

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 agosto 2021, n. 1365

DETERMINAZIONE DEL FONDO UNICO DI REMUNERAZIONE PER STRUTTURE EQUIPARATE CHE EROGANO ASSISTENZA SANITARIA AI SENSI DELL'ART. 8 QUINQUES CO. 2 LETT. A) B) C) D) E) E BIS) DEL. D.L.VO 502/92 INSISTENTI NELL'AMBITO TERRITORIALE DELLA REGIONE PUGLIA-RATIFICA ACCORDI CONTRATTUALI RELATIVI AL TRIENNIO 2019-2021.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal Responsabile P.O. della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta", dal Dirigente del Servizio "Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera" e confermate dal Dirigente della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta" riferisce.

VISTI:

- il d.lgs. 502/1992 e s.m.i., che attribuisce art. 2, co. 1, alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali.
- 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*" e, in particolare, l'art. 8, ha regolamentato la materia concernente la contrattazione con le strutture erogatrici di prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale.
- l'art. 8 — quater — comma 1) del D.L. vo 229/1999 ha previsto che la Regione, competente per territorio, definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano Sanitario Regionale (PSR), al fine di garantire i livelli essenziali e uniformi di assistenza;
- l'art. 8 — quinquies — comma 2) del D.L. vo 229/1999, in attuazione del comma 1, ha previsto che la Regione e le AA.SS.LL. definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, indicando il volume massimo di prestazioni che le strutture si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e modalità di assistenza;
- l'art. 8 comma 5 dei decreti di riordino (D.L.vo 502/92 e D.L.vo 517/93) del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che hanno avuto efficacia di Legge fino alla data di entrata in vigore del D.L.vo 229/1999, hanno previsto che l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) assicuri nei confronti dei cittadini, la erogazione delle prestazioni specialistiche, riabilitative, di diagnostica strumentale, di laboratorio e ospedaliere contemplate dai livelli essenziali di assistenza (LEA), secondo gli indirizzi della programmazione e delle disposizioni regionali;
- la legge costituzionale 20 aprile 2012 n. 1 di riforma della costituzione che ha eretto a principio costituzionale fondamentale l'interesse pubblico finanziario, introducendo il nuovo primo comma all'art. 97 della Costituzione, che segnatamente prevede la necessità che le pubbliche amministrazioni, in coerenza con l'ordinamento dell'U.E., assicurino l'equilibrio dei bilanci e la sostenibilità del debito pubblico, per come, il riformato art. 81 della costituzione e la legge 24 dicembre 2012 n. 243, hanno meglio declinato, in maniera dettagliata. Pertanto, è imposto alle Pubbliche Amministrazioni ed ai soggetti concessionari di pubbliche funzioni e servizi, se destinatari di risorse finanziarie pubbliche, di operare nei limiti dei budget prestabiliti, operando, anche nel settore sanitario, politiche di spesa e scelte redistributive, tenendo conto del vincolo costituito dal cosiddetto "patto di stabilità economica e finanziario";
- l'art. 3 comma 1 bis del D.L.vo n. 502/1992 e l'art. 1 del D.L.vo n. 229/1999 secondo cui la ASL è un ente distinto e autonomo (Consiglio di Stato, sez. V, 24 agosto 2007, n. 4484) che disciplina la sua organizzazione e il suo funzionamento disponendo del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata (art. 5, D.L.vo n. 502/1992), con il dovere di uniformare la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità, nonché nel dovere di rispettare il vincolo di bilancio attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie;
- la Legge Regionale (L.R.) n. 9 del 02/05/2017 e ss.mm.ii. che conferisce al soggetto accreditato soltanto lo "status" di potenziale erogatore di prestazioni sanitarie, che si esplicita solo con la stipula del contratto. In particolare, l'art. 21 comma 4 della predetta L.R. e ss.mm.ii. stabilisce che le AA.SS.LL. non sono obbligate a stipulare i contratti con i soggetti privati accreditati.

CONSIDERATO CHE:

- l'accreditamento istituzionale non costituisce vincolo per gli Enti del SSN – Regioni e ASL a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies;
- le strutture equiparate, per giurisprudenza consolidata, sono da considerarsi consustanziali agli Enti Pubblici, tanto che il loro apporto al Sistema Sanitario Nazionale, è da considerarsi "complementare", con l'obbligo di garantire la continuità assistenziale e l'erogazione delle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali, richieste dai cittadini, nel limite invalicabile delle risorse individuate con il presente Accordo e assegnate con il DIFE;
- con riferimento agli erogatori privati di prestazioni ambulatoriali in regime di ricovero, compresi gli EE.EE. e d IRCCS, in attuazione dell'art. 8 quinquies, co. 2 lett. e) ed e bis) del D.L. vo 502/92 e dell'art. 3 co. 2) della L.R. 12/2010 è vietata la relativa remunerazione con oneri a carico del SSR di prestazioni sanitarie effettuate al di fuori dei tetti di spesa massimi predeterminati annualmente;
- nella prospettiva del perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione dei servizi già avviati e messi in atto con il riordino della rete ospedaliera pubblica, le cui riconversioni dei PP.OO. pubblici, hanno qualificato dette strutture come elementi utilmente inseriti nella programmazione regionale, ed in particolare nel circuito emergenza - urgenza.
- nella seduta del 13/04/2021, a conclusione di una serie di incontri finalizzati a comporre, la definizione dell'accordo contrattuale a valere per il triennio 2019-2021 si concordava:
 1. di definire il Fondo Unico di remunerazione da assegnarsi all'area "Enti Ecclesiastici", da intendersi quale sommatoria dei tetti assegnati nei precedenti contratti, con esclusione dell'addendum, che ha esaurito i suoi effetti alla data del 31/12/2019. Al sol fine di mantenere invariati i livelli assistenziali complessivi del settore ed evitare fenomeni di mobilità, si rende necessario consentire una circolarità delle risorse all'interno dell'area, che tenga conto dell'andamento della produzione dell'anno precedente.
 2. di consentire all'interno del Fondo unico di remunerazione dell'Area "Enti Ecclesiastici" il trasferimento di risorse finanziarie per € 10.000.000,00 verso le Case di Cura private accreditate, per l'abbattimento delle liste d'attesa per l'anno 2020, e analogamente per l'anno 2021, senza dover pregiudicare l'equilibrio economico dell'IRCCS CSS, il trasferimento dell'importo di € 20.000.000,00 dall' IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza in favore degli Enti Ecclesiastici Miulli (60%) e Panico (40%).Tanto in ragione della circostanza che nell'anno 2020 e per l'anno2021 la struttura IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, ha subito una significativa contrazione della produzione sia in termini di ricoveri che di prestazioni di specialistica ambulatoriale, dovuta sia al periodo emergenziale che ad un riassetto organizzativo dell'Ente, ancora in atto.
 3. il trasferimento, a carattere temporaneo, con la sottoscrizione del contratto 2022-2024, potrà essere riassegnato in toto o in parte a favore dell'IRCCS CSS, in relazione al processo di riorganizzazione della struttura ospedaliera, avviato e non ancora completato;
 4. in ottemperanza a quanto statuito dai suddetti decreti, le AA.SS.LL. si avvalgono, per la erogazione delle prestazioni, dei propri Presidi, delle Aziende e degli Istituti e/o Enti di cui all'art. 4 dello stesso decreto, delle Istituzioni Sanitarie Pubbliche, ivi compresi gli Ospedali Militari, nonché delle Strutture Sanitarie Private e dei Professionisti Accreditati;
 5. non costituisce vincolo per le Aziende e gli Enti del SSN, corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 - quater — comma 2 del D. L.vo. n. 229/99 e s.m.i..

**VERIFICA AI SENSI DEL D.Lgs. 196/03
Garanzie alla riservatezza**

“La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente

provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE”.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. n. 118/2011 E SS.MM.II

La presente deliberazione NON COMPORTA implicazioni dirette e/o indirette, di natura economico – finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

La presente deliberazione NON COMPORTA implicazioni di natura finanziaria sul Fondo sanitario Regionale.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi della LR. N. 7/97 art 4 lett. d) propone alla Giunta:

1. di determinare il fondo unico di remunerazione regionale per il triennio 2019-2021, nel rispetto dei vincoli di bilancio, distinto per singole macro aggregati, per l'area "Enti Ecclesiastici" così come di seguito riportato, fermo restando la facoltà demandata ai DD.GG. delle AA.SS.LL. di stabilire, sulla base del proprio fabbisogno, volumi e tipologie di prestazioni da acquistare:

Prestazioni di ricovero ordinario, DH, day service, e prestazioni ambulatoriali per pazienti residenti regione puglia			
ENTE	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
E.E. Miulli	€ 108.510.000,00	€ 108.510.000,00	€ 120.510.000,00
EE. Card. Panico	€ 76.600.000,00	€ 76.600.000,00	€ 84.600.000,00
E.E. Casa Sollievo della Sofferenza ***	€ 172.680.000,00	€ 162.680.000,00	€ 152.680.000,00
Totale	€ 357.790.000,00	€ 347.790.000,00	€ 357.790.000,00
*** anno 2020 : quota di 10.000.000 di euro trasferito alle case di cura private per abbattimento liste d'attesa (cfr : DGR n.2039/2020)			
Prestazioni di ricovero ordinario, DH, day service, per pazienti non residenti regione puglia			
ENTE	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
E.E. Miulli	€ 6.000.000,00	€ 6.000.000,00	€ 7.937.000,00
EE. Card. Panico	€ 1.200.000,00	€ 1.200.000,00	€ 1.657.765,00
E.E. Casa Sollievo della Sofferenza	€ 31.000.000,00	€ 31.000.000,00	€ 30.260.000,00
Totale	€ 38.200.000,00	€ 38.200.000,00	€ 39.854.765,00
Finanziamento per funzioni assistenziali			
ENTE	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
E.E. Miulli	€ 19.100.000,00	€ 19.100.000,00	€ 19.100.000,00
EE. Card. Panico	€ 9.410.000,00	€ 9.410.000,00	€ 9.410.000,00
E.E. Casa Sollievo della Sofferenza	€ 33.500.000,00	€ 33.500.000,00	€ 33.500.000,00
Totale			
Rendicontazione farmaci			
ENTE	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
E.E. Miulli	€ 10.000.000,00	€ 10.000.000,00	€ 10.000.000,00
EE. Card. Panico	€ 8.800.000,00	€ 8.800.000,00	€ 8.800.000,00
E.E. Casa Sollievo della Sofferenza	€ 13.000.000,00	€ 13.000.000,00	€ 13.000.000,00
Totale	€ 31.800.000,00	€ 31.800.000,00	€ 31.800.000,00

2. di prendere atto che in data 22/4/2021 la Pia Fondazione di Culto e di Religione card. G. Panico EE.EE - e l'Ente Ecclesiastico - Ospedale Francesco Miulli, ed in data 29/7/2021, la Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza opera S. Pio da Pietrelcina, hanno sottoscritto i contratti a valere per il triennio 2019 – 2021 -, in

cui i relativi sub tetti sono da considerarsi distinti, non trasferibili e non compensabili tra loro, fermo restando la ratifica da parte della giunta regionale;

3. di confermare tutto il contenuto del contratto tipo ivi compresa la clausola di salvaguardia di cui all'art. 8 del contratto che ha superato il vaglio della giustizia amministrativa di I° e II° grado (cfr. per ultime sentenze C.d.S. n. 2075/2019, n. 2076/2019 e n. 2077/2019);
4. di ratificare gli accordi contrattuali riferiti agli anni 2019, 2020 e 2021 sottoscritti in data 22/4/2021 e 29/7/2021 di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento, ed afferenti:
 - a) la Pia Fondazione di Culto e di Religione card. G. Panico EE.EE – Tricase – LE- (All. A);
 - b) l'Ente Ecclesiastico - Ospedale Francesco Miulli – Acquaviva delle Fonti – BA (All. B);
 - c) l'IRCCS privato "Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza opera di S. Pio" - San Giovanni Rotondo - FG) - (All. C);
5. di ratificare il Protocollo sottoscritto in data 29/7/2021 che è stato sottoscritto tra i Rappresentanti istituzionali della Regione Puglia e dell'IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;
6. di confermare tutto il contenuto del contratto tipo ivi compresa la clausola di salvaguardia di cui all'art. 8 del contratto che ha superato il vaglio della giustizia amministrativa di I° e II° grado (cfr. per ultime sentenze C.d.S. n. 2075/2019, n. 2076/2019 e n. 2077/2019);
7. di disporre che il presente atto sia notificato, a cura della Sezione SGO, agli erogatori interessati per il tramite delle DD.GG. delle AA.SS.LL. in cui insistono le strutture erogatrici;
8. di disporre che il presente atto sia notificato, a cura della Sezione SGO, al Dirigente della Sezione Gestione Amministrazione Finanza e Controllo, al fine di verificarne, in sede di corresponsione degli acconti mensili, la rispondenza dei vincoli connessi ai singoli sub tetti nonché a quelli in materia di acquisto di prestazioni di alta specialità in applicazione del co. 574 art. 1 della L.208/2015;
9. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, predisposto dalla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

IL RESPONSABILE P.O. Antonella CAROLI

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO "Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera"

Vito CARBONE

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE “Strategie e Governo dell’Offerta”

Antonio Mario Lerario

Il DIRETTORE di Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale

Vito MONTANARO

L’Assessore: Pietro Luigi **LOPALCO**

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dall’Assessore
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dalla responsabile di P.O. e dai dirigenti di sezione;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge.

DELIBERA

1. di determinare il fondo unico di remunerazione regionale per il triennio 2019-2021, nel rispetto dei vincoli di bilancio, distinto per singole macro aggregati, per l’area “Enti Ecclesiastici” così come di seguito riportato, fermo restando la facoltà demandata ai DD.GG. delle AA.SS.LL. di stabilire, sulla base del proprio fabbisogno, volumi e tipologie di prestazioni da acquistare;
2. di prendere atto che in data 22/4/2021 la Pia Fondazione di Culto e di Religione card. G. Panico EE.EE - e l’Ente Ecclesiastico - Ospedale Francesco Miulli, ed in data 29/7/2021, la Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza opera S. Pio da Pietrelcina, hanno sottoscritto i contratti a valere per il triennio 2019 – 2021 -, in cui i relativi sub tetti sono da considerarsi distinti, non trasferibili e non compensabili tra loro, fermo restando la ratifica da parte della giunta regionale;
3. di confermare tutto il contenuto del contratto tipo ivi compresa la clausola di salvaguardia di cui all’art. 8 del contratto che ha superato il vaglio della giustizia amministrativa di I° e II° grado (cfr. per ultime sentenze C.d.S. n. 2075/2019, n. 2076/2019 e n. 2077/2019);
4. di ratificare gli accordi contrattuali riferiti agli anni 2019, 2020 e 2021 sottoscritti in data 22/4/2021 e 29/7/2021 di cui all’Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, ed afferenti:
 - a) la Pia Fondazione di Culto e di Religione card. G. Panico EE.EE – Tricase – LE- (All. A);
 - b) l’Ente Ecclesiastico - Ospedale Francesco Miulli – Acquaviva delle Fonti – BA (All. B);
 - c) l’IRCCS privato “Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza opera di S. Pio” - San Giovanni Rotondo - FG) - (All. C);
5. di ratificare il Protocollo sottoscritto in data 29/7/2021 che è stato sottoscritto tra i Rappresentanti istituzionali della Regione Puglia e dell’IRCCS “Casa Sollievo della Sofferenza”, di cui all’Allegato, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;
6. di confermare tutto il contenuto del contratto tipo ivi compresa la clausola di salvaguardia di cui all’art. 8 del contratto che ha superato il vaglio della giustizia amministrativa di I° e II° grado (cfr. per ultime sentenze C.d.S. n. 2075/2019, n. 2076/2019 e n. 2077/2019);
7. di disporre che il presente atto sia notificato, a cura della Sezione SGO, agli erogatori interessati per il tramite delle DD.GG. delle AA.SS.LL. in cui insistono le strutture erogatrici;

8. di disporre che il presente atto sia notificato, a cura della Sezione SGO, al Dirigente della Sezione Gestione Amministrazione Finanza e Controllo, al fine di verificarne, in sede di corresponsione degli acconti mensili, la rispondenza dei vincoli connessi ai singoli sub tetti nonché a quelli in materia di acquisto di prestazioni di alta specialità in applicazione del co. 574 art. 1 della L.208/2015;
9. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

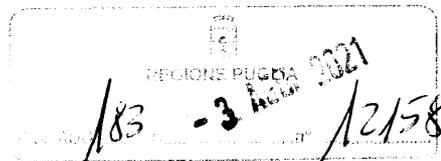
Il Segretario della Giunta

ROBERTO VENNARI

Il Presidente della Giunta

MICHELE EMILIANO

Firmato digitalmente da: Antonio M
 ario Lerario
 Limite d'uso: Explicit Text: Quest
 o certificato rispetta le raccoma
 ndazioni previste dalla Determina
 zione Agid N. 121/2019
 Data: 04/08/2021 11:37:07



REGIONE PUGLIA

Accordo contrattuale riferito all'anno 2019/2020/2021

TRA

La Regione Puglia, con sede in Bari, Lungomare Nazario Sauro n. 33, rappresentata ai fini del presente atto dal Direttore del Dipartimento Promozione della Salute del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti, Dott. Vito Montanaro, in forza della deliberazione di nomina della Giunta Regionale del 26 Aprile 2021 n. 684

E

La Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza opera di S. Pio da Pietrelcina - con sede Legale in San Giovanni Rotondo (Fg) viale Cappuccini rappresentata legalmente dal Dr. Michele Giuliani Direttore Generale - nato a il di seguito indicata come "Erogatore" il quale - consapevole delle responsabilità penali previste dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i., - dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportino l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente (di seguito Erogatore).

Premesso:

- che il D.Lgs 502/92 e s.m.i. agli : art. 8 -bis, 8 quater e 8 quinquies, disciplina la partecipazione dei soggetti ex art 41 e 43 della L. 833/78 nei seguenti termini:
 - a) le regioni assicurano i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, avvalendosi anche dei soggetti accreditati ed equiparati, ai sensi dell'art. 8 quater, nel rispetto degli accordi contrattuali, di cui all'art. 8 quinquies;
 - b) l'accreditamento istituzionale non costituisce vincolo per gli Enti del SSN - Regioni e ASL a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies.

Preso atto che:

1. le strutture equiparate, per giurisprudenza consolidata, sono da considerarsi consustanziali agli Enti Pubblici, tanto che il loro apporto al Sistema Sanitario Nazionale, è da considerarsi "complementare", con l'obbligo di garantire la continuità assistenziale e l'erogazione delle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali, richieste dai cittadini, nel limite, invalicabile delle risorse individuate con il presente Accordo e assegnate con il DIF;

2. l'art. 8 quinquies co. 2 lett. a) b) c) d) e) e bis) ha determinato gli elementi essenziali necessari al contenuto dell'accordo, suscettibili peraltro di essere integrati dagli ulteriori elementi di ravvisata opportunità nella prospettiva del perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione dei servizi già avviati e messi in atto con il riordino della rete ospedaliera pubblica, le cui riconversioni dei PP.OO. pubblici, hanno qualificato dette strutture come elementi utilmente inseriti nella programmazione regionale, ed in particolare nel circuito emergenza - urgenza,
3. sulla base della loro manifestata disponibilità, dette strutture sono state inserite nella rete ospedaliera covid per la gestione della fase emergenziale, ai sensi del D.L. 18/2020 e del D.L. n. 34/2020;
4. le strutture equiparate erogano l'assistenza sanitaria nel rispetto dei posti letto accreditati con riferimento al modello organizzativo richiamato nei RR.RR. n.23/2019 e n.14/2020, tenuto conto anche delle eventuali modifiche che dovessero intervenire nel corso del triennio.

SI STIPULA

Il presente Accordo con validità per l'anno 2019 e per gli anni 2020 e 2021 - è destinato a regolamentare, da parte dell'Erogatore in premessa identificato :

- a) l'erogazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero, in regime di D.H. e day service;
- b) l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali;
- c) le funzioni assistenziali, in favore di cittadini iscritti al SSN con oneri da porre a carico del SSR.
- d) la somministrazione diretta di farmaci.

ART. 1

Elementi essenziali oggetto dell'Accordo

Il presente accordo contiene i seguenti elementi essenziali :

1. Disciplina il rapporto tra la Regione Puglia e l' Erogatore indicato in premessa, ai sensi dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i, per la erogazione nell'ambito del SSR, a prescindere dalla residenza degli assistiti, di prestazioni di assistenza sanitaria richieste secondo le tipologie di seguito indicate a fronte del corrispettivo preventivato dal presente accordo:
 - a) prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza;
 - b) prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
 - c) altre prestazioni attribuite con provvedimento di Giunta.
2. Stabilisce le prestazioni oggetto dell'accordo che devono essere conformi al programma di integrazione dei servizi, per la parte riguardante l'erogatore, quale rappresentazione del fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni da erogare da parte dello stesso. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. a) del comma 2) art. 8 quinquies.
3. Determina il volume massimo annuo delle risorse riferite a tutte le prestazioni distinte per tipologia e per modalità di assistenza, richieste dagli utenti nel corso degli anni e rientranti nei LEA, tenendo conto anche delle eventuali prestazioni soggette a preventiva autorizzazione della ASL per la fruizione presso le strutture accreditate del SSR, giusta lett. b) del comma 2 art. 8 quinquies cit., con la modifica prevista dal comma 1) quinquies dell'art 79 D.L. 25 06.2008 n° 112 aggiunto dalla relativa legge di conversione.

4. Impegna l'erogatore a rispettare i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale, in coerenza con la regolamentazione regionale in materia, giusta lett. c) del comma 2 art. 8 quinquies.
5. Determina il corrispettivo preventivato quale budget complessivo definito come somma dei valori di budget delle prestazioni erogate in regime di ricovero e ambulatoriale a tariffazione regionale (ovvero dalla remunerazione a diaria per le fattispecie previste), nonché la remunerazione (ove prevista) extra-tariffaria delle funzioni specifiche previste dalle norme regionali, così come disciplinato e nei limiti previsti dalla DGR n. 982 del 6/7/2016.
6. Definisce il debito informativo dell'erogatore per il monitoraggio di quanto previsto dal presente accordo e le procedure da eseguirsi per il controllo esterno di appropriatezza e qualità dell'assistenza prestata e delle prestazioni rese, in conformità alla regolamentazione nazionale e regionale di riferimento. Quanto sopra in corrispondenza di quanto previsto alla lett. e) del comma 2 art.8 quinquies.
7. Precisa che, in caso di incremento, quantunque intervenuto nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché, delle altre prestazioni remunerate a tariffa, il volume delle attività e delle prestazioni richieste dagli utenti, dev'essere assicurato a cura dell'erogatore, e garantito nei limiti delle risorse definite ed assegnate con il presente accordo. Quanto sopra in corrispondenza della lett. e) bis del comma 2 dell'art. 8 quinquies.

Art. 2

Programma di erogazione dei servizi e delle attività

- Il programma di erogazione dei servizi e delle attività, riguarda le prestazioni da erogare per:
 1. i cittadini residenti nel territorio regionale, compresi gli stranieri (STP);
 2. i cittadini di residenza extraregionale.

Art. 3

Requisiti dei servizi

- I requisiti dei servizi da rendere sono regolati dalle norme di legge nazionali e dai provvedimenti e documenti regionali vigenti a cui le parti si impegnano a dare puntuale applicazione, in particolare per quanto concerne la accessibilità, l'appropriatezza clinica ed organizzativa, i tempi di attesa e la continuità assistenziale.
- Essi devono essere compiutamente rispettati anche nelle indicazioni applicative e di interpretazione debitamente notificate. Del pari piena osservazione deve essere garantita ai successivi atti (leggi, regolamenti, circolari ecc.) di modificazione o integrazione sulla materia, sempre debitamente notificate.

Art. 4

Corrispettivo

1. Il corrispettivo non può mai superare quello definito dal presente Accordo, anche per i residenti fuori regione, ed è composto dalla sommatoria dei valori delle prestazioni erogate in regime di ricovero, in regime ambulatoriale, entrambe a tariffa regionale, nonché (ove previsto) delle funzioni assistenziali remunerate in base al costo di produzione del programma di assistenza. I valori dei corrispettivi, precedentemente individuati, compresi i corrispettivi del valore della somministrazione diretta di farmaci, sono liquidati annualmente, al netto delle anticipazioni mensili di cui all'art. 7 lett. l) del presente Accordo. Per la somministrazione dei farmaci dovranno essere previsti conguagli trimestrali.

2. Le risorse assegnate come da DIEF riguardano le prestazioni da erogarsi, così come di seguito specificato :

A) PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E PRESTAZIONI AMBULATORIALI:

Prestazioni di ricovero ordinario, DH, Day service e prestazioni ambulatoriali con riferimento all'anno 2019 per complessivi **€ 203.680.000,00** di cui :

- a) quanto a **€ 172.680.000,00** per garantire le prestazioni nei confronti dei pazienti residenti nella Regione Puglia;
- b) quanto a **€ 31.000.000,00** per i residenti in altre Regioni, con le tariffe vigenti nella regione Puglia.

Le prestazioni erogate nei confronti degli stranieri (STP) non rientrano nei tetti di spesa di cui alle precedenti lettere a) e b) e sono riconosciute extra tetto.

Tali importi, limitatamente all'anno 2020, giusta deliberazione n. 2049 del 14/12/2020 devono intendersi rideterminati per nella misura € 193.680.000,00 di cui :

- c) quanto a **€ 162.680.000,00** per garantire le prestazioni nei confronti dei pazienti residenti nella Regione Puglia;
- d) quanto a **€ 31.000.000,00** per i residenti in altre Regioni, con le tariffe vigenti nella Regione Puglia.

Le prestazioni erogate nei confronti degli stranieri (STP) non rientrano nei tetti di spesa di cui alle precedenti lettere c) e d) e sono riconosciute extra tetto.

Tali importi, limitatamente all'anno 2021, devono intendersi rideterminati nella misura € 182.940.710,00 di cui :

- e) quanto a **€ 152.680.000,00** per garantire le prestazioni nei confronti dei pazienti residenti nella Regione Puglia ;
- f) quanto a **€ 30.260.710,00** per i residenti in altre Regioni, con le tariffe vigenti nella Regione Puglia.

Le prestazioni erogate nei confronti degli stranieri (STP) non rientrano nei tetti di spesa di cui alle precedenti lettere e) e f) e sono riconosciute extra tetto.

Le tariffe, con l'applicazione delle eventuali maggiorazioni tariffarie, applicate per determinare i suddetti costi e per remunerare le prestazioni oggetto del presente contratto, sono quelle previste dal tariffario regionale vigente al momento dell'effettuazione della prestazione per l'attività di ricovero ospedaliero e dal nomenclatore tariffario regionale vigente al momento della erogazione per l'attività di specialistica ambulatoriale recepiti con DGR 951/2013 e con DGR n. 2111/2020 (quest'ultima con riferimento alla produzione dall'anno 2021.

Per i volumi di attività e relativi costi eccedenti i valori massimi contrattuali non potrà essere riconosciuta alcuna remunerazione. Tale limitazione vale anche per le prestazioni

effettuate in favore di cittadini residenti fuori regione per le motivazioni richiamate nel successivo art. 5.

B) FINANZIAMENTO FUNZIONI ASSISTENZIALI :

- per gli anni 2019 e 2020 pari a **€ 33.500.000,00***** annui;
per garantire le funzioni assistenziali individuate dall'art. 20 della L.R. n. 28/2000, e che di seguito si riportano :

1. Emergenza urgenza – (Rianimazione, terapia intensiva, pronto soccorso);
2. Trapianti - (di organo, midollo osseo e di tessuto),
3. Malattie rare;

Ai sensi dell'art. 15, lett. g) del D.L. 95/2012 convertito con L. 135/2012, per le Aziende Ospedaliere, gli IRCCS e gli E.E. si dà atto che la remunerazione delle funzioni non tariffate (FnT) dev'essere contenuta nel 30% del limite complessivo di remunerazione assegnato.

*** Dal 1° gennaio 2016 l'importo richiamato costituisce - la quota parte - che concorre a determinare il fondo unico di remunerazione delle "funzioni non tariffate" nella misura di quanto già stabilito dal DIEF approvato con DGR n. 867 del 27/4/2015, incrementato anche di quanto necessario a garantire la copertura degli oneri di funzione da riconoscersi alle strutture private accreditate. Tale fondo unico di remunerazione è distinto in altri due sub - fondi, ripartito tra strutture pubbliche e gli Enti classificati ex art. 41 e 43 della L.833/78, e strutture private accreditate. Nella fase di prima applicazione, i due sub- fondi rappresentano la sommatoria dei tetti di spesa assegnati per le stesse funzioni per l'anno 2015. I relativi oneri, per la funzione di cui al punto 1) - Attività di Emergenza Urgenza: Pronto soccorso, Rianimazioni e Terapie Intensive) - non potrà superare la misura massima del 80% del sub fondo unico di remunerazione per la parte relativa agli Enti classificati ex art. 41 e 43 ed alle strutture private accreditate. Tale percentuale sulla base di valutazioni della Sezione Amministrazione Finanza e Controllo, potrà essere oggetto di rideterminazione. Resta inteso che la quota percentuale residua a copertura delle altre Prestazioni non tariffate (PnT), storicamente riconosciute dall'art. 20 della L. 28/2000, e non ancora regolamentate, troveranno copertura nella restante quota massima residua del 20% del Fondo unico di remunerazione.

Il sub-fondo, così determinato, costituisce quota parte del limite invalicabile di spesa per il riconoscimento da parte della Sezione Amministrazione Finanza e Controllo di tutte le prestazioni non tariffate riportate nell'art. 20 della L.28/2000, con la precisazione che per quanto riguarda le attività di cui al punto 1) - Attività di Emergenza Urgenza: Pronto soccorso, Rianimazioni e Terapie Intensive), le stesse saranno riconosciute nel rispetto dei criteri previsti dalla DGR n. 982 del 6/7/2016.

RENDICONTAZIONE FARMACI pari a € 13.000.000,00. Nei costi annui massimi sono compresi i corrispettivi a rendicontazione del valore della somministrazione diretta di farmaci la cui eventuale maggiore erogazione sarà riconosciuta all'Erogatore in fase di conguaglio.

ART. 5

**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.
2. La legge di stabilità anno 2016, in combinato disposto con la legge di spending review (L. 135/12) ha previsto la definizione di un tetto di spesa complessivo regionale per le prestazioni rese dalle strutture private accreditate a favore dei pazienti extraregionali, tale da ridurre la spesa annua del 2% rispetto a quella consuntivata nel corso dell'anno 2011. Contestualmente, la norma in questione, ha previsto la possibilità di programmare l'acquisto di prestazioni di alta specialità in deroga al limite del decreto legge 6 luglio 2012 n. 95, purché ciò avvenga nel rispetto dell'equilibrio economico complessivo del SSR, anche mediante misure di compensazione.

3. Di conseguenza affinché possa essere favorita l'erogazione di prestazioni di alta specialità anche ai cittadini che richiedono cure in regioni diverse da quelle di residenza e, soprattutto, possa essere garantito il diritto di libera scelta e luogo di cura, in deroga ai limiti di spesa imposti di cui all'art. 15, co. 14 del decreto legge 6 luglio 2012 n. 95, in analogia a quanto stabilito in sede di confronto con le OO.RR. della case di Cura private accreditate, si stabilisce per le prestazioni extraregionali, di fare riferimento alla spesa riconosciuta su base regionale nel sistema Edotto con riferimento all'anno 2015. Pertanto si conviene che:
 - a) per gli anni 2019 e 2020, sarà riconosciuta la produzione extraregionale erogata nella sua interezza, tenuto conto che la struttura, basandosi sul principio del legittimo affidamento, potrebbe avere erogato prestazioni oltre il suddetto limite di cui al precedente art. 4 co. 2 lett. A) - sub b) : € 31.000.000,00) ;
 - b) per l'anno 2021, sarà riconosciuta la produzione erogata, nei limiti del valore economico di € 30.260.710,00, quale valore economico consuntivato per l'anno 2015.
4. Le prestazioni rese in favore di cittadini residenti al di fuori della Puglia sono riconoscibili ove la Azienda USL, 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.
5. 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. 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.
6. 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.
7. 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 al precedente comma 5.
8. 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. 6

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 rispetto del modello organizzativo di cui al RR.RR. n.23/2019 e n. 14/2020 ed in conformità alle eventuali modifiche che dovessero intervenire nel corso del triennio.
- b) Garantire la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera che, ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto del Ministro della Sanità 28 dicembre 1991e 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 n. 633 del 5/04/2011.

- c) 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 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.
- d) 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.
- e) 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.
- f) Di istituire l'obbligo della compilazione di una scheda di day- service (SDA), quale documento della cartella clinica del day- service;
- g) Il Direttore Sanitario dell'istituto di cura è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle schede di dimissione e della cartella clinica, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate.
- h) Garantire, che le prestazioni erogate 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° 433 del 10 marzo 2011, D.G.R. 2863 del 20/12/2011 così come modificate ed integrate dalle DD.GG.RR. nn. 1202/2014 e 2274/2014 e DGR n.2111/2020, e comunque nei limiti dei tetti di spesa assegnati;
- 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 versino 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) Di 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.
- k) Di 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) Di prendere atto che dal 1° gennaio 2011, tutte le SDO devono essere codificate nel rispetto della versione CMS 24 del Grouper.
- m) Di assumere l'impegno di adempiere agli obblighi informativi e di comunicazione previsti dal presente Accordo, compresi quelli previsti nei confronti dei Cittadini. La violazione di tale obbligo **da luogo nei suoi confronti dell'Erogatore al richiamo ed eventuale diffida.**
- n) Di essere consapevole: 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.
- o) Di garantire il rispetto dei tassi occupazionali pro- die dei posti letto accreditati.
- p) Di 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, quali condizioni preesistenti allo status di soggetto accreditato.
- q) Di garantire e non intralciare le attività dell'Azienda ASL, esperite per il tramite delle strutture UVARP e NIR, finalizzate ad accertare sia l'appropriatezza delle prestazioni erogate sia la congruenza tra prescrizioni e prestazioni rese correlate ai requisiti strutturali e tecnologici in possesso ed in uso, oltre alle relative tariffe, ai sensi della normativa vigente. L'Erogatore è consapevole che tali controlli possono essere effettuati in qualsiasi momento e nei limiti temporali decadenziali dell'anno solare in cui si concludono. Pertanto, sul presupposto che i controlli per l'anno 2019 si concludano, obbligatoriamente nell'anno 2020, ne discende che l'applicazione delle suddette misure devono essere disposte e concludersi nell'anno solare e comunque entro il 31/12/2020.
- r) Di impegnarsi ad inviare l'eventuale documentazione necessaria per la rendicontazione delle attività e delle funzioni non tariffate entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di riferimento. L'erogatore è consapevole che i criteri di rendicontazione sono quelli previsti dalla DGR 982/2016, che qui s'intendono integralmente trascritti.
- s) Di impegnarsi ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) a trasmettere annualmente alla Sezione Gestione Accentrata Finanziaria Sanitaria della Regione Puglia, l'ultimo bilancio approvato e la relativa relazione sull'ultimo bilancio approvato, redatti da una primaria società di revisione contabile, che attesti in modo esplicito ed inequivocabile la regolarità della contabilità 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.
- t) Di impegnarsi ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) ad 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 -.
- u) Di impegnarsi ai sensi del D.M. 70/2015 allegato 1) punto 4.6) a 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.
- v) Di impegnarsi, in conformità al Decreto Ministeriale n. 55 del 3 aprile 2013, a garantire in un'ottica di trasparenza, monitoraggio e rendicontazione della spesa pubblica, ad ottemperare all'obbligo di emissione, trasmissione, conservazione e archiviazione in forma elettronica delle fatture nei rapporti con le PA. La fatturazione elettronica dovrà essere conforme al tracciato - file xml - elaborato secondo il formato e il tracciato fattura PA. L'univocità del soggetto emittente e l'integrità del contenuto sono garantiti dalla firma elettronica qualificata di chi emette la fattura.

ART. 7

Obblighi e adempimenti demandati alla Azienda ASL territorialmente competente

La Azienda ASL, attraverso la Struttura UVARP è tenuta ad effettuare:

- a) le verifiche tecnico-sanitarie, riguardanti l'appropriatezza clinico-diagnostica e diagnostico-procedurale delle prestazioni sanitarie addebitate dall'erogatore, in esecuzione della normativa nazionale e regionale, ivi compresa la DGR n.1491 del 25/6/2010 successivamente modificata dalla DGR n. 2252 del 26/10/2010 e dalla DGR n. 90 del 22/9/2019.
- b) I controlli sulla corretta e veritiera compilazione della SDO, con la quale avviene l'assegnazione del relativo DRG.
- c) Il controllo Amministrativo, riguardante le prestazioni erogate in regime di Day-service, nel rispetto dei protocolli diagnostico-terapeutici, statuiti dalla Regione Puglia con le D.G.R. 433/2011 e DGR 2863 del 20/12/2011 così come modificate ed integrate dalle DD.GG.RR. nn. 1202/2014 e 2274/2014 e DGR n.2111/2020.

- 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 all'Erogatore.
- 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 e delle SDA nel SISR. Tale termine costituisce vincolo solo per la ASL e non già per l'Erogatore che deve garantire le prescrizioni previste dall'art. 6, lett. s) 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 accetti le contestazioni, occorre disporre nota integrativa da allegare alla SDO e/o alla SDA cartacea. Tale modifica dev'essere riportata nel SISR - Edotto da parte della struttura amministrativa dell'Azienda ASL.
- i) Per i ricoveri "contestati" qualora la Direzione Sanitaria della struttura erogante **non** accetti 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, da notificare da parte dell'Erogatore nei successivi 30 gg. vengano ritenute non esaustive, l'UVARP nei successivi 30 gg, quantifica i DRG non ammessi e/o modificati, dandone comunicazione all'Erogatore ed alla Sezione AFC (Amministrazione Finanza e Controllo), con nota a firma del Direttore Generale della ASL territorialmente competente.
- j) Qualora invece, le controdeduzioni formulate dall'erogatore vengano accettate dall'Azienda, si procede alla ammissione alle procedure di liquidazione dei ricoveri precedentemente contestati.
- k) Nei successivi 90 giorni, di cui al termine previsto dall'art. 6 lett, r) del presente accordo, la ASL dovrà procedere alla verifica e chiusura della rendicontazione delle funzioni non tariffate.
- l) A predisporre mensilmente e tempestivamente (possibilmente il giorno successivo lavorativo) i pagamenti rivenienti dai trasferimenti disposti dall'Ente Regione a favore dell'Erogatore, nella misura del **98%** del valore complessivo delle risorse assegnate con riferimento alle lett. **a) e c)** dell'art. 4, e nella misura del **100%** in riferimento alla **lett. b)** del succitato art. 4.

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 dell'Erogatore, con riferimento alla parte normativa richiamata in premessa.
- 2) I tetti di remunerazione di cui all'art. 5) 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 di procedere, nei limiti dei tetti di spesa assegnati e confermati, alla rimodulazione del piano e del volume delle prestazioni richieste all'Erogatore.
- 3) Il presente atto può essere oggetto di modifiche ed integrazioni per effetto di sopravvenute direttive o disposizioni regionali attinenti le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie, in regime di ricovero ed in regime ambulatoriale.

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 n.90/2019.

Le parti si danno reciprocamente atto, che il presente contratto viene concluso in attuazione della normativa Nazionale e Regionale di cui in premessa ed in ottemperanza alle precisazioni formulate dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali unitamente al Comitato 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, relativi esclusivamente al periodo di vigenza del presente accordo 2019-2020-2021”.

Le parti si danno reciprocamente atto che forma oggetto del presente contratto anche la remunerazione delle specifiche funzioni assistenziali per l'emergenza COVID, previsti dall'art. 4 del D.L. n. 34/2020, convertito in Legge n. 77/2020 (incrementi tariffari ed i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti) in attesa della determinazione del “quantum”, che sarà stabilito con apposito decreto ministeriale.

Per tutto quanto non previsto nel presente contratto, si rimanda alle norme del codice civile.

Letto, confermato e sottoscritto.

Le parti, altresì si danno reciprocamente atto che il presente accordo avrà efficacia previa ratifica ed approvazione da parte della Giunta Regionale

<p>Il DIRETTORE del DIPARTIMENTO</p> <p>Dott. Vito Montanaro</p> 	<p>Il Legale Rappresentante della Struttura Erogante :</p> <p>Il Direttore Generale</p> <p>Dott. Michele Giuliani</p> 
<p>Data 29/07/2021</p>	<p>Data 29/07/2021</p>

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Cod. Civ, si approvano esplicitamente le regolamentazioni contrattuali di cui agli articoli : dall' art. 1 all' art. 9

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

L'Ente Erogatore





ALLEGATO: B

REGIONE PUGLIA

Accordo contrattuale riferito all'anno 2019/2020/2021

TRA

La Regione Puglia, con sede in Bari, Lungomare Nazario Sauro n. 33, rappresentata ai fini del presente atto dal Direttore del Dipartimento Promozione della Salute del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti Dott. Vito Montanaro, in forza della deliberazione di nomina della Giunta Regionale del 15 Maggio 2019 n. 875

E

Ente Ecclesiastico -Ospedale Francesco Miulli - con sede Legale della Società in Acquaviva delle Fonti - Strada Provinciale 127 Acquaviva - Santeramo Km. 4.100, iscritto al n. 427 del Registro delle Persone Giuridiche presso la Prefettura di Bari cod. fiscale/ P.IVA 00574290722, al n. 00574290722, del Registro delle Imprese di Bari ed al n. BA-5660072 del Repertorio Economico Amministrativo tenuto presso la C.C.I.A.A. di Bari, rappresentato legalmente dal Delegato: Mons. Domenico Laddaga nato a _____ il _____, - giusta delega del Governatore Arcivescovo Giovanni Ricchiuti n.2 del 5/01/2014, e dal Direttore Sviluppo Strategico Pianificazione e Controllo - Dott. Vincenzo Capogna, nato a _____ il _____, per la carica domiciliati presso la sede dell'Ente, di seguito indicati come "Erogatore" i quali - consapevoli delle responsabilità penali previste dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i., - dichiarano di non essere stati condannati 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 (di seguito Erogatore).

Premesso:

- che il D.Lgs 502/92 e s.m.i. agli : art. 8 -bis, 8 quater e 8 quinquies, disciplina la partecipazione dei soggetti ex art 41 e 43 della L. 833/78 nei seguenti termini:
 - a) le regioni assicurano i livelli essenziali ed uniformi di assistenza avvalendosi anche dei soggetti accreditati ed equiparati ai sensi dell'art. 8 quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies;
 - b) l'accreditamento istituzionale non costituisce vincolo per gli Enti del SSN - Regioni e ASL a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies.

Preso atto che:

1. le strutture equiparate, per giurisprudenza consolidata, sono da considerarsi sostanziali agli Enti Pubblici, tanto che il loro apporto al Sistema Sanitario Nazionale, è da considerarsi "complementare", con l'obbligo di garantire la continuità assistenziale e l'erogazione delle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali, richieste dai cittadini, nel limite invalicabile delle risorse individuate con il presente Accordo e assegnate con il DIF;

2. l'art. 8 quinquies co. 2 lett. a) b) c) d) e) e bis) ha determinato gli elementi essenziali necessari al contenuto dell'accordo, suscettibili peraltro di essere integrati dagli ulteriori elementi di ravvisata opportunità nella prospettiva del perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione dei servizi già avviati e messi in atto con il riordino della rete ospedaliera pubblica, le cui riconversioni dei PP.OO. pubblici, hanno qualificato dette strutture come elementi utilmente inseriti nella programmazione regionale, ed in particolare nel circuito emergenza - urgenza,
3. sulla base della loro manifestata disponibilità, detta struttura è stata inserita nella rete ospedaliera covid per la gestione della fase emergenziale, ai sensi del Decreto Legge 18/2020 e del D.L. n. 34/2020;
4. le strutture equiparate erogano l'assistenza sanitaria nel rispetto dei posti letto accreditati con riferimento al modello organizzativo richiamato nei RR.RR. n.23/2019 e n. 14/2020, tenuto conto anche delle eventuali modifiche che dovessero intervenire nel corso del triennio.

SI STIPULA

Il presente accordo con validità per l'anno 2019 e per gli anni 2020 e 2021 - è destinato a regolamentare, da parte dell'Erogatore in premessa identificato, l'erogazione :

- a) delle prestazioni di ricovero ospedaliero, in regime di D.H. e day service;
- b) delle prestazioni ambulatoriali;
- c) delle funzioni assistenziali, in favore di cittadini iscritti al SSN con oneri da porre a carico del SSR;
- d) somministrazione diretta di farmaci.

ART. 1

Elementi essenziali oggetto dell'accordo

Il presente accordo contiene i seguenti elementi essenziali :

1. Disciplina il rapporto tra la Regione Puglia e l'Erogatore indicato in premessa, ai sensi dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i, per la erogazione nell'ambito del SSR, a prescindere dalla residenza degli assistiti, di prestazioni di assistenza sanitaria richieste secondo le tipologie di seguito indicate a fronte del corrispettivo preventivato dal presente accordo:
 - a) prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza;
 - b) prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
 - c) altre prestazioni attribuite con provvedimento di Giunta.
2. Stabilisce le prestazioni oggetto dell'accordo che devono essere conformi al programma di integrazione dei servizi, per la parte riguardante l'erogatore, quale rappresentazione del fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni da erogare da parte dello stesso. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. a) del comma 2) art. 8 quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i,
3. Determina il volume massimo annuo delle risorse riferite a tutte le prestazioni distinte per tipologia e per modalità di assistenza, richieste dagli utenti nel corso degli anni e rientranti nei LEA, tenendo conto anche delle eventuali prestazioni soggette a preventiva autorizzazione della ASL per la fruizione presso le strutture accreditate del SSR, giusta lett. b) del comma 2 art. 8 quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., con la modifica prevista dal comma 1) quinquies dell'art 79 D.L. 25 06.2008 n°112 aggiunto dalla relativa legge di conversione.

4. Impegna l'erogatore a rispettare i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale, in coerenza con la regolamentazione regionale in materia, giusta lett. c) del comma 2 art. 8 quinquies.
5. Determina il corrispettivo preventivato quale budget complessivo definito come somma dei valori di budget delle prestazioni erogate in regime di ricovero e ambulatoriale a tariffazione regionale (ovvero dalla remunerazione a diaria per le fattispecie previste), nonché la remunerazione (ove prevista) extra-tariffaria delle funzioni specifiche previste dalle norme regionali, così come disciplinato e nei limiti previsti dalla DGR n. 982 del 6/7/2016.
6. Definisce il debito informativo dell'erogatore per il monitoraggio di quanto previsto dal presente accordo e le procedure da eseguirsi per il controllo esterno di appropriatezza e qualità dell'assistenza prestata e delle prestazioni rese, in conformità alla regolamentazione nazionale e regionale di riferimento. Quanto sopra in corrispondenza di quanto previsto alla lett. e) del comma 2 art.8 quinquies.
7. Precisa che, in caso di incremento, quantunque intervenuto nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché, delle altre prestazioni remunerate a tariffa, il volume delle attività e delle prestazioni richieste dagli utenti, dev'essere assicurato a cura dell'erogatore, e garantito nei limiti delle risorse definite ed assegnate con il presente accordo. Quanto sopra in corrispondenza della lett. e) bis del comma 2 dell'art. 8 quinquies.

Art. 2

Programma di erogazione dei servizi e delle attività

Il programma di erogazione dei servizi e delle attività, riguarda le prestazioni da erogare per:

1. i cittadini residenti nel territorio regionale, compresi gli stranieri (STP);
2. i cittadini di residenza extraregionale.

Art. 3

Requisiti dei servizi

- I requisiti dei servizi da rendere sono regolati dalle norme di legge nazionali e dai provvedimenti e documenti regionali vigenti a cui le parti si impegnano a dare puntuale applicazione, in particolare per quanto concerne la accessibilità, l'appropriatezza clinica ed organizzativa, i tempi di attesa e la continuità assistenziale.
- Essi devono essere compiutamente rispettati anche nelle indicazioni applicative e di interpretazione debitamente notificate. Del pari piena osservazione deve essere garantita ai successivi atti (leggi, regolamenti, circolari ecc.) di modificazione o integrazione sulla materia, sempre debitamente notificate.

Art. 4**Corrispettivo**

1. Il corrispettivo non può mai superare quello definito dal presente accordo, anche per i residenti fuori regione, ed è composto dalla sommatoria dei valori delle prestazioni erogate in regime di ricovero, in regime ambulatoriale, entrambe a tariffa regionale, nonché (ove previsto) delle funzioni assistenziali remunerate in base al costo di produzione del programma di assistenza. I valori dei corrispettivi, precedentemente individuati, compresi i corrispettivi del valore della somministrazione diretta di farmaci, sono liquidati annualmente, al netto delle anticipazioni mensili di cui all'art. 8 lett. k) del presente accordo. Per la somministrazione dei farmaci dovranno essere previsti conguagli trimestrali.
2. Le risorse assegnate come da DIEF riguardano le prestazioni da erogarsi, così come di seguito specificato :

A) PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E PRESTAZIONI AMBULATORIALI:

Prestazioni di ricovero ordinario, DH, Day service e prestazioni ambulatoriali con riferimento **agli anni 2019 e 2020** per complessivi **€ 114.510.000,00**, di cui :

- a) quanto a **€ 108.510.000,00** per garantire le prestazioni nei confronti dei pazienti residenti nella Regione Puglia;
- b) quanto a **€ 6.000.000,00** per i residenti in altre Regioni, con le tariffe vigenti nella regione Puglia.

Le prestazioni erogate nei confronti degli stranieri (STP) non rientrano nei tetti di spesa di cui alle precedenti lettere a) e b) e sono riconosciute extra tetto.

Prestazioni di ricovero ordinario, DH, Day service e prestazioni ambulatoriali con riferimento **all'anno 2021** per complessivi **€ 128.447.000,00** di cui :

- c) quanto a **€ 120.510.000,00** per garantire le prestazioni nei confronti dei pazienti residenti nella Regione Puglia;
- d) quanto a **€ 7.937.000,00** per i residenti in altre Regioni, con le tariffe vigenti nella regione Puglia.

Le prestazioni erogate nei confronti degli stranieri (STP) non rientrano nei tetti di spesa di cui alle precedenti lettere c) e d) e sono riconosciute extra tetto.

Le tariffe, con l'applicazione delle eventuali maggiorazioni tariffarie, applicate per determinare i suddetti costi e per remunerare le prestazioni oggetto del presente contratto, sono quelle previste dal tariffario regionale vigente al momento dell'effettuazione della prestazione per l'attività di ricovero ospedaliero e dal nomenclatore tariffario regionale vigente al momento della erogazione per l'attività di specialistica ambulatoriale recepiti con DGR 951/2013 e con DGR n. 2111/2020 (quest'ultima con riferimento alla produzione dell'anno 2021).

Per i volumi di attività e relativi costi eccedenti i valori massimi contrattuali non potrà essere riconosciuta alcuna remunerazione Tale limitazione vale anche per



le prestazioni effettuate in favore di cittadini residenti fuori regione per le motivazioni richiamate nel successivo art. 5.

B) FINANZIAMENTO FUNZIONI ASSISTENZIALE :

- per gli anni 2019, 2020 e 2021 pari a **€ 19.100.000,00***** annui (comprensivi della quota colonna hanseniana equivalente a € 2.500.000,00

per garantire e funzioni assistenziali individuate dall'art. 20 della L.R. n. 28/2000, e che di seguito si riportano :

1. Emergenza urgenza - (Rianimazione, terapia intensiva, pronto soccorso);
2. Trapianti - (di organo, midollo osseo e di tessuto),
3. Malattie rare;

Ai sensi dell'art. 15, lett. g) del D.L. 95/2012 convertito con L. 135/2012, per le Aziende Ospedaliere, gli IRCCS e gli E.E. si da atto che la remunerazione delle funzioni non tariffate (FnT) dev'essere contenuta nel 30% del limite complessivo di remunerazione assegnato.

*** Dal 1° gennaio 2016 l'importo richiamato costituisce - la quota parte - che concorre a determinare il fondo unico di remunerazione delle "funzioni non tariffate" nella misura di quanto già stabilito dal D.I.E.F. approvato con DGR n. 867 del 27/4/2015, incrementato anche di quanto necessario a garantire la copertura degli oneri di funzione da riconoscersi alle strutture private accreditate. Tale fondo unico di remunerazione è distinto in altri due sub - fondi, ripartito tra strutture pubbliche e gli Enti classificati ex art. 41 e 43 della L.833/78, e strutture private accreditate. Nella fase di prima applicazione, i due sub- fondi rappresentano la sommatoria dei tetti di spesa assegnati per le stesse funzioni per l'anno 2015. I relativi oneri, per la funzione di cui al punto 1) - Attività di Emergenza Urgenza: Pronto soccorso, Rianimazioni e Terapie Intensive) - non potrà superare la misura massima del 80% del sub fondo unico di remunerazione per la parte relativa agli Enti classificati ex art. 41 e 43 ed alle strutture private accreditate. Tale percentuale sulla base di valutazioni della Sezione Amministrazione Finanza e Controllo, potrà essere oggetto di rideterminazione. Resta inteso che la quota percentuale residua a copertura delle altre Prestazioni non tariffate (PnT), storicamente riconosciute dall'art. 20 della L. 28/2000, e non ancora regolamentate, troveranno copertura nella restante quota massima residua del 20% del Fondo unico di remunerazione.

Il sub-fondo, così determinato, costituisce quota parte del limite invalicabile di spesa per il riconoscimento da parte della Sezione Amministrazione Finanza e Controllo di tutte le prestazioni non tariffate riportate nell'art. 20 della L.28/2000, con la precisazione che per quanto riguarda le attività di cui al punto 1) - Attività di Emergenza Urgenza: Pronto soccorso, Rianimazioni e Terapie Intensive), le stesse saranno riconosciute nel rispetto dei criteri previsti dalla DGR n. 982 del 6/7/2016.

RENDICONTAZIONE FARMACI pari a € 10.000.000,00 Nei costi annui sono compresi i corrispettivi a rendicontazione del valore della somministrazione diretta di farmaci, la cui eventuale maggiore erogazione sarà riconosciuta all'Erogatore in fase di conguaglio.

ART. 5

**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.
2. La legge di stabilità anno 2016, in combinato disposto con la legge di spending review (L. 135/12) ha previsto la definizione di un tetto di spesa complessivo regionale per le prestazioni rese dalle strutture private accreditate a favore dei pazienti extraregionali, tale da ridurre la spesa annua del 2% rispetto a quella consuntivata nel corso dell'anno 2011. Contestualmente, la norma in questione, ha previsto la possibilità di programmare l'acquisto di prestazioni di alta

specialità in deroga al limite del decreto - legge 6 luglio 2012 n. 95, purché ciò avvenga nel rispetto dell'equilibrio economico complessivo del SSR, anche mediante misure di compensazione.

3. Di conseguenza affinché possa essere favorita l'erogazione di prestazioni di alta specialità anche ai cittadini che richiedono cure in regioni diverse da quelle di residenza e, soprattutto, possa essere garantito il diritto di libera scelta e luogo di cura, in deroga ai limiti di spesa imposti di cui all'art. 15, co. 14 del decreto legge 6 luglio 2012 n. 95, in analogia a quanto stabilito in sede di confronto con le OO.RR. della case di Cura private accreditate, si stabilisce, per le prestazioni extraregionali, di fare riferimento alla spesa riconosciuta su base regionale nel sistema Edotto con riferimento all'anno 2015. Pertanto si conviene che:
 - a) per gli anni 2019-2020, sarà riconosciuta la produzione extraregionale erogata nella sua interezza, tenuto conto che la struttura, basandosi sul principio del legittimo affidamento, potrebbe avere erogato prestazioni oltre il suddetto limite di cui al precedente art. 4 co. 2 lett. A) (€ 6.000.000,00);
 - b) per l'anno 2021, sarà riconosciuta la produzione erogata, nei limiti massimi del valore economico di € **7.937.000,00**.
4. Le prestazioni rese in favore di cittadini residenti al di fuori della Puglia sono riconoscibili ove la 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.
5. 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. 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.
6. In caso di contestazione della prestazione, l'Erogatore è tenuto a fornire alla Azienda ASL le controdeduzioni richieste che, ove non ritenute motivatamente 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.
7. 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 al precedente comma 5.
8. 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. 6

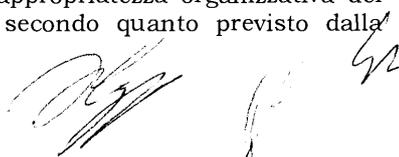
Obblighi, adempimenti dell'Erogatore e Sanzioni

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

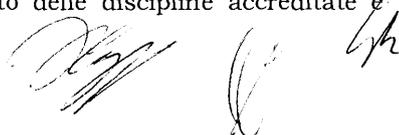
- a) Erogare le prestazioni di ricovero rientranti tra quelle delle discipline accreditate, nei rispetto del modello organizzativo di cui al RR.RR. n.23/2019 e n. 14/2020

ed in conformità alle eventuali modifiche che dovessero intervenire nel corso del triennio.

- b) Garantire la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera che, ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto del Ministro della Sanità 28 dicembre 1991e 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.
- c) 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 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.
- d) 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.
- e) 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.
- f) Di istituire l'obbligo della compilazione di una scheda di day- service (SDA), quale documento della cartella clinica del day- service;
- g) Il Direttore Sanitario dell'istituto di cura è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle schede di dimissione e della cartella clinica, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate.
- h) Garantire, che le prestazioni erogate 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° 433 del 10 marzo 2011, D.G.R. 2863 del 20/12/2011 così come modificate ed integrate dalle DD.GG.RR. nn. 1202/2014 e 2274/2014 e DGR n.2111/2020, e comunque nei limiti dei tetti di spesa assegnati;
- 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 versi 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) Di 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.



- k) Di 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) Di prendere atto che dal 1° gennaio 2011, tutte le SDO devono essere codificate nel rispetto della versione CMS 24 del Grouper.
- m) Di assumere l'impegno di adempiere agli obblighi informativi e di comunicazione previsti dal presente accordo, compresi quelli previsti nei confronti dei Cittadini. La violazione di tale obbligo **da luogo nei suoi confronti dell'Erogatore al richiamo ed eventuale diffida.**
- n) Di essere consapevole: 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..
- o) Di garantire il rispetto dei tassi occupazionali pro- die dei posti letto accreditati.
- p) Di 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, quali condizioni preesistenti allo status di soggetto accreditato.
- q) Di garantire e non intralciare le attività dell'Azienda ASL, esperite per il tramite delle strutture UVARP e NIR, finalizzate ad accertare sia l'appropriatezza delle prestazioni erogate sia la congruenza tra prescrizioni e prestazioni rese correlate ai requisiti strutturali e tecnologici in possesso ed in uso, oltre alle relative tariffe, ai sensi della normativa vigente. L'Erogatore è consapevole che tali controlli possono essere effettuati in qualsiasi momento e nei limiti temporali decadenziali dell'anno solare in cui si concludono. Pertanto, sul presupposto che i controlli per l'anno 2019 si concludano, obbligatoriamente nell'anno 2020, ne discende che l'applicazione delle suddette misure devono essere disposte e concludersi nell'anno solare e comunque entro il 31/12/2020.
- r) Di impegnarsi ad inviare l'eventuale documentazione necessaria per la rendicontazione delle attività e delle funzioni non tariffate entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di riferimento. L'erogatore è consapevole che i criteri di rendicontazione sono quelli previsti dalla DGR 982/2016, che qui s'intendono integralmente trascritti.
- s) Di impegnarsi ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) a trasmettere annualmente alla Sezione Gestione Accentrata Finanziaria Sanitaria della Regione Puglia, l'ultimo bilancio approvato e la relativa relazione sull'ultimo bilancio approvato, redatti da una primaria società di revisione 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.
- t) Di impegnarsi ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) ad 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.
- u) Di impegnarsi ai sensi del D.M. 70/2015 allegato 1) punto 4.6) a 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.

- v) Di impegnarsi, in conformità al Decreto Ministeriale n. 55 del 3 aprile 2013, a garantire in un'ottica di trasparenza, monitoraggio e rendicontazione della spesa pubblica, ad ottemperare all'obbligo di emissione, trasmissione, conservazione e archiviazione in forma elettronica delle fatture nei rapporti con le PA. La fatturazione elettronica dovrà essere conforme al tracciato - file xml - elaborato secondo il formato e il tracciato fattura PA. L'univocità del soggetto emittente e l'integrità del contenuto sono garantiti dalla firma elettronica qualificata di chi emette la fattura.

ART. 7

Obblighi e adempimenti demandati alla Azienda ASL territorialmente competente

La Azienda ASL, attraverso la Struttura UVARP è tenuta ad effettuare:

- a) le verifiche tecnico-sanitarie, riguardanti l'appropriatezza clinico-diagnostica e diagnostico-procedurale delle prestazioni sanitarie addebitate dall'erogatore, 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 e dalla DGR 90 del 22/9/2019.
- b) I controlli sulla corretta e veritiera compilazione della SDO, con la quale avviene l'assegnazione del relativo DRG.
- c) Il controllo Amministrativo, riguardante le prestazioni erogate in regime di Day-service, nel rispetto dei protocolli diagnostico-terapeutici, statuiti dalla Regione Puglia con le D.G.R. 433/2011 e DGR 2863 del 20/12/2011 così come modificate ed integrate dalle DD.GG.RR. nn. 1202/2014 e 2274/2014 e DGR n.2111/2020.
- 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 all'Erogatore.
- 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 e delle SDA nel SISR. Tale termine costituisce vincolo solo per la ASL e non già per l'Erogatore che deve garantire le prescrizioni previste dall'art. 6, lett. s) 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 e/o alla SDA cartacea. Tale modifica dev'essere riportata nel SISR - Edotto da parte della struttura amministrativa dell'Azienda ASL.
- 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, da notificare da parte dell'Erogatore nei successivi 30 gg. vengano ritenute non esaustive, l'UVARP nei successivi 30 gg, quantifica i DRG non ammessi e/o modificati, dandone comunicazione all'Erogatore ed alla Sezione AFC (Amministrazione Finanza e Controllo), con nota a firma del Direttore Generale della ASL territorialmente competente.

- j) *Qualora invece, le controdeduzioni formulate dall'erogatore vengano accettate dall'Azienda, si procede alla ammissione alle procedure di liquidazione dei ricoveri precedentemente contestati.*
- k) Nei successivi 90 giorni, di cui al termine previsto dall'art. 6 lett. r) del presente accordo, la ASL dovrà procedere alla verifica e chiusura della rendicontazione delle funzioni non tariffate.
- l) A predisporre mensilmente e tempestivamente (possibilmente il giorno successivo lavorativo) i pagamenti rivenienti dai trasferimenti disposti dall'Ente Regione a favore dell'Erogatore, nella misura del **98%** del valore complessivo delle risorse assegnate con riferimento alle lett. **a) e c)** dell'art. 4, e nella misura del **100%** in riferimento alla **lett. b)** del succitato art. 4.

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 dell'Erogatore, con riferimento alla parte normativa richiamata in premessa.
- 2) I tetti di remunerazione di cui all'art. 5) 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 di procedere, nei limiti dei tetti di spesa assegnati e confermati, alla rimodulazione del piano e del volume delle prestazioni richieste all'Erogatore.
- 3) Il presente atto può essere oggetto di modifiche ed integrazioni per effetto di sopravvenute direttive o disposizioni regionali attinenti le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie, in regime di ricovero ed in regime ambulatoriale.

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 n.90/2019.

Le parti si danno reciprocamente atto, che il presente contratto viene concluso in attuazione della normativa Nazionale e Regionale di cui in premessa ed in ottemperanza alle precisazioni formulate dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali unitamente al Comitato Permanete per la verifica dei L.E.A. nella seduta del 4/4/2014 e di seguito riportate:

“Con la sottoscrizione del presente accordo la struttura accetta espressamente, completamente e incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto.

In considerazione dell'accettazione dei suddetti provvedimenti (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili”.

Le parti si danno reciprocamente atto che forma oggetto del presente contratto anche la remunerazione delle specifiche funzioni assistenziali per l'emergenza COVID, previsti dall'art. 4, comma 1 del D.L. n. 34/2020, convertito in Legge n. 77/2020 (incrementi tariffari ed i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti) in attesa della determinazione del “quantum”, che sarà stabilito con apposito decreto ministeriale.

Per tutto quanto non previsto nel presente contratto, si rimanda alle norme del c.c.

Letto, confermato e sottoscritto.

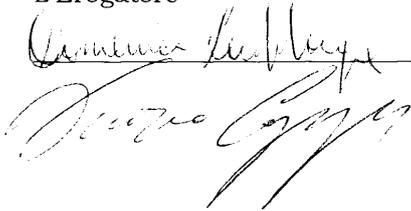
Le parti, altresì si danno reciprocamente atto che il presente accordo avrà efficacia previa ratifica ed approvazione da parte della Giunta Regionale.

<p>Il DIRETTORE del DIPARTIMENTO</p> <p>Dott. Vito Montanaro</p> 	<p>i Legali Rappresentanti della Struttura Erogante</p> <p>Il Delegato Mons. Domenico Laddaga</p>  <p>Direttore Sviluppo Strategico Pianificazione e Controllo - Dott. Vincenzo Capogna</p> 
<p>Data 22/04/2021</p>	<p>Data 22/04/2021</p>

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Cod. Civ, si approvano esplicitamente le regolamentazioni contrattuali di cui agli articoli : da art. 1 ad art. 9

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

L'Erogatore



ALLEGATO: C



REGIONE PUGLIA

Accordo contrattuale riferito all'anno 2019/2020/2021

TRA

La Regione Puglia, con sede in Bari, Lungomare Nazario Sauro n. 33, rappresentata ai fini del presente atto dal Direttore del Dipartimento Promozione della Salute del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti Dott. Vito Montanaro, in forza della deliberazione di nomina della Giunta Regionale del 15 Maggio 2019 n. 875

E

Pia Fondazione di Culto e di Religione card. G. Panico EE.EE - con sede Legale in Tricase - via San Pio X, n. 4, rappresentata legalmente da Suor Margherita Bramato - Direttore Generale - nata a _____ il _____ di seguito indicata come "Erogatore" il quale - consapevole delle responsabilità penali previste dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i., - dichiara di non essere stata condannata 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 (di seguito Erogatore).

Premesso:

- che il D.Lgs 502/92 e s.m.i. agli : art. 8 -bis, 8 quater e 8 quinquies, disciplina la partecipazione dei soggetti ex art 41 e 43 della L. 833/78 nei seguenti termini:
 - a) le regioni assicurano i livelli essenziali ed uniformi di assistenza avvalendosi anche dei soggetti accreditati ed equiparati ai sensi dell'art. 8 quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies;
 - b) l'accreditamento istituzionale non costituisce vincolo per gli Enti del SSN -Regioni e ASL a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies.

Preso atto che:

1. le strutture equiparate, per giurisprudenza consolidata, sono da considerarsi consustanziali agli Enti Pubblici, tanto che il loro apporto al Sistema Sanitario Nazionale, è da considerarsi "complementare", con l'obbligo di garantire la continuità assistenziale e l'erogazione delle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali, richieste dai cittadini, nel limite invalicabile delle risorse individuate con il presente Accordo e assegnate con il DIEF;
2. l'art. 8 quinquies co. 2 lett. a) b) c) d) e) e bis) ha determinato gli elementi essenziali necessari al contenuto dell'accordo, suscettibili peraltro di essere integrati dagli ulteriori elementi di ravvisata opportunità nella prospettiva

- del perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione dei servizi già avviati e messi in atto con il riordino della rete ospedaliera pubblica, le cui riconversioni dei PP.OO. pubblici, hanno qualificato dette strutture come elementi utilmente inseriti nella programmazione regionale, ed in particolare nel circuito emergenza - urgenza,
3. sulla base della loro manifestata disponibilità, dette strutture sono state inserite nella rete ospedaliera covid per la gestione della fase emergenziale, ai sensi del Decreto Legge 18/2020 e del D.L. n. 34/2020;
 4. le strutture equiparate erogano l'assistenza sanitaria nel rispetto dei posti letto accreditati con riferimento al modello organizzativo richiamato nei RR.RR. n.23/2019 e n. 14/2020, tenuto conto anche delle eventuali modifiche che dovessero intervenire nel corso del triennio.

SI STIPULA

Il presente accordo con validità per l'anno 2019 e per gli anni 2020 e 2021 - è destinato a regolamentare, da parte dell'Erogatore in premessa identificato, l'erogazione :

- a) delle prestazioni di ricovero ospedaliero, in regime di D.H. e day service;
- b) delle prestazioni ambulatoriali;
- c) delle funzioni assistenziali, in favore di cittadini iscritti al SSN con oneri da porre a carico del SSR.
- d) somministrazione diretta di farmaci.

ART. 1

Elementi essenziali oggetto dell'accordo

Il presente accordo contiene i seguenti elementi essenziali :

1. Disciplina il rapporto tra la Regione Puglia e l'Erogatore indicato in premessa, ai sensi dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i, per la erogazione nell'ambito del SSR, a prescindere dalla residenza degli assistiti, di prestazioni di assistenza sanitaria richieste secondo le tipologie di seguito indicate a fronte del corrispettivo preventivato dal presente accordo:
 - a) prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza;
 - b) prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
 - c) altre prestazioni attribuite con provvedimento di Giunta.
2. Stabilisce le prestazioni oggetto dell'accordo che devono essere conformi al programma di integrazione dei servizi, per la parte riguardante l'erogatore, quale rappresentazione del fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni da erogare da parte dello stesso. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. a) del comma 2) art. 8 quinquies.
3. Determina il volume massimo annuo delle risorse riferite a tutte le prestazioni distinte per tipologia e per modalità di assistenza, richieste dagli utenti nel corso degli anni e rientranti nei LEA, tenendo conto anche delle eventuali prestazioni soggette a preventiva autorizzazione della ASL per la fruizione presso le strutture accreditate del SSR, giusta lett. b) del comma 2 art. 8 quinquies cit., con la modifica prevista dal comma 1) quinquies dell'art 79 D.L. 25 06.2008 n°112 aggiunto dalla relativa legge di conversione.
4. Impegna l'erogatore a rispettare i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale, in coerenza con la

regolamentazione regionale in materia, giusta lett. c) del comma 2 art. 8 quinquies.

5. Determina il corrispettivo preventivato quale budget complessivo definito come somma dei valori di budget delle prestazioni erogate in regime di ricovero e ambulatoriale a tariffazione regionale (ovvero dalla remunerazione a diaria per le fattispecie previste), nonché la remunerazione (ove prevista) extra-tariffaria delle funzioni specifiche previste dalle norme regionali, così come disciplinato e nei limiti previsti dalla DGR n. 982 del 6/7/2016.
6. Definisce il debito informativo dell'erogatore per il monitoraggio di quanto previsto dal presente accordo e le procedure da eseguirsi per il controllo esterno di appropriatezza e qualità dell'assistenza prestata e delle prestazioni rese, in conformità alla regolamentazione nazionale e regionale di riferimento. Quanto sopra in corrispondenza di quanto previsto alla lett. e) del comma 2 art.8 quinquies.
7. Precisa che, in caso di incremento, quantunque intervenuto nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché, delle altre prestazioni remunerate a tariffa, il volume delle attività e delle prestazioni richieste dagli utenti, dev'essere assicurato a cura dell'erogatore, e garantito nei limiti delle risorse definite ed assegnate con il presente accordo. Quanto sopra in corrispondenza della lett. e) bis del comma 2 dell'art. 8 quinquies.

Art. 2

Programma di erogazione dei servizi e delle attività

- Il programma di erogazione dei servizi e delle attività, riguarda le prestazioni da erogare per:
 1. i cittadini residenti nel territorio regionale, compresi gli stranieri (STP);
 2. i cittadini di residenza extraregionale.

Art. 3

Requisiti dei servizi

- I requisiti dei servizi da rendere sono regolati dalle norme di legge nazionali e dai provvedimenti e documenti regionali vigenti a cui le parti si impegnano a dare puntuale applicazione, in particolare per quanto concerne la accessibilità, l'appropriatezza clinica ed organizzativa, i tempi di attesa e la continuità assistenziale.
 - Essi devono essere compiutamente rispettati anche nelle indicazioni applicative e di interpretazione debitamente notificate. Del pari piena osservazione deve essere garantita ai successivi atti (leggi, regolamenti, circolari ecc.) di modificazione o integrazione sulla materia, sempre debitamente notificate.
- 
-
- 

Art. 4

Corrispettivo

1. Il corrispettivo non può mai superare quello definito dal presente accordo, anche per i residenti fuori regione, ed è composto dalla sommatoria dei valori delle prestazioni erogate in regime di ricovero, in regime ambulatoriale, entrambe a tariffa regionale, nonché (ove previsto) delle funzioni assistenziali remunerate in base al costo di produzione del programma di assistenza. I valori dei corrispettivi, precedentemente individuati, compresi i corrispettivi del valore della somministrazione diretta di farmaci, sono liquidati annualmente, al netto delle anticipazioni mensili di cui all'art. 8 lett. k) del presente accordo. Per la somministrazione dei farmaci dovranno essere previsti congrui trimestrali.
2. Le risorse assegnate come da DIEF riguardano le prestazioni da erogarsi, così come di seguito specificato :

A) PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E PRESTAZIONI AMBULATORIALI:

Prestazioni di ricovero ordinario, DH, Day service e prestazioni ambulatoriali con riferimento agli anni **2019 e 2020** per complessivi **€ 77.800.000,00** di cui:

- a) quanto a **€ 76.600.000,00** per garantire le prestazioni nei confronti dei pazienti residenti nella Regione Puglia;
- b) quanto a **€ 1.200.000,00** per i residenti in altre Regioni, con le tariffe vigenti nella regione Puglia.

Le prestazioni erogate nei confronti degli stranieri (STP) non rientrano nei tetti di spesa di cui alle precedenti lettere a) e b) e sono riconosciute extra tetto.

Prestazioni di ricovero ordinario, DH, Day service e prestazioni ambulatoriali con riferimento all'anno **2021** per complessivi **€ 86.257.765,00** di cui:

- c) quanto a **€ 84.600.000,00** per garantire le prestazioni nei confronti dei pazienti residenti nella Regione Puglia;
- d) quanto a **€ 1.657.765,00** per i residenti in altre Regioni, con le tariffe vigenti nella regione Puglia.

Le prestazioni erogate nei confronti degli stranieri (STP) non rientrano nei tetti di spesa di cui alle precedenti lettere c) e d) e sono riconosciute extra tetto.

Le tariffe, con l'applicazione delle eventuali maggiorazioni tariffarie, applicate per determinare i suddetti costi e per remunerare le prestazioni oggetto del presente contratto, sono quelle previste dal tariffario regionale vigente al momento dell'effettuazione della prestazione per l'attività di ricovero ospedaliero e dal nomenclatore tariffario regionale vigente al momento della erogazione per l'attività di specialistica ambulatoriale recepiti con DGR 951/2013 e con DGR n. 2111/2020, con riferimento alla produzione dall'anno 2021.

Per i volumi di attività e relativi costi eccedenti i valori massimi contrattuali non potrà essere riconosciuta alcuna remunerazione. Tale limitazione vale anche per le prestazioni effettuate in favore di cittadini residenti fuori regione per le motivazioni richiamate nel successivo art. 5.

B) FINANZIAMENTO FUNZIONI ASSISTENZIALE :

- per gli anni 2019, 2020 e 2021 pari a **€ 9.410.000,00***** annui;

per garantire le funzioni assistenziali individuate dall'art. 20 della L.R. n. 28/2000, e che di seguito si riportano :

1. Emergenza urgenza - (Rianimazione, terapia intensiva, pronto soccorso);
2. Trapianti - (di organo, midollo osseo e di tessuto),

3. Malattie rare;

Ai sensi dell'art. 15, lett. g) del D.L. 95/2012 convertito con L. 135/2012, per le Aziende Ospedaliere, gli IRCCS e gli E.E. si da atto che la remunerazione delle funzioni non tariffate (FnT) dev'essere contenuta nel 30% del limite complessivo di remunerazione assegnato.

*** Dal 1° gennaio 2016 l'importo richiamato costituisce - la quota parte - che concorre a determinare il fondo unico di remunerazione delle "funzioni non tariffate" nella misura di quanto già stabilito dal DIF approvato con DGR n. 867 del 27/4/2015, incrementato anche di quanto necessario a garantire la copertura degli oneri di funzione da riconoscersi alle strutture private accreditate. Tale fondo unico di remunerazione è distinto in altri due sub - fondi, ripartito tra strutture pubbliche e gli Enti classificati ex art. 41 e 43 della L.833/78, e strutture private accreditate. Nella fase di prima applicazione, i due sub- fondi rappresentano la sommatoria dei tetti di spesa assegnati per le stesse funzioni per l'anno 2015. I relativi oneri, per la funzione di cui al punto 1) - Attività di Emergenza Urgenza: Pronto soccorso, Rianimazioni e Terapie Intensive) - non potrà superare la misura massima del 80% del sub fondo unico di remunerazione per la parte relativa agli Enti classificati ex art. 41 e 43 ed alle strutture private accreditate. Tale percentuale sulla base di valutazioni della Sezione Amministrazione Finanza e Controllo, potrà essere oggetto di rideterminazione. Resta inteso che la quota percentuale residua a copertura delle altre Prestazioni non tariffate (PnT), storicamente riconosciute dall'art. 20 della L. 28/2000, e non ancora regolamentate, troveranno copertura nella restante quota massima residua del 20% del Fondo unico di remunerazione.

Il sub-fondo, così determinato, costituisce quota parte del limite invalicabile di spesa per il riconoscimento da parte della Sezione Amministrazione Finanza e Controllo di tutte le prestazioni non tariffate riportate nell'art. 20 della L.28/2000, con la precisazione che per quanto riguarda le attività di cui al punto 1) - Attività di Emergenza Urgenza: Pronto soccorso, Rianimazioni e Terapie Intensive), le stesse saranno riconosciute nel rispetto dei criteri previsti dalla DGR n. 982 del 6/7/2016.

RENDICONTAZIONE FARMACI pari a € 8.800.000,00. Nei costi annui massimi sono compresi i corrispettivi a rendicontazione del valore della somministrazione diretta di farmaci, la cui eventuale maggiore erogazione sarà riconosciuta all'Erogatore in fase di conguaglio.

ART. 5

**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.
2. La legge di stabilità anno 2016, in combinato disposto con la legge di spending review (L. 135/12) ha previsto la definizione di un tetto di spesa complessivo regionale per le prestazioni rese dalle strutture private accreditate a favore dei pazienti extraregionali, tale da ridurre la spesa annua del 2% rispetto a quella consuntivata nel corso dell'anno 2011. Contestualmente, la norma in questione, ha previsto la possibilità di programmare l'acquisto di prestazioni di alta specialità in deroga al limite del decreto - legge 6 luglio 2012 n. 95, purché ciò avvenga nel rispetto dell'equilibrio economico complessivo del SSR, anche mediante misure di compensazione.
3. Di conseguenza affinché possa essere favorita l'erogazione di prestazioni di alta specialità anche ai cittadini che richiedono cure in regioni diverse da quelle di residenza e, soprattutto, possa essere garantito il diritto di libera scelta e luogo di cura, in deroga ai limiti di spesa imposti di cui all'art. 15, co. 14 del decreto legge 6 luglio 2012 n. 95, in analogia a quanto stabilito in sede di confronto con le OO.RR. della case di Cura private accreditate, si stabilisce per le prestazioni extraregionali di fare riferimento alla spesa riconosciuta su base regionale nel sistema Edotto con riferimento all'anno 2015. Pertanto si conviene che:
 - a) per gli anni l'anno 2019 e 2020, sarà riconosciuta la produzione extraregionale erogata nella sua interezza, tenuto conto che la struttura, basandosi sul principio

113


del legittimo affidamento, potrebbe avere erogato prestazioni oltre il suddetto limite di cui al precedente art. 4 co. 2 lett. A) (€ 1.200.000,00);

- b) per l'anno 2021, sarà riconosciuta la produzione erogata, nei limiti del valore economico di € 1.657.765,00.
4. Le prestazioni rese in favore di cittadini residenti al di fuori della Puglia sono riconoscibili ove la Azienda USL 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.
 5. 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. 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.
 6. 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.
 7. 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 al precedente comma 5.
 8. 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. 6

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 rispetto del modello organizzativo di cui al RR.RR. n.23/2019 e n. 14/2020 ed in conformità alle eventuali modifiche che dovessero intervenire nel corso del triennio.
- b) Garantire la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera che, ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto del Ministro della Sanità 28 dicembre 1991e 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.
- c) 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 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.

- d) 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.
- e) 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.
- f) Di istituire l'obbligo della compilazione di una scheda di day- service (SDA), quale documento della cartella clinica del day- service;
- g) Il Direttore Sanitario dell'istituto di cura è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle schede di dimissione e della cartella clinica, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate.
- h) Garantire, che le prestazioni erogate 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° 433 del 10 marzo 2011, D.G.R. 2863 del 20/12/2011 così come modificate ed integrate dalle DD.GG.RR. nn. 1202/2014 e 2274/2014 e DGR n.2111/2020, e comunque nei limiti dei tetti di spesa assegnati;
- 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 versi 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) Di 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.
- k) Di 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) Di prendere atto che dal 1° gennaio 2011, tutte le SDO devono essere codificate nel rispetto della versione CMS 24 del Grouper.
- m) Di assumere l'impegno di adempiere agli obblighi informativi e di comunicazione previsti dal presente accordo, compresi quelli previsti nei confronti dei Cittadini. La violazione di tale obbligo **da luogo nei suoi confronti dell'Erogatore al richiamo ed eventuale diffida.**
- n) Di essere consapevole: 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..
- o) Di garantire il rispetto dei tassi occupazionali pro- die dei posti letto accreditati.
- p) Di 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, quali condizioni preesistenti allo status di soggetto accreditato.
- q) Di garantire e non intralciare le attività dell'Azienda ASL, esperite per il tramite delle strutture UVARP e NIR, finalizzate ad accertare sia l'appropriatezza delle prestazioni erogate sia la congruenza tra prescrizioni e prestazioni rese correlate ai requisiti strutturali e tecnologici in possesso ed in uso, oltre alle relative tariffe, ai sensi della normativa vigente. L'Erogatore è consapevole che tali controlli possono essere effettuati

- in qualsiasi momento e nei limiti temporali decadenziali dell'anno solare in cui si concludono. Pertanto, sul presupposto che i controlli per l'anno 2019 si concludano, obbligatoriamente nell'anno 2020, ne discende che l'applicazione delle suddette misure devono essere disposte e concludersi nell'anno solare e comunque entro il 31/12/2020.
- r) Di impegnarsi ad inviare l'eventuale documentazione necessaria per la rendicontazione delle attività e delle funzioni non tariffate entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di riferimento. L'erogatore è consapevole che i criteri di rendicontazione sono quelli previsti dalla DGR 982/2016, che qui s'intendono integralmente trascritti.
 - s) Di impegnarsi ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) a trasmettere annualmente alla Sezione Gestione Accentrata Finanziaria Sanitaria della Regione Puglia, l'ultimo bilancio approvato e la relativa relazione sull'ultimo bilancio approvato, redatti da una primaria società di revisione 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.
 - t) Di impegnarsi ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) ad 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 -.
 - u) Di impegnarsi ai sensi del D.M. 70/2015 allegato 1) punto 4.6) a 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.
 - v) Di impegnarsi, in conformità al Decreto Ministeriale n. 55 del 3 aprile 2013, a garantire in un'ottica di trasparenza, monitoraggio e rendicontazione della spesa pubblica, ad ottemperare all'obbligo di emissione, trasmissione, conservazione e archiviazione in forma elettronica delle fatture nei rapporti con le PA. La fatturazione elettronica dovrà essere conforme al tracciato - file xml - elaborato secondo il formato e il tracciato fattura PA. L'univocità del soggetto emittente e l'integrità del contenuto sono garantiti dalla firma elettronica qualificata di chi emette la fattura.

ART. 7

Obblighi e adempimenti demandati alla Azienda ASL territorialmente competente

La Azienda ASL, attraverso la Struttura UVARP è tenuta ad effettuare:

- a) le verifiche tecnico-sanitarie, riguardanti l'appropriatezza clinico-diagnostica e diagnostico-procedurale delle prestazioni sanitarie addebitate dall'erogatore, 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 e dalla DGR 90 del 22/9/2019.
- b) I controlli sulla corretta e veritiera compilazione della SDO, con la quale avviene l'assegnazione del relativo DRG.
- c) Il controllo Amministrativo, riguardante le prestazioni erogate in regime di Day-service, nel rispetto dei protocolli diagnostico-terapeutici, statuiti dalla Regione Puglia con le D.G.R. 433/2011 e DGR 2863 del 20/12/2011 così come modificate ed integrate dalle DD.GG.RR. nn. 1202/2014 e 2274/2014 e DGR n.2111/2020.
- 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 all'Erogatore.
- 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 e delle SDA nel SISR. Tale termine costituisce vincolo solo per la ASL e non già per l'Erogatore che deve garantire le prescrizioni previste dall'art. 6, lett. s) 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;

Luz
C

- h) Per i ricoveri "contestati" qualora la Direzione Sanitaria della struttura erogante accetta le contestazioni, occorre disporre nota integrativa da allegare alla SDO e/o alla SDA cartacea. Tale modifica dev'essere riportata nel SISR - Edotto da parte della struttura amministrativa dell'Azienda ASL.
- 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, da notificare da parte dell'Erogatore nei successivi 30 gg. vengano ritenute non esaustive, l'UVARP nei successivi 30 gg, quantifica i DRG non ammessi e/o modificati, dandone comunicazione all'Erogatore ed alla Sezione AFC (Amministrazione Finanza e Controllo), con nota a firma del Direttore Generale della ASL territorialmente competente.
- j) Qualora invece, le controdeduzioni formulate dall'erogatore vengano accettate dall'Azienda, si procede alla ammissione alle procedure di liquidazione dei ricoveri precedentemente contestati.
- k) Nei successivi 90 giorni, di cui al termine previsto dall'art. 6 lett. r) del presente accordo, la ASL dovrà procedere alla verifica e chiusura della rendicontazione delle funzioni non tariffate.
- l) A predisporre mensilmente e tempestivamente (possibilmente il giorno successivo lavorativo) i pagamenti rivenienti dai trasferimenti disposti dall'Ente Regione a favore dell'Erogatore, nella misura del **98%** del valore complessivo delle risorse assegnate con riferimento alle lett. **a) e c)** dell'art. 4, e nella misura del **100%** in riferimento alla **lett. b)** del succitato art. 4.

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 dell'Erogatore, con riferimento alla parte normativa richiamata in premessa.
- 2) I tetti di remunerazione di cui all'art. 5) 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 di procedere, nei limiti dei tetti di spesa assegnati e confermati, alla rimodulazione del piano e del volume delle prestazioni richieste all'Erogatore.
- 3) Il presente atto può essere oggetto di modifiche ed integrazioni per effetto di sopravvenute direttive o disposizioni regionali attinenti le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie, in regime di ricovero ed in regime ambulatoriale.

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 n. 90/2019.

Le parti si danno reciprocamente atto, che il presente contratto viene concluso in attuazione della normativa Nazionale e Regionale di cui in premessa ed in ottemperanza alle precisazioni formulate dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali unitamente al Comitato 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.

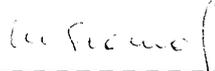
In considerazione dell'accettazione dei suddetti provvedimenti (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili".

Per tutto quanto non previsto nel presente contratto, si rimanda alle norme del c.c.

1007 

Letto, confermato e sottoscritto.

Le parti, altresì si danno reciprocamente atto che il presente accordo avrà efficacia previa ratifica ed approvazione da parte della Giunta Regionale

<p>Il DIRETTORE del DIPARTIMENTO</p> <p>Dott. Vito Montanaro</p> 	<p>Il Legale Rappresentante della Struttura Erogante :</p> <p>Il Direttore Generale</p> <p>Suor Margherita Bramato</p> 
<p>Data 22/04/2021</p>	<p>Data 22/04/2021</p>

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Cod. Civ, si approvano esplicitamente le regolamentazioni contrattuali di cui agli articoli : da art. 1 ad art. 9

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

L'Erogatore



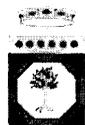


Protocollo d'intesa

REGIONE PUGLIA

e

IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo (FG)



**REGIONE
PUGLIA**



INDICE

- **PREMESSA**
- **1) Costituzione tavolo tecnico**
- **2) Revisione delle norme per il riconoscimento delle funzioni non tariffate**
- **3) Prestazioni territoriali. Riconoscimento**
- **4) Anticipazioni mensili e recupero produzione**
- **5) Progetto di rifunionalizzazione e art. 20**
- **6) Tariffe prestazioni di alta complessità**



Il giorno 29 luglio 2021, alle ore 17.30, nella Città del Vaticano, presso la Segreteria di Stato, sono presenti i signori:

- S.E.R. Cardinale Pietro Parolin, Segretario di Stato di Sua Santità, in rappresentanza della Fondazione “Casa Sollievo della Sofferenza” – Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di San Giovanni Rotondo (FG), Opera di San Pio da Pietrelcina;
- Dott. Michele Emiliano in qualità di Governatore della Regione Puglia.

Premesso che:

- l'attività sanitaria erogata da oltre sessant'anni dall'Ospedale “Casa Sollievo della Sofferenza” (di seguito indicato brevemente come Ospedale CSS) nell'ambito del territorio regionale ha ottenuto riconoscimenti scientifici a livello nazionale ed internazionale, anche per la sua naturale vocazione d'istituto di ricerca – riconoscimento certificato con decreto ministeriale in esito a periodiche ispezioni e conferma dei requisiti - e continuo impegno nell'aggiornamento tecnologico e professionale, tanto da rappresentare il più importante polo di attrazione di cittadini provenienti da fuori regione;
- che l'importanza strategica dell'offerta sanitaria assicurata sul territorio della provincia di Foggia dall'Ospedale CSS è stato nel tempo continuativamente confermato da tutti i provvedimenti di politica sanitaria emessi dal Governo regionale e, in ultimo, dall'inserimento dell'Ospedale CSS nella rete degli ospedali dedicati all'assistenza dei malati affetti da infezione Corona virus;
- che la missione dell'Ospedale CSS è sempre stata quella di garantire adeguati livelli di assistenza sanitaria a tutti i cittadini provenienti da ogni luogo ed in qualsiasi condizione, dal territorio regionale e nazionale ed anche a cittadini stranieri provvisti o meno di permesso di soggiorno (STP) e cittadini appartenenti all'Unione Europea non iscritti e non iscrivibili al SSN (ENI) ai sensi della normativa vigente, nonché la disponibilità incondizionata all'accoglienza ed assistenza sanitaria di pazienti provenienti da paesi del terzo mondo attraverso canali umanitari;
- anche a causa della grave crisi sanitaria che ha colpito il territorio della provincia di Foggia, l'intero territorio regionale e nazionale, l'Ospedale CSS registra una critica situazione economico-finanziaria, situazione venutasi ad aggravare a causa delle limitazioni allo svolgimento della ordinaria attività ospedaliera sia di ricovero che specialistica ambulatoriale;
- il periodo di emergenza sanitaria, ad oggi, risulta prorogato sino al 31 luglio 2021 e, pertanto, le criticità operative connesse ad una regolare attività di assistenza ospedaliera ed ambulatoriale persistono anche per l'esercizio in corso, ancorché si registrino evidenti segnali di recupero dei normali flussi di assistenza e conseguente produzione;
- che a seguito delle difficoltà causate dall'emergenza pandemica l'Ospedale CSS ha registrato diminuzioni di produzione nell'ordine del 30% rispetto ai volumi del 2019, pur nella invarianza dei costi fissi e che, in considerazione di tanto, i tetti di finanziamento previsti per il 2020 e 2021 sono previsti per importi ridotti

PP.



**REGIONE
PUGLIA**



- rispettivamente di 10 milioni per il 2020 e di 20 milioni per il 2021, come definiti nella D.G.R. n. 2039/2020;
- il D.L. n. 34/2020, convertito in Legge n. 77/2020 (art. 4, commi 1,2,3 e 4, incrementi tariffari ed i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e commi 5 e 5bis, contributo una tantum) ha inteso disciplinare tutta la materia del riconoscimento dei costi collegati all'attività di assistenza sanitaria resa da parte delle strutture ospedaliere inserite nelle reti Covid, rinviando all'emanazione di successivi provvedimenti attuativi un quadro più completo ed esaustivo ai fini della quantificazione dei rimborsi da riconoscere, fissando tuttavia un tetto massimo rapportato al finanziamento complessivo previsto nell'Accordo contrattuale vigente ovvero il budget previsto per il 2019, nella misura del 90% fermo restando la garanzia dell'equilibrio economico del SSR, salvo diverse disposizioni. La previsione al momento vale così come previsto dall'art. 5 bis del D.L. 9/11/2020 n. 149, convertito nella Legge 196/2020 di seguito riportato, salvo successive modificazioni e integrazioni:
 - *“Il predetto riconoscimento tiene conto, pertanto, sia delle attività ordinariamente erogate nel corso dell'anno 2020 di cui deve essere rendicontata l'effettiva produzione, sia, fino a concorrenza del predetto limite massimo del 90 per cento del budget, di un contributo una tantum legato all'emergenza in corso ed erogato dalle regioni e province autonome nelle quali insiste la struttura destinataria di budget, a ristoro dei soli costi fissi comunque sostenuti dalla struttura privata accreditata e rendicontati dalla stessa struttura che, sulla base di uno specifico provvedimento regionale, ha sospeso le attività previste dai relativi accordi e contratti stipulati per l'anno 2020. Resta fermo il riconoscimento, nell'ambito del budget assegnato per l'anno 2020, in caso di produzione del volume di attività superiore al 90 per cento e fino a concorrenza del budget previsto negli accordi e contratti stipulati per l'anno 2020, come rendicontato dalla medesima struttura interessata”.*
 - si prende atto che, nelle more dell'emanazione di tali provvedimenti, è stata già garantita la necessaria provvista finanziaria per assicurare il pagamento degli oneri di gestione dell'attività ed il mantenimento dei livelli di assistenza e di occupazione, preso atto che la Regione ha anticipato risorse finanziarie in misura significativamente superiore rispetto ai livelli di produzione, successivamente registratisi, in attuazione delle disposizioni normative nazionali e regionali (L.R. n. 37/14, art. 10 comma 5, secondo cui: *“In analogia a quanto previsto con la deliberazione della Giunta regionale 5 ottobre 2001, n. 1392 (Documento di indirizzo economico-funzionale del SSR per il 2001 (DIEF-SAN 2001) e Obiettivi funzionali per la programmazione triennale 2001-2003: Assegnazione alle aziende USL, alle aziende ospedaliere, agli EE e IRCCS dei limiti di remunerazione a valere sul FSR 2001), le disposizioni di cui ai commi 1 e 2 sono estese anche agli enti ecclesiastici e IRCCS privati. L'erogazione del conguaglio fra l'ammontare massimo riconosciuto e gli acconti erogati agli enti ecclesiastici e IRCCS privati è subordinata alla certificazione da parte delle aziende*

FR.



**REGIONE
PUGLIA**



sanitarie locali territorialmente competenti delle prestazioni e delle funzioni non tariffate degli enti ecclesiastici e IRCCS privati”.

- che le difficoltà emerse nel corso del periodo emergenziale hanno evidenziato la necessità improrogabile di procedere ad un adeguamento degli standard di accoglienza e assistenza, secondo un programma che renderà necessario un intervento complessivo di rifunzionalizzazione e ristrutturazione della struttura ospedaliera, oltre che una riorganizzazione dei servizi;
- che tale intervento è già da tempo oggetto di studio e analisi sotto l'aspetto urbanistico, avendo la Fondazione CSS avviato dal 2010 lo strumento della conferenza di servizi presso il Comune di San Giovanni Rotondo e che tale percorso è stato condiviso e sollecitato dalle Autorità regionali ed ha, quindi, necessità di essere supportato dagli organi di governo della Regione Puglia con ogni necessaria iniziativa finalizzata al miglioramento dell'offerta sanitaria nel territorio provinciale e regionale;
- la situazione economico finanziaria dell'Ospedale CSS, per il periodo 2019- 2020, è stata influenzata anche dagli effetti dell'ultimo Accordo contrattuale Nazionale del personale del comparto e della dirigenza medica, sottoscritto il 31/12/2018, nonché dalla mancata valorizzazione di alcune attività territoriali non riconducibili alle funzioni non tariffate (a titolo d'esempio postazione I18). Per quanto riguarda tutte le altre prestazioni tariffate (ad esempio dialisi) seguono le prescrizioni di cui alla Legge regionale n. 26/2006, che all'art. 14 ha previsto un contributo determinato a sostegno della funzione non sufficientemente remunerata. Inoltre, per quanto attiene le prestazioni di lungodegenza, si applica la normativa di riferimento con conseguente applicazione della tariffa giornaliera e di quella oltre soglia.
- che la Fondazione CSS ha instaurato due giudizi amministrativi RG 1951/2011 e 517/2012.
- che dovendosi procedere alla sottoscrizione del nuovo Accordo Contrattuale, la Regione Puglia ha richiesto che la Fondazione CSS espressamente ed incondizionatamente rinunci alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i provvedimenti relativi alla fissazione dei tetti di spesa e tariffari, ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, in osservanza alle disposizioni ministeriali, che hanno già formato oggetto di valutazione da parte del Giudice di I e II grado, che ha giudicato la clausola di salvaguardia come legittima. La stessa clausola è stata già sottoscritta da parte delle altre strutture private ed Enti Ecclesiastici così come richiesto inderogabilmente dal Ministero della Salute. Resta inteso che la clausola di salvaguardia deve intendersi applicabile al contratto a valere per gli anni 2019- 2020 e 2021 e non estende i suoi effetti ai due predetti contenziosi giudiziari definiti o in corso di definizione.
- tanto premesso si conviene quanto segue:

Pr.



**REGIONE
PUGLIA**



1. La Regione Puglia ha preso atto della situazione e si impegna entro 30 giorni dalla sottoscrizione del presente atto a costituire presso la Presidenza della Regione Puglia un tavolo tecnico di confronto con l'Ospedale CSS a cui dovrà partecipare per quanto di sua competenza anche la ASL provinciale di Foggia, avente la finalità di ricercare, con il concorso di tutte le parti in causa (e quindi ove necessario con il coinvolgimento diretto del Ministero della Salute), le modalità ed interventi necessari per garantire l'equilibrio della gestione dell'Ospedale CSS, nel rispetto delle norme di legge, ed assicurare allo stesso una sufficiente autonoma capacità di equilibrio finanziario futuro, nelle more della completa realizzazione del progetto di rifunzionalizzazione e ristrutturazione del complesso ospedaliero di cui al punto 6).
2. Le parti, preso atto che la vigente normativa che disciplina le modalità di rendicontazione delle funzioni non tariffate così come prevista dalla Delibera di Giunta Regionale n. 982 del 6/7/2016, in sede di adozione, ha generato difficoltà applicative, concordano sull'impegno reciproco di aggiornare il percorso normativo e di regolamentazione per il riconoscimento delle funzioni non tariffate.
3. Quanto alle prestazioni tariffate sia di ricovero che ambulatoriali relative agli anni dal 2007 al 2019, si prende atto che risultano espletate tutte le attività di controllo da parte della ASL, così come risultante nel Sistema Informativo Regionale Edotto.
4. Quanto alle prestazioni erogate dall'Ospedale CSS e di competenza territoriale, non rientranti nelle prestazioni oggetto del tetto di spesa, così come definite, individuate e acquisite agli atti d'ufficio sottoscritti dalle parti in data 7/10/2019, la Regione, confermando in questa sede il riconoscimento in linea di principio del diritto al rimborso degli oneri riferiti a tali prestazioni in favore dell'Ospedale CSS, assume l'impegno di avviare ogni utile processo che porti all'approvazione dei necessari provvedimenti, tali che consentano di procedere al riconoscimento delle somme dovute all'Ospedale CSS per gli anni dal 2016 al 2021, nella misura di quanto previsto dalle norme di legge nazionale e regionale. Le parti si impegnano reciprocamente a favorire ogni necessaria attività intesa a trasferire definitivamente la competenza di tali prestazioni in capo alla ASL provinciale di Foggia.
5. La Regione si impegna ad anticipare dal 2021 le quote mensili nella misura del contratto annuale da sottoscrivere in conformità al verbale del 13/04/2021, che comportava una decurtazione di 20 mln di euro per l'anno 2021, rispetto al tetto 2019, Verbale condiviso e sottoscritto dallo stesso IRCCS.
La Regione conferma che i tetti di finanziamento, temporaneamente ridotti in ragione della accertata minore produzione di cui alla D.G.R. n. 2111/2020, saranno tempestivamente ripristinati nel 2022 al verificarsi della condizione di ripresa della produzione e raggiungimento dei livelli di produzione ante Covid.
6. Con riferimento al progetto di rifunzionalizzazione e ristrutturazione del complesso ospedaliero le parti si danno reciprocamente atto del comune interesse a consentire la realizzazione delle opere necessarie nel più breve tempo possibile e pertanto, ognuna

FR.



**REGIONE
PUGLIA**



per quanto di propria competenza, si impegnano a dare avvio ad ogni necessaria attività. Pertanto, la Fondazione CSS formalizzerà tempestivamente una istanza/richiesta alla Regione Puglia per accedere ad un finanziamento ex art. 20 della Legge n.67 e che tale istanza sarà inoltrata al Ministero della Salute opportunamente accompagnata dal parere favorevole, ove richiesto o ritenuto necessario o comunque utile all'ottenimento del finanziamento, anche proponendo un nuovo Accordo di Programma e/o modificando e/o integrando quello vigente. Resta inteso tra le parti che il progetto sarà adeguatamente corredato da una relazione tecnica che illustri i programmi di sviluppo dell'attività produttiva coerente con la programmazione regionale e condivisa con il Dipartimento della Salute e con la Direzione della ASL provinciale di Foggia per quanto di sua competenza. Le parti concordano sulla necessità di dare impulso all'attività ospedaliera di alta complessità al fine di contenere i flussi di mobilità passiva, anche attraverso l'attivazione di progetti specifici.

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE PUGLIA

Dott. Michele Emiliano

IL SEGRETARIO DI STATO

Card. Pietro Parolin