

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 07 giugno 2016, n. 813

**DGR 6 agosto 2014, n. 1795 - Modifiche schema tipo di accordo contrattuale per l'erogazione e l'acquisto di prestazioni sanitarie in regime riabilitativo residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare (ex art 26 L. 833/78 ).**

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

L'art. 32, comma 8, della L. 449/1997 e l'art. 72, comma 3 della L. 448/1998 dispongono che le Regioni individuano preventivamente per ciascuna istituzione sanitaria pubblica e privata i limiti massimi annuali di spesa sostenibili con il Fondo sanitario nonché gli indirizzi e le modalità per la contrattazione.

L'art. 8 bis, comma 1, del D.Lgs. 502/1992, e successive modificazioni e integrazioni, stabilisce che le Regioni assicurino i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'art. 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle 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.

L'art. 1 della L.R. n.8/2004 prevede che "la Regione garantisce, attraverso gli istituti dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio dell'attività sanitaria e socio-sanitaria, dell'accreditamento istituzionale e degli accordi contrattuali, l'erogazione di prestazioni efficaci e sicure, il miglioramento continuo della qualità delle strutture sanitarie e socio-sanitarie nonché lo sviluppo sistematico e programmato del servizio sanitario regionale."

La medesima L.R. n. 8/2004 all'art. 27 (Sospensione e revoca dell'accreditamento), così come modificato dalla L.R. n.4/2010 e dalla L.R. n. 3/2013, prevede che *"co.4 L'accreditamento può, altresì, essere revocato a seguito di accertamento della violazione grave e continuativa degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo nonché del mancato rispetto degli accordi eventualmente sottoscritti con le organizzazioni rappresentative a livello regionale.*

*Co. 4 bis In caso di mancata stipula degli accordi di cui all'art. 8-quinquies del decreto legislativo, l'accreditamento è sospeso fino alla stipula dei predetti accordi.*

*Co.5 La revoca dell'accreditamento comporta la revoca degli accordi contrattuali eventualmente stabiliti con l'ASL di competenza.*

*6. La revoca dell'accreditamento è altresì disposta nel caso di violazione degli standard quantitativi e qualitativi, così come previsto sia per le strutture pubbliche che per le strutture private dal regol. reg. 3/2005, nonché in caso di mancata applicazione agli addetti del corrispondente CCNL."*

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.

Il comma 171 dell'art. 1, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)", ha precisato, in tema di tariffe, che è

vietata, nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intra-regionale che interregionale, ed ha altresì sanzionato con la nullità i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio.

La Direttiva 2011/7/UE ed il relativo D. Lgs. 9 novembre 2012, n. 192 *“Modifiche al decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, per l'integrale recepimento della direttiva 2011/7/UE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, a norma dell'articolo 10, comma 1, della legge 11 novembre 2011, n. 180”*, hanno introdotto modifiche alle disposizioni vigenti in materia di lotta contro i ritardi di pagamento.

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.

Con Deliberazione n. 1494 del 4 agosto 2009 *“Accordi contrattuali anno 2009 — Linee guida”* la Giunta regionale ha stabilito i criteri operativi relativi agli accordi contrattuali con gli erogatori privati ed istituzionalmente accreditati che erogano prestazioni sanitarie in regime riabilitativo ex art. 26, Legge n. 833/78, a cui col presente provvedimento si rimanda.

Le prescrizioni di cui alla DGR 1494/2009 prevedono:

- Determinazione del fondo unico da destinare alla remunerazione delle prestazioni di assistenza intensiva ed estensiva post acuzie erogate dalle strutture private sanitarie provvisoriamente e/o istituzionalmente accreditate;
- Determinazione del fabbisogno, ripartito secondo le diverse tipologie del setting- assistenziale;
- Individuazione dei volumi di prestazioni da contrattualizzare;
- Assegnazione del tetto di spesa per ciascuna struttura, tenendo conto di una serie di parametri, nel rispetto della potenzialità erogativa delle singole strutture.

Inoltre, la stessa deliberazione ha specificato:

- Di confermare per l'anno 2009 come tetto regionale la spesa dell'anno 2008 sostenuta dalle Aziende sanitarie verso gli erogatori privati per tutte le prestazioni di assistenza al netto della spesa sostenuta per extratetto nel medesimo anno;
- Di fissare come obiettivo per l'anno 2009 l'abbattimento del 2% della spesa dell'anno 2008;
- In riferimento al tetto di spesa di cui al punto precedente, di tener conto degli effetti delle regressioni tariffarie, ( che nello specifico prevede che alle prestazioni erogate tra il 95% ed il 100% del tetto di spesa si applica una regressione tariffaria pari al 15% );
- La possibilità di poter erogare prestazioni oltre il tetto di spesa, nei limiti massimi del 5%, concordate con la ASL sulla base della verifica di ulteriore fabbisogno, con la regressione tariffaria del 25% ai sensi dell'art. 17 della L.R. 14/2004.

Con successiva Deliberazione n. 2672 del 28/12/2009 la Giunta regionale ha stabilito:

- per l'anno 2009, a modifica della citata DGR n. 1494/2009, di confermare il tetto di spesa stabilito per l'anno 2008 dalla Legge regionale n. 40/2007 e dalla DGR n. 95/2008 ( DIEF 2008) senza le decurtazioni del 2%;
- a partire dall'anno 2010 di procedere alla sottoscrizione degli accordi contrattuali con le strutture private accreditate facendo riferimento al tetto di spesa 2008, confermato per l'anno 2009, senza la decurtazione del 2%, applicando i criteri della DGR n. 1494/2009.

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 dei tetti di spesa massimi.

Tra gli obiettivi della DGR n. 1494/2009 vi è quello di definire lo schema tipo di contratto per l'acquisizione delle prestazioni da parte delle Aziende sanitarie locali in sostituzione di quello già approvato con determinazione dirigenziale del Settore Sanità n. 138/2002.

Con Deliberazione 6 agosto 2014, n. 1795 ad oggetto: "*DGR 7 agosto 2012, n. 1668 - Modifiche schema tipo di accordo contrattuale per l'erogazione e l'acquisto di prestazioni sanitarie in regime riabilitativo residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare (ex art 26 L. 833/78)*" la Giunta regionale ha approvato lo schema tipo di contratto per l'acquisto da parte della ASL delle prestazioni sanitarie di riabilitazione e l'erogazione da parte delle strutture private accreditate delle medesime.

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 relativi al Piano Operativo 2013-2015 con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, con verbale del 5 novembre 2015 hanno formulato delle osservazioni sullo schema di contratto tipo predisposto dalla Regione con D.G.R. n. 1795/2014.

In particolare, in riferimento all'articolo 4, comma 3 del predetto schema tipo di contratto, hanno indicato che occorre precisare che le prestazioni erogate in favore dei pazienti extraregionali non rientrano nel tetto di spesa assegnato dall'Azienda Sanitaria Locale all'erogatore privato e, pertanto, le relative remunerazioni devono essere addebitate direttamente alla ASL di residenza dell'assistito.

Dovendo procedere ad apportare la predetta modifica allo schema tipo di accordo contrattuale in oggetto, la Sezione PAOSA ha ritenuto di convocare in data 8 marzo 2016 le principali Organizzazioni regionali rappresentative delle strutture riabilitative, ovvero le Associazioni AIOP, ARIS, Confindustria ed AGESPI al fine di sentire le stesse sul tema oggetto di osservazione.

Sulla necessità di riscrivere l'articolo 4 dello schema tipo di accordo contrattuale di cui alla precedente DGR n. 1795/2014, allineandolo alle osservazioni formulate dal Tavolo tecnico ministeriale, le Associazioni hanno condiviso ciò all'unanimità dei presenti durante la riunione dell'8 marzo.

Inoltre, nel corso della stessa riunione le Associazioni hanno proposto di specificare nello schema tipo di contratto quanto segue:

1. il tetto di spesa assegnato all'erogatore privato è comprensivo delle prestazioni erogate nei confronti degli assistiti residenti in altra ASL della Regione;
2. la possibilità che l'erogatore privato, in presenza di posti/prestazioni autorizzati all'esercizio in esubero rispetto ai posti/prestazioni accreditati, possa occupare gli stessi con pazienti solventi;
3. Nel caso in cui la ASL acquisti i posti/prestazioni in quantità inferiore rispetto alla massima potenzialità erogativa della struttura, la possibilità che l'erogatore privato possa occupare i posti/prestazioni accreditati non oggetto del contratto con pazienti residenti in altre Regioni d'Italia e/o in Paesi della Unione Europea e/o Extracomunitari, ovvero con pazienti solventi;
4. Le prestazioni erogate nei confronti di cittadini extracomunitari devono essere remunerate nel rispetto della normativa nazionale in materia.

La parte pubblica ha ritenuto di approvare tutte le proposte di cui innanzi con la precisazione che, in riferimento:

- Al punto 1): Lo schema tipo di accordo contrattuale ha da sempre previsto che il tetto di spesa assegnato all'erogatore privato sia comprensivo delle prestazioni erogate nei confronti degli assistiti residenti in altra ASL della Regione. Per ciò si confronti l'art.1 dello schema tipo di cui alla DGR n. 1795/2014 ad oggetto *"Piano annuale delle prestazioni e tetto invalicabile di remunerazione per prestazioni erogate verso residenti della Puglia"*;
- Ai punti 2) e 3): Non vi è nessuna norma nazionale o regionale che vieti le previsioni che le Associazioni chiedono di specificare nello schema tipo di contratto;
- Al punto 4): Per le prestazioni erogate nei confronti di cittadini comunitari ed extracomunitari si rimanda alle disposizioni dell'Accordo Stato -Regioni del 20/12/2012 *"Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome"*.

Pertanto, in riferimento allo schema tipo di accordo contrattuale di cui alla precedente DGR n. 1795/2014, si provvede:

- ad aggiungere all'art. 1 ad oggetto *"Piano annuale delle prestazioni e tetto invalicabile di remunerazione per prestazioni erogate verso residenti della Puglia"* i commi 6) e 7) così composti:
  - 6) In presenza di posti letto/posti/prestazioni autorizzati all'esercizio in eccedenza rispetto al numero di posti letto/posti/prestazioni accreditati, è facoltà dell'erogatore occupare i predetti con pazienti solventi;
  - 7) Nel caso in cui il Committente acquisti i posti in regime residenziale e/o semiresidenziale e/o ambulatoriale e/o domiciliare in quantità inferiore rispetto alla massima potenzialità erogativa della struttura, i posti accreditati non oggetto del presente contratto possono essere occupati da pazienti residenti in altre Regioni d'Italia e/o in Paesi della Unione Europea e/o Extracomunitari ed assoggettati alle disposizioni di cui al successivo art. 4. Parimenti, i predetti posti possono essere occupati da pazienti solventi.
- a sostituire l'art. 4 ad oggetto *"Prestazioni erogate nei confronti di residenti al di fuori della regione Puglia"* con il seguente di pari oggetto:
  - 1) Le prestazioni erogate nei confronti di residenti in altre Regioni d'Italia, che devono essere inclusi in un tabulato contabile separato, non sono remunerate dal SSR e non rientrano in quelle per cui è prevista la compensazione in sede nazionale. Pertanto, le predette prestazioni dovranno essere addebitate dall'erogatore direttamente alla ASL di residenza dell'assistito.
  - 2) Le prestazioni erogate nei confronti di residenti in Paesi della Unione Europea e/o Extracomunitari, che devono essere incluse in un tabulato contabile separato, non rientrano nel tetto di spesa assegnato all'erogatore e si rifanno alle disposizioni dell'Accordo Stato-Regioni del 20/12/2012 *"Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome"*.

3) Le prestazioni erogate nei confronti di persone residenti in altre regioni d'Italia e/o in Paesi della Unione Europea e/o Extracomunitari sono remunerate secondo le tariffe vigenti nella Regione Puglia al di fuori del tetto di spesa assegnato e dei vincoli di cui all'art. 2 punto 1), con assoggettamento alla regressione tariffaria prevista dal punto 3) dell'art. 3, che sarà effettuata sull'ultima mensilità utile di liquidazione prendendo come base imponibile l'intera produzione annuale. In caso di incapienza di fondi, i conguagli potranno essere effettuati a compensazione nel corso dell'anno sulle prestazioni erogate a favore dei residenti nella Regione Puglia, ovvero sui tetti di spesa dell'anno successivo.

Per quanto innanzi riportato e viste le osservazioni formulate dal Tavolo Tecnico e dal Comitato Permanente in sede di verifica degli adempimenti regionali inerenti il Piano Operativo 2013-2015, come sopra riportate, si propone di approvare le modifiche allo schema di contratto tipo di cui alla precedente DGR n. 1795/2014 e, quindi, di approvare il nuovo testo di schema tipo di accordo contrattuale per l'erogazione e l'acquisto di prestazioni sanitarie in regime riabilitativo residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare ( ex art 26 L. 833/78 ) di cui all'allegato A), composto da n. 10 pagine, a farne parte integrante e sostanziale al presente provvedimento.

Si precisa che lo schema tipo di contratto di cui all'allegato A al presente provvedimento riporta all'art.9, comma 4 la clausola di salvaguardia già presente nel precedente schema tipo di cui alla DGR n. 1795/2014, clausola richiesta dallo stesso Tavolo tecnico ministeriale innanzi citato.

Tuttavia, in considerazione della circostanza che la predetta clausola è stata oggetto di impugnazione innanzi al TAR Puglia da parte di alcuni erogatori privati, si prevede che sia sospesa la sua efficacia fino all'esito del giudizio.

#### **COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA LR. n.28/2001 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONE ED INTEGRAZIONI**

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 presente provvedimento rientra nelle competenze della Giunta Regionale a norma dell'art. 4, comma 4 lettera k) della L.R. 7/1997.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale

#### **LA GIUNTA**

- udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dalla Responsabile della A.P. e dal Dirigente della Sezione Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica;
- a voti unanimi espressi nei modi di legge;

#### **DELIBERA**

Per le motivazioni espresse in premessa che quivi si intendono integralmente riportate

- di approvare, in ottemperanza all'art. 22 della L.R. 28/5/2004 n. 8, secondo quanto previsto nella D.G.R. n. 1494/2009 lo schema tipo di accordo contrattuale per l'erogazione e l'acquisto di prestazioni sanitarie in regime riabilitativo residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare ( ex art 26 L. 833/78 ) di cui all'allegato A), composto da n. 10 pagine, a farne parte integrante e sostanziale al presente provvedimento;

- di stabilire che sia sospesa l'efficacia della clausola di salvaguardia di cui all'art.9, comma 4 dello schema tipo di accordo contrattuale di cui all'allegato A), fino all'esito dei giudizi azionati avverso la medesima;
- di disporre che i Direttori Generali devono sottoscrivere gli accordi contrattuali con le strutture erogatrici prevedendo, oltre i volumi finanziari complessivi, anche le singole tipologie di prestazioni erogate, i singoli volumi ed i singoli budget come da tabella riportata all'art. 1 dello schema di contratto tipo di cui all'allegato A al presente provvedimento, pena la nullità degli stessi contratti;
- di disporre che i Direttori generali, a conclusione della contrattazione annuale, provvedono ad inviare, alla Sezione Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, dettagliata relazione in ordine all'andamento della spesa, nonché copia della deliberazione con la quale sono stati definiti i limiti invalicabili di remunerazione oltre al contratto tipo, già sottoscritto, per prestazioni sanitarie in regime riabilitativo ex art. 26, Legge n. 833/78;
- di richiedere al Dirigente proponente ed al Direttore del Dipartimento di accertare con esattezza il numero e l'importo delle prestazioni erogate in favore di cittadini non residenti nella Regione Puglia ricadenti nella osservazione del MEF di cui in narrativa;
- di demandare ai medesimi sopracitati di esaminare le modalità attraverso le quali effettuare il recupero di dette somme, ove dovute, dalle Regioni di residenza dei beneficiari;
- di dare atto che gli stessi dirigenti segnalino agli Organi competenti la eventuale circostanza di danni erariali per l'Amministrazione Regionale;
- di stabilire che il Dirigente proponente e il Direttore del Dipartimento presentino alla Giunta Regionale informativa in merito a quanto sopra evidenziato non oltre trenta giorni dalla data di adozione del presente provvedimento;
- di notificare il presente provvedimento alle Aziende Sanitarie Locali della Regione a cura della Sezione Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica;
- 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

Allegato A

**REGIONE PUGLIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE  
DELLA PROVINCIA DI \_\_\_\_\_**

**Contratto per la erogazione ed acquisto di prestazioni sanitarie in regime riabilitativo  
residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare ( ex art 26 L. 833/78 ) da parte di  
Strutture  
Private operanti in regime di accreditamento istituzionale  
per l'intero anno 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 \_\_\_\_\_ istituzionalmente accreditata per la erogazione di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78, rappresentata legalmente da \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, di seguito indicata come "Erogatore" 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

L'Erogatore dichiara sotto la propria esclusiva responsabilità di essere Istituzionalmente Accreditato ad erogare prestazioni di riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78, per il correlato numero di posti letto classificati secondo la tipologia residenziale, nonché per trattamenti classificati secondo la tipologia semiresidenziale e/o ambulatoriale e/o domiciliare:

- in virtù della D.G.R. \_\_\_\_\_ e della D.D. n° \_\_\_\_\_ con la quale la Regione Puglia ha conferito alla struttura \_\_\_\_\_ – di \_\_\_\_\_, ai sensi dell'art. 21 – comma 4 ter della L.R. n° 8 del 28/05/04 e s.m.i., l'Accreditamento Istituzionale per n. \_\_\_\_\_ posti letto di attività di riabilitazione funzionale ex art. 26 della Legge n°833/78 e/o n. \_\_\_\_\_ di trattamenti riabilitativi in regime semiresidenziale e/o n. \_\_\_\_\_ di trattamenti riabilitativi in regime ambulatoriale e/o n. \_\_\_\_\_ di trattamenti riabilitativi in regime domiciliare;
- in virtù della D.D. n° \_\_\_\_\_ con la quale la Regione Puglia ha conferito alla struttura \_\_\_\_\_ – di \_\_\_\_\_, ai sensi del Regolamento regionale n. 20/2011 che ha modificato il R.R. n. 16/2010, l'Accreditamento Istituzionale per prestazioni di riabilitazione domiciliare ex art. 26 della Legge n°833/78 ( n. \_\_\_\_\_ moduli da 25 prestazioni ciascuno ).

così come riportati nel seguente schema:

## Allegato A

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE ACCREDITATA (così come da Determinazione dirigenziale di accreditamento istituzionale)	DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE	NUMERO DI POSTI ACCREDITATI
Posti letto di trattamenti di riabilitazione intensiva post acuzie	n.	n. ___ p.l.
Posti letto di trattamenti di riabilitazione estensiva	n.	n. ___ p.l.
Posti semiresidenziali	n.	n. ___ posti
Prestazioni ambulatoriali	n.	n. ___ prest.giornaliere
Prestazioni domiciliari	n.	n. ___ prest.giornaliere

## RICHIAMATI

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

- l'art.6, commi 5° e 6° della Legge 23.12.94, n.724
- l'art.2, comma 8° della Legge 28.12.95, n.549
- l'art.1, comma 32° della Legge 23.12.96, n.662
- l'art.32, comma 8° della Legge 27.12.97, n.449
- l'art.72, comma 1° della Legge 23.12.98, n.448
- l'art.8-quinques e art.8-sexies del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni;
- la Circolare del Ministero della Sanità n. 1/1995;
- le Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione (G.U. serie generale n. 124 del 30 maggio 1998);
- la Legge n. 405 del 16.11.2001;
- il Piano di indirizzo per la riabilitazione approvato dalla Conferenza Stato- Regioni nella seduta del 10 febbraio 2011;
- l'art. 25 della Legge regionale n. 28 del 22.12.2000;
- l'art. 11 della Legge regionale n. 32 del 5.12. 2001;
- l'art. 17 della Legge regionale n° 14 del 4 agosto 2004;
- la Legge regionale 28 maggio 2004, n.8;
- la Legge regionale 12 gennaio 2005, n° 1;
- la Legge regionale 9 agosto 2006, n. 26;
- la Legge regionale 31 dicembre 2007, n. 40;
- la Legge regionale 19 febbraio 2008, n.1 (disposizioni integrative e modifiche della L.R. n° 40/07);
- l'art. 3 della Legge regionale 24 settembre 2010 n.12;
- la Legge regionale 9 febbraio 2011 n. 2;
- la D.G.R. n. 1400 del 3 agosto 2007;
- la D.G.R. n° 1494 del 4 agosto 2009;
- la D.G.R. n° 2672 del 28 dicembre 2009;
- la D.G.R. n° 728 del 15 marzo 2010;
- la D.G.R. n° 1694 del 19 luglio 2010;
- la D.G.R. n° 2185 del 11 ottobre 2010;
- la D.G.R. n° 2336 del 29 ottobre 2010;
- la D.G.R. n° 2664 del 29 dicembre 2011;
- la D.G.R. n°1195 del 1 luglio 2013;
- il Regolamento Regionale 4 novembre 2010, n.16;
- il Regolamento Regionale 4 agosto 2011,n.20
- Decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192

## IN APPLICAZIONE

- della disciplina legislativa e regolamentare definita con la normativa in premessa richiamata, nonché dei criteri e modalità definiti dalla Regione Puglia con Legge Regionale n° 28 del 22.12.2000, in particolare in materia di erogazione ed acquisto di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 dal settore privato con spesa da porre a carico del SSR, nonché di quanto disposto dall' art. 11 della LR 32/01 e dalla L.R. n. 12/2010, dalle DD.GG.RR. nn° 1494/2009, 2672/2009 e 728/2010, che hanno approvato i criteri operativi relativi agli accordi contrattuali per l'anno 2010 e successivi, oltre a quanto statuito dalla succitata normativa vigente nazionale e regionale;



## Allegato A

- della D.G.R. n° 1494 del 04/08/2009, della DGR 2672 del 28/12/2009 così come modificata ed integrata dalla DGR 728 del 15/3/2010, con le quali sono stati approvati i criteri operativi, relativi agli accordi contrattuali, nonché i limiti massimi di remunerazione da assegnare agli Erogatori Privati ed Istituzionalmente Accreditati, che erogano prestazioni sanitarie in regime riabilitativo ex art. 26 della Legge n° 833/1978, con le precisazioni che le prestazioni di assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale, di attività socio-sanitarie di riabilitazione e problematiche da dipendenze, sono da considerarsi al netto della quota della eventuale retta a carico del Comune o dell'utente, ove prevista, in ottemperanza a quanto statuito nel DPCM 29/11/2001 (LEA) e s.m.i.;
- della L.R. 24 settembre 2010, n. 12 che:
  - al comma 2 dell'art. 3 - ha stabilito che - : a partire dalla data di entrata in vigore della presente legge è vietata l'erogazione e la relativa remunerazione con oneri a carico del SSR di prestazioni sanitarie effettuate al di fuori dei tetti di spesa massimi di cui al comma 1;
  - al comma 3 dell'art. 3 - ha stabilito che - : sono abrogati l'art.17, commi 2 e 3, della l.r. 4 agosto 2004 n. 14 ( Assestamento e priva variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2004) e gli art.16, comma 1 lett. c) e 18 comma 2, della l.r. 9 agosto 2006, n. 26 8 interventi in materia sanitaria)
- della D.G.R. n. 2185 dell'11 ottobre 2010, con la quale è stata rideterminata la tariffa ex art. 26 L. 833/78 nella misura di € 194,95 limitatamente ai ricoveri di riabilitazione intensiva post acuzie ( TRIP ), fermo restando le tariffe per le altre prestazioni stabilite dalla D.G.R. 1400/2007;
- Preso atto di quanto richiamato nella Deliberazione del D.G. n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, sia ai fini della determinazione del fabbisogno delle prestazioni ex art. 26 della L. 833/78, che per la determinazione dei criteri di ripartizione del "fondo unico" di remunerazione, effettuate in applicazione delle disposizioni regionale di cui alla D.G.R. n° 1494/2009 nonché della D.G.R. n° 728/2010.

## SI STIPULA

il presente contratto per adesione, con validità per l'intero anno \_\_\_\_ destinato a regolamentare la produzione, da parte dell'Erogatore, di prestazioni di riabilitazione ex art.26 L. 833/78 in favore di cittadini iscritti al SSN con oneri da porre a carico del bilancio dell'Azienda ASL.

## ART. 1

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

- 1) La Azienda Sanitaria Locale della Provincia di \_\_\_\_\_, sulla base del proprio fabbisogno di cui alla Deliberazione n.\_\_\_\_ del\_\_\_\_\_ con la quale ha determinato il fondo unico di remunerazione Aziendale da destinare all'acquisto di prestazioni sanitarie di riabilitazione da strutture private accreditate, in considerazione dell'analisi dei dati relativi al fabbisogno di prestazioni sanitarie di riabilitazione nel proprio ambito territoriale e della domanda di prestazioni di riabilitazione 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 di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 erogabili a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR), assegna all'Erogatore, e si impegna ad acquistare per l'anno\_\_\_\_, il pacchetto di prestazioni individuate per tipologia e numero costituente il Piano delle Prestazioni, così meglio esposto:

	colonna 1	colonna 2	colonna 3	colonna 4
riga A	TETTO DI SPESA DA ASSEGNARE ANNO____ RESIDENZIALE	€ ..... per un totale di n.....posti letto suddiviso in:	n.....posti letto di trattamenti di riabilitazione intensiva post acuzie (TRIP)	€ .....
riga B			n.....posti letto di internato grave	€ .....
riga C			n.....posti letto di internato base	€ .....
riga D	TETTO DI SPESA DA ASSEGNARE ANNO____ SEMIRESIDENZIALE	€ ..... per un totale di n.....posti semiresid. suddiviso in:	n.....posti di seminternato grave	€ .....
riga E			n.....posti di seminternato base	€ .....

## Allegato A

riga F	TETTO DI SPESA DA ASSEGNARE ANNO ____ AMBULATORIALE	€ ..... per un totale di n.....prestaz.ambulatoriali suddiviso in:	n.....prestazioni ambulatoriali individuali	€ .....
riga G			n.....prestazioni ambulatoriali piccolo gruppo	€ .....
riga H	TETTO DI SPESA DA ASSEGNARE ANNO ____ DOMICILIARE	€ ..... per un totale di n..... moduli da 25 prestaz.domicil. ciascuno	n.....prestazioni domiciliari	€ .....
riga I	TETTO DI SPESA DA ASSEGNARE ANNO ____ TOTALE GENERALE			€ .....

- 2) Nel rispetto dei criteri riportati nel successivo art. 2, il pacchetto delle prestazioni sanitarie da acquistare nell'anno \_\_\_\_, è stato fissato nel rispetto dei criteri di cui alla D.G.R. 1494/2009, della D.G.R. 2672/2009 e della D.G.R. n° 728/2010, per la somma complessiva di € .....= ( riga I), che costituisce per l'Erogatore il tetto di spesa invalicabile di remunerazione, così come dettagliato nel prospetto di cui sopra;
- 3) Il limite finanziario ripartito per ogni singola tipologia di prestazione accreditata (colonna 4 ad esclusione delle prestazioni domiciliari), di cui al precedente punto 1), può intendersi modificabile, soltanto in subordine di esplicita formale richiesta del committente, con possibilità di scorrimento, esclusivamente nell'ambito della specifica tipologia di assistenza ( residenziale ovvero semiresidenziale ovvero ambulatoriale) nei limiti massimi del 10% del tetto di spesa invalicabile di remunerazione di ogni singola tipologia di prestazione e nei limiti del numero dei posti residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali accreditati. In caso di superamento di un singolo tetto di cui alla colonna 2 la somma eccedente tale tetto non potrà essere compensata con eventuali somme disponibili per non raggiungimento di altro tetto associato ad altra tipologia assistenziale. Parimenti, il tetto di remunerazione per l'anno \_\_\_\_, pari a € .....= ( riga I), dato dalla somma dei tetti di spesa di cui alle righe A, B, C, D, E, F, G, H 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);
- 4) La Regione Puglia con l'art. 8 della Legge Regionale n° 4 del 02/03/2010 e con i criteri di cui al RR n. 16 del 4 novembre 2010, così come modificato dal RR n. 20 del 4 agosto 2011 ha previsto espressamente di acquistare prestazioni domiciliari prioritariamente da soggetti insistenti sul proprio territorio e che siano autorizzati e accreditati per prestazioni domiciliari ai sensi dei R.R. n.16/2010 e R.R. n. 20/2011 ed in possesso dei requisiti organizzativi previsti dal R.R. n.20/2011;
- 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 tetto di spesa.
- 6) In presenza di posti letto/posti/prestazioni autorizzati all'esercizio in eccedenza rispetto al numero di posti letto/posti/prestazioni accreditati, è facoltà dell'erogatore occupare i predetti con pazienti solventi.
- 7) Nel caso in cui il Committente acquisti i posti in regime residenziale e/o semiresidenziale e/o ambulatoriale e/o domiciliare in quantità inferiore rispetto alla massima potenzialità erogativa della struttura, i posti accreditati non oggetto del presente contratto possono essere occupati da pazienti residenti in altre Regioni d'Italia e/o in Paesi della Unione Europea e/o Extracomunitari ed assoggettati alle disposizioni di cui al successivo art. 4. Parimenti, i predetti posti possono essere occupati da pazienti solventi.

## ART. 2

**Modalità Organizzative, Piano mensile ed annuale delle Prestazioni,  
Liste di Attesa, Informativa ai Cittadini**

L'Erogatore si obbliga:

- 1) a garantire la regolare e continua erogazione delle prestazioni per tutti i mesi dell'anno e conseguentemente l'equità dell'accesso al SSR da parte di tutti i cittadini, nonché la corretta gestione delle liste d'attesa e la utilizzazione del tetto annuale di spesa suddiviso equamente per l'intero arco dell'anno;
- 2) a rispettare che le prestazioni di riabilitazione intensiva post-acuzie (TRIP), il cui programma per paziente non può eccedere la durata massima di 60 giorni, sono riconosciute solo su espressa richiesta del Direttore della Unità Operativa dell'ultimo ricovero dell'Azienda Ospedaliera, degli Enti Ecclesiastici, degli I.R.C.C.S. e delle Case di Cura

## Allegato A

- provvisoriamente ed istituzionalmente accreditate. L'ulteriore durata del ricovero, se ritenuta necessaria dagli organi sanitari dell'ASL, è liquidata con la tariffa prevista per la riabilitazione nella fase estensiva;
- 3) ai fini del monitoraggio delle liste di attesa, in conformità alla normativa vigente, a predisporre idonea forma di registrazione delle richieste di ricovero, secondo le modalità stabilite dalla Regione e comunque con la indicazione della data di prenotazione, del numero di ricetta, del soggetto prescrittore, delle generalità dell'assistito, del relativo codice fiscale, della Azienda ASL di appartenenza, del tipo di prestazione richiesta e della data prevista per la relativa esecuzione. Dette registrazioni dovranno essere rese disponibili per la eventuale visione da parte della Azienda ASL, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs.n.196/2003 e s.m.i.;
  - 4) al rispetto delle disposizioni tecniche e organizzative stabilite dalla Regione e dalla Azienda Sanitaria Locale ai fini dell'attuazione del processo di dematerializzazione della ricetta medica ai sensi del D.M. 2/11/2011 e del D.L. 179/2012, convertito con modificazioni con L. 221/2012, fatte salve le eventuali modificazioni ed integrazioni che dovessero intervenire in materia di sanità digitale;
  - 5) a garantire e non intralciare le attività dell'Azienda ASL, esperite per il tramite delle strutture UVARP e NIR e finalizzate ad accertare sia l'appropriatezza delle prestazioni erogate sia la congruenza tra prescrizioni e prestazioni rese correlate ai requisiti strutturali e tecnologici in possesso ed in uso, oltre alle relative tariffe, ai sensi della normativa vigente. L'Erogatore è consapevole che tali controlli possono essere effettuati in qualsiasi momento e senza limiti temporali decadenziali;
  - 6) ad accettare la possibilità che il citato piano di cui al precedente punto 1) art. 1), a seguito delle mutate esigenze della Asl committente, previa comunicazione formale e motivata da parte di quest'ultima, possa subire nel corso dell'anno \_\_\_\_ modificazioni, sia per quantità che per tipologia delle singole prestazioni, fermo il limite invalicabile di remunerazione di cui al precedente art.1);
  - 7) ad apporre nel vano di ingresso della struttura di riabilitazione, presso il punto di informazione, idonea informativa nei confronti dei cittadini circa la possibilità per gli stessi di fruire di prestazioni con oneri a carico del SSR rivolgendosi ad altre Strutture di riabilitazione pubbliche o private;
  - 8) al rispetto delle "Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione", approvate dalla Conferenza permanente, per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano nella riunione del 7 maggio 1998, in cui si invitavano le Regioni ad attenersi alle raccomandazioni dell'OMS, fatte proprie dal Consiglio d'Europa, conseguentemente recepite anche dalla Regione Puglia, con il provvedimento deliberativo della Giunta Regionale n° 1073/2002. In particolare, per quanto attiene la codifica delle Diagnosi per la Riabilitazione, ritenendo che la classificazione ICD IX (International Classification of Diseases) fosse insufficiente rilevava la necessità di integrarla con la classificazione delle conseguenze delle malattie, come individuata nella ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) dell'OMS, versione corrente. In tale ottica ed allo scopo di individuare e standardizzare un sistema di codifica delle Diagnosi di Riabilitazione in ambito regionale, si è provveduto a riclassificare e ricodificare le Malattie più frequentemente interessate, così come riportato nell'Allegato (B) della D.G.R. n°1073/2002;
  - 9) E' fatto divieto assoluto per l'Erogatore, una volta raggiunto il limite massimo di remunerazione invalicabile, distinto per tipologia e numero di prestazioni, previsto nel presente accordo contrattuale, operare sui posti letto/posti semiresidenziali/prestazioni ambulatoriali/prestazioni domiciliari accreditati, in regime di attività libero professionale, con oneri a carico di pazienti solventi;
  - 10) La violazione grave e continuativa delle clausole del presente accordo contrattuale comporta l'applicazione delle prescrizioni di cui all'art. 27 della Legge regionale 28.5.2004, n.8.

## ART. 3

**Tetto di remunerazione a tariffa intera con regressione tariffaria e volumi di prestazioni sanitarie su base annua e per frazione mensile per prestazioni erogate nei confronti di residenti della Puglia**

- 1) La Azienda sanitaria locale si impegna a remunerare le prestazioni di riabilitazione per gli importi mensili corrispondenti al piano annuale delle prestazioni di cui al precedente art. 1 riferito ai residenti della Regione Puglia;
- 2) La Azienda sanitaria locale retribuisce le prestazioni in base alle tariffe determinate dalla Giunta regionale con deliberazione n. 2185 dell'11/10/2010 ( tariffa TRIP ) e con deliberazione n. 1400/2007, anche mediante l'applicazione dell'istituto della regressione tariffaria secondo quanto disposto dalla D.G.R. n° 1494 del 04/08/2009;
- 3) Fermo restando quanto specificato nel precedente art.1, punto 1), l'importo di ciascun tetto di spesa, così come riportato per ciascuna tipologia assistenziale accreditata ( residenziale ovvero righe A+B+C, semiresidenziale

## Allegato A

ovvero righe D+E, ambulatoriale ovvero righe F+G, domiciliare ovvero rigo H) costituisce il tetto di spesa invalicabile di remunerazione a "tariffa intera", che a sua volta nel seguente prospetto viene distinto in ogni singolo sotto-tetto, (colonna B, C, D, E ed F - rigo 2, che rappresenta il 95% del corrispondente rigo 1), mentre la restante quota del tetto di spesa invalicabile (colonna B, C, D, E ed F - rigo 3), sarà assoggettata alla regressione tariffaria nella misura del 15% (colonna B, C, D, E ed F - rigo 4);

- 4) l'Erogatore dovrà fornire un volume di prestazioni sanitarie per la somma complessiva di € ..... = (colonna F- rigo 5, dato dalla somma dei corrispondenti righe 2, 3 e 4), a fronte di un rimborso finanziario di € .....= (colonna F rigo 1).

	A	B	C	D	E	F
	Colonna 1 del prospetto di cui all'art.1	TETTO DI SPESA DA ASSEGNARE ANNO ____	TETTO DI SPESA DA ASSEGNARE ANNO ____	TETTO DI SPESA DA ASSEGNARE ANNO ____	TETTO DI SPESA DA ASSEGNARE ANNO ____	TETTO DI SPESA TOTALE DA ASSEGNARE ANNO ____
		RESIDENZIALE	SEMIRESIDENZIALE	AMBULATORIALE	DOMICILIARE	TOTALE GENERALE
1	Sotto tetto invalicabile di remunerazione (100%) (Colonna 1 del prospetto di cui all'art.1)					
2	Sotto tetto a "tariffa intera" (95%)					
3	Differenza (100% - 95%)					
4	Regressione tariffaria nella misura del 15%					
5	Totale volume delle prestazioni da erogare					

## ART. 4

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

1. Le prestazioni erogate nei confronti di residenti in altre Regioni d'Italia, che devono essere inclusi in un tabulato contabile separato, non sono remunerate dal SSR e non rientrano in quelle per cui è prevista la compensazione in sede nazionale. Pertanto, le predette prestazioni dovranno essere addebitate dall'erogatore direttamente alla ASL di residenza dell'assistito.
2. Le prestazioni erogate nei confronti di residenti in Paesi della Unione Europea e/o Extracomunitari, che devono essere incluse in un tabulato contabile separato, non rientrano nel tetto di spesa assegnato all'erogatore e si rifanno alle disposizioni dell'Accordo Stato-Regioni del 20/12/2012 "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".
3. Le prestazioni erogate nei confronti di persone residenti in altre regioni d'Italia e/o in Paesi della Unione Europea e/o Extracomunitari sono remunerate secondo le tariffe vigenti nella Regione Puglia al di fuori del tetto di spesa assegnato e dei vincoli di cui all'art. 2 punto 1), con assoggettamento alla regressione tariffaria prevista dal punto 3) dell'art. 3, che sarà effettuata sull'ultima mensilità utile di liquidazione prendendo come base imponibile l'intera produzione annuale. In caso di incapienza di fondi, i conguagli potranno essere effettuati a compensazione nel corso dell'anno sulle prestazioni erogate a favore dei residenti nella Regione Puglia, ovvero sui tetti di spesa dell'anno successivo.

Allegato A

## ART. 5

## Obblighi, adempimenti dell'Erogatore e Sanzioni

1. L'Erogatore, quale intestatario del rapporto di accreditamento, nella responsabilità e sorveglianza sull'esercizio della prestazione erogata, oltre a quanto previsto dagli articoli precedenti, si obbliga ad osservare le seguenti prescrizioni e ad assicurare i seguenti adempimenti:
  - a) erogazione di prestazioni sanitarie introdotte nel sistema di classificazione delle attività di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78, tenendo conto delle raccomandazioni presenti nelle Linee Guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione, approvate dalla Conferenza Stato-Regioni nella riunione del 7 maggio 1998 e recepite dalla Regione Puglia con D.G.R. n° 1073 del 16/07/2002, nonché nel "Piano di indirizzo per la riabilitazione" approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 10 febbraio 2011 e recepito dalla Regione Puglia con D.G.R. n° 933 del 10/05/2011;
  - b) esecuzione delle prestazioni sanitarie attraverso personale medico, sanitario, infermieristico e tecnico in possesso dei titoli abilitanti, comunque sotto la diretta e personale sorveglianza del Responsabile Sanitario della struttura, nel rispetto della normativa e dei requisiti minimi strutturali, organizzativi, tecnologici e di sicurezza previsti dalla vigente legislazione;
  - c) esecuzione delle prestazioni sanitarie sotto il controllo diretto del Responsabile Sanitario della struttura di riabilitazione, con esclusione, a tal fine, di qualsiasi forma di collaborazione con soggetti diversi, ovvero incardinati a tempo pieno in altre strutture;
  - d) mantenimento dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi di cui alla normativa regionale di riferimento, in particolar modo della dotazione di personale (R.R. n.3/2005 per le prestazioni di riabilitazione intensiva post-acuzie, R.R. n. 20/2011 per le prestazioni di riabilitazione domiciliare, art. 5 della L.R. n.4/2010 per le prestazioni di riabilitazione in internato grave, internato base, seminternato grave, seminternato base, ambulatoriali individuali e ambulatoriali piccolo gruppo), in relazione a volumi e tipologia di prestazioni da assicurare, garantendo l'applicazione dei Contratti Collettivi di Lavoro (art. 17 - punto 6 della L.R. n° 26/2006), corredato dalle copie della documentazione comprovante l'assolvimento dei relativi obblighi contributivi. La verifica di quanto richiamato al presente punto è propedeutico alla sottoscrizione del contratto;
  - e) rispetto dei requisiti organizzativi di cui al R.R. n. 20/2011 per le prestazioni domiciliari;
  - f) consegna alla data di sottoscrizione dell'accordo contrattuale copia del DURC attestante la regolare posizione previdenziale nei confronti dei propri dipendenti;
  - g) determinazione dei corrispettivi sulla base delle tariffe regionali vigenti, con le modalità e nei limiti di cui ai precedenti artt. 1 e 3;
  - h) notificare alla Azienda ASL e specificatamente al servizio di cui all' art.6, co.1, lettera d), delle eventuali proroghe del programma riabilitativo, ai fini dell'esercizio da parte della stessa dei prescritti controlli e del riconoscimento degli stessi;
  - i) rispettare le norme, le disposizioni attuative ivi comprese le regole tecniche nazionali e regionali in materia se ed in quanto applicabili al presente contratto;
  - j) consegna alla Azienda sanitaria locale, entro il 15° giorno del mese successivo a quello di compimento o completamento delle prestazioni di riabilitazione rese, della notulazione delle stesse, da realizzarsi secondo le indicazioni fornite dalla Regione e dalla Azienda ASL., nel rispetto della indicazione obbligatoria del Soggetto prescrittore, giusta lettera a) del punto 14 della DGR 1392/01, unitamente ai documenti indicati dalla Azienda ASL.  
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;
  - k) in caso di difformità tra importo mensilmente notulato e l'importo liquidato e pagato dalla Azienda sanitaria locale, 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 sanitaria locale, 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;
  - l) La violazione reiterata delle prescrizioni ed obblighi di cui al presente accordo, ovvero la violazione di altre norme e disposizioni valutate gravi dalla ASL, dà luogo alla risoluzione dell'accordo contrattuale nel rispetto delle procedure di cui all'art. 27 della L.R. 8/2004.
2. Il mancato rispetto degli adempimenti informativi e di comunicazione previsti dal presente contratto, compresi quelli da effettuare nei confronti dei Cittadini, costituisce per l'Erogatore violazione del relativo obbligo e dà

## Allegato A

luogo nei suoi confronti prima al richiamo , poi alla diffida e successivamente alla sanzione nella misura "secca" dello 0,2% del tetto invalicabile di remunerazione di cui al precedente art. 1, per ogni tipo di violazione (informativa ai Cittadini, liste di attesa, obbligatorietà del Medico prescrittore, etc), fino alla revoca del presente Contratto;

3. l'Erogatore è altresì tenuto a dare preventiva comunicazione formale alla Azienda sanitaria locale di eventuali periodi di sospensione temporanea dell'attività e relativa motivazione nel rispetto dell'art.4, comma 1, lettera l) della L.R. n.4/2010. L'Erogatore, durante il periodo estivo, al fine di concorrere ad assicurare adeguati potenziali di servizio, a tutela delle esigenze degli utenti, si impegna a concordare preventivamente con la Azienda ASL gli eventuali periodi di sospensione e/o riduzione delle proprie attività di riabilitazione;
4. In materia di approvvigionamento di farmaci e di prestazioni strumentali e specialistiche non ascrivibili al trattamento riabilitativo, l'erogazione da parte della ASL potrà avvenire necessariamente su presentazione di ricetta medica da parte del medico prescrittore che ha in carico il paziente. Nei casi in cui il paziente risiede in un ambito territoriale diverso da quello in cui insiste la struttura, lo stesso potrà effettuare un'iscrizione temporanea ai MMG iscritti in anagrafe sanitaria.

## ART. 6

## Obblighi in materia di Sanità elettronica

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.

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.

## ART. 7

## Obblighi e adempimenti della Azienda sanitaria locale

1. La Azienda sanitaria locale 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 riabilitative. I controlli devono essere effettuati con cadenza trimestrale; il controllo di un trimestre deve essere effettuato entro e non oltre il trimestre successivo dello stesso anno ( D.G.R. n.1491/2010 e s.m.i.);
  - b) in riferimento alle prestazioni di internato grave con riabilitazione intensiva post acuzie (TRIP) (il cui programma per paziente non può eccedere la durata massima di 60 giorni, come specificato nel precedente articolo 2, punto 2), ad effettuare, mediante l'UVAR aziendale, durante la degenza, controlli periodici (almeno ogni 20 giorni) al fine di verificare, sulla base della documentazione clinica, le ragioni che richiedono il perdurare del trattamento in regime di ricovero con riabilitazione intensiva post acuzie, ai sensi della Circolare del Ministero della sanità n. 1/1995;
  - c) fino ad accertamento completato, a sospendere il pagamento relativo a prestazioni verso cittadini il cui ricorso a prestazioni di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78, per tipologia o altro, evidenzi la esigenza di dar luogo ad ulteriori accertamenti in materia di appropriatezza clinico-diagnostica, verifiche da compiersi anche con la collaborazione del soggetto prescrittore e del medico curante;
  - d) verificare periodicamente i requisiti organizzativi atti a garantire i livelli e le modalità di assistenza previsti dalla normativa regionale di riferimento (R.R. n.3/2005 per le prestazioni di riabilitazione intensiva post-acuzie, R.R. n. 20/2011 per le prestazioni di riabilitazione domiciliare, art. 5 della L.R. n.4/2010 per le prestazioni di riabilitazione in internato grave, internato base, seminternato grave, seminternato base e ambulatoriali), con la garanzia dell'effettiva presenza, nei turni, del personale ivi indicato;
  - e) comunicare nel più breve tempo possibile ed in forma esclusivamente scritta all'Erogatore dall'Ufficio individuato dalla Direzione Generale:
    - la evidenza di eventuali sospensioni dei pagamenti sub b) ed eventuali altre osservazioni;
    - eventuali rilievi per errori ricorrenti di notulazione, così da evitare che tali comportamenti si reiterino nel tempo;
  - f) rendere disponibili, presso la sede degli Uffici della Azienda sanitaria locale \_\_\_ in via \_\_\_\_\_, ad avvenuto pagamento delle notulazioni mensili e comunque non oltre 30 giorni dallo stesso, gli elaborati

## Allegato A

- analitici delle liquidazioni eventualmente anche su supporto informatico, ed, ove elevate, le contestazioni e/o sospensioni relative alle prestazioni escluse dalla liquidazione;
- g) il ritiro di tali elaborati o del relativo supporto informatico potrà avvenire entro il termine massimo di 60 giorni dal pagamento delle notulazioni. Eventuali richieste di chiarimento, successive al ritiro degli elaborati, formulate dall'Erogatore, potranno essere accettate nei 60 giorni successivi al ritiro degli stessi e dovranno essere soddisfatte entro 60 giorni dal ricevimento;
  - h) eseguire i pagamenti mensili a tariffa intera sino al raggiungimento del tetto di remunerazione assegnato all'Erogatore ed indicato ai precedenti artt. 1 e 3, ed in caso di superamento dello stesso con l'applicazione della regressione tariffaria ivi prevista, fino al limite invalicabile di remunerazione mensile ed annuale così come definito ai predetti artt. 1 e 3;
  - i) eseguire i pagamenti ed i conguagli, con le modalità di cui al successivo art. 8.

**ART. 8****Modalità di Pagamenti e Conguagli**

1. Il pagamento delle prestazioni è regolato dal presente articolo.
2. La Azienda sanitaria locale provvede alla erogazione di acconti mensili dell' 85% del relativo tetto di remunerazione, di norma pari ad 1/12 del tetto annuo invalicabile di remunerazione di cui al co. 2 dell'art. 1 entro i 45 giorni successivi al mese di competenza a valida presentazione della richiesta, con conguaglio da liquidare all'Erogatore entro i 60 giorni successivi al relativo mese di competenza, una volta esperiti positivamente in detti termini gli adempimenti di cui ai precedenti art. 5 e 6. Per "valida presentazione della richiesta" si intende la consegna:
  - a) degli originali delle ricette e per i casi di lunga durata, di fotocopia della stessa con la dicitura sottoscritta dal Responsabile Sanitario "copia conforme all'originale", compilate correttamente nella parte anagrafica relativa all'assistito con l'indicazione della diagnosi secondo cui per lo stesso si è ritenuto opportuno dar corso a prestazioni di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78;
  - b) della notulazione analitica delle prestazioni erogate per ciascun Paziente, sottoscritta dal Responsabile Sanitario dell'Erogatore;
  - c) della ulteriore documentazione richiesta dalla Azienda ASL;
  - d) della documentazione amministrativa debitamente sottoscritta dal Rappresentante Legale e dal Direttore Sanitario, relative alle prestazioni sanitarie erogate in regime riabilitativo ex art. 26 della Legge n° 833/78, con le indicazioni di seguito riportate:
    - n° 1 prospetto mensile riassuntivo delle AA.SS.LL. di appartenenza, ripartito per discipline accreditate e tipologia di trattamento, con relative fatture;
    - n° 1 Sub-prospetto mensile completo di elenco assistiti, ripartito per discipline accreditate, tipologia di trattamento e AA.SS.LL. di appartenenza;
    - n° 1 CD contenente file di tipo contabile in formato Excel, versione 97 e/o successive (.xls), contrassegnato dai campi definiti nei prospetti cartacei;
  - e) della Copia delle autorizzazioni per i residenziali (TRIP), relative alle prestazioni sanitarie di riabilitazione intensiva post acuzie, il cui programma, per paziente, non può complessivamente eccedere la durata massima di 60 giorni e riconosciute su espressa autorizzazione del Direttore della Unità Operativa dell'Azienda Ospedaliera, Enti Ecclesiastici, I.R.C.C.S. e Case di Cura provvisoriamente ed istituzionalmente accreditate dell'ultimo ricovero.
3. La ASL predisporre i pagamenti mensili previa acquisizione del DURC nei modi e nei tempi previsti dalla normativa vigente.

**ART. 9****Dichiarazione 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 ed, in particolare dell'art. 27 della L.R. n. 8/2004.
- 2) Il tetto invalicabile di remunerazione di cui all'art. 1 assume come riferimento le tariffe vigenti al momento della sottoscrizione da parte dell'Erogatore del presente contratto. In caso di variazioni tariffarie, si deve procedere 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. 10

## Foro competente

Per tutte le questioni relative ai rapporti tra L'Erogatore 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.

<b>Il Direttore Generale pro-tempore della Azienda ASL _____ Dott. _____</b>	<b>Il Professionista/ il Legale Rappresentante della _____</b>
	<b>Data _____</b>

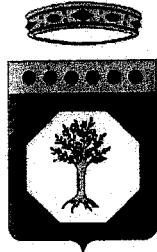
Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del C.C., si approvano esplicitamente le regolamentazioni contrattuali di cui agli Artt. 1 (Piano annuale delle prestazioni e tetto invalicabile di remunerazione), 2 (Modalità Organizzative, Piano mensile ed annuale delle Prestazioni, Liste di Attesa, Informativa ai Cittadini), 3 (Tetto di remunerazione a tariffa intera con regressione tariffaria e volumi di prestazioni sanitarie su base annua e per frazione mensile per prestazioni erogate nei confronti di residenti della Puglia), 4 (Prestazioni erogate nei confronti di residenti al di fuori della Regione Puglia), 5 (Obblighi, adempimenti dell'Erogatore e Sanzioni), 6 ( Obblighi in materia di Sanità elettronica), 7 (Obblighi e adempimenti dell'Azienda sanitaria locale), 8 (Modalità di Pagamento e Conguagli) 9 ( Dichiarazione di Conoscenza da parte dell'Erogatore e norme finali), 10 ( Foro competente ).

In pari data, letto, confermato e sottoscritto, con esplicita approvazione dei punti che precedono.

L'Erogatore

\_\_\_\_\_





**REGIONE  
PUGLIA**

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

**SEZIONE PROGRAMMAZIONE ASSISTENZA  
OSPEDALIERA E SPECIALISTICA E ACCREDITAMENTO**

ALLEGATO A ALLO SCHEMA DI PROVVEDIMENTO COMPOSTO DA N. 10 PAGINE ESCLUSA LA  
PRESENTE

Il Dirigente della Sezione PAOSA  
Giovanni Campobasso

11