

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 6 luglio 2016, n. 981

DGR 1494/2009 e D.G.R. n. 1365 del 5/06/2015 – Modifiche schema tipo accordo contrattuale Strutture Istituzionalmente Accreditate attività ambulatoriale Ex Art. 8 quinquies del D.L. Vo 502/92 e ss.mm.li. – Strutture Istituzionalmente Accreditate per attività in regime di ricovero (Case di Cura).

Il Presidente, sulla base dell'istruttoria espletata dal Funzionario responsabile A.P. e confermata dal Dirigente della Sezione Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento, riferisce quanto segue:

- Il D. Lgs. del 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”* ed, in particolare, l'art. 8, ha regolamentato la materia concernente la contrattazione con le strutture erogatrici di prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale.
- La L. R. del 28 maggio 2004, n. 8, ha disciplinato la materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e alla stipula degli accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private nella Regione Puglia.
- Con la delibera n. 1494 del 4 agosto 2009 (*Accordi contrattuali per l'anno 2009-Linee guida*), la Giunta Regionale ha regolamentato i criteri per le Aziende Sanitarie Locali, per definire, con le strutture private accreditate, gli accordi contrattuali ex art. 8 quinquies del D. L.vo 502/92 e s.m.i..
- La L. R. del 9 febbraio 2011, n. 2, ha approvato il *“Piano di rientro e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012”*. Detto Piano, tra l'altro, ha richiamato e confermato, per tutto il periodo di validità dello stesso, le regole definite con la D.G.R. n. 1494/2009. Il piano di rientro ha, altresì, disposto tra le iniziative da intraprendere da parte della Regione, il monitoraggio degli accordi contrattuali stipulati dalle Aziende Sanitarie Locali con le strutture private accreditate, oltre al monitoraggio dei tetti di spesa fissati per le stesse strutture private accreditate, ivi comprese quelle che erogano prestazioni in regime di ricovero.
- Con delibera n. 1773 del 7 settembre 2012 avente ad oggetto : *“DD.GG.RR. n. 1494/2009 – Approvazione Schema tipo Accordo Contrattuale- strutture istituzionalmente accreditate attività in regime di ricovero – ex art. 8 quinquies del D. L.vo 502/92 così come modificato dalla Legge 6 agosto 2008, n. 133”*, la Giunta Regionale ha deliberato di approvare, giusto quanto previsto dalla precedente D.G.R. 1494/2009, lo schema tipo di contratto per l'acquisto da parte della ASL committente delle prestazioni sanitarie erogate in regime di ricovero dal settore privato, già predefinite in termini di volumi e di tipologie, in relazione al proprio fabbisogno, anche sulla base di quanto previsto dall'art. 22 della L.R. 28/5/2004 n. 8. Il tutto anche al fine di rendere uniforme su tutto il territorio regionale le disposizioni relative all'attribuzione dei tetti di spesa ed alla contrattualizzazione dei volumi e tipologie di prestazioni erogate in regime di ricovero, distinti per disciplina.
- Con delibera n. 1798 del 6/8/2014 pubblicata sul BURP n. 135 del 29/9/2014, in virtù della normativa generale legislativa e regolamentare, sopravvenuta, nonché delle osservazioni formulate dal Ministero della Salute, dell'Economia e delle Finanze (MEF), con nota prot. n. 160-23-12-2013- 0000124 - A, e recepite nello schema di contratto tipo, si è reso necessario apportare alcune modifiche allo *“schema contrattuale tipo”* già approvato con la medesima D.G.R. n. 1773/2012.
- La deliberazione 1773/2012, altresì, era stata oggetto di impugnativa da parte della A.G. adita, giuste sentenze n. 1442/2013 del TAR Bari sez. II, n. 193/2015, n. 249/2015, n.255/2015 e n. 237/2015, con le quali si disponeva per il rigetto del ricorso proposto dalle ricorrenti - strutture istituzionalmente accreditate - .
- La stessa deliberazione 1773/2012, è stata oggetto di impugnativa, da parte di altre strutture istituzionalmente accreditate, innanzi alla A.G. adita, la quale disponeva con pronunce/sentenze (cfr. TAR Bari sez. II n. 216/2015, n. 215/2015 n. 118/2015), ed in modo diametralmente opposto alle precedenti pronunce, l'accoglimento dei ricorsi e per effetto l'annullamento del provvedimento impugnato, in relazione alla censura esaminata *“di mancato confronto con le organizzazioni rappresentative”* .
- Avverso le suddette sentenze veniva proposto appello innanzi al Consiglio di Stato. Nelle more della defi-

nizione del giudizio di appello, a modifica della DGR 1773/2012 e della DGR 1798/2014, la Regione Puglia, adottava ed approvava con la DGR 1365/2015, il nuovo schema di contratto tipo frutto di apposito confronto con le Organizzazioni Rappresentative delle parti datoriali delle Case di Cura private. Tale modus procedendi, che non costituiva acquiescenza, si rendeva necessario al solo fine di evitare ulteriori contenziosi, pur in presenza di pronunce giurisprudenziali contrastanti.

- Il C.d.S. con le ultime pronunce (cfr. n. 77 n. ,78 e n. 436 tutte del 2016 e relative all' attività di ricovero), pur rilevando *“ l'intervenuta sostituzione integrale della disciplina oggetto del giudizio (prima con DGR 1798/2014 e poi con DGR 1365/2015) che costituisce una indubbia modificazione della situazione di fatto e di diritto esistente al momento della proposizione dell'originario ricorso afferente la deliberazione DGR 1773/2012”*, ha rigettato l'appello proposto dall'appellante Regione Puglia, sul presupposto della mancata osservanza della scansione dell'iter procedimentale previsto dal combinato disposto dei punti 11,12 e 13 del dispositivo della deliberazione n. 1494/2009. *“Trattasi di un iter, che, è frutto di un autovincolo che l'Amministrazione regionale si è imposto ai fini della disciplina dei rapporti di cui all'art. 8 quinquies del D.Lgs n. 502/92 che introduce nel relativo procedimento garanzie di partecipazione, che non possono essere disattese senza una solida motivazione a tutela degli interessati, che su quel autovincolo giuridicamente rilevante avevano fatto affidamento. Il riferimento del Consiglio di Stato è da riferirsi espressamente alle locuzioni richiamate al punto 12) della DGR 1494/2009 che prevede nella fase negoziale un “autovincolo”, da esercitarsi mediante “ confronto con le organizzazioni rappresentative regionali”, nonché a quanto richiamato al punto 13 della DGR 1494/2009 e precisamente alla locuzione “ tenendo conto degli esiti del percorso di consultazione e/o delle intese di cui al punto precedente”*. Entrambe le locuzioni sono in discordanza con quanto previsto dall'art. 8 quinquies 2 co. del D.L.gs 502/92, che prevede non già un obbligo ma una facoltà in capo alla Amministrazione regionale, prevedendo ai fini della consultazione la espressione *“ anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale , che indicano..... “*.
- Alla luce delle ultime pronunce del C.d.S., seppur in una fase autoritativa di definizione da parte della Regione del nuovo schema tipo di accordo contrattuale finalizzato all'acquisto delle prestazioni da erogarsi in regime di ricovero, si è ritenuto opportuno avviare una fase negoziale mediante confronto con le Organizzazioni Rappresentative datoriali delle Case di Cura, al fine di valutare *“ criticità ignorate, soluzioni alternative e condivise e possibili correttivi ”*, senza alcun vicolo di addivenire ad un accordo d'intesa con le parti, ma per ottemperare all'autovincolo derivante dalla DGR 1494/09 – punti 11,12 e 13 - .
- Le parti venivano debitamente convocate con nota prot. n. A00/151/1858 del 25/02/2016.
- Nella seduta del 14/3/2016, veniva redatto apposito verbale, in cui si prospettavano alle Organizzazioni datoriali rappresentative, che era intenzione apportare una serie di modifiche allo schema contrattuale tipo adottato con DGR 1365/2015, intervenendo sulla definizione del contenuto :
 - dell' Art. 1 co.2 allegato A) con riferimento alla definizione a livello regionale del concetto di *“indice di valorizzazione del posto letto “*. In via preliminare si rilevava che in precedenza non era stato mai definito negli atti regionali, un criterio unico e matematico di determinazione di detto indice, da rendere omogeneo sull'intero territorio regionale, tanto che ogni Azienda Sanitaria, in piena autonomia ha sperimentato diverse ipotesi di valorizzazione del posto letto.
 - Pertanto, si proponeva di ripartire il sub fondo distinto per singola disciplina, tenendo conto dei seguenti parametri :
 - 1) peso medio ponderato della casistica trattata per struttura e per disciplina;
 - 2) indice di turnover o degenza media ;
 - 3) tasso di appropriatezza.
 - dell'art. 1 co. 5 allegato A) con la possibilità di scorrimento tra le discipline elevando il limite massimo prestabilito dal 10% al 20%, comunque nell'ambito di percorsi diagnostici terapeutici condivisi, elaborati con le rispettive AA.SS.LL. (a titolo di esempio percorso cuore : cardiocirurgia, cardiologia interventisti-

ca, riabilitazione cardiologica). Resta inteso che lo scorrimento delle risorse è una esigenza del committente e non già dell'erogatore. Le eventuali liste d'attesa da parte degli erogatori, vanno documentate con le allegate prescrizioni;

- sul presupposto che l'UTIC non genera DRGs, se non per esiti infausti, si ritiene che detta "Funzione" debba essere valorizzata come "costi" in relazione al numero dei posti letto in dotazione per ciascuna Casa di cura dotata di UTIC. La valorizzazione dei suddetti costi dovrà essere sottratta inizialmente dal Fondo Unico di remunerazione;
 - la inappropriata erogativa accertata dalla ASL a fine esercizio, costituisce una penalità per la casa di cura da scontarsi sull'esercizio successivo. Tali risorse comunque, non costituiscono una economia di gestione, ma dovranno essere riallocate dalle ASL per l'acquisto delle prestazioni che incidono sulla mobilità passiva;
 - di prevedere, ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) l'obbligo per l'erogatore di trasmettere alla ASL territorialmente competente, il proprio bilancio annuale redatto secondo i principi civilistici;
 - di prevedere, ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) l'obbligo per l'erogatore di una dichiarazione circa l'applicazione delle norme di cui al Decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 - in materia di responsabilità amministrativa delle persone giuridiche - .
 - di prevedere, ai sensi del D.M. 70/2015 allegato 1) punto 4.6) l'obbligo per l'erogatore di garantire le soglie minime di valore di attività, nel rispetto delle discipline accreditate e secondo i criteri e le determinazioni ivi richiamate, che qui s'intendono integralmente trascritte.
- Nella seduta del 14/3/2016 i rappresentanti delle Organizzazioni Rappresentative datoriali delle Case di Cura, nel prendere atto delle proposte succitate, rappresentavano alcune osservazioni che si riservano di formalizzare ed inviare entro il 18/3/2016.
 - A seguito delle osservazioni formulate dalle Organizzazioni Rappresentative datoriali delle Case di Cura, si tenevano altri due incontri, e precisamente in data 30/3/2016 e 6/4/2016, di cui venivano redatti i relativi verbali agli atti della Sezione Paosa e comunque trasmessi alle parti. Nel verbale del 6/4/2016, conclusivo delle operazioni di confronto, si registravano, su alcuni punti della proposta regionale, posizioni divergenti fra le Organizzazioni Rappresentative datoriali delle Case di Cura. Infatti, mentre l'AIOP (seppur con qualche precisazione di cui alla nota inviata via mail del 12/4/2016 acquisita al prot. generale al n. 3376 del 14/4/2016) e ARIS approvavano in pieno le modifiche proposte dalla Sezione PAOSA, Confindustria Puglia Commissione Sanità – limitatamente alla definizione "dell'indice di valorizzazione del posto letto" - , dichiarava di non condividere quanto proposto dalla Regione, in quanto i criteri individuati erano difformi da quanto previsto dalla DGR 1494/2009, allegato 1) punto 4 - dalla lett. a) alla lett. l)". Pertanto, in vigenza della succitata deliberazione nessun'altra modalità di "valorizzazione del posto letto" poteva essere presa in considerazione.

A tale riguardo l'AIOP, rappresentava che in relazione al primo punto, le linee di indirizzo per la ripartizione dei tetti di spesa, previste dalla DGR 1494/2009, avevano carattere provvisorio, in attesa della conclusione dei lavori demandati ai tavoli tecnici paritetici composti dai rappresentanti della Regione e dai rappresentanti degli erogatori privati, pertanto la succitata deliberazione poteva essere modificata, anche alla luce delle valutazioni fatte nelle precedenti riunioni, e tenuto conto della genericità delle prescrizioni in essa contenute, che di fatto non consentono di valorizzare la "qualità" delle prestazioni erogate. Ad ogni modo, ad oggi non essendoci proposte alternative rispetto a quella presentata dalla Regione, che a giudizio dell'AIOP è meritevole di accoglimento, in quanto introducendo elementi oggettivi, garantisce uniformità di regole e scongiura atteggiamenti a dir poco "fantasiosi" da parte di alcune AA.SS.LL. nell'applicazione dei criteri di riparto previsti dalla DGR 1494/2009. Per ultimo e non ultimo, qualora la proposta regionale fosse ritenuta dirompente rispetto alla metodica fin qui utilizzata, in modo non univoco dalle AA.SS.LL., si può pensare a differire l'applicazione della nuova metodica, magari a far tempo dall'anno 2017, prendendo come anno di riferimento la produzione anno 2016. Questo consentirebbe alle Strutture accreditate di non trovarsi impreparate rispetto ai nuovi criteri che la Regione intende introdurre, e che sono condivisi dalla stessa AIOP.

- Per le motivazioni riportate in narrativa quale parte sostanziale del presente provvedimento, e preso atto delle risultanze emerse nel confronto con le organizzazioni rappresentative datoriali delle Case di Cura, (consultate in data 14/3/2016, 30/3/2016 e 6/4/2016), in ottemperanza all'art. 22 della L.R. 28/5/2004 n. 8, giusto quanto previsto dalla D.G.R. n. 1494/2009, si propone :
 1. di procedere a modificare la DGR 1494/2009 introducendo allegato 1) punto 3 – il concetto di valorizzazione del posto letto. Pertanto, il punto 3 - allegato 1) sarà così ritrascritto :

“all’attribuzione dei volumi di attività in ragione dei posti letto da contrattualizzare per singola disciplina accreditata provvisoriamente o istituzionalmente nel rispetto “dell’algoritmo” per la definizione del “peso medio ponderato” e della “degenza media indicizzata”, così come richiamato nell’ allegato B) parte integrante del presente provvedimento.
 2. di proporre di valorizzare il posto letto UTIC in maniera uniforme su tutto il territorio regionale secondo i criteri che stabiliti per il punto 3). Resta inteso che, i posti letto UTIC, in quanto “funzione” rispetto ai posti letto della cardiologia e/o cardiocirurgia, non potevano e non possono essere utilizzati per ricoveri in regime ordinario e quindi programmati, ma possono essere utilizzati soltanto per ricoveri provenienti dal circuito “emergenza urgenza (118)”, ovvero per quelli “autodeterminatisi” all’interno della struttura, nonché per i “trasferimenti” disposti da altre strutture pubbliche e/o private. Tale circostanza dovrà emergere ed essere documentata nella cartella clinica del paziente, anche ai fini dei controlli delle UVARP aziendali.
- Le Organizzazioni datoriali delle Case di Cura propongono a modifica di quanto disposto nella DGR 1365/2015, le modifiche di seguito riportate, che valutate dalla tecnostruttura regionale e previa ritrascrizione del nuovo testo, possono essere accolte così come di seguito riportato :
 - a) **modifica Art. 1 co.5 allegato A).** Si chiede di ampliare la possibilità di scorrimento tra le discipline elevando il limite massimo prestabilito dal 10% al 20% o addirittura al 30 % del tetto di spesa . Tale proposta di modifica **può essere parzialmente accolta** consentendo la possibilità di scorrimento tra le discipline e comunque nell’ambito di percorsi diagnostici terapeutici condivisi, elevando il limite massimo - dal 10% al 20% e comunque nell’ambito dei seguenti percorsi diagnostici terapeutici condivisi e di seguito riportati :
 - 1) - Area cuore (cardiocirurgia, Tic, cardiologia, U.T.I.C.); in presenza della sola cardiologia rientra in area medica;
 - 2) - Area chirurgica;
 - 3) - Area medica;
 - 4) - Area materno- neonatale
 - 5) - Area riabilitativa: in presenza di una sola riabilitazione rientra nell’area medica
 - 6) - Area dell’emergenza urgenza
- Si propone che il limite di cui alla lett. a) non si applica alle strutture dotate di pronto soccorso tenuto conto che le stesse possono essere indotte ad erogare prestazioni non programmate e non concordate con la ASL committente :
 - b) **modifica Art. 1 co.7.** Le Organizzazioni datoriali delle Case di Cura propongono di modificare il richiamo all’indice occupazionale dei posti letto pro die sostituendolo con un indice occupazionale mensile. Tale richiesta **non può essere accolta** in quanto l’attività dell’Erogatore dev’essere necessariamente commisurata alle discipline ed ai posti letto accreditati. Infatti, la proposta del superamento del limite dell’indice pro die dei posti letto accreditati, da compensarsi con altri giorni in cui l’indice occupazionale è al di sotto del 100% comporterebbe come conseguenza il ricovero dei pazienti su posti letto di altre

discipline, snaturando l'obbligo dell'erogatore di commisurare la propria attività in relazione alle discipline e posti letto accreditati, nonché nel rispetto dell'indice occupazionale per ogni singola disciplina, su base giornaliera.

- c) **modifica Art. 1 co.9 allegato A).** Le Organizzazioni datoriali delle Case di Cura propongono di rendere meno rigido l'obbligo di erogare le prestazioni per dodicesimi con oscillazioni mensili ragionevoli, non superiori al 10%, con l'obbligo per l'erogatore di recuperare la maggiore erogazione, rispetto al valore economico del dodicesimo, nel bimestre successivo. Tale proposta di modifica può essere accolta nei termini concordati nella seduta del 6/4/2016. Pertanto, si propone la modifica del nuovo testo che sarà così ritrascritto:

"L'erogatore s'impegna 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 per dodicesimi, con oscillazioni mensili ragionevoli, con l'obbligo per l'erogatore di recuperare la maggiore o minore erogazione, rispetto al valore economico del dodicesimo, nell'ambito del quadrimestre, che convenzionalmente s'intende : Gennaio – Aprile, Maggio – Agosto, Settembre - Dicembre".

- d) **modifica art. 3 co. 2 .** Le Organizzazioni datoriali delle Case di Cura propongono di eliminare l'istituto delle tariffe regressive previsto dal disposto dalla DGR n° 1494/2009 (tra l'80% ed il 100% del volume stabilito, si applica una regressione tariffaria pari al 15%). Tale richiesta **non può essere accolta** per la motivazione che a tutt'oggi la Regione Puglia risulta in Piano Operativo, e quindi sottoposta alla vigilanza del Ministero della Salute, dell'Economia e delle Finanze (MEF).

- e) Si propone di prevedere, ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) e comunque prima della sottoscrizione del contratto, l'obbligo per l'erogatore, di trasmettere alla ASL territorialmente competente, il proprio bilancio di esercizio redatto secondo principi civilistici, una relazione sull'ultimo bilancio approvato dalla singola struttura sanitaria e relazione sull'ultimo bilancio consolidato approvato, certificato da un revisore contabile, che attesti in modo esplicito ed inequivocabile la regolarità della continuità gestionale e finanziaria, l'assenza/evidenza di criticità (quali ad esempio stati patrimoniali, esposizione debitoria etc.) a garanzia della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo;

- f) Si propone di prevedere, ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) l'obbligo per l'erogatore di esibire l'estratto sintetico di una relazione annuale dell'organismo di vigilanza previsto dal D. Lgs 8 giugno 2001, n. 231 - in materia di responsabilità amministrativa delle persone giuridiche - da cui risulti in modo esplicito ed inequivocabile l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità -.

- g) Le altre proposte formulate dall' AIOP nel proprio documento che vanno dal punto 8) al punto 10) non sono condivisibili in quanto non in linea con il quadro normativo nazionale e regionale.

- In considerazione di quanto richiamato dallo stesso C.d.S. con le ultime pronunce (cfr. n. 77 n. ,78 e n. 436 tutte del 2016 e relative all' attività di ricovero), e tenuto conto che le locuzioni di cui ai punti 12) e 13) della DGR 1494/2009 sono in discordanza con quanto previsto dall'art. 8 quinquies 2 co. del D.L.gs 502/92, che prevede non già un obbligo ma una facoltà' in capo alla Amministrazione regionale, prevedendo ai fini della consultazione la espressione " anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale , che indicano..... " e fermo restando che il confronto con le Organizzazioni datoriali rappresentative, costituisce un metodo di lavoro da privilegiare, si propone:

1. di espungere dal punto 12) della DGR 1494/2009 la locuzione “ a realizzare il confronto con le organizzazioni rappresentative a livello regionale e/o a definire le intese finalizzate ” ;
2. di espungere dal punto 13) della DGR 1494/2009 la locuzione “ *tenendo conto degli esiti del percorso di consultazione e/o delle intese di cui al punto precedente*”.

Preso atto che il presente provvedimento riveste carattere di estrema urgenza, al fine di consentire il normale svolgimento delle attività sinallagmatiche fra committenti ed erogatori.

COPERTURA FINANZIARIA L.r. 16/11/2011, n. 28/01 e s.m.i.

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria, sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale

Il Presidente sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale ai sensi dell'art. 4, co. 4 lett. K) della L.R. n.7/1997 :

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal funzionario istruttore, dal responsabile A.P. e dal Direttore della Sezione;
- a voti unanimi espressi nei termini di legge:

DELIBERA

1. per le motivazioni riportate in narrativa quale parte sostanziale del presente provvedimento, e preso atto delle risultanze emerse nel confronto con le Organizzazioni rappresentative datoriali delle Case di Cura, consultate in data 14/3/2016, 30/3/2016 e 6/4/2016, in ottemperanza all'art. 22 della L.R. 28/5/2004 n. 8, giusto quanto previsto dalla D.G.R. n. 1494/2009 limitatamente alla determinazione dei criteri :
2. di procedere a modificare la DGR 1494/2009 introducendo allegato 1) punto 3 – il concetto di valorizzazione del posto letto. Pertanto il punto 3 sarà così ritrascritto : “ all'attribuzione dei volumi di attività in ragione dei posti letto da contrattualizzare per singola disciplina accreditata provvisoriamente o istituzionalmente nel rispetto “dell'algoritmo” per la definizione del “peso medio ponderato” e della “degenza media indicizzata”, così come richiamato nell' allegato B) parte integrante del presente provvedimento.
3. di stabilire di valorizzare il posto letto UTIC in maniera uniforme su tutto il territorio regionale secondo i criteri stabiliti per al precedente punto 4). Resta inteso che, i posti letto UTIC, in quanto “funzione” rispetto ai posti letto della cardiologia e/o cardiocirurgia, non potevano e non possono essere utilizzati per ricoveri in regime ordinario e quindi programmati, ma possono essere utilizzati soltanto per ricoveri provenienti dal circuito “emergenza urgenza (118)”, ovvero per quelli “autodeterminatisi” all'interno della struttura, nonché per i “trasferimenti” disposti da altre strutture pubbliche e/o private. Tale circostanza dovrà emergere ed essere documentata nella cartella clinica del paziente, anche ai fini dei controlli delle UVARP.

Di approvare le modifiche di seguito riportate, previa ritrascrizione del nuovo testo del contratto tipo allegato A) alla deliberazione 1365/2015, così come di seguito riportato :

- a) **l'art. 1 co.5 - allegato A)**, sarà così ritrascritto : “*Il limite finanziario ripartito per ogni singola disciplina, di cui al precedente punto 2), può intendersi modificabile, esclusivamente, a seguito di esplicita formale richiesta del committente, con possibilità di scorrimento, nei limiti massimi del 20% del tetto di spesa in-*

valicabile di remunerazione di ogni singola disciplina e nei limiti del numero dei posti letto accreditati, e comunque nell'ambito dei seguenti percorsi diagnostici terapeutici condivisi e di seguito riportati :

- 1) - Area cuore (cardiocirurgia, Tic, cardiologia, U.T.I.C.); in presenza della sola cardiologia rientra in area medica;
- 2) - Area chirurgica;
- 3) - Area medica;
- 4) - Area materno- neonatale
- 5) - Area riabilitativa: in presenza di una sola riabilitazione rientra nell'area medica
- 6) - Area dell'emergenza urgenza

- b) **l'art. 1 co.9 - allegato A)**, sarà così ritrascritto : " L'erogatore s'impegna 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 per dodicesimi, con oscillazioni mensili ragionevoli, con l'obbligo per l'erogatore di recuperare la maggiore o minore erogazione, rispetto al valore economico del dodicesimo, nell'ambito del quadrimestre, che convenzionalmente s'intende : Gennaio – Aprile, Maggio – Agosto, Settembre - Dicembre".
- c) **Art. 6 lett. v) allegato A)** Di approvare, dopo la lettera u) ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) e comunque prima della sottoscrizione del contratto, l'obbligo per l'erogatore, di trasmettere alla ASL territorialmente competente, il proprio bilancio di esercizio redatto secondo principi civilistici, una relazione sull'ultimo bilancio approvato dalla singola struttura sanitaria e relazione sull'ultimo bilancio consolidato approvato, certificato da un revisore contabile, che attesti in modo esplicito ed inequivocabile la regolarità della continuità gestionale e finanziaria, l'assenza/evidenza di criticità (quali ad esempio stati patrimoniali, esposizione debitoria etc.) a garanzia della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo;
- d) **Art. 6 lett. w) allegato A)**. Di approvare, dopo la lettera v) - Di prevedere, ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) l'obbligo per l'erogatore di esibire l'estratto sintetico di una relazione annuale dell'organismo di vigilanza previsto dal D. Lgs 8 giugno 2001, n. 231 - in materia di responsabilità amministrativa delle persone giuridiche - da cui risulti in modo esplicito ed inequivocabile l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità -.
- e) **Art. 6 lett. z) allegato A)**. Di approvare, dopo la lettera w) " Di prevedere, ai sensi del D.M. 70/2015 allegato 1) punto 4.6) l'obbligo per l'erogatore di garantire le soglie minime di valore di attività, nel rispetto delle discipline accreditate e secondo i criteri e le determinazioni ivi richiamate, che qui s'intendono integralmente trascritte.
4. Di disporre che le modifiche approvate con il presente provvedimento vengano riportate nello schema tipo di contratto allegato sotto la lettera A) composto da n. 11 fogli, per farne parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, per l'acquisto da parte della ASL committente delle prestazioni sanitarie erogate in regime di ricovero, **a far tempo dall'anno 2016,**
5. Di disporre che la "determinazione dell'indice di valorizzazione del posto letto" nel rispetto dell'algoritmo" per la definizione del "peso medio ponderato" e della "degenza media indicizzata", così come richiamato nell' allegato B) parte integrante del presente provvedimento, troverà la sua applicazione concreta **a far tempo dall'esercizio 2017;**
6. di espungere dal punto 12) della DGR 1494/2009 la locuzione " a realizzare il confronto con le organizzazioni rappresentative a livello regionale e/o a definire le intese finalizzate " ;

7. *di espungere dal punto 13) della DGR 1494/2009 la locuzione “tenendo conto degli esiti del percorso di consultazione e/o delle intese di cui al punto precedente”;*
8. di disporre che i Direttori Generali non potranno sottoscrivere accordi contrattuali con le strutture erogatrici, qualora non vengano contemplati, oltre i volumi finanziari complessivi, anche le singole tipologie di prestazioni erogate, i singoli volumi come da tabella riportata all’art. 1 dello schema di “contratto tipo”. I contratti sottoscritti in violazione delle su richiamate prescrizioni sono da considerarsi nulli;
9. di stabilire che i Direttori Generali, dovranno concludere la contrattazione annuale entro il 30/6/2016, dandone successiva comunicazione al Sezione Programmazione Assistenza Ospedaliera Specialistica e Accreditamento, circa l’avvenuta o mancata sottoscrizione;
10. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il segretario della Giunta
dott.a Carmela Moretti

Il Presidente della Giunta
dott. Michele Emiliano

ALL. A)

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

Contratto per la erogazione ed acquisto di prestazioni di ricovero da parte di Strutture della Ospedalità Privata operanti in regime di accreditamento istituzionale riferito all'anno XXXX

TRA

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

E

La Struttura XXXXXXXXXXXX - partita IVA XXXXXXXXXXXX - con sede Legale della Società in XXXXXXXXXXXX - via XXXXXXXXXXXX, istituzionalmente accreditata per la erogazione di prestazioni di ricovero, rappresentata legalmente dal Dr. XXXXXXXXXXXX - Amministratore Delegato/Unico - nato a XXXXXXXXXXXX il XXXXXXXXXXXX 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 ricovero nelle seguenti discipline e per il correlato numero di posti letto (PL):

CASE DI CURA ACCREDITATE	COD. DISCIPLINA	DISCIPLINA	P.L.
		TOTALE POSTI LETTO	

- che, in virtù dei seguenti atti della Regione Puglia - Determinazione Dirigenziale n° XXXXXXXXXXXX del XXXXXXXXXXXX risulta essere stato autorizzato ad erogare prestazioni in regime di day service per le discipline correlate ai posti letto accreditati;
- che, in virtù dei seguenti atti della Regione Puglia - Determinazione Dirigenziale n° XXXXXXXXXXXX del XXXXXXXXXXXX - ai fini tariffari la/e Casa/e di Cura gestite dalla Società "XXXXXXXXXX" di XXXXXXXXXXXX, rientrano nella Fascia "XX" (XX %), della classificazione tipologica prevista dalla DCR 995/95.

RICHIAMATI

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

- la Legge Regionale n° 7 del 21 maggio 2002 (endoprotesi)
- la Legge Regionale n° 1 del 7 gennaio 2004;



ALL. A)

- la Legge Regionale n° 14 del 4 agosto 2004 ed , in particolare l'art. 24 della stessa;
- l'art. 1, comma 171, Legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- la Legge Regionale n° 1 del 12 gennaio 2005;
- L'art. 16 e 17 della Legge Regionale n° 26/2006 (incremento delle tariffe relativo ai DRG);
- la Legge Regionale n° 40 del 31 dicembre 2007;
- la Legge Regionale n° 1 del 19 febbraio 2008
- la Legge Regionale n° 34 del 31 dicembre 2009;
- artt. 4 e 40 della L.R. n° 4 del 25/02/2010.
- l'art. 3 della L.R. 24 settembre 2010 n.12;
- la L.R. 9 febbraio 2011 n. 2;
- il D.L. 6 luglio 2012, n. 95;
- la Legge 7 agosto 2012, n. 135;
- il D. Lgs. 9 novembre 2012, n. 192;
- la Delibera di Consiglio Regionale 8 Marzo 1995 n. 995 e successive modificazioni;
- la D.G.R. n° 1464 del 3 ottobre 2006 (in attuazione del D.M. del 21/11/2005);
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 1621 del 30 ottobre 2006 (DIEF – per l'anno 2006);
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 1400 del 3 agosto 2007 (DIEF – per l'anno 2007);
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 95 del 31 gennaio 2008 (DIEF – per l'anno 2008);
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 397 del 25 marzo 2008;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n.1101 del 23 giugno 2009;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 1442 del 4 agosto 2009 (DIEF – per l'anno 2009);
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 1494 del 4 agosto 2009 (Accordi Contrattuali anno 2009 – Linee Guida);
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 523 del 23 febbraio 2010;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 728 del 15 marzo 2010;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 2252 del 26 ottobre 2010;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 2624 del 30 novembre 2010;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 2866 del 20 dicembre 2010;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 433 del 10 marzo 2011;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 633 del 10 aprile 2011;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 2990 del 29 dicembre 2011;
- la delibera di Giunta Regionale n° 240 del 18/02/2013;
- la delibera di Giunta Regionale n° 951 del 13/05/2013;
- la delibera di Giunta Regionale n° 1304 del 09/07/2013;
- la delibera di Giunta Regionale n° 1202 del 18/06/2014.

IN APPLICAZIONE

- dei criteri stabiliti dalla Regione Puglia, nonché della disciplina legislativa e regolamentare, di cui alla normativa in premessa richiamata, riferita all'erogazione ed acquisto di prestazioni sanitarie in regime di ricovero dal settore privato con spesa da porre a carico del SSR, nei limiti dei tetti di spesa stabiliti a livello Regionale e Aziendale.
- della programmazione in materia di ricovero ospedaliero, resa attraverso Strutture private ed istituzionalmente accreditate per l'anno **XXXXXX**, tenuto conto del fabbisogno di prestazioni, con particolare attenzione all'appropriatezza dei ricoveri e delle azioni di depotenziamento e razionalizzazione disposte dalla Direzione Strategica della Azienda Sanitaria Locale della Provincia di **XXXXXXXXXX**.

SI STIPULA

Il presente **contratto**, con validità per l' **anno XXXX** che è destinato a regolamentare la produzione, da parte dell'Erogatore, di prestazioni di ricovero ospedaliero, comprensiva delle



ALL. A)

prestazioni di day service autorizzate, in favore di cittadini iscritti al SSN con oneri da porre a carico del bilancio dell'Azienda ASL e del SSR.

ART. 1

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

- 1) La ASL committente, 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 in regime di ricovero, da strutture private accreditate, ed in considerazione dell'analisi dei dati relativi alla domanda di prestazioni sanitarie elaborata dalla struttura aziendale ~~XXXXXXXXXXXXXX~~, nonché della disciplina regionale in materia di individuazione e qualificazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero erogabili a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR), acquista dall'Erogatore, il pacchetto di prestazioni individuate per disciplina, tipologia e per DRGs. di classificazione, così come richiamati nel prospetto sinottico del successivo punto 3) che rappresenta il Piano delle Prestazioni di cui al successivo art. 2, stabilito con i criteri riportati nella normativa disposta dalla Regione Puglia
- 2) Il limite massimo globale di spesa fissato con i criteri di cui alla D.G.R. 1494/2009, nel rispetto del fabbisogno e come analiticamente richiamato nella Deliberazione aslina n° ~~XXXXXXXXXXXXXX~~ è pari complessivamente a € ~~XXXXXXXXXXXXXX~~-, in ragione dei posti letto da contrattualizzare per singola disciplina accreditata, ripartita secondo la seguente matrice ed al netto del valore delle prestazioni eseguite in mobilità extraregionale :

CASE DI CURA ACCREDITATE	COD. DISC.	DISCIPLINA	P.L.	INDICE DI VALORIZZAZIONE DEL POSTO LETTO	TETTO DI SPESA DA ASSEGNARE NELL'ANNO XXXXXX (D.G.R. N° 1494/2009 e s.m.i.)
				Secondo algoritmo allegato B)	
		TOTALE POSTI LETTO			

- 3) Per l'anno ~~XXXX~~, la ASL committente, sulla base dei criteri di cui alla deliberazione n..... del ha deciso di acquistare dall'Erogatore i seguenti DRGs. suddivisi per singola disciplina:

Tipo	DRG	Denominazione
C		
M		

- 4) in conformità all'art. 20 - comma 3 della L.R. n° 34/2009, tale tetto deve intendersi, comprensivo del materiale protesico. A tale riguardo, ai fini della remunerazione delle prestazioni per le quali è contemplato l'impianto di endoprotesi, occorre far riferimento alla deliberazione di G.R. n. 951/2013 e successiva integrazione e modifica giusta DGR 1304/2013, le quali hanno stabilito le relative tariffe.
- 5) Il limite finanziario ripartito per ogni singola disciplina, di cui al precedente punto 2), ~~non~~ intendersi modificabile, esclusivamente, a seguito di esplicita formale richiesta del ~~proprio~~



ALL. A)

committente, con possibilità di scorrimento, nei limiti massimi del 20% del tetto di spesa invalicabile di remunerazione di ogni singola disciplina e comunque nell'ambito dei seguenti percorsi diagnostici terapeutici condivisi e di seguito riportati :

- 1) - Area cuore (cardiochirurgia, Tic, cardiologia, U.T.I.C.): in presenza della sola Cardiologia rientra in area medica;
- 2) - Area chirurgica;
- 3) - Area medica;
- 4) - Area materno- neonata le
- 5) - Area riabilitativa: in presenza di una sola riabilitazione rientra nell'area medica
- 6) - Area dell'emergenza urgenza

Tale limite non si applica alle strutture dotate di pronto soccorso tenuto conto che le stesse possono essere indotte ad erogare prestazioni non programmate e non concordate con la ASL committente.

- 6) Nel rispetto delle tipologie di assegnazioni e del pacchetto di prestazioni contrattualizzate come dai prospetti allegati, si concorda la possibilità di una oscillazione del **20%**, per i DRGs. concomitanti, rientranti nella stessa disciplina e non preventivamente concordati, purchè gli elementi di giustificazione siano rilevabili dalla cartella clinica.
- 7) L'attività dell'Erogatore deve essere necessariamente commisurata in relazione alle discipline e posti letto accreditati, nonché al rispetto dell'indice occupazionale di ogni singola disciplina rapportato ai fabbisogni preventivamente individuati. Nel caso di acquisto della massima potenzialità erogativa (100%), i ricoveri che superano il 100% dell'indice occupazionale pro-die non saranno ammessi alle procedure di liquidazione e costituiranno valutazione non positiva per l'erogatore, sanzionabile nel rispetto delle prescrizioni di cui al co. 2 dell'art. 27 della L.R. n. 8/2004 e s.m.i.
- 8) Le prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti, a ciclo continuativo o diurno, erogate in eccedenza al tetto di spesa invalicabile di remunerazione distinto per disciplina e tipologia, non sono riconosciute, e quindi non sono a carico del SSR, ai sensi dell'art. 3 della L.R. 24/9/2010 n. 12.
- 9) L'erogatore s'impegna 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 per dodicesimi, con oscillazioni mensili ragionevoli, con l'obbligo per l'erogatore di recuperare la maggiore o minore erogazione, rispetto al valore economico del dodicesimo, nell'ambito del quadrimestre, che convenzionalmente s'intende : Gennaio - Aprile, Maggio - Agosto, Settembre - Dicembre".

ART. 2

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

L'Erogatore, in esecuzione dell'art.1, con la sottoscrizione del presente contratto, si obbliga:

- 1) a garantire il piano delle prestazioni a carico del Servizio Sanitario Regionale (di cui al precedente punto 3) dell'art. 1), nonché 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, oltre alla corretta gestione delle liste d'attesa;
- 2) ad uniformare le modalità organizzative con le quali intende erogare dette prestazioni nei diversi mesi dell'intero anno, nel rispetto di quanto richiamato al punto 8) dell'art.1;
- 3) 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;
- 4) 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



ALL. A)

in qualsiasi momento e nei limiti temporali decadenziali dell'anno solare in cui si concludono. Pertanto, sul presupposto che i controlli per l'anno 2015 si concludono, obbligatoriamente nell'anno 2016, ne discende che l'applicazione delle suddette misure devono essere disposte e concludersi nell'anno solare e comunque entro il 31/12/2016.

- 5) ad accettare la possibilità che il citato piano di cui al precedente punto 3) 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 **XXXX**, modificazioni, sia per quantità che per tipologia delle singole prestazioni, fermo il limite invalicabile di remunerazione di cui al precedente art.1).
- 6) Ai fini del monitoraggio delle liste di attesa, l'Erogatore è tenuto a predisporre idonea forma di registrazione delle richieste di ricovero 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 dei principi di riservatezza e/o per essere alla stessa trasmesse per via telematica, secondo le modalità comunicate dalla stessa Azienda ASL.
- 7) L'Erogatore è tenuto ad apporre nel vano di ingresso della Casa di Cura, 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 pubbliche o private.
- 8) E' fatto divieto assoluto per l'Erogatore, una volta raggiunto il limite massimo di remunerazione invalicabile, distinto per disciplina e tipologia, previsto nel presente accordo contrattuale, operare sui posti letto accreditati, in regime di attività libero professionale, con oneri a carico di pazienti solventi. Qualora il tetto spesa mensile sia già stato integralmente utilizzato dalla struttura accreditata - il posto letto accreditato-, potrà essere utilizzato (solo da quel momento) per i residui giorni del mese anche per i pazienti solventi a titolo privato.

ART. 3

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

- 1) La Azienda ASL **XXXXXXXXXX**, si impegna a remunerare le prestazioni di ricovero per gli importi mensili corrispondenti al piano annuale delle prestazioni di cui al precedente art. 2, accettato dall'Erogatore, riferito ai residenti della Regione Puglia.
- 2) La Azienda ASL **XXXXXXXXXX**, retribuisce le prestazioni in base alle tariffe regionali vigenti per la fascia di appartenenza dell'Erogatore, anche mediante l'applicazione dell'istituto delle tariffe regressive previsto dal disposto dalla DGR n° 1494/2009 (tra l'80% ed il 100% del volume stabilito, si applica una regressione tariffaria pari al 15%). Pertanto, le prestazioni sono remunerate senza regressioni tariffarie, fino al raggiungimento del relativo "tetto annuo di remunerazione a tariffa intera", corrispondente all'80% del tetto di spesa invalicabile, distinto per ogni singola disciplina così come di seguito si riporta:

COD	Disciplina	PL	TETTO ANNUO DI REMUNERAZIONE A TARIFFA INTERA : MONTANTE PER DISCIPLINA

- 3) E' fatto obbligo per l'Erogatore, al raggiungimento del tetto di remunerazione a tariffa intera, fatturare le prestazioni eccedenti i valori indicati nel precedente comma 2, applicando la regressione del 15%.

ART. 4

ALL. A)

**Remunerazione delle prestazioni erogate nei confronti di
residenti al di fuori della Puglia**

1. Le prestazioni erogate nei confronti di persone residenti in altre regioni d'Italia e/o in Paesi della Unione Europea e/o Extracomunitari 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 co. 1 lett. a) e b), con assoggettamento alla scontistica prevista dal co. 2 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.
2. Le prestazioni rese in favore di cittadini residenti al di fuori della Puglia sono riconoscibili ove la Azienda ASL sia posta dall'Erogatore nelle condizioni di poter esercitare il relativo addebito al competente Paese Europeo e/o Extracomunitario ovvero, attraverso la Regione Puglia, alla rispettiva Regione di residenza, conformemente a quanto previsto dalle disposizioni Comunitarie e/o dai Trattati regolanti la materia e, nell'ambito nazionale, dal vigente testo unico per la regolazione tra le Regioni delle prestazioni di natura sanitaria.
3. Fermo restando la facoltà delle singole Regioni di procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, in ottemperanza all'art. 1, comma 171 della Legge n° 311 del 30/12/2004, 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 intraregionale che interregionale. Sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio.
4. In caso di contestazione della prestazione, l'Erogatore è tenuto a fornire alla Azienda ASL le controdeduzioni richieste che, ove non ritenute motivamente valide da un dirigente individuato in via preventiva dalla Struttura UVARP Aziendale, quale esperto della materia, danno luogo nei confronti dell'erogatore all'addebito del controvalore allo stesso in precedenza già corrisposto.
5. Il pagamento da parte della Azienda ASL per le prestazioni rese dall'Erogatore nei confronti di residenti al di fuori della Regione avviene, fermo quant'altro disposto nel presente articolo, secondo le modalità ed i termini generali previsti nel presente contratto e di cui ai precedenti commi 1 e 3.
6. Alla Regione viene riservato l'azione di recupero delle somme derivanti dal mancato riconoscimento di specifici ricoveri contestati e non riconosciuti dalle Regioni di residenza degli assistiti, informando, per il tramite delle ASL committente l'Erogatore.

ART. 5

Obblighi, adempimenti dell'Erogatore e Sanzioni

L'Erogatore è tenuto ad osservare i seguenti obblighi e garantire i seguenti adempimenti:

- a) Erogare le prestazioni di ricovero rientranti tra quelle delle discipline accreditate, nei limiti dei volumi e delle tipologie di cui all'art. 1 co. 2) e co. 3) del presente contratto, ripartito per singola disciplina e per singola giornata.
- b) Comunicare giornalmente all'UVARP dell'Azienda, mediante l'invio per posta elettronica, al seguente indirizzo: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, il movimento ammalati (dimissioni/e nuovi ingressi).
- c) Garantire la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera che, ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto del Ministro della Sanità 28 dicembre 1991 e s.m.i., costituisce parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale. La compilazione della scheda di dimissione ospedaliera e la codifica delle informazioni in essa contenute sono effettuate nel rigoroso rispetto delle istruzioni riportate nel disciplinare tecnico allegato al suddetto decreto e richiamate nella DGR 633 del 5/04/2011.
- d) Prendere atto che la responsabilità della corretta compilazione della scheda di dimissione, in osservanza delle istruzioni riportate nell'allegato disciplinare tecnico, compete al medico della dimissione, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso. La scheda di dimissione dovrà riportare la firma dello stesso medico responsabile della dimissione. La codifica delle informazioni sanitarie riportate nella scheda di dimissione ospedaliera è effettuata oltre che dallo stesso medico



ALL. A)

- responsabile della dimissione di cui al presente comma, anche da altro personale sanitario, individuato dal direttore sanitario dell'istituto di cura. In entrambi i casi, il personale che effettua la codifica deve essere opportunamente formato ed addestrato.
- e) Garantire che ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero ricovero del paziente nell'istituto di cura, coincidente con la storia della degenza del paziente all'interno dell'istituto di cura. La cartella clinica ospedaliera ha, quindi, inizio al momento dell'accettazione del paziente da parte dell'istituto di cura, segue il paziente nel suo percorso all'interno della struttura ospedaliera ed ha termine al momento della dimissione del paziente dall'istituto di cura.
- f) Assicurare che l'eventuale trasferimento interno del paziente da una unità operativa all'altra dello stesso istituto di cura non deve comportare la sua dimissione e successiva riammissione. Il numero identificativo, caratteristico di ciascuna cartella clinica e della relativa SDO, deve, pertanto, essere il medesimo per tutta la durata del ricovero, indipendentemente dai trasferimenti interni allo stesso istituto di cura. Fanno eccezione i casi di passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, o viceversa, e, il passaggio da ricovero acuto a riabilitazione o lungodegenza, o viceversa. In questi ultimi casi si dovrà procedere alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova scheda SDO.
- g) garantire le verifiche in ordine alla compilazione delle schede di dimissione e della cartella clinica, nonché i controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate, sotto la responsabilità del Direttore Sanitario dell'Istituto.
- h) Garantire, che i ricoveri erogati in regime di day - service, dovranno essere erogati, nel rispetto delle modalità, dei protocolli diagnostico-terapeutici e delle tariffe di remunerazione, statuiti dalla Regione Puglia giusta D.G.R. n° 1202/2014 e nei limiti dei tetti di spesa assegnati per la ospedalità privata;
- i) Garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie attraverso personale medico, sanitario non medico e tecnico, in possesso dei titoli abilitanti professionali previsti per legge, che non versa in situazioni di incompatibilità. L'erogazione delle prestazioni, rimane comunque sotto la diretta e personale sorveglianza del Direttore Sanitario della Struttura, nel rispetto della normativa e dei requisiti minimi strutturali, organizzativi, tecnologici e di sicurezza previsti dalla vigente legislazione.
- j) prendere atto della D.G.R. n° 834 del 27/05/2008, con la quale la Regione Puglia ha approvato il modello di analisi dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri per elenchi di procedure (M.A.A.P.), secondo quanto previsto dalla normativa vigente. Ai fini contabili ed amministrativi, trova piena applicazione la DGR 951/2013 e s.m.i per l'attività di ricovero e la DGR 1202/2014 per le attività di Day service.
- k) assicurare la compilazione delle schede di rilevazione, come da fac-simile già trasmesso, al fine di alimentare il Registro Regionale di "Implantologia Protetica" di anca e/o ginocchio, giusto art. 40 della L.R. n° 4 del 25/02/2010 e circolari regionali prot. n° 24/231/SP del 26/03/2010 e n° 24/235/SP del 30/03/2010. A tale riguardo, si precisa che nel rispetto di quanto disposto nelle succitate note, le schede di rilevazione, dovranno essere compilate con accuratezza, al momento della dimissione del paziente o del suo trasferimento ad altra Unità Operativa, e inviate all'Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia (OER), presso l'Università degli Studi di Bari. La stessa norma, ha previsto che la mancata compilazione delle schede di rilevazione, determina l'impossibilità di dare corso alla remunerazione del ricovero.
- l) prendere atto che dal 1° gennaio 2011, tutte le SDO devono essere codificate nel rispetto della versione CMS 24 del Grouper.
- m) consegnare alla Azienda USL., entro il 15° giorno del mese successivo, a quello di compimento o completamento delle prestazioni di ricovero rese, della notulazione delle stesse esclusivamente su supporto informatico, 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.
- n) prendere atto che in caso di difformità tra importo mensilmente notulato dall'Erogatore ed importo liquidato e pagato dalla Azienda ASL, il primo, prima di intraprendere azioni a propria tutela, si impegna a:
- ritirare gli elaborati analitici delle liquidazioni ad esse relative e le eventuali contestazioni relative alle prestazioni escluse dalla liquidazione, **dopo i 30 giorni ed entro i 60 giorni** dall'avvenuto pagamento;



ALL. A)

- richiedere alla Azienda ASL., entro 60 giorni dal ritiro della suddetta documentazione, chiarimenti sulle motivazioni che legittimano eventuali discordanze o contestazioni effettuate;
- attendere la risposta ai chiarimenti che dovrà pervenirgli entro 60 giorni dalla richiesta. Il mancato ritiro degli elaborati entro il termine prescritto, ovvero la mancata richiesta di chiarimenti entro i 30 giorni dal ritiro stesso, costituiscono accettazione delle liquidazioni effettuate.

Di essere consapevole:

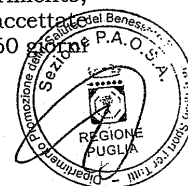
- o) che il mancato rispetto degli adempimenti informativi e di comunicazione previsti dal presente contratto, compresi quelli previsti nei confronti dei Cittadini, costituisce per l'Erogatore violazione del relativo obbligo e **da luogo nei suoi confronti prima al richiamo, poi alla diffida e successivamente 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, ecc).
- p) che ove dai controlli della Azienda ASL, anche di natura ispettiva, si rilevi da parte dell'Erogatore un comportamento difforme o elusivo rispetto a quanto prescritto nel presente punto, nei confronti dello stesso si applicano con effetto immediato le disposizioni previste dall'art. 27 co. 4 e 5 della l.r. n. 8/2004 e s.m.i..
- q) garantire il rispetto dei tassi occupazionali pro- die dei posti letto accreditati.
- r) garantire il possesso ed il mantenimento dei requisiti generali e specifici concernenti, la struttura, le tecnologie e l'organizzazione del servizio con particolare riferimento alla dotazione di personale, previsti dal regolamento R.R. n. 3/2005, quali condizioni preesistenti allo status di soggetto accreditato.
- s) garantire l'applicazione dei Contratti Collettivi di Lavoro (art. 17 – punto 6 della L.R. n° 26/2006), fornendo copia della documentazione comprovante l'assolvimento dei relativi obblighi contributivi (Legge 11 marzo 1988 n° 67 – G.U. n° 61 del 14/03/1988), attraverso il DURC. La verifica di quanto richiamato al presente punto è propedeutico alla sottoscrizione del contratto. A tale riguardo si precisa che, il certificato DURC viene rilasciato in base alle risultanze dello stato degli atti e non ha effetti liberatori per l'impresa. Rimane pertanto impregiudicata l'azione per l'accertamento ed il recupero di eventuali somme che successivamente risultassero dovute. Si precisa altresì, che il suddetto documento, dovrà essere rinnovato nei modi e nei termini di legge previsti, per evitare che la Direzione Aziendale possa sospendere le erogazioni di fondi a qualsiasi titolo, giusta quanto disposto dalla normativa vigente.
- t) a dare preventiva comunicazione formale alla Azienda ASL, ed a concordare con quest'ultima, eventuali periodi di sospensione temporanea dell'attività con relativa motivazione.
- u) durante il periodo estivo, al fine di assicurare i livelli minimi assistenziali, si impegna a concordare preventivamente con la ASL gli eventuali periodi di sospensione delle proprie attività di ricovero e cura.
- v) l'erogatore, ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) si obbliga di trasmettere alla ASL territorialmente competente, il proprio bilancio di esercizio redatto secondo principi civilistici, una relazione sull'ultimo bilancio approvato dalla singola struttura sanitaria e relazione sull'ultimo bilancio consolidato approvato, certificato da un revisore contabile, che attesti in modo esplicito ed inequivocabile la regolarità della continuità gestionale e finanziaria, l'assenza/evidenza di criticità (quali ad esempio stati patrimoniali, esposizione debitoria etc.) a garanzia della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo;
- w) l'erogatore, ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) si obbliga ad esibire l'estratto sintetico di una relazione annuale dell'organismo di vigilanza previsto dal D. Lgs 8 giugno 2001, n. 131 - in materia di responsabilità amministrativa delle persone giuridiche - da cui risulti in modo esplicito ed inequivocabile l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità -.
- x) Di prevedere, ai sensi del D.M. 70/2015 allegato 1) punto 4.6) l'obbligo per l'erogatore di garantire le soglie minime di valore di attività, nel rispetto delle discipline accreditate e secondo i criteri e le determinazioni ivi richiamate, che qui s'intendono integralmente trascritte.

ALL. A)

ART. 6

Obblighi e adempimenti della Azienda ASL**La Azienda ASL, attraverso la Struttura UVARP è tenuta ad effettuare:**

- a) le verifiche tecnico-sanitarie, riguardante l'appropriatezza clinico-diagnostica e diagnostico-procedurale delle prestazioni sanitarie addebitate dalla/e Case di Cura istituzionalmente Accreditata/e, in esecuzione della normativa nazionale e regionale, ivi compresa la DGR 1491 del 25/6/2010 successivamente modificata dalla DGR 2252 del 26/10/2010.
- b) I controlli sulla corretta e veritiera compilazione della SDO, con la quale avviene l'assegnazione del relativo DRG.
- c) Il controllo Amministrativo, riguardante i ricoveri erogati in regime di Day-service, nel rispetto dei protocolli diagnostico-terapeutici, statuiti dalla Regione Puglia con le D.G.R. 1202/2014.
- d) I controlli finalizzati a verificare se i ricoveri effettuati mascherino altri scopi (indagini diagnostiche e strumentali di alto costo) e quindi strumentali per aumentare soltanto il fatturato;
- e) Il controllo dei tassi occupazionali, pro - die, dei posti letto accreditati, in dotazione alla Case di Cura istituzionalmente Accreditate, nel rispetto di quanto stabilito al comma 7 del precedente art. 1.
- f) I controlli dell'UVARP devono essere effettuati con cadenza trimestrale da effettuarsi entro e non oltre il trimestre successivo, e comunque a decorrere dalla validazione delle SDO nel SISR. Tale termine costituisce vincolo solo per la ASL e non già per l'Erogatore che deve garantire le prescrizioni previste dall'art. 2, comma 4 del presente contratto;
- g) Alla fine delle attività di verifica, l'Unità di controllo, facente capo all'UVARP, redige apposito verbale con la dicitura "confermato" ovvero "contestato" con l'indicazione delle valutazioni tecniche e le correzioni apportate;
- h) Per i ricoveri "contestati" qualora la Direzione Sanitaria della struttura erogante accetta le contestazioni, occorre disporre nota integrativa da allegare alla SDO cartacea. Tale modifica dev'essere riportata nel SISR con l'obbligo per l'erogatore di emettere la relativa nota credito e/o debito ;
- i) Per i ricoveri "contestati" qualora la Direzione Sanitaria della struttura erogante **non** accetta le contestazioni dell'UVARP, la stessa deve farlo rilevare nel verbale e dovrà, nei successivi 30gg, formulare idonee controdeduzioni da inoltrare all'UVARP Aziendale per le valutazioni e gli adempimenti conseguenti.. Qualora le controdeduzioni vengano ritenute non esaustive, l'UVARP, quantifica i DRG non ammessi e/o modificati, e comunica la sospensione del pagamento dei ricoveri oggetto del contenzioso, all'ufficio amministrativo aziendale preposto alla liquidazione.
- j) Qualora invece, le controdeduzioni formulate dall'erogatore vengano accettate dall'Azienda, si procede alla ammissione dei ricoveri precedentemente contestati alle procedure di liquidazione, previa comunicazione dell'UVARP, all'ufficio amministrativo aziendale preposto alla liquidazione;
- k) A comunicare entro e non oltre 120 gg. dalla valida richiesta della prestazione, ed in forma esclusivamente scritta all'Erogatore:
- eventuali sospensioni dei pagamenti ed altre osservazioni;
 - eventuali rilievi per errori ricorrenti di notulazione, così da evitare che tali comportamenti si reiterino nel tempo;
 - la evidenza di DRG non conformi al piano delle prestazioni commissionato, di cui al co. 3 dell'art. 1;
- l) A rendere disponibili, presso la sede degli Uffici della Azienda Sanitaria Locale della Provincia di ~~xxxxxxxxxx~~ - ad avvenuto pagamento delle notulazioni mensili e comunque non oltre 30 giorni dallo stesso, gli elaborati analitici delle liquidazioni eventualmente anche su supporto informatico, ed, ove elevate, le contestazioni e/o sospensioni relative alle prestazioni escluse dalla liquidazione.
- m) 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.



- ALL. A)
- n) Eseguire i pagamenti mensili a tariffa intera sino al raggiungimento del tetto di remunerazione assegnato all'Erogatore ed indicato al precedente art. 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 al comma 2 di detto articolo.
- o) Eseguire i pagamenti ed i conguagli, con le modalità di cui al successivo art. 7.

ART. 7

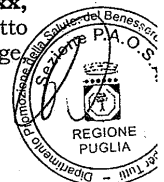
Modalità di Pagamento e Conguagli

1. La Azienda ASL, salvo diverso piano di cui al precedente art. 2 dalla stessa approvato, provvede alla erogazione di acconti mensili pari all'85% di un dodicesimo del relativo tetto di remunerazione assegnato a ciascuna disciplina, di cui al co. 2 dell'art. 1 entro i 45 giorni successivi al mese di competenza a valida presentazione della contabilità, con conguaglio da liquidare all'Erogatore entro i 120 giorni successivi al relativo mese di competenza, così come richiamato alla D.G.R. n° 1326/2003, dopo aver esperito positivamente in detti termini, gli adempimenti di cui ai precedenti art. 5 e 6 con riferimento ai ricoveri "confermati". Per "valida presentazione della contabilità", si intende la consegna:
 - degli **originali dei tabulati contabili, ripartito secondo le discipline contrattualizzate,**
 - del supporto informatico redatto secondo il tracciato record;
 - del supporto informatico contabile redatto in formato excel, ripartito secondo le discipline contrattualizzate;
 - delle fatture e/o note credito, con la descrizione delle singole discipline contrattualizzate;
 - delle copie delle ricette rilasciate dai Medici del S.S.N., riguardante l'erogazione delle prestazioni da erogarsi in regime di Day-service.
2. L'Erogatore si impegna a fatturare le prestazioni eccedenti i valori indicati nel precedente art. 3 comma 3 (residenti Regione Puglia) e art. 4 comma 1 (residenti extra Regione), applicando la regressione del 15%.
3. La Azienda ASL, oltre la remunerazione delle prestazioni sub art. 4, è comunque tenuta entro 60 giorni dalla data di liquidazione della notulazione dell'ultimo mese dell'anno, a procedere al conguaglio tra le liquidazioni mensili eseguite ed il tetto invalicabile di remunerazione per ogni singola disciplina, di cui al comma 2 dell'art. 1, ed a corrispondere all'Erogatore o accertare di aver incassato dallo stesso, nei 30 giorni successivi, eventuali residui importi, se dovuti, nonché le rispettive note di credito.

ART. 8

Dichiarazione di Conoscenza da parte dell'Erogatore e Norme Finali

- 1) L'Erogatore da atto della conoscenza delle vigenti norme e regolamenti regionali disciplinanti la materia ed, in particolare, in materia di prestazioni di ricovero da parte della Ospedalità Privata, con riferimento alla parte normativa richiamata in premessa.
- 2) I tetti di remunerazione di cui all'art. 1) assumono come riferimento le tariffe vigenti al momento della sottoscrizione da parte dell'Erogatore del presente contratto. In caso di variazioni tariffarie, gli stessi si intendono confermati, ferma la potestà dell'Azienda ASL di procedere, nei limiti dei tetti di spesa assegnati e confermati, alla rimodulazione del piano e del volume delle prestazioni richieste all'Erogatore, giusta co. 2 dell'art. 2.
- 3) L'Azienda Sanitaria della Provincia di **XXXXXXXXXX** è impegnata a riconoscere, liquidare e pagare esclusivamente prestazioni rientranti nel piano richiesto e concordato, nel limite invalicabile di remunerazione per singola disciplina, con le precisazioni richiamate all'art. 1 - comma 3 e 5. Qualora l'Erogatore, in violazione di quanto definito in virtù del presente contratto, provveda a notare e notificare alla Azienda ASL **XXXXXXXXXX**, prestazioni non comprese nel piano annuale delle prestazioni, ovvero eccedenti il tetto massimo invalicabile di remunerazione innanzi definito, a tutti gli effetti di legge



ALL. A)

compresi quelli fiscali, ha l'obbligo di emettere immediata nota credito per il corrispondente importo eccedente.

- 4) Nel caso in cui l'Erogatore abbia già sottoscritto specifico contratto di prestazione per l'anno corrente, fermo il tetto invalicabile di remunerazione per questi già fissato dalla Azienda ASL, per quanto ivi non regolamentato o difformemente regolamentato rispetto ai contenuti del presente atto, quest'ultimo si intende integrativo del precedente. In caso di mancata sottoscrizione da parte dell'Erogatore dell'atto aggiuntivo, si applicano con effetto immediato le disposizioni del previste dall'art. 27 co. 4 e 5 della l.r. n. 8/2004 e s.m.i.
- 5) Il presente contratto può essere oggetto di modifiche ed integrazioni per effetto di sopravvenute direttive regionali richiamate nei DIEF, ovvero in altre disposizioni regionali che dovranno essere direttamente recepite dalle singole Aziende.
- 6) Il presente contratto viene concluso in ottemperanza alle precisazioni formulate dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali unitamente al Comitato Permanente 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”.**
- 7) Eventuali controversie che dovessero insorgere circa la interpretazione del presente contratto verranno bonariamente risolte tra le parti. Ove ciò non sia possibile si procederà mediante le procedure previste dalla DGR 1491 del 25/06/2010.

Letto, confermato e sottoscritto

<p>Il Direttore Generale pro-tempore della Azienda ASL XXXXXXXXXXXX</p> <p>Dott. XXXXXXXXXXXXXXXX</p>	<p>Il Professionista/ il Legale Rappresentante della Struttura Erogante</p>
Data _____	Data _____

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Cod. Civ. 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 e con regressione tariffaria), 4 (Remunerazione delle prestazioni erogate nei confronti di residenti al di fuori della Puglia), 5 (Obblighi, adempimenti dell' Erogatore e Sanzioni), 6 (Obblighi e adempimenti della Azienda ASL), 7 (Modalità di Pagamento e Conguagli), 8 (Dichiarazione di Conoscenza da parte dell'Erogatore e norme finali).

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

L'Erogatore



Allegato B)

PROPOSTA “CRITERIO DI DISTRIBUZIONE DEI BUDGET PER DISCIPLINA”

La distribuzione dei budget per disciplina tra le varie strutture può avvenire seguendo la valutazione di due dimensioni di efficienza:

- 1) Efficienza in termini di Complessità Assistenziale : misurata con il Peso Medio Ponderato dei DRG prodotti;
- 2) Efficienza in termini Temporal : misurata con la Degenza Media Indicizzata

Per poter effettuare tale valutazione è utile lo sviluppo di un coefficiente, da qui in avanti *Coefficiente di Equivalenza*, che permette di equiparare i posti letto secondo le due variabili precedentemente evidenziate (Complessità e Tempo), strutturato secondo la seguente formula:

Coefficiente di equivalenza/disciplin/struttura = Peso Medio Ponderato DRG * Degenza media indicizzata

Il **Peso Medio Ponderato dei DRG** prodotti dalla disciplina in esame, è dato dalla formula: **Peso Medio Ponderato = $[\sum(Ag * Ngh)] / (\sum Ngh)$** ; dove Ag è il peso del singolo DRG e Ngh il numero di Dimissioni della disciplina/struttura che hanno prodotto il DRG corrispondente \$(fonte: “Dodicesimo rapporto Annuale 2014 Ospedali & Salute – Collana AIOP, pag.34).

La **Degenza Media Indicizzata** deve essere calcolata rapportando la Degenza Media Ponderata della disciplina in esame, secondo la formula:

- **Degenza Media Indicizzata = Degenza Media Ponderata / Degenza Media Annuale della disciplina per struttura**

La **Degenza Media Ponderata (DMP)** è data dalla formula:

- **Degenza Media Ponderata = $[\sum(DMgitala * Ngh)] / (\sum Ngh)$**



Allegato B)

dove DMgitalia è la Degenza Media Italiana per DRG (fonte: Banca Dati SDO Ministero della Salute aggiornato al semestre dell'anno precedente) mentre Ngh il numero di Dimissioni della struttura che hanno prodotto il DRG corrispondente. N.B.: ciascuna struttura avrà una propria Degenza Media Ponderata che varierà in base ai DRG prodotti.

Il coefficiente di Equivalenza così ottenuto esprimerà sia la complessità dei DRG prodotti dalla disciplina di una struttura, sia la congruità della degenza media rispetto alla complessità dei DRG.

Il Coefficiente di Equivalenza permetterà quindi di trasformare il numero dei posti letto di una disciplina in **Posti Letto Equivalenti**, applicando la seguente formula:

Numero Posti Letto Equivalenti/disciplina/struttura = Numero posti Letto/disciplina/struttura * Coefficiente di Equivalenza/disciplina/struttura.

Il Budget assegnato dalla ASL per ogni disciplina dovrà essere diviso per il Totale dei Posti Letto Equivalenti di tutte le strutture relativamente alla stessa disciplina:

Si otterrà, quindi il **Budget di ogni singolo Posto Letto Equivalente per Disciplina / Totale Posti Letto Equivalenti di tutte le strutture relativi alla disciplina**

Infine il Budget da assegnare ad ogni singola struttura si otterrà moltiplicando il Budget per Posto Letto Equivalente per la disciplina con il numero di Posti Letto Equivalenti della disciplina della struttura, secondo la seguente formula:

Budget Struttura per Disciplina = Budget Posto letto Equivalente/disciplina * Numero Posti Letto Equivalenti/disciplina/struttura

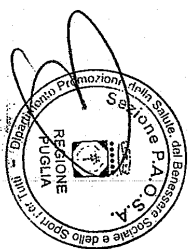
Legenda :

Σ = sommatoria ;

/ = diviso;

*** = Moltiplicato**

\$ (fonte: "Dodicesimo rapporto Annuale 2014 Ospedali & Salute -- Collana AIOP, pag.34)



Allegato B)

ESEMPIO di CALCOLO della DEGENZA MEDIA INDICIZZATA

Assumiamo, per semplicità esplicativa, che esistano solo 3 DRG, i quali secondo i dati della Banca Dati SDO presentano le seguenti Degenze Medie a livello Italiano ($DM_{gitalia}$):

Degenza Media Italiana DRG1 ($DM_{1italia}$) = 4 giorni

Degenza Media Italiana DRG2 ($DM_{2italia}$) = 6 giorni

Degenza Media Italiana DRG3 ($DM_{3italia}$) = 7 giorni

Assumiamo inoltre l'esistenza di due Reparti: Reparto A e Reparto B.

Il Reparto A ha una Degenza Media di 5,3 gg (DM_a), mentre il Reparto B ha una Degenza Media di 6,2 gg (DM_b).

Confrontando le Degenze Medie registrate nei due reparti, il Reparto A appare più veloce nel dimettere rispetto al Reparto B.

Calcolando invece la **Degenza Media Ponderata (DMP)** possiamo confrontare la velocità di dimissione dei due reparti in rapporto ai DRG prodotti.

Ipotizziamo quindi che entrambi i reparti abbiano prodotto 4 DRG (4 Dimissioni) ciascuno: il Reparto A ha prodotto n. 3 DRG1 e n. 1 DRG 2; mentre il Reparto B ha prodotto n. 1 DRG2 e n. 3 DRG3.

La Degenza Media Ponderata per i due reparti sarà quindi:

$$DMP_a = [\sum (DM_{gitalia} * Ngh A)] / Ngh A = [(4gg * n. 3 DRG1) + (6gg * n. 1 DRG2)] / n. 4 Dimissioni = 4,5 gg$$

$$DMP_b = [\sum (DM_{gitalia} * Ngh B)] / Ngh B = [(6gg * n. 1 DRG2) + (7gg * n. 3 DRG3)] / n. 4 Dimissioni = 6,75 gg$$

Le Degenze Medie Ponderate di ciascun reparto dovranno quindi essere confrontate con le Degenze Medie effettive registrate nei reparti stessi, tramite la **Degenza Media Indicizzata (DMI)**:

$$DMI_a = DMP_a / DM_a = 4,5 gg / 5,3 gg = 0,849$$

$$DMI_b = DMP_b / DM_b = 6,75 gg / 6,2 gg = 1,089$$

La Degenza Media Indicizzata permette quindi di valorizzare il reparto B, con $DMI_b > 1$, e di penalizzare il reparto A, con $DMI_a < 1$.



M



REGIONE PUGLIA

ALLEGATI A) e B)

- Il presente allegato A) si compone di n. 11 facciate esclusa la presente:
- Il presente allegato B) si compone di n. 3 facciate esclusa la presente:

Il Dirigente della Sezione
Programmazione Assistenza
Ospedaliera e Specialistica e Accreditamenti
(Giovanni Cambobasso)

15.