

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 gennaio 2018, n. 34

Processo di riorganizzazione dei laboratori di patologia clinica privati accreditati - Nuovo modello organizzativo - Integrazione schema tipo accordo contrattuale strutture istituzionalmente accreditate attività ambulatoriale ex art. 8 quinquies del d.l.vo 502/92 e ss.mm.ii. - branca di patologia clinica.

Il Presidente, sulla base dell'istruttoria espletata dal Funzionario responsabile A.P., confermata dal Dirigente dello stesso Servizio e dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue:

- con DGR n. 482 del 28/3/2017, la Giunta Regionale definiva i criteri a cui le Aziende Sanitarie Locali dovevano attenersi per la definizione degli accordi contrattuali con gli erogatori privati ex art 8 quinquies del D.Lgs. n.502/92 e s.m.i. come modificato dalla L. n.133/2008;
- con DGR n. 736 del 16/5/2017, la Giunta Regionale, in ossequio alle Linee guida di cui all'Accordo Conferenza Stato –Regioni (rep. atti 61/CSR) del 23/03/2011 - ha proceduto a riorganizzare la Rete dei laboratori di patologia clinica accreditati, prevedendo e disciplinando un nuovo modello organizzativo, finalizzato ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse strumentali, garantendo gli standard di qualità ed efficacia delle prestazioni;
- con la suddetta deliberazione di Giunta Regionale, la n. 736, al fine di mantenere lo status di soggetto accreditato e quindi di poter essere contrattualizzato, stabiliva l'obbligo per le strutture di aderire alle indicazioni all'Accordo Conferenza Stato –Regioni (rep. atti 61/CSR) del 23/03/2011, prevedendo n. 3 modelli di rete, fermo restando la possibilità di potersi organizzare in qualunque forma di aggregazione prevista dal codice civile (ATI, Consorzi, società, contratto di rete (cfr. circolare del Ministero della Salute n. 11669 del 16/4/2015);
- nel processo di riorganizzazione sono state previste delle soglie minime di efficienza rappresentata del valore di 100.000 prestazioni annue, alla data del 31/12/2017, nonché a regime, di 200.000 prestazioni annue alla data del 31.12.2008. Tali soglie di efficienza non si applicano alle strutture, che ne facciano espressa richiesta, ubicate in comuni appartenenti alle comunità montane geograficamente isolate e con rete viaria carente che comporta una distanza superiore a 30 Km.
- la DGR n. 736 del 16/5/2017 ha, altresì, previsto che "l'aggregazione" di strutture accreditate di patologia clinica può avvalersi di altre organizzazioni per l'esecuzione *in Service* di poche, ben definite prestazioni, per le quali la complessità, le tecnologie e le competenze professionali richieste siano troppo elevate per essere eseguite all'interno dell'organizzazione.
- L'elenco di tali prestazioni deve essere comunicato alla ASL di riferimento con cadenza annuale. Tutte le prestazioni in *Service*, erogate in nome e per conto del SSN e in regime privatistico, devono essere eseguite presso strutture di Laboratorio analisi presenti sul territorio provinciale, allo scopo di preservare il patrimonio di competenze professionali; anche in questo caso si possono prevedere pochissime tipologie di prestazioni, che fanno eccezione rispetto a tale regola, nel caso in cui anche la struttura pubblica provinciale non possa erogarle. Pertanto, il *service* può essere attivato anche tra strutture/aggregazioni accreditate e contrattualizzate purché all'interno dell'ambito provinciale, ovvero ricorrendo anche a strutture pubbliche insistenti nello stesso ambito provinciale. Si rimanda a separato provvedimento la disciplina del *service* pubblico-privato.
- Quale ulteriore adempimento previsto dalla DGR n. 736/2017, la struttura/soggetto aggregatore deve inoltrare alla competente ASL l'elenco degli esami eseguiti in house (distinti per struttura all'interno dell'aggregazione) e l'elenco degli esami inviati in "service", unitamente alla indicazione del laboratorio/aggregazione effettuante il *service*.
- Al fine della definizione dei criteri a cui le Aziende sanitarie dovevano uniformarsi per la sottoscrizione degli accordi contrattuali con le istituite aggregazioni, si rende necessario armonizzare la DGR n. 482 del 28/3/2017 con le disposizioni sopravvenute e richiamate nella DGR n. 736 del 16/5/2017, limitatamente all'allegato A), nella parte in cui viene individuato il soggetto contraente, che dovrà prevedere anche la figura del soggetto Aggregatore, oltre ai limiti di spesa, secondo il modello allegato alla presente, quale parte integrante - All. A),
- Preso atto che la quota destinata al sub-fondo Patologia clinica deve essere suddivisa in due percentuali:
 1. la prima pari al 35% (sub-fondo A) è attribuita agli erogatori privati accreditati in parti uguali tenuto

conto del numero complessivo delle singole strutture accreditate e da contrattualizzare, a prescindere se sono confluite o meno in una aggregazione di cui alla DGR n. 736/2017;

2. la seconda pari al 65% (sub-fondo B) è attribuita agli erogatori privati accreditati secondo la griglia di valutazione approvata con separato provvedimento da parte della Giunta regionale.

A tale riguardo si precisa che il sub-fondo B) è suddiviso in tre parti:

- il 30% attribuito con riferimento alla lettera a) della griglia;
- il 50% attribuito con riferimento alla lettera b) della griglia;
- il 20% attribuito con riferimento alle lettere c) e d) della griglia.

Si propone, pertanto, in presenza di forme aggregative ai sensi della DGR n. 736/2017, che i tetti di spesa attribuiti ad ogni singola struttura facente capo all'aggregazione concorrono a determinare il tetto di spesa attribuito all'aggregazione ai fini della sottoscrizione dell'accordo contrattuale con la ASL.

Si propone, inoltre, che nell'ambito dell'aggregazione costituitasi (secondo il modello organizzativo A o B1 di cui alla DGR n. 736/2017) eventuali somme rivenienti da mancato raggiungimento del tetto di spesa da parte di una singola struttura non possono essere utilizzate da altra struttura aderente alla medesima aggregazione; tanto si giustifica con la circostanza che il tetto di spesa assegnato alla singola struttura è rapportato al possesso dei requisiti previsti nella griglia di valutazione autocertificata dal singolo erogatore, ai sensi del DPR 445/2000.

In ragione di quanto riportato innanzi sulla disciplina del service di laboratorio, si propone che lo schema-tipo di accordo contrattuale approvato con la DGR n. 482/2017 sia integrato anche per la parte relativa al service, con i relativi adempimenti a cui le strutture accreditate devono assolvere anche al fine della sottoscrizione del contratto stesso.

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 provvedimento del quale si propone l'adozione rientra tra quelli di competenza della Giunta regionale ai sensi dell'art.4, comma 4, lett. "a) e d)" della Legge regionale n. 7/1997.

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

DELIBERA

Di prendere atto delle premesse che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- Di confermare lo schema tipo di accordo contrattuale recepito con DGR n. 482 del 28/3/2017;
- Di approvare l'integrazione da apportare alla DGR n. 482 del 28/3/2017 nella parte in cui individua il soggetto contraente, che prevede anche la figura del soggetto Aggregatore, secondo lo schema di cui all'allegato A), parte integrante e sostanziale al presente provvedimento;

- Di stabilire che la quota destinata al sub-fondo Patologia clinica deve essere suddivisa in due percentuali:
 1. la prima pari al 35% (sub-fondo A) è attribuita agli erogatori privati accreditati in parti uguali tenuto conto del numero complessivo delle singole strutture accreditate e da contrattualizzare, a prescindere se sono confluite o meno in una aggregazione di cui alla DGR n. 736/2017;
 2. la seconda pari al 65% (sub-fondo B) è attribuita agli erogatori privati accreditati secondo la griglia di valutazione approvata con separato provvedimento da parte della Giunta regionale.
A tale riguardo si precisa che il sub-fondo B è suddiviso in tre parti:
 - il 30% attribuito con riferimento alla lettera a) della griglia;
 - il 50% attribuito con riferimento alla lettera b) della griglia;
 - il 20% attribuito con riferimento alle lettere c) e d) della griglia.

- Di stabilire, in presenza di forme aggregative ai sensi della DGR n. 736/2017, che i tetti di spesa attribuiti ad ogni singola struttura facente capo all'aggregazione concorrono a determinare il tetto di spesa attribuito all'aggregazione ai fini della sottoscrizione dell'accordo contrattuale con la ASL;

- Di stabilire, inoltre, che nell'ambito dell'aggregazione costituitasi (secondo il modello organizzativo A o B1 di cui alla DGR n. 736/2017) eventuali somme rivenienti da mancato raggiungimento del tetto di spesa da parte di una singola struttura non possono essere utilizzate da altra struttura aderente alla medesima aggregazione; tanto si giustifica con la circostanza che il tetto di spesa assegnato alla singola struttura è rapportato al possesso dei requisiti previsti nella griglia di valutazione autocertificata dal singolo erogatore, ai sensi del DPR 445/2000;

- Di approvare l'integrazione da apportare alla DGR n. 482 del 28/3/2017 nella parte in cui prevede adempimenti in relazione al service di laboratorio, con l'obbligo per la struttura/soggetto aggregatore di inoltrare alla competente ASL l'elenco degli esami eseguiti in house (distinti per struttura all'interno dell'aggregazione) e l'elenco degli esami inviati in "service", unitamente alla indicazione del laboratorio/ aggregazione effettuante il service;

- Di disporre che il presente atto sia notificato, a cura della Sezione SGO, a tutti i DD.GG. delle AA.SS.LL.;

- Di disporre la pubblicazione sul B.U.R.P. del presente atto.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
CARMELA MORETTI

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO



REGIONE PUGLIA

ALLEGATI

- allegato A) si compone di n. 6 facciate esclusa la presente;

Il Dirigente della Sezione
(Giovanni Campobasso)

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

All. A)

REGIONE PUGLIA			
Azienda Sanitaria Locale _____			
DIREZIONE GENERALE			
Via	n.	- CAP	- Città -

Contratto per la erogazione ed acquisto di prestazioni specialistiche ambulatoriali da parte di Professionisti e Strutture Sanitarie Private in regime di accreditamento istituzionale per l'intero anno

TRA

L'Azienda Sanitaria Locale _____, con sede legale in _____ alla via _____, n. _____, rappresentata dal Direttore Generale dr. _____ che opera per se ed in nome e per conto delle altre Aziende Sanitarie della Regione Puglia, di seguito denominata anche Committente,

E*

L'Azienda Individuale / la Società / l'Associazione tra Professionisti medici e non medici

C.F. / P. IVA _____ - codice regionale _____

rappresentato legalmente o per delega dal _____ nato il _____ a _____ con sede dell'ambulatorio specialistico sito in _____

E

IL SOGGETTO AGGREGATORE*



I campi asteriscati vanno compilati alternativamente in ragione del soggetto erogatore (individuale o aggregazione ai sensi della DGR n. 736/2017)

Denominato sulla base del modello organizzativo di tipo nella forma di Rete soggetto / Rete contratto ed iscritto nel registro delle imprese il.....prot. n.....

con sede legale in..... (Prov. _____ - CAP_____) via n°.....rappresentato/a dal/dalla sottoscritto/a..... CF.....come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale , autenticata dal funzionario della ASL che redige il presente atto, dichiara di intervenire al presente atto in qualità di rappresentante legale soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL : certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Comitato di gestione e i poteri di rappresentanza, a data recente, oppure copia autentica dello statuto vigente e del verbale dell'assemblea del soggetto Aggregatore, che aggrega i seguenti laboratori di patologia clinica, operanti nell'ambito della ASLcommittente, e di seguito riportati:

COD. NSIS..... con sede inalla via C.F.P. IVA:..... se diversa)

COD. NSIS..... con sede inalla via C.F.P. IVA:..... se diversa)

COD. NSIS..... con sede inalla via C.F.P. IVA:..... se diversa)

COD. NSIS.....con sede in:.....alla via C.F.P. IVA. se diversa)

istituzionalmente accreditato/i per la erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali nella branca specialistica **Patologia Clinica** - giusta D.D. n._____ del _____ (per le aggregazioni, riportare gli estremi dei provvedimenti di ogni singola struttura) ovvero per effetto delle prescrizioni richiamate dall'art. 12 della L.R. n. 4/2010



di seguito indicato come "Erogatore" (sia soggetto individuale o il rappresentante legale dell'aggregazione), dichiara – consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., – 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 dalla normativa vigente.

** I campi asteriscati vanno compilati alternativamente in ragione del soggetto erogatore*

(individuale o aggregazione- ai sensi della DGR n. 736/2017)

RICHIAMATI

- l'art. 8 quater, l'art.8-quinques e l'art.8-sexies del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni;
- 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;
- la Legge 16.11.2001, n. 405;
- la Legge 6 agosto 2008, n. 133;
- l'art. 11 della l.r. n. 32 del 5.12. 2001;
- l'art. 30 comma V° della L.R. n. 4 del 7.03.2003;
- l'art. 27 della l.r. 28.5.2004 n.8;
- l'art. 1, comma 171, Legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- art. 17 comma 1 della L. R. n. 14 del 04.08.2004;
- l'art. 18 della l.r. 9 agosto 2006 n. 26;
- l'art 16 della l.r. 2 luglio 2008 n.19;
- 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 Giunta Regionale N.1392 del 5.10.2001;
- la delibera di Giunta Regionale N. 2087 del 27.12.2001;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1073 del 16.07.2002;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1326 del 04.09.2003;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1366 del 03.09.2004;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1794 del 30.11.2004;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1621 del 30.10.2006;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1400 del 03.08.2007;
- la delibera di Giunta Regionale N. 95 del 31.01.2008;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1494 del 04.08.2009;
- la delibera di Giunta Regionale N. 2671 del 28.12.2009;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1500 del 25.06.2010;
- la delibera di Giunta Regionale N. 2866 del 20.12.2010;
- la delibera di Giunta Regionale N. 2990 del 29.12.2011;
- 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. 482 del 28/03/2017;
- la delibera di Giunta Regionale N. 736 del 16/05/2017;

IN APPLICAZIONE

- della disciplina legislativa e regolamentare definita con la normativa in premessa richiamata, nonché dei criteri e modalità definiti dalla Regione Puglia in particolare in materia di erogazione ed acquisto di prestazioni specialistiche ambulatoriali con spesa da porre a carico del SSR, tenuto conto dei limiti di spesa per ciascuna branca specialistica stabilita dalle leggi e disposizioni regionali e della verifica delle dichiarazioni contenute nelle griglie di cui alla DGR 1500/2010;

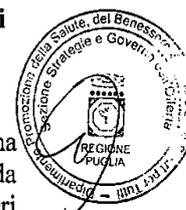
SI STIPULA

il presente contratto, con validità per l'anno _____, che è destinato a regolamentare la produzione, da parte dell'Erogatore : singolo/ soggetto aggregatore, e all'interno dell'aggregazione di ogni singolo erogatore, di prestazioni specialistiche ambulatoriali in favore di cittadini iscritti al SSN con oneri da porre a carico del bilancio dell' ASL e del SSR.

ART.1

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

1. preso atto della deliberazione n..... del....., con la quale la Asl ha determinato il limite di spesa Aziendale per l'acquisto di prestazioni sanitarie da strutture private accreditate, il Committente si impegna, con le modalità ed i criteri previsti dalla Giunta Regionale, così come in premessa richiamati, ad acquistare



dell'Erogatore singolo/ soggetto aggregatore, e all'interno dell'aggregazione da ogni singolo erogatore, un volume di prestazioni distinte per ogni singola tipologia, in favore dei residenti della Regione Puglia, che s'intende al netto della quota ticket ed al lordo della quota ricetta, così come di seguito riportato (per esempio):

codice struttura			
codice prestazione	tipologia	volumi	budget
90.42.1	Tireotropina (TSH)	500	€ 10.000
90.42.3	Tiroxina libera FT4	400	€ 20.000
90.44.3	Urine esame chimico fisico e microscopico	1000	€ 20.000
Importo Totale Budget			€ 50.000

2. l'importo di € *....., costituisce il limite onnicomprensivo ed invalicabile di remunerazione per l'anno corrente a carico del SSR, riferito alle prestazioni da erogarsi in favore dei residenti della Regione Puglia, da ripartirsi in dodicesimi, con quota mensile pari ad €....., per ogni singolo erogatore non aggregato;
3. l'importo di € *costituisce il limite onnicomprensivo ed invalicabile di remunerazione per l'anno corrente a carico del SSR, riferito alle prestazioni da erogarsi in favore dei residenti della Regione Puglia, per il soggetto aggregatore, con i vincoli per ogni singolo soggetto aggregato che di seguito si riporta:
- a) COD. NSIS..... con sede inalla via C.F.
P. IVA:..... se diversa)
 Tetto di spesa annuale di struttura.....
 Tetto di spesa mensile di struttura.....
- b) COD. NSIS..... con sede inalla via C.F.
P. IVA:..... se diversa)
 Tetto di spesa annuale di struttura.....
 Tetto di spesa mensile di struttura.....
- c) COD. NSIS..... con sede inalla via C.F.
P. IVA:..... se diversa)
 Tetto di spesa annuale di struttura.....
 Tetto di spesa mensile di struttura.....
- d) COD. NSIS.....con sede inalla via C.F.
P. IVA. se diversa)
 Tetto di spesa annuale di struttura.....
 Tetto di spesa mensile di struttura.....



4. Con la possibilità, per entrambi i punti 2 e 3 di scorrimento tra le singole tipologie, nella misura massima del 10% ed in ragione di espresse richieste da parte della ASL committente per mutate esigenze assistenziali:
5. A norma all'art. 3 della l.r. 24/9/2010 n. 12 e della l.r. 9 febbraio 2011 n. 2, nessuna remunerazione sarà dovuta per le prestazioni specialistiche eccedenti il tetto di spesa annuale contrattualizzato di cui al commi 1, 2 e 3, con divieto di scivolamento dei tetti tra strutture appartenenti alla stessa aggregazione.

** I campi asteriscati vanno compilati alternativamente in ragione del soggetto erogatore*

(individuale o aggregazione- ai sensi della DGR n. 736/2017)

ART.5

Obblighi, adempimenti dell'Erogatore e Sanzioni

(dopo il comma 11 aggiungere i seguenti)

12. L'erogatore, inteso quale struttura/soggetto aggregatore, si obbliga, nel rispetto delle prestazioni distinte per singola tipologia acquistate dalla ASL con il presente contratto, ad inoltrare alla ASL l'elenco degli esami eseguiti in house (distinti per struttura all'interno dell'aggregazione) e l'elenco degli esami inviati in "service", unitamente alla indicazione del laboratorio/aggregazione effettuante il service. A tal fine, in caso di aggregazioni, il legale rappresentante di ogni singola struttura facente capo all'aggregazione compila l'elenco delle prestazioni eseguite in house e l'elenco degli esami inviati in "service in ottemperanza al DPR n.445/2000. Fermo restando le sanzioni previste dal DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, le dichiarazioni infedeli costituiranno motivo per l'avvio delle procedure previste dalla L.R n.9/2017 e s.m.i.

L'elenco delle prestazioni in service viene allegato al presente contratto.

13. La responsabilità dell'esecuzione delle analisi e della redazione del referto è del responsabile del laboratorio che esegue le analisi. Pertanto, in caso di prestazioni effettuate in service, le stesse potranno esitare anche con più referti. Il laboratorio/punto prelievo cui ha avuto accesso l'utente è responsabile dell'archiviazione del referto originale o di una copia dello stesso.

14. L'erogatore che ricorre a service deve mantenere documentazione delle analisi inviate per almeno un anno e un'aliquota del materiale biologico inviato fino al ricevimento del referto.

15. L'erogatore, non può inviare a più laboratori/aggregazioni la stessa tipologia di determinazione analitica. Inoltre, non è ammessa la triangolazione ossia che, ad esempio, il laboratorio A invia in service all'aggregazione B e quest'ultima lo invia, a sua volta, all'aggregazione C.

