienda ULSS, nei limiti dei posti letto accreditati con DGR n. 1239 del 21 agosto 2018;
- c) erogare assistenza sanitaria per conto e con oneri a carico del SSR, anche a residenti di altre Aziende sanitarie.

Articolo 3 – Requisiti autorizzativi e di accreditamento

Il soggetto accreditato si impegna a mantenere nel tempo i requisiti autorizzativi e di accreditamento previsti dalla vigente normativa statale e regionale (DGR n. 2718/12 DGR n. DGR n. 2683/14 DGR n. 2108/14 DGR n. 433/17 e ss.mm.ii.) Si impegna, inoltre, ad eseguire le prestazioni nel rispetto degli standard previsti dalla legge regionale 22/2002 e ss.mm.ii. e dai provvedimenti attuativi della stessa, e ad attuare iniziative volte al miglioramento continuo della qualità.

Articolo 4 - Obblighi dell'Azienda ULSS

L'Azienda ULSS garantisce l'osservanza di tutte le norme di ogni rango e tipo in relazione ad ogni aspetto concernente l'esercizio della propria attività.

L'Azienda ULSS, nella figura del Direttore di Distretto o suo delegato, effettua le attività di verifica sull'applicazione del presente accordo tramite il proprio personale incaricato ad effettuare i controlli.

L'Azienda ULSS comunica tempestivamente al Soggetto accreditato ogni aggiornamento della disciplina regionale avente riflessi diretti sull'applicazione del presente accordo contrattuale ai fini della modifica del medesimo, nonché ogni informazione utile al corretto adempimento degli obblighi assunti dallo stesso Soggetto accreditato.

Articolo 5 – Assistenza medica, Responsabile Clinico e Direzione Sanitaria

L'assistenza medica ai pazienti ricoverati è a carico del soggetto accreditato e va erogata da medici coordinati e organizzati dalla Direzione Sanitaria della struttura che eroga anche l'assistenza diretta ed indiretta ai pazienti.

La presenza medica in struttura deve essere garantita per un totale di almeno un'ora alla settimana per paziente, garantendo ammissioni e dimissioni nei 7 giorni della settimana (compresi il sabato e la domenica) con accordi appositi tra professionisti e Azienda ULSS.

Considerato che il soggetto è stato autorizzato per 11 posti letto e accreditato per 11 posti letto, l'assistenza medica richiesta complessivamente nella fascia oraria 8-20 nell'arco della settimana è di 11 ore.

La presenza medica giornaliera richiesta del medico tra le 8 e le 20 sarà così articolata:

- da lunedì al venerdì per 2 ore/die
- sabato per 0,5 ore
- domenica per 0,5 ore.

Il responsabile clinico della struttura deve assicurare un monitoraggio clinico quotidiano che deve essere erogato anche il sabato e la domenica attraverso procedure codificate di passaggio di consegne cliniche e di accessibilità alla documentazione clinica da parte delle figure medico-sanitarie che dovessero alternarsi negli orari notturni, festivi e prefestivi.

- Gli accessi del medico vanno documentati nella cartella clinica, e il piano assistenziale personalizzato va stilato in sinergia con l'infermiere case-manager e gli altri professionisti del team assistenziale, incluso il fisiatra che contribuisce, nel caso, ad associare un piano riabilitativo individuale al piano assistenziale.
- Il piano va verificato attraverso meeting periodici tra tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza ed aggiornato o modificato in base alle condizioni cliniche e alla traiettoria funzionale del paziente.
- Nelle ore in cui il medico responsabile dei pazienti non è presente, la struttura deve garantire o la presenza di altro personale medico o la reperibilità telefonica (o con altri supporti di teleassistenza o di telemedicina) e l'eventuale intervento in loco quanto prima e non oltre i 45 minuti attraverso un sistema di pronta reperibilità.
- Il responsabile clinico della struttura è garante della raccolta delle informazioni sanitarie per assolvere al debito informativo (secondo il tracciato record definito con la DGR n. 2683/2014).
- La cartella e i dati clinici sanitari vengono custoditi dalla struttura nel rispetto della normativa vigente e devono essere consultabili e riproducibili su richiesta di chi ne ha diritto.

La direzione sanitaria, che può essere svolta anche dal responsabile clinico della struttura, è responsabile della gestione dei farmaci, dei dispositivi medici, della documentazione clinica (cartelle) e della documentazione professionale (linee guida, carta dei servizi) della gestione del rischio clinico, della qualità dell'applicazione della normativa regionale e delle misure igienico sanitarie, da applicare secondo la normativa vigente nell'esercizio di quest'attività sanitaria. L'IPAB di Vicenza si impegna a comunicare il nominativo per il suddetto incarico entro il 31/12/2018.

Articolo 6 – Assistenza medica e raccordo con ospedale di riferimento

La struttura, ai sensi della DGR n. 433 del 6 aprile 2017, si collega funzionalmente all'Ospedale per acuti di riferimento denominato Ospedale S. Bortolo sito in Vicenza, via Rodolfi, n. 37, mediante questo accordo a titolo non oneroso per il soggetto accreditato inteso a regolamentare i seguenti aspetti:

- a) accesso protetto del paziente riacutizzato che necessita di ricovero ospedaliero presso i reparti di riferimento per patologia, che consente un percorso facilitato del paziente verso i suddetti reparti agevolandone il ricovero o anche evitandone il passaggio o il prolungato stazionamento in pronto soccorso;
- b) erogazione di visite specialistiche ambulatoriali - che non richiedono strumentazioni tecnologiche - presso la struttura, da parte di specialisti dipendenti, convenzionati o accreditati (il cui volume è da ricomprendere nel budget di struttura nel caso di struttura accreditata). Tra queste sono comprese le visite fisiatriche nel caso il fisiatra non sia presente in organico nella struttura. Le prestazioni specialistiche ambulatoriali sono assimilabili, quando erogate in struttura, alle prestazioni di specialistica ambulatoriale domiciliare e, limitatamente ai soggetti in post ricovero, non sono sottoposte a ticket fino al 30° giorno perché ricomprese nelle prestazioni ambulatoriali in regime di post-ricovero;
- c) utilizzo non oneroso del servizio di Continuità Assistenziale dalle 20.00 alle ore 8.00, dal lunedì alla domenica, con garanzia di accesso entro 45 minuti su richiesta motivata dell'infermiere/coordinatore infermieristico della struttura.

Il suddetto accordo prevede inoltre l'erogazione dell'assistenza medica come di seguito indicata:

- dal lunedì al venerdì per 2 ore/die, a carico dell'ente gestore;
- l'utilizzo oneroso del servizio di Continuità Assistenziale nei giorni di sabato e/o domenica e festivi in orari diversi da quelli indicati al precedente punto c) con modalità di accesso programmato, necessario all'erogazione come minimo di 1 ora di assistenza medica al giorno e garanzia di accesso "a chiamata in caso di necessità" entro 45 minuti su richiesta motivata dell'infermiere/coordinatore infermieristico della struttura per un costo/utente quantificato ai sensi del presente accordo in 1,71 euro/die/capite, pari ad un costo annuale di 2.176,74, secondo la seguente articolazione giornaliera:
 - sabato per 0,5 ore
 - domenica e festivi per 0,5 ore.

Il suddetto orario concorre al raggiungimento dello standard di 1 ora di assistenza settimanale per utente.

Articolo 7 – Attività medico specialistica

È prevista l'erogazione di visite specialistiche presso la struttura da parte di specialisti dipendenti, convenzionati o accreditati ai sensi dell'accordo sottoscritto all'art 6 punto b).

Le visite specialistiche, richieste dal medico della struttura, con ricettario SSN o prescrizione DEMA, possono quindi essere erogate da specialisti già operanti nella struttura o da altri specialisti dipendenti accreditati o convenzionati con il SSN.

In struttura, devono comunque essere garantite attività di prelievo e di ECGgrafia con refertazione o in alternativa con tele refertazione in accordo con l'Azienda ULSS.

L'esigenza di ricevere prestazioni ambulatoriali che necessitano l'impiego di apparecchiature sanitarie comporta l'esecuzione della prestazione nella sede in cui sono disponibili. Relativamente al trasporto presso i luoghi deputati all'erogazione delle prestazioni specialistiche, diagnostiche e di ricovero per i pazienti si fa espresso riferimento a quanto disposto dalla DGR n. 1411/2011 "Oneri dei servizi di soccorso e trasporto sanitario. Modifica alla circolare n. 12 del 04.05.1999 di cui alle

DGR n. 1490 del 04.05.1999 e DGR n. 1527 del 15.06.2001” in materia di oneri dei servizi di soccorso e trasporto sanitario e relative tariffe regionale per i servizi di soccorso e trasporto con ambulanza.

Tutte le prestazioni di riabilitazione e di laboratorio sono erogate in regime di esenzione ticket, mentre tutte le altre prestazioni specialistiche ambulatoriali sono erogate in regime di esenzione ticket solo fino al 30[^] giorno di degenza, fatte salve le esenzioni di legge.

Articolo 8 – Fisiatra

La presenza del fisiatra, se non già in organico alla struttura, sarà assicurata dal Dipartimento/UOC di Riabilitazione, cui spetta l’incarico di accompagnare il paziente in transizione da un progetto di riabilitazione o di riattivazione integrato e di monitorarne l’attuazione in sinergia con tutto il personale della struttura.

Il Fisiatra è un consulente che interviene su richiesta del responsabile clinico della struttura. Il responsabile clinico richiede la consulenza fisiatrica e, nel momento in cui attiva (nel caso in cui non sia già stato attivato) un progetto riabilitativo individuale o recepisce le indicazioni del fisiatra che ha segnalato la necessità di ricovero, diventa, insieme al FKT, il referente del progetto da attuarsi con fisioterapista e/o logopedista e/o infermiere e/o terapeuta occupazionale, OSS, programmando verifiche che gli permettano di monitorare l’evoluzione del progetto riabilitativo o di riattivazione individuale e di partecipare alla programmazione della dimissione del paziente nella cui documentazione finale deve essere presente oltre alla relazione clinico-assistenziale, una relazione sul decorso funzionale del paziente stilata in collaborazione con il FKT.

Articolo 9 - Erogazione di Protesi, Ortesi e Ausili

Gli ausili standard (ad es. letti, materassi e cuscini antidecubito, sedie a rotelle standard, deambulatori e sollevatori) e presidi non personalizzati sono a carico del Soggetto accreditato.

Le protesi, gli ausili su misura (personalizzati) e di serie adattati sono forniti dall’Azienda ULSS in ottemperanza alla normativa vigente (DPCM 12/01/17).

L’erogazione è sottoposta alle seguenti condizioni:

- appartenere agli aventi diritto ai sensi dell’ art. 18 del suddetto DPCM;
- prescrizione con il codice ISO da parte di uno specialista competente del SSN, come parte integrante di un programma di prevenzione, cure e riabilitazione o loro esiti che determinano la menomazione o la disabilità;
- una diagnosi circostanziata che scaturisca da una completa valutazione multidimensionale;
- indicazione del dispositivo con il codice di riferimento del nomenclatore tariffario vigente;
- un dettagliato piano riabilitativo di assistenza individuale in linea con i documenti regionali approvati in materia.

L’erogazione degli ausili deve avvenire secondo l’iter aziendale di autorizzazione come disciplinato dalla normativa regionale.

Articolo 10 – Fornitura di farmaci, Nutrienti e Dispositivi Sanitari

L’Azienda ULSS è tenuta a fornire direttamente, nei limiti del fabbisogno programmato e verificato dal Servizio Farmaceutico dell’Azienda Ulss, i farmaci presenti nel Prontuario Terapeutico Aziendale che aggiornato periodicamente dovrà essere posto a disposizione del/i medico/i curante/i della Struttura o, in casi particolari e previa autorizzazione, tramite le farmacie esterne, a favore dei pazienti.

Presso la struttura, tutti i farmaci dovranno essere conservati in appositi armadi, anche informatizzati e/o frigoriferi allo scopo dedicati. Il carico e lo scarico dei farmaci forniti dovrà essere verificabile da appositi registri o dai diari sanitari degli ospiti.

Le modalità per l'eventuale ricorso a farmaci non compresi nel prontuario aziendale o in effettiva e comprovata urgenza dovranno essere concordate con il servizio farmaceutico territoriale, garantendo la tracciabilità delle stesse. Copia delle richieste e dei pareri del servizio farmaceutico territoriale dovranno essere conservate e rese disponibili nel corso delle verifiche periodiche dell'Azienda ULSS.

L'Azienda Ulss fornirà, secondo le modalità in uso all'Azienda Ulss i prodotti dietetici, inclusi gli addensanti, per il supporto nutrizionale (enterale o parenterale) ai pazienti, comprensivo di tutto l'occorrente per la somministrazione (pompe e deflussori), secondo procedure concordate e secondo le indicazioni del Piano Nutrizionale personalizzato ed in linea con le indicazioni regionali. Laddove presente e funzionante verrà acquisito preventivamente il parere del Team Nutrizionale, di cui alla D.G.R. n. 2634/1999 e ss.mm.ii.

L'Azienda ULSS fornirà i dispositivi medici presenti nel Repertorio Aziendale dei dispositivi medici.

Richieste riferite a dispositivi medici non presenti nel Repertorio aziendale andranno valutate e approvate secondo le procedure aziendali.

Il gestore del servizio si impegna all'osservanza della normativa vigente in merito alla gestione dei farmaci, dei dispositivi medici e degli stupefacenti.

Articolo 11 – Remunerazione e pagamento delle prestazioni

La remunerazione delle prestazioni erogate avviene secondo la tariffa in vigore al momento dell'esecuzione della prestazione stessa stabilita dalla Regione del Veneto, nei termini di legge stabilita in € 130,00 pro die/pro capite e comprensiva dell'importo stabilito nel precedente punto 6.

Tale retta viene confermata considerati gli importi di addebito e accredito delle funzioni poste in carico rispettivamente all'Azienda e All'Ente come riferito nel soprariportato art. 6 e sotto riferito nel presente articolo.

Ai sensi della DGR n. 433/17 e ss.mm.ii. la tariffa, è omnicomprensiva del costo dell'assistenza medica – fatta eccezione del servizio di Continuità Assistenziale attivo dal lunedì alla domenica dalle 20.00 alle 8.00.

La tariffa non comprende la fornitura di ausili personalizzati, farmaci e prodotti per l'incontinenza erogati ai pazienti secondo le normative vigenti in materia. La tariffa è invece comprensiva del costo dell'Ossigeno erogato a parete.

La tariffa è corrisposta dall'Azienda ULSS per ciascuna giornata di effettiva presenza dei pazienti. La giornata di accoglienza dell'ospite e la giornata in cui avviene la dimissione sono conteggiate tra le presenze effettive, precisando che lo stesso posto letto non potrà essere conteggiato due volte nell'ambito della medesima giornata.

Le assenze per eventuali invii in PS o ricoveri in Ospedale vengono remunerate solo fino al giorno successivo all'ospedalizzazione per un importo pari al 50% della vigente tariffa.

L'Azienda ULSS effettua il pagamento delle competenze spettanti, in forza del presente accordo contrattuale, al Soggetto accreditato entro il termine di 60 giorni dal ricevimento della fattura mensile e della documentazione relativa all'attività svolta, fatte salve le opportune verifiche circa la congruità e la rispondenza, con quanto risulta dal sistema informativo di gestione delle presenze. Il pagamento delle fatture non pregiudica il recupero di somme che, a seguito di accertamenti successivi, risultassero non dovute o dovute solo in parte.

Il pagamento delle competenze è effettuato dall'Azienda ULSS al Soggetto accreditato per le prestazioni erogate a pazienti residenti e non residenti nei Comuni afferenti al proprio ambito territoriale ex l.r. n. 19/16 e ss.mm.ii. ricompresi nel territorio della Regione del Veneto. Per pazienti

non residenti nel territorio aziendale, l'Azienda ULSS attiverà la procedura di compensazione intraregionale della mobilità sanitaria con l'Azienda ULSS di residenza dell'utente per il recupero delle somme erogate.

Le prestazioni erogate ad utenti non residenti nella Regione del Veneto – previa autorizzazione dell'Azienda Ulss di residenza del paziente - sono recuperate tramite procedure di fatturazione diretta tra Aziende sanitarie.

Non è ammessa la fatturazione diretta del soggetto accreditato all'Azienda ULSS di residenza dell'utente.

Soggetto incaricato all'esazione della quota prevista, ai sensi della DGR n. 433/17 e s.m.i, a carico dell'assistito, è l'Azienda ULSS che si avvale dell'organizzazione della struttura accreditata per facilitare l'utenza nelle procedure di pagamento. L'importo per l'esercizio della funzione è stato stabilito in 2.176,74 euro. All'Azienda Ulss spetterà invece l'eventuale procedura di recupero del credito verso l'utente, garantendo per intero alla struttura la tariffa giornaliera prevista.

Solo in casi selezionati e dopo valutazione UVMD può essere deciso che il paziente per motivi clinicosanitari può prolungare la degenza oltre il termine previsto senza compartecipazione per un massimo di ulteriori 15 giorni.

Articolo 12 - Durata dell'accordo contrattuale

Il presente accordo contrattuale decorre dal 01/01/2019 e ha durata triennale e, comunque, non oltre la validità del provvedimento di accreditamento istituzionale. Non è ammessa la proroga automatica.

Il presente accordo si rescinde automaticamente in caso di revoca dell'Accreditamento Istituzionale o di mancato rinnovo.

In caso di cessazione dell'attività su iniziativa del Soggetto accreditato, corre l'obbligo per il medesimo di darne preventiva comunicazione all'Azienda ULSS con preavviso di almeno 90 giorni, garantendo, comunque, la continuità delle prestazioni per tale periodo.

In vigore di questo accordo, l'Azienda ULSS contribuisce ad assicurare un'occupazione media annuale di almeno il 75% della struttura di ricovero intermedio, attraverso i propri sistemi di intercettazione, valutazione e invio tempestivo di pazienti eleggibili per percorsi di cura in ODC o URT attraverso la COT o a seguito di UVM distrettuale.

Articolo 13 - Eventi modificativi e cause di risoluzione dell'accordo contrattuale

Il Soggetto accreditato accetta che:

- l'accreditamento, al pari dell'autorizzazione all'esercizio, non è cedibile a terzi in mancanza di un atto regionale che ne autorizzi il trasferimento, previa acquisizione del parere favorevole dell'Azienda ULSS - espresso anche a seguito dei controlli antimafia previsti dalla normativa vigente - secondo le modalità di cui alla DGR del 6 novembre 2012 n. 2201 e ss.mm.ii.; la cessione non autorizzata dell'accordo contrattuale a terzi non produce effetti nei confronti dell'Azienda ULSS, il Soggetto subentrato deve stipulare un nuovo contratto agli stessi patti e condizioni previsti nel presente accordo contrattuale;
- ogni mutamento incidente su caratteristiche soggettive (ad es. cessione ramo d'azienda, fusione, scorporo, subentro di altro titolare) ed oggettive (ad es. spostamento della sede operativa), deve essere tempestivamente comunicato alla Regione del Veneto e all'Azienda ULSS competente territorialmente. L'Azienda ULSS si riserva di risolvere o meno il presente accordo contrattuale, fornendo all'erogatore accreditato decisione motivata. La Regione opererà le verifiche di propria competenza.

Il presente accordo contrattuale si risolve di diritto ai sensi dell'art. 1456 c.c. nei seguenti casi:

- perdita di un requisito soggettivo od oggettivo prescritto in capo al Soggetto accreditato previamente accertato dall'Azienda ULSS;
- accertata incapacità di garantire le proprie prestazioni;
- accertamento - ove applicabile - di situazioni di incompatibilità in relazione ai soggetti operanti per il soggetto accreditato ai relativi titolari di partecipazioni.

Nei casi di risoluzione di diritto viene disposta la revoca dell'accreditamento.

L'Azienda ULSS si riserva di sospendere in via cautelare, con apposito atto contenente l'indicazione della durata della sospensione, l'efficacia del presente accordo contrattuale per il tempo necessario ai fini della verifica delle circostanze che determinano la risoluzione di diritto. L'Azienda ULSS si riserva, inoltre, di disporre analogha sospensione per un tempo espressamente specificato, per altri giustificati motivi attinenti alla regolarità e qualità del servizio.

Articolo 14 - Adeguamento dell'accordo contrattuale a nuove disposizioni nazionali e regionali

Le parti assumono l'obbligo di adeguare il contenuto del presente accordo contrattuale in attuazione di sopravvenute disposizioni nazionali o regionali, con indicazione dei termini relativi alle nuove obbligazioni assunte.

Articolo 15 - Modifiche e integrazioni dell'accordo contrattuale

Eventuali modifiche al presente accordo contrattuale, potranno essere inserite previa acquisizione del parere favorevole della Regione del Veneto.

Eventuali integrazioni al presente accordo contrattuale, finalizzate al perseguimento degli obiettivi di politica sanitaria e sociosanitaria regionale e locale, potranno essere inserite previo consenso di entrambe le parti.

Articolo 16 – Controversie

Le controversie relative all'interpretazione ed esecuzione del presente accordo non risolte bonariamente tra le parti sono devolute al giudice competente in via esclusiva del foro di Vicenza.

Articolo 17 – Registrazione

Il presente atto è soggetto a registrazione in caso d'uso. Le spese di bollo sono a carico di chi richiede la registrazione.

Articolo 18 - Norma di rinvio

Per ogni aspetto non disciplinato dal presente accordo contrattuale si fa rinvio alle norme del codice civile e alla normativa di settore.

Letto, firmato e sottoscritto

Per l'Azienda ULSS 8 Berica
Il Direttore Generale
Dr. Giovanni Pavesi

Per il Soggetto accreditato IPAB di Vicenza
Il Legale Rappresentante
Sig. Lucio Turra

Data

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del cod. civ, si approvano e distintamente sottoscrivono le previsioni contrattuali di cui agli artt. 1 - Oggetto, 2 - Obblighi del Soggetto accreditato, 13 – Eventi modificativi e cause di risoluzione dell'accordo contrattuale, 16 - Controversie.

Letto, firmato e sottoscritto

Per l'Azienda ULSS 8 Berica
Il Direttore Generale
Dr. Giovanni Pavesi

Per il Soggetto accreditato IPAB di Vicenza
Il Legale Rappresentante
Sig. Lucio Turra

Data