

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 2 agosto 2022, n. 1138

**Determinazione del Fondo Unico di Remunerazione per le Strutture Equiparate che erogano Assistenza Sanitaria ai sensi dell'art. 8 Quinquies Co. 2 Lett. A) B) C) D) E) e Bis) del. D.L.Vo 502/92 insistenti nell'ambito territoriale della Regione Puglia-Triennio 2022-2024.**

L'Assessore, sulla base dell'istruttoria espletata dai Dirigenti dei Servizi "Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera" e "Strategia e Governo dell'Assistenza Territoriale, Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR", confermata dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta e dal Direttore del Dipartimento, riferisce quanto segue:

**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 il quale 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. definiscano 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 negli accordi sottoscritti ed assegnate con il DIF;
- con riferimento agli erogatori privati di prestazioni ambulatoriali ed 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. In ogni caso 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.
- 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 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 aveva 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 rendeva necessario consentire una circolarità delle risorse all’interno dell’area, che tenesse conto dell’andamento della produzione dell’anno precedente.

#### **Di prendere atto che:**

- a) tali determinazioni, assunte in sede di confronto con i rappresentanti degli Enti interessati, venivano recepite con deliberazione di Giunta Regionale n. 1365 del 4/8/2021, in cui, tra l’altro, si stabiliva che il trasferimento delle risorse effettuato nell’anno 2021, all’interno del fondo unico di remunerazione per le strutture equiparate, aveva “carattere temporaneo” tanto che con la sottoscrizione del contratto 2022-2024, le stesse potevano essere riassegnate in toto o in parte a favore dell’IRCCS CSS, in relazione al processo di riorganizzazione della struttura ospedaliera, avviato e non ancora completato alla data della sottoscrizione dei contratti per il triennio 2019/ 2021;
- b) il processo di riorganizzazione all’interno dell’IRCCS CSS si è quasi completato, tanto da consentire un pieno recupero della produzione, che risulta essere tendenzialmente in linea con quella relativa all’anno 2019- ante pandemia;
- c) con riferimento al Piano di Recupero liste di attesa di cui all’art. 1 commi 276, e 279 della legge 30 dicembre 2021 n. 234, il comma 277, per il raggiungimento delle finalità di cui al comma 276, prevede il coinvolgimento anche delle strutture private accreditate, in deroga all’articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n.135, per un ammontare non superiore all’importo complessivo, come indicato nella tabella A dell’allegato 4) di cui alla succitata legge;

- d) con la deliberazione di Giunta regionale n. 1088 del 28/07/2022 è stato approvato il provvedimento recante: “Piano recupero Liste d’attesa. – Legge 13 ottobre 2020, n. 126 conversione del Decreto Legge 14 agosto 2020, n. 104. Aggiornato ai sensi della Legge 23 luglio 2021, n. 106. Art. 1, comma 276, 278 e 279 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234. Variazione al bilancio di previsione per l’e.f. 2022”;
- e) in conformità al comma n. 278 della legge 30 dicembre 2021 n. 234, e limitatamente all’anno 2022, è stato previsto una quota di finanziamento aggiuntiva a favore della regione Puglia, da attribuirsi a favore delle strutture pubbliche, degli EE.EE. e delle strutture private accreditate. Tale assegnazione, seppur attribuita alle strutture pubbliche e private, è finalizzata a garantire l’abbattimento delle liste d’attesa. A tale riguardo in considerazione che il settore pubblico sta gradualmente riprendendo la produzione corrente ed ordinaria, in quanto coinvolto anche nella gestione della pandemia, il finanziamento così assegnato e come rappresentato negli incontri con le OO.RR. datoriali ed al Ministero giusta nota AOO\_005PROT/24/02/2022/0001637, è stato ripartito pro quota soltanto a favore dei rispettivi comparti (EE.EE. e Case di Cura Private), in ragione dell’incidenza dei rispettivi fondi unici di remunerazione che per:
- 1) gli EE.EE. ammonta a € 419.800.00,00 ( € 357.790.000,00 + € 62.010.000,00);
  - 2) le Case di Cura accreditate ammontano a € 269.669.350,00.

Di conseguenza la quota parte delle risorse “abbattimento liste d’attesa” incide sui due fondi unici di remunerazione:

- 3) quanto a € 20.031.178,93 per gli EE.EE,
  - 4) quanto a € 12.867.544,00 per le Case di Cura accreditate.
- f) le tipologie di prestazioni da erogarsi sono quelle richiamate negli allegati 1-2-3 e 4, parte integrante degli accordi contrattuali, che con il presente provvedimento si ratificano, a cui l’erogatore dovrà attenersi nel rispetto del piano di recupero concordato ed approvato dal Ministero giusta nota prot. AOO\_005PROT/24/02/2022/0001637 e prot. n. 0008873 del 24-04- 2022 DGPROGS-MDS-P PUGLIA –160–29/06/2022-0000038-A, che riguarda essenzialmente tre sezioni:
1. Ricoveri ospedalieri;
  2. Screening oncologici;
  3. Prestazioni di specialistica ambulatoriale.
- g) l’erogatore ha l’obbligo di predisporre dettagliato elenco dei volumi di prestazioni erogati nel corso dell’anno 2021, con riferimento alle stesse tipologie di prestazioni, oggetto del piano abbattimento liste d’attesa. Tanto al fine di valutare ex post la destinazione vincolata delle risorse assegnate per le finalità concordate. A tal proposito, gli Enti Ecclesiastici dovranno rendicontare entro il 10 ottobre 2022 ed il 10 gennaio 2023 la produzione relativa all’abbattimento liste d’attesa, con riferimento rispettivamente al periodo agosto- settembre 2022 e ottobre – dicembre 2022.
- h) le disposizioni riportate nella presente deliberazione non comportano maggiori oneri per il bilancio regionale considerato che le somme rientrano nei tetti di spesa di cui alla quota del Fondo Sanitario Regionale, per gli Enti Ecclesiastici Miulli e Panico per un totale di euro 20.031.178,93, e negli specifici finanziamenti vincolati per l’abbattimento liste di attesa di cui alla Deliberazione di Giunta regionale n. 1088 DEL 28/07/2022.

**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”.

### Valutazione di impatto di genere

La presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di impatto di genere ai sensi della DGR n. 302 del 07/03/2022. L’impatto di genere stimato è:

- diretto
- indiretto
- neutro

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

La spesa di cui alla presente deliberazione trova copertura per euro 20.031.178,93 sul cap. di spesa U1301096 “TRASFERIMENTO AGLI ENTI DEL SSR RISORSE PIANO PER IL RECUPERO DELLE LISTE D’ATTESA. RISORSE DI CUI ALL’ART. 1, COMMI 276 E 279 DELLA LEGGE 30 DICEMBRE 2021, N. 234” di cui al cap. di entrata E2037273 – “RISORSE PIANO PER IL RECUPERO DELLE LISTE D’ATTESA. RISORSE DI CUI ALL’ART. 1, COMMI 276 E 279 DELLA LEGGE 30 DICEMBRE 2021, N. 234”.

Il presente provvedimento assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di Bilancio di cui al D.lgs. n. 118/2011.

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 approvare l’allegato A – Parere Tecnico, parte integrante della presente deliberazione;
2. di determinare il fondo unico di remunerazione regionale per il triennio 2022-2024, per l’area “Enti Ecclesiastici”, nel rispetto dei vincoli di bilancio, distinto per singole macro aggregati, così come di seguito riportato, che tiene conto del completamento del processo di riorganizzazione dell’IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, fermo restando la facoltà demandata ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. di stabilire, sulla base del proprio fabbisogno, volumi e tipologie di prestazioni da acquistare;
3. di stabilire, in conformità al comma n. 278 della legge 30 dicembre 2021 n. 234, e limitatamente all’anno 2022, una quota di finanziamento aggiuntiva a favore degli EE.EE., determinato sulla base della capacità produttiva e del tetto di spesa di ciascun Ente, da attribuirsi come di seguito riportato:

<b>Prestazioni di ricovero ordinario, DH, day service, e prestazioni ambulatoriali per pazienti residenti in regione puglia</b>	
<b>ENTE</b>	<b>Triennio: 2022/2023/2024</b>
E.E. MIULLI	€ 108.510.000,00
E.E. Card. Panico	€ 76.600.000,00
E.E. Casa Sollievo della Sofferenza	€ 172.680.000,00
<b>Totale</b>	<b>€ 357.790.000,00</b>



<b>Prestazioni di ricovero ordinario, DH, day service, e prestazioni ambulatoriali per pazienti residenti in altre regioni italiane</b>	
<b>ENTE</b>	<b>Triennio: 2022/2023/2024</b>
E.E. MIULLI	€ 7.937.000,00
E.E. Card. Panico	€ 1.657.765,00
E.E. Casa Sollievo della Sofferenza	€ 30.260.710,00
<b>Totale</b>	<b>€ 39.855.475,00</b>

<b>Finanziamento per funzioni assistenziali</b>	
<b>ENTE</b>	<b>Triennio: 2022/2023/2024</b>
E.E. MIULLI	€ 19.100.000,00
E.E. Card. Panico	€ 9.410.000,00
E.E. Casa Sollievo della Sofferenza	€ 33.500.000,00
<b>Totale</b>	<b>€ 62.010.000,00</b>

<b>Rendicontazione farmaci</b>	
<b>ENTE</b>	<b>Triennio: 2022/2023/2024</b>
E.E. MIULLI	€ 10.000.000,00
E.E. Card. Panico	€ 8.800.000,00
E.E. Casa Sollievo della Sofferenza	€ 13.000.000,00
<b>Totale</b>	<b>€ 31.800.000,00</b>

<b>Abbattimenti liste d'attesa - art. 1 commi 276 e 279 della legge 30 dicembre 2021 n. 234,</b>	
<b>ENTE</b>	<b>Anno: 2022</b>
E.E. MIULLI	€ 11.970.520,03
E.E. Card. Panico	€ 8.060.658,89

Il finanziamento aggiuntivo, ex Legge 234/2021 è da riconoscersi in correlazione alla erogazione delle prestazioni aggiuntive.

4. di prendere atto che in data 20.07.2022 la Pia Fondazione di Culto e di Religione card. G. Panico EE.EE -, l'Ente Ecclesiastico - Ospedale Francesco Miulli e la Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza opera S. Pio da Pietrelcina, hanno sottoscritto i contratti a valere per il triennio 2022 – 2024 -, con la precisazione che i relativi sub tetti, comprensivo della quota aggiuntiva per l'abbattimento liste d'attesa, sono da considerarsi distinti, non trasferibili e non compensabili tra loro, fermo restando la ratifica da parte della giunta regionale;

5. di ratificare gli accordi contrattuali riferiti agli anni 2022, 2023 e 2024 sottoscritti in data 20/7/2022 di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento, ed afferenti:

- a) l'IRCCS privato "Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza opera di S. Pio" - San Giovanni Rotondo - FG) - (All. A);
- b) l'Ente Ecclesiastico - Ospedale Francesco Miulli – Acquaviva delle Fonti – BA (All. B);
- c) la Pia Fondazione di Culto e di Religione card. G. Panico EE.EE – Tricase – LE- (All. C);

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 autorizzare la Sezione AFCss al pagamento delle anticipazioni mensili agli EE ed IRCCS privati per il tramite delle ASL territorialmente competenti, nella misura dei contratti sottoscritti (ad esclusione della quota aggiuntiva per l'abbattimento liste di attesa, per la quale è previsto il rimborso a rendicontazione);

8. di disporre che il presente atto sia notificato, a cura della Sezione SGO, agli erogatori interessati per il tramite delle Direzioni generali delle AA.SS.LL. in cui insistono le strutture erogatrici;

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 DIRIGENTE DEL SERVIZIO "Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale, Rapporti Istituzionali e Capitale Umano S.S.R."

**Antonella CAROLI**

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

**Vito CARBONE**

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE "Strategie e Governo dell'Offerta"

**Mauro NICASTRO**

IL DIRETTORE di Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale

**Vito MONTANARO**

L'ASSESSORE

**Rocco PALESE**

#### **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 approvare l'allegato A – Parere Tecnico, parte integrante della presente deliberazione;
2. di determinare il fondo unico di remunerazione regionale per il triennio 2022-2024, per l'area "Enti Ecclesiastici", nel rispetto dei vincoli di bilancio, distinto per singole macro aggregati, così come di seguito riportato, che tiene conto del completamento del processo di riorganizzazione dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, fermo restando la facoltà demandata ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. di stabilire, sulla base del proprio fabbisogno, volumi e tipologie di prestazioni da acquistare;
3. di stabilire, in conformità al comma n. 278 della legge 30 dicembre 2021 n. 234, e limitatamente all'anno 2022, una quota di finanziamento aggiuntiva a favore degli EE.EE., determinato sulla base della capacità produttiva e del tetto di spesa di ciascun Ente, da attribuirsi come di seguito riportato :

<b>Prestazioni di ricovero ordinario, DH, day service, e prestazioni ambulatoriali per pazienti residenti in regione puglia</b>	
<b>ENTE</b>	<b>Triennio: 2022/2023/2024</b>
E.E. MIULLI	€ 108.510.000,00
E.E. Card. Panico	€ 76.600.000,00
E.E. Casa Sollievo della Sofferenza	€ 172.680.000,00
<b>Totale</b>	<b>€ 357.790.000,00</b>

<b>Prestazioni di ricovero ordinario, DH, day service, e prestazioni ambulatoriali per pazienti residenti in altre regioni italiane</b>	
<b>ENTE</b>	<b>Triennio: 2022/2023/2024</b>
E.E. MIULLI	€ 7.937.000,00
E.E. Card. Panico	€ 1.657.765,00
E.E. Casa Sollievo della Sofferenza	€ 30.260.710,00
<b>Totale</b>	<b>€ 39.855.475,00</b>

<b>Finanziamento per funzioni assistenziali</b>	
<b>ENTE</b>	<b>Triennio: 2022/2023/2024</b>
E.E. MIULLI	€ 19.100.000,00
E.E. Card. Panico	€ 9.410.000,00
E.E. Casa Sollievo della Sofferenza	€ 33.500.000,00
<b>Totale</b>	<b>€ 62.010.000,00</b>

<b>Rendicontazione farmaci</b>	
<b>ENTE</b>	<b>Triennio: 2022/2023/2024</b>
E.E. MIULLI	€ 10.000.000,00
E.E. Card. Panico	€ 8.800.000,00
E.E. Casa Sollievo della Sofferenza	€ 13.000.000,00
<b>Totale</b>	<b>€ 31.800.000,00</b>

<b>Abbattimenti liste d'attesa - art. 1 commi 276 e 279 della legge 30 dicembre 2021 n. 234,</b>	
<b>ENTE</b>	<b>Anno: 2022</b>
E.E. MIULLI	€ 11.970.520,03
E.E. Card. Panico	€ 8.060.658,89

Il finanziamento aggiuntivo, ex Legge 234/2021 è da riconoscersi in correlazione alla erogazione delle prestazioni aggiuntive.

4. di prendere atto che in data 20.07.2022 la Pia Fondazione di Culto e di Religione card. G. Panico EE.EE -, l'Ente Ecclesiastico - Ospedale Francesco Miulli e la Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza opera S. Pio da Pietrelcina, hanno sottoscritto i contratti a valere per il triennio 2022 – 2024 -, con la precisazione che i relativi sub tetti, comprensivo della quota aggiuntiva per l'abbattimento liste d'attesa, sono da considerarsi distinti, non trasferibili e non compensabili tra loro, fermo restando la ratifica da parte della giunta regionale;

5. di ratificare gli accordi contrattuali riferiti agli anni 2022, 2023 e 2024 sottoscritti in data 20/7/2022 di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento, ed afferenti:

- a) l'IRCCS privato "Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza opera di S. Pio" - San Giovanni Rotondo - FG) - (All. A);
- b) l'Ente Ecclesiastico - Ospedale Francesco Miulli – Acquaviva delle Fonti – BA (All. B);
- c) la Pia Fondazione di Culto e di Religione card. G. Panico EE.EE – Tricase – LE- (All. C);

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 autorizzare la Sezione AFCss al pagamento delle anticipazioni mensili agli EE ed IRCCS privati per il tramite delle ASL territorialmente competenti, nella misura dei contratti sottoscritti (ad esclusione della quota aggiuntiva per l'abbattimento liste di attesa, per la quale è previsto il rimborso a rendicontazione);
8. di disporre che il presente atto sia notificato, a cura della Sezione SGO, agli erogatori interessati per il tramite delle Direzioni generali delle AA.SS.LL. in cui insistono le strutture erogatrici;
9. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

**Il Segretario della Giunta**

ANNA LOBOSCO

**Il Presidente della Giunta**

MICHELE EMILIANO

**ALLEGATO A****PARERE TECNICO**

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 negli accordi sottoscritti ed assegnate con il DIEF.

Con riferimento agli erogatori privati di prestazioni ambulatoriali ed 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. In ogni caso 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.

Con la presente Deliberazione si intende prendere atto che in data 20.07.2022 la Pia Fondazione di Culto e di Religione card. G. Panico EE.EE, l'Ente Ecclesiastico - Ospedale Francesco Miulli e la Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza opera S. Pio da Pietrelcina, hanno sottoscritto i contratti a valere per il triennio 2022 – 2024, che si intendono ratificati.

Per quanto concerne i Tetti di spesa ordinari, la spesa rientra nella quota del Fondo Sanitario Regionale. Mentre per la riduzione delle liste di attesa, la spesa rientra nello specifico finanziamento di cui al cap. di spesa U1301096 "TRASFERIMENTO AGLI ENTI DEL SSR RISORSE PIANO PER IL RECUPERO DELLE LISTE D'ATTESA. RISORSE DI CUI ALL'ART. 1, COMMI 276 E 279 DELLA LEGGE 30 DICEMBRE 2021, N. 234".

**LA PRESENTE PROPOSTA DI DELIBERAZIONE COMPORTA IMPLICAZIONI DI NATURA FINANZIARIA SUL FONDO SANITARIO REGIONALE**

SI  NO

**IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE PROPONENTE**

Firmato digitalmente da:  
MAURO NICASTRO  
Regione Puglia  
Firmato il: 25-07-2022 12:08:38  
Seriale certificato: 644715  
Valido dal: 03-04-2020 al: 03-04-2023

**PRESA D'ATTO DEGLI EFFETTI FINANZIARI DELLA PROPOSTA DI DELIBERAZIONE  
SUL FONDO SANITARIO REGIONALE (D.LGS. 118/2011 – Art. 9 c. 4 LL.GG. approvate con DGR 2100/2019)**

**IL RESPONSABILE DELLA GSA**



BENEDETTO GIOVANNI  
PACIFICO  
02.08.2022 11:26:52 UTC

ALLA)



## REGIONE PUGLIA

### Accordo contrattuale riferito all'anno 2022/2023/2024

#### 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 Animale 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.**

#### 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'accredimento 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



ALLA)

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 iscritte 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 richiamati 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

1. Il presente accordo con validità per gli anni 2022, 2023 e 2024 -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

<b>Elementi essenziali oggetto dell'accordo</b>
---

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) dell'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 del triennio di riferimento, 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.

ALLA)

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 del d.lgs. 502/1992 e s.m.i.
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. Stabilisce 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 del d.lgs. 502/1992 e s.m.i.

#### Art. 2

<b>Programma di erogazione dei servizi e delle attività</b>
---

- 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,ENI. Per questi ultimi limitatamente alle prestazioni salva vita);
  2. i cittadini di residenza extraregionale.

#### Art. 3

<b>Requisiti dei servizi</b>
------------------------------

- 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,



ALLA)  
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 riguarderanno le prestazioni da erogarsi, per l'intero triennio, così come di seguito specificato:

#### A) PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E PRESTAZIONI AMBULATORIALI:

Prestazioni di ricovero ordinario, DH, Day service e prestazioni ambulatoriali per complessivi € 202.940.710,00 di cui:

- a) quanto a € 172.680.000,00 per garantire le prestazioni nei confronti dei pazienti residenti nella Regione Puglia;
- b) quanto a € 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 lett. a) e b) 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 come da DGR n. 2111/2020 e DGR n. 403/2021.

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 2022, 2023 e 2024 pari a € 33.500.000,00\*\*\* annui, 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 conviene che la remunerazione delle funzioni non

ALL.A)

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 DUEF 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.

Resta confermata la previsione di cui al punto 15 della DGR n. 1159 del 28/06/2018, che prevede la possibilità di " *rimodulare le percentuali per ciascun ente tenuto conto delle specifiche caratteristiche ed attività erogate, fermo restando il limite insuperabile dei tetti di spesa*" previsto per ogni singolo erogatore.

**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



ALL.A)

fare riferimento alla spesa riconosciuta su base regionale nel sistema Edotto con riferimento all'anno 2015. Pertanto si conviene che:

- a) per gli anni 2022, 2023 e 2024, sarà riconosciuta la produzione erogata, nei limiti del valore economico di **€ 30.260.710,00**.
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 c/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



ALL.A)

- 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. 26 della l.r. n. 9/2017 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.



ALL.A)

- 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 concludono, 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.

ALL.A)

- 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 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



ALLA)  
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.

**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><b>II DIRETTORE del DIPARTIMENTO</b></p> <p><b>Dott. Vito Montanaro</b></p>	<p><b>Il Legale Rappresentante della Struttura Erogante :</b></p> <p><b>Il Direttore Generale</b></p> <p><b>Dott. Michele Giuliani</b></p>
<p>Data 19/07/2022</p>	<p>Data 19/07/2022</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. 8.*

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

L'Erogatore

ALL. B)



## REGIONE PUGLIA

### Accordo contrattuale riferito all'anno 2022/2023/2024

#### 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 Animale Dott. Vito Montanaro, in forza della deliberazione di nomina della Giunta Regionale del 26 Aprile 2021 n. 684

#### 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 n. 2 del 5/1/2014 del Governatore Arcivescovo Giovanni Ricchiuti 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. n. 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.

#### 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.

ALL. B)

**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) c) c 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 iscritte 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 richiamati 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**

1. Il presente accordo con validità per gli anni 2022, 2023 e 2024 -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) dell'art. 8 quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i.





ALL. B)

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 del triennio di riferimento, 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 del d.lgs. 502/1992 e s.m.i.
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. Stabilisce 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 del d.lgs. 502/1992 e s.m.i.

#### Art. 2

<b>Programma di erogazione dei servizi e delle attività</b>
---

- 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,ENI. Per questi ultimi limitatamente alle prestazioni salva vita);
  2. i cittadini di residenza extraregionale.

#### Art. 3

<b>Requisiti dei servizi</b>
------------------------------



ALL. B)

- 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 riguarderanno le prestazioni da erogarsi, per l'intero triennio, così come di seguito specificato:

#### A) PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E PRESTAZIONI AMBULATORIALI:

Prestazioni di ricovero ordinario, DH, Day service e prestazioni ambulatoriali per complessivi € 116.447.000,00 di cui:

- a) quanto a € 108.510.000,00 per garantire le prestazioni nei confronti dei pazienti residenti nella Regione Puglia;
- b) quanto a € 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 ricentrano nei tetti di spesa di cui alle precedenti lett. a) e b) e sono riconosciute extra tetto.

#### A1) PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E PRESTAZIONI AMBULATORIALI ABBATTIMENTO LISTE D'ATTESA :

Limitatamente al solo anno 2022, è previsto un finanziamento aggiuntivo nella misura di € 11.970.520,03 quale quota determinata sulla base della incidenza del proprio valore di budget rispetto a quello complessivo della ospedalità privata, con riferimento al Piano di Recupero liste di attesa di cui all'art. 1 commi 276, c 279 della legge 30 dicembre 2021 n. 234, che al comma 277, per il raggiungimento delle finalità di cui al comma 276, prevede il coinvolgimento anche delle strutture private accreditate, in deroga all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n.135, per un ammontare non superiore all'importo complessivo, come indicato nella tabella A dell'allegato 4) di cui alla succitata legge. A tale riguardo le tipologie di prestazioni sono quelle richiamate negli allegati 1-2-3 e 4, tutti parte integrante del presente accordo, a cui l'erogatore dovrà attenersi nel rispetto del piano di

ALL B)

recupero concordato ed approvato dal Ministero e che riguarda essenzialmente tre sezioni:

1. Ricoveri ospedalieri;
2. Screening oncologici;
3. Prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Pertanto, dopo la sottoscrizione del presente Accordo, l'erogatore ha l'obbligo di inviare dettagliato elenco dei volumi di prestazioni erogati nel corso dell'anno 2021, con riferimento alle stesse tipologie di prestazioni, oggetto del piano abbattimento liste d'attesa. Tanto al fine di valutare ex post la destinazione vincolata delle risorse assegnate per le finalità concordate.

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 come da DGR n. 2111/2020 e DGR n. 403/2021.

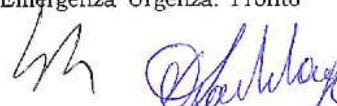
Per i volumi di attività e relativi costi eccedenti i valori massimi contrattuali non potrà essere riconosciuta alcuna remunerazione. Tale limitazione vale anche per le prestazioni effettuate in favore di cittadini residenti fuori regione per le motivazioni richiamate nel successivo art. 5.

**c) FINANZIAMENTO FUNZIONI ASSISTENZIALE :**

- per gli anni 2022, 2023 e 2024 pari a **€ 19.100.000,00\*\*\*** annui, comprensiva 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 conviene 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





ALL. B)

soccorso, Rianimazioni e Terapie Intensive), le stesse saranno riconosciute nel rispetto dei criteri previsti dalla DGR n. 982 del 6/7/2016.

Resta confermata la previsione di cui al punto 15 della DGR n. 1159 del 28/06/2018, che prevede la possibilità di "rimodulare le percentuali per ciascun ente tenuto conto delle specifiche caratteristiche ed attività erogate, fermo restando il limite insuperabile del tetti di spesa" previsto per ogni singolo erogatore.

**RENDICONTAZIONE FARMACI pari a € 10.000.000,00.** 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 2022, 2023 e 2024, sarà riconosciuta la produzione erogata, nei limiti 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 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 motivatamente valide da un dirigente

ALL. B)

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.



## ALL. B)

- 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. 26 della l.r. n. 9/2017 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 concludono, 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.



ALL. B)

- 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.



ALL. B)

- 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.

**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**

ALL. B)

<b>IL DIRETTORE del DIPARTIMENTO</b>  <b>Dott. Vito Montanaro</b>	<b>i Legali Rappresentanti della Struttura Erogante</b>  <b>Il Delegato</b> <b>Mons. Domenico Laddaga</b>  <b>Direttore Sviluppo Strategico Pianificazione e Controllo - Dott. Vincenzo Capogna</b>
Data 19/07/2022	Data 19/07/2022

*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. 8.*

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

L'Erogatore



Classe 1: Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti

dir24	MDC	descrizione DRG
049	03	Interventi maggiori sul capo e sul collo
488	25	H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso
075	04	Interventi maggiori sul torace
076	04	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC
104	05	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco
105	05	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco
106	05	Bypass coronarico con PTCA
108	05	Altri interventi cardiotoracici
110	05	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC
111	05	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC
113	05	Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede
114	05	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio
149	06	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC
191	07	Interventi su pancreas, fegato e di stomaco con CC
213	08	Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo
285	10	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche
304	11	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC
334	12	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC
335	12	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC
468	NA	Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale
471	08	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori
504	22	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore con innesto di cute
506	22	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo
507	22	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo
531	01	Interventi sul midollo spinale con CC
532	01	Interventi sul midollo spinale senza CC
543	01	Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale
547	05	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore
548	05	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore
549	05	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore
550	05	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore
553	05	Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore
555	05	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore
557	05	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore
567	06	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastroenteriale maggiore
569	06	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastroenteriale maggiore
570	06	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastroenteriale maggiore
573	11	Interventi maggiori sulla vescica
002	01	Craniotomia, età > 17 anni senza CC
003	01	Craniotomia, età < 18 anni
528	01	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia
529	01	Interventi di anastomosi ventricolare con CC
530	01	Interventi di anastomosi ventricolare senza CC
533	01	Interventi vascolari extracranici con CC



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



534	01	Interventi vascolari vaskectomici senza CC
262	09	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne
146	06	Resezione rettale con CC
147	06	Resezione rettale senza CC
199	07	Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne
200	07	Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne
257	09	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC
258	09	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC
259	09	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC
260	09	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC
303	11	Interventi su rene e uretere per neoplasia
305	11	Prostatactomia con CC
307	11	Prostatactomia senza CC
338	12	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna
344	12	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne
354	13	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovulo o degli annessi con CC
355	13	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovulo o degli annessi senza CC
357	13	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne dell'ovulo o degli annessi
363	13	Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radicante per neoplasie maligne
364	13	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne
401	17	Urtoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC
402	17	Urtoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC
406	17	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC
407	17	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC
408	17	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi
539	17	Urtoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC
540	17	Urtoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC
216	08	Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo
208	PR	Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca
302	11	Trapianto renale
480	PR	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino
481	PR	Trapianto di midollo osseo
495	PR	Trapianto di polmone
512	PR	Trapianto simultaneo di pancreas/rene
513	PR	Trapianto di pancreas



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

ALL. 1

**Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, ma correlati a patologie di rilievo**

diag24	MDC	descrizione DRG
077	04	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC
286	10	Interventi sul surrene e sulla ipofisi
289	10	Interventi sulle paratiroidi
290	10	Interventi sulla tiroide
195	07	Colectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC
196	07	Colectomia con aspirazione del dotto biliare comune senza CC
197	07	Colectomia con esplorazione laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC
198	07	Colectomia con esplorazione laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC
201	07	Altri interventi epatobiliari o sul pancreas
493	07	Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC
494	07	Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC
150	06	Listi di aderenze peritoneali con CC
151	06	Listi di aderenze peritoneali senza CC
152	06	Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC
153	06	Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC
155	06	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC
156	06	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni
157	06	Interventi su ano e stoma con CC
158	06	Interventi su ano e stoma senza CC
159	06	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC
160	06	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC
161	06	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC
162	06	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC
163	06	Interventi per ernia, età < 18 anni
164	06	Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC
165	06	Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC
166	06	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC
167	06	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC
170	06	Altri interventi sull'apparato digerente con CC
171	06	Altri interventi sull'apparato digerente senza CC
192	07	Interventi su pancreas, fegato e di stant senza CC
193	07	Interventi sulle vie biliari eccetto colectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC
194	07	Interventi sulle vie biliari, eccetto colectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC
568	05	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore
117	05	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione
118	05	Sostituzione di pacemaker cardiaco
120	05	Altri interventi sull'apparato circolatorio
479	05	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC
515	05	Impianto di defibrillatore cardiaco senza catelesismo cardiaco
518	05	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA
525	05	Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca
535	05	Impianto di defibrillatore cardiaco con catelesismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock
536	05	Impianto di defibrillatore cardiaco con catelesismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

ALL.2

551	05	05	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi
552	05	05	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore
554	05	05	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore
556	05	05	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore
558	05	05	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore
577	01	01	Inserzione di stent carotideo
263	09	09	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC
264	09	09	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC
265	09	09	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC
266	09	09	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC
036	02	02	Interventi sulla retina
061	03	03	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni
062	03	03	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni
210	08	08	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC
211	08	08	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC
212	08	08	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni
218	08	08	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC
219	08	08	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC
220	08	08	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni
223	08	08	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC
230	08	08	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore
233	08	08	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC
305	11	11	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC
308	11	11	Interventi minori sulla vescica con CC
309	11	11	Interventi minori sulla vescica senza CC
310	11	11	Interventi per via transuretrale con CC
311	11	11	Interventi per via transuretrale senza CC
312	11	11	Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC
313	11	11	Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC
314	11	11	Interventi sull'uretra, età < 18 anni
315	11	11	Altri interventi sui rene e sulle vie urinarie
336	12	12	Prostatectomia transuretrale con CC
337	12	12	Prostatectomia transuretrale senza CC
339	12	12	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni
340	12	12	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni
341	12	12	Interventi sul pene
345	12	12	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne
353	13	13	Fisioterapia pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale
356	13	13	Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile
358	13	13	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC
359	13	13	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC
360	13	13	Interventi su vagina, cervico e vulva
365	13	13	Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile



*[Handwritten signature]*

ALL. 2  
*[Handwritten signature]*



Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità

drg24	MDC	descrizione DRG
287	10	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche
288	10	Interventi per obesità
291	10	Interventi sul coto tiragrosso
292	10	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC
293	10	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC
119	05	Legatura e stripping di vene
006	01	Decompressione del tunnel carpale
007	01	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC
008	01	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC
261	09	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale
267	09	Interventi perianali e pilonidali
268	09	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella
269	09	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC
220	09	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC
439	21	Trapianti di pelle per traumatismo
440	21	Sbrigliamento di ferite per traumatismo
441	21	Interventi sulla mano per traumatismo
442	21	Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC
443	21	Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC
037	02	Interventi sull'orbita
038	02	Interventi primari sull'iride
039	02	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
040	02	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni
041	02	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni
042	02	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino
050	03	Staloidectomia
051	03	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia
052	03	Riparazione di cheratochisi e di palatochisi
053	03	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni
054	03	Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni
055	03	Miscelanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
056	03	Rinoplastica
057	03	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni
058	03	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni
059	03	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni
060	03	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni
063	03	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola



*[Handwritten signature]*  
 ALL.3  
*[Handwritten signature]*

168	03	Interventi sulla bocca con CC
169	03	Interventi sulla bocca senza CC
217	08	Sviluppo ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo scheletrico e tessuto connettivo
224	08	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC
225	08	Interventi sul piede
226	08	Interventi sui tessuti molli con CC
227	08	Interventi sui tessuti molli senza CC
228	08	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC
229	08	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC
232	08	Artroscopia
234	08	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC
485	24	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumi multipli rilevanti
491	09	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori
496	08	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato
497	08	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC
498	08	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC
499	08	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC
500	08	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC
501	08	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC
502	08	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC
503	08	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
519	08	Artrodesi vertebrale cervicale con CC
520	08	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC
537	08	Ectissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC
538	08	Ectissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC
544	08	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori
545	08	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio
546	08	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna
342	12	Circuncisione, età > 17 anni
343	12	Circuncisione, età < 18 anni
361	13	Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube
362	13	Occlusione endoscopica delle tube



*[Handwritten signature]*

ALL.3  
*[Handwritten signature]*

Specialistica ambulatoriale	Codice Nomenclatore
Tipo di prestazione	
VISITA CARDIOLOGICA	89.7
VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	89.7
VISITA DERMATOLOGICA	89.7
VISITA ENDOCRINOLOGICA	89.7
VISITA FISIATRICA	89.7
VISITA GASTROENTEROLOGICA	89.7
VISITA GINECOLOGICA	89.26
VISITA NEUROLOGICA	89.13
VISITA OCULISTICA	95.02
VISITA ORTOPEDICA	89.7
VISITA OTORINO	89.7
VISITA PNEUMOLOGICA	89.7
VISITA UROLOGICA	89.7
Mammografia bilaterale	87.37.1
Mammografia monolaterale	87.37.2
TC del Torace	87.41
TC del Torace senza e con MCD	87.41.1
TC dell'addome superiore	88.01.1
TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2
TC dell'Addome inferiore	88.01.3
TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4
TC dell'addome completo	88.01.5
TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6
TC Cranio – encefalo	87.03
TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1
TC del rachide e dello specchio vertebrale cervicale	88.38.1
TC del rachide e dello specchio vertebrale toracico	88.38.1
TC del rachide e dello specchio vertebrale lombosacrale	88.38.1
TC del rachide e dello specchio vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2
TC del rachide e dello specchio vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2
TC del rachide e dello specchio vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2
TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5



*Handwritten signature*

ALL 4  
*Handwritten signature*



RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1
RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2
RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4
RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5
RM della colonna in toto	88.93
RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1
Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4
Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3
Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraortici	88.73.5
Ecografia dell'addome superiore	88.74.1
Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1
Ecografia dell'addome completo	88.76.1
Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1
Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2
Ecografia ostetrica	88.78
Ecografia ginecologica	88.78.2
Ecocolordopler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2
Colonscopia totale con endoscopia flessibile	45.23
Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42
Rettosigmoidoscopia con endoscopia flessibile	45.24
Esofagogastroduodenoscopia	45.13
Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16
Elettrocardiogramma	89.52
Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41
Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44
Esame audiometrico tonale	95.41.1
Spirometria semplice	89.37.1
Spirometria globale	89.37.2
Fotografia del fundus	95.11
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE: Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1



*[Handwritten signature]*

ALL. 4  
*[Handwritten signature]*

ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	93.08.1
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1
VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	93.08.1
EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1



ALL.4

ALL. C)



## REGIONE PUGLIA

### Accordo contrattuale riferito all'anno 2022/2023/2024

#### 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 Animale Dott. Vito Montanaro, in forza della deliberazione di nomina della Giunta Regionale del 26 Aprile 2021 n. 684

#### E

Pia Fondazione di Culto e di Religione card. G. Panico EE.EE - con sede Legale in Tricase - via San PIO X, 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.

#### 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



ALL. C)

- 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 richiamati 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

1. Il presente accordo con validità per gli anni 2022, 2023 e 2024 -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

<b>Elementi essenziali oggetto dell'accordo</b>
---

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) dell'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 del triennio di riferimento, 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.

ALL. C)

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 del d.lgs. 502/1992 e s.m.i.
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. Stabilisce 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 del d.lgs. 502/1992 e s.m.i.

#### 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,ENI Per questi ultimi limitatamente alle prestazioni salva vita);
  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.



ALL. C)

**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 riguarderanno le prestazioni da erogarsi, per l'intero triennio, così come di seguito specificato:

**A) PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E PRESTAZIONI AMBULATORIALI:**

Prestazioni di ricovero ordinario, DH, Day service e prestazioni ambulatoriali per complessivi € 78.257.765,00 di cui:

- a) quanto a € 76.600.000,00 per garantire le prestazioni nei confronti dei pazienti residenti nella Regione Puglia;
- b) quanto a € 1.657.765,00 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 lett. a) e b) e sono riconosciute extra tetto.

**A1) PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E PRESTAZIONI AMBULATORIALI ABBATTIMENTO LISTE D'ATTESA :**

Limitatamente al solo anno 2022, è previsto un finanziamento aggiuntivo nella misura di € 8.060.658,89, quale quota determinata sulla base della incidenza del proprio valore di budget rispetto a quello complessivo della ospedalità privata, con riferimento al Piano di Recupero liste di attesa di cui all'art. 1 commi 276, e 279 della legge 30 dicembre 2021 n. 234, che al comma 277, per il raggiungimento delle finalità di cui al comma 276, prevede il coinvolgimento anche delle strutture private accreditate, in deroga all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n.135, per un ammontare non superiore all'importo complessivo, come indicato nella tabella A dell'allegato 4) di cui alla succitata legge. A tale riguardo le tipologie di prestazioni sono quelle richiamate negli allegati 1-2-3 e 4, tutti parte integrante del presente accordo, a cui l'erogatore dovrà attenersi nel rispetto del piano di recupero concordato ed approvato dal Ministero e che riguarda essenzialmente tre sezioni:

1. Ricoveri ospedalieri;
2. Screening oncologici;
3. Prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Pertanto, dopo la sottoscrizione del presente Accordo, l'erogatore ha l'obbligo di inviare dettagliato elenco dei volumi di prestazioni erogati nel corso dell'anno 2021, con riferimento alle stesse tipologie di prestazioni, oggetto del piano abbattimento liste d'attesa. Tanto al fine di valutare ex post la destinazione vincolata delle risorse assegnate per le finalità concordate.



ALL. C)

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 come da DGR n. 2111/2020 e DGR n. 403/2021.

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.

**c) FINANZIAMENTO FUNZIONI ASSISTENZIALE :**

- per gli anni 2022, 2023 e 2024 pari a **€ 9.410.000,00\*\*\*** annui; 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 conviene 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.IEF 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.

Resta confermata la previsione di cui al punto 15 della DGR n. 1159 del 28/06/2018, che prevede la possibilità di " *rimodulare le percentuali per ciascun ente tenuto conto delle specifiche caratteristiche ed attività erogate, fermo restando il limite insuperabile dei tetti di spesa*" previsto per ogni singolo erogatore.

**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.





ALL. C)

## ART. 5

<b>Remunerazione delle prestazioni erogate nei confronti di residenti al di fuori della Puglia</b>
--

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 2022, 2023 e 2024, 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.






ALL. C)

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 1991 e s.m.i., costituisce parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale. La compilazione della scheda di dimissione ospedaliera e la codifica delle informazioni in essa contenute sono effettuate nel rigoroso rispetto delle istruzioni riportate nel disciplinare tecnico allegato al suddetto decreto e richiamate nella DGR 633 del 5/04/2011.
- 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.



ALL. C)

- 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. 26 della l.r. n. 9/2017 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 concludono, 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



ALL. C)

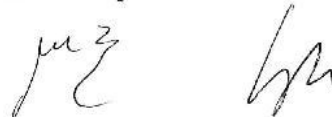
- risultati in modo esplicito ed inequivocabile l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità -.
- u) Di impegnarsi ai sensi del D.M. 70/2015 allegato 1) punto 4.6) a garantire le soglie minime di valore di attività, nel rispetto delle discipline accreditate 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 la 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.



ALL. C)

- 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.

**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**



ALL. C)

<b>IL DIRETTORE del DIPARTIMENTO</b>  <b>Dott. Vito Montanaro</b>	<b>Il Legale Rappresentante della Struttura Erogante :</b>  <b>Il Direttore Generale</b>  <b>Suor Margherita Bramato</b>
Data 19/07/2022	Data 19/07/2022

*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. 8.*

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

L'Erogatore

f

Classe 1: Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti

drg24	MDC	descrizione DRG
049	03	Interventi maggiori sul capo e sul collo
488	25	H.L.V. associato ad intervento chirurgico esteso
075	04	Interventi maggiori sul torace
076	04	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC
104	05	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco
105	05	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco
106	05	Bypass coronarico con PTCA
108	05	Altri interventi cardiotoracici
110	05	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC
111	05	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC
113	05	Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dite piede
114	05	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio
149	06	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC
191	07	Interventi su pancreas, fegato e di sinistri con CC
213	08	Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo
235	10	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche
304	11	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC
334	12	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC
335	12	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC
468	NA	Intervento di chirurgia estesa non correlata con la diagnosi principale
471	08	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori
504	22	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore con innesto di cute
506	22	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo
507	22	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo
531	01	Interventi sul midollo spinale con CC
532	01	Interventi sul midollo spinale senza CC
543	01	Cranioomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa nel sistema nervoso centrale
547	05	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore
548	05	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore
549	05	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore
550	05	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore
553	05	Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore
555	05	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore
557	05	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore
567	06	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastroenterale maggiore
569	06	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastroenterale maggiore
570	06	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastroenterale maggiore
573	11	Interventi maggiori sulla vescica
002	01	Cranioomia, età > 17 anni, senza CC
003	01	Cranioomia, età < 18 anni
528	01	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia
529	01	Interventi di anastomosi ventricolari con CC
530	01	Interventi di anastomosi ventricolari senza CC
533	01	Interventi vascolari extracranici con CC



*Handwritten signature*

534	01	Interventi vascolari extracranici senza CC
282	09	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne
146	06	Rimozione rettale con CC
147	06	Resezione rettale senza CC
199	07	Procedure diagnostiche spazibilarli per neoplasie maligne
200	07	Procedure diagnostiche spazibilarli non per neoplasie maligne
257	09	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC
258	09	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC
259	09	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC
260	09	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC
303	11	Interventi su rene e uretere per neoplasia
306	11	Prostatectomia con CC
307	11	Prostatectomia senza CC
338	12	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna
344	12	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne
354	13	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovario o degli annessi con CC
355	13	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovario o degli annessi senza CC
357	13	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovario o degli annessi
363	13	Dilatatore e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne
364	13	Dilatatore e raschiamento, conizzazione accetto per neoplasie maligne
401	17	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC
402	17	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC
406	17	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC
407	17	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC
408	17	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi
539	17	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC
540	17	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC
216	08	Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo
103	PR	Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca
302	11	Trapianto renale
480	PR	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino
481	PR	Trapianto di midollo osseo
495	PR	Trapianto di polmone
512	PR	Trapianto simultaneo di pancreas/rene
513	PR	Trapianto di pancreas



*Handwritten signature*



**Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, ma correlati a patologie di rilievo**

drizza	MDC	descrizione DRG
077	04	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC
286	10	Interventi sul surrene e sulla ipofisi
289	10	Interventi sulle paratiroidi
290	10	Interventi sulla tiroide
195	07	Colectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC
196	07	Colectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC
197	07	Colectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC
198	07	Colectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC
201	07	Altri interventi epatobiliari o sul pancreas
493	07	Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC
494	07	Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC
150	06	Listi di aderenze peritoneali con CC
151	06	Listi di aderenze peritoneali senza CC
152	06	Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC
153	06	Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC
155	06	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC
156	06	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni
157	06	Interventi su ano e stoma con CC
158	06	Interventi su ano e stoma senza CC
159	06	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC
160	06	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC
161	06	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC
162	06	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC
163	06	Interventi per ernia, età < 18 anni
164	06	Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC
165	06	Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC
166	06	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC
167	06	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC
170	06	Altri interventi sull'apparato digerente con CC
171	06	Altri interventi sull'apparato digerente senza CC
192	07	Interventi su pancreas, fegato o di shunt senza CC
193	07	Interventi sulle vie biliari eccetto colectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC
194	07	Interventi sulle vie biliari, eccetto colectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC
568	06	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale migliore
117	05	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione
118	05	Sostituzione di pacemaker cardiaco
120	05	Altri interventi sull'apparato circolatorio
479	05	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC
515	05	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco
518	05	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA
525	05	Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca
535	05	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock
536	05	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock



*Handwritten signature or initials.*

551	05	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi
552	05	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore
554	05	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore
556	05	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore
558	05	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore
577	01	Inserzione di stent carotideo
263	09	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC
264	09	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC
265	09	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC
266	09	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC
036	02	Interventi sulla retina
061	03	Mifringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni
062	03	Mifringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni
210	08	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC
211	08	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC
212	08	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni
218	08	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC
219	08	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC
220	08	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni
223	08	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC
230	08	Ectomia locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidolare di anca e femore
233	08	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC
305	11	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC
308	11	Interventi minori sulla vescica con CC
309	11	Interventi minori sulla vescica senza CC
310	11	Interventi per via transuretrale con CC
311	11	Interventi per via transuretrale senza CC
312	11	Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC
313	11	Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC
314	11	Interventi sull'uretra, età < 18 anni
315	11	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie
336	12	Prostatectomia transuretrale con CC
337	12	Prostatectomia transuretrale senza CC
339	12	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni
340	12	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni
341	12	Interventi sui pene
345	12	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne
353	13	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvotomia radicale
356	13	Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile
358	13	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC
359	13	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC
360	13	Interventi su vagina, cervice e vulva
365	13	Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile



**Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità**

dirz24	IMDC	descrizione DRG
287	10	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche
288	10	Interventi per obesità
291	10	Interventi sul dritto tireoideo
292	10	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC
293	10	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC
119	05	Legatura e stripping di vene
006	01	Decompressione dei tunnel carali
007	01	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC
008	01	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC
261	09	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale
267	09	Interventi perianali e pilonidali
268	09	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella
269	09	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC
270	09	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC
439	21	Trapianti di pelle per traumatismo
440	21	Sbrigliamento di ferite per traumatismo
441	21	Interventi sulla mano per traumatismo
442	21	Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC
443	21	Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC
037	02	Interventi sull'orbita
038	02	Interventi primari sull'iride
039	02	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomie
040	02	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni
041	02	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni
042	02	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino
050	03	Sialoadenectomia
051	03	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia
052	03	Riparazione di chelioschi e di palatoschi
053	03	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni
054	03	Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni
055	03	Miscelanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
056	03	Rinoplastica
057	03	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni
058	03	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni
059	03	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni
060	03	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni
063	03	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola



*Handwritten signature*



168	03	Interventi sulla bocca con CC
169	03	Interventi sulla bocca senza CC
217	08	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo
224	08	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC
225	08	Interventi sul piede
226	08	Interventi sui tessuti molli con CC
227	08	Interventi sui tessuti molli senza CC
228	08	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC
229	08	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC
232	08	Artroscopia
234	08	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico o tessuto connettivo senza CC
485	24	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumi multipli rilevanti
491	08	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori
496	08	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato
497	08	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC
498	08	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC
499	08	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC
500	08	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC
501	08	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infrazione con CC
502	08	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infrazione senza CC
503	08	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infrazione
519	08	Artrodesi vertebrale cervicale con CC
520	08	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC
537	08	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC
538	08	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC
544	08	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori
545	08	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio
546	08	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna
342	12	Circuncisione, età > 17 anni
343	12	Circuncisione, età < 18 anni
361	13	Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube
362	13	Occlusione endoscopica delle tube



Specialistica ambulatoriale		Codice Nomenclatore
Tipo di prestazione		
VISITA CARDIOLOGICA		89.7
VISITA CHIRURGIA VASCOLARE		89.7
VISITA DERMATOLOGICA		89.7
VISITA ENDOCRINOLOGICA		89.7
VISITA FISIATRICA		89.7
VISITA GASTROENTEROLOGICA		89.7
VISITA GINECOLOGICA		89.26
VISITA NEUROLOGICA		89.13
VISITA OCULISTICA		95.02
VISITA ORTOPEDICA		89.7
VISITA OTORINO		89.7
VISITA PNEUMOLOGICA		89.7
VISITA UROLOGICA		89.7
Mammografia bilaterale		87.37.1
Mammografia monolaterale		87.37.2
TC del Torace		87.41
TC del Torace senza e con MCD		87.41.1
TC dell'addome superiore		88.01.1
TC dell'addome superiore senza e con MDC		88.01.2
TC dell'Addome inferiore		88.01.3
TC dell'addome inferiore senza e con MDC		88.01.4
TC dell'addome completo		88.01.5
TC dell'addome completo senza e con MDC		88.01.6
TC Cranio – encefalo		87.03
TC Cranio – encefalo senza e con MDC		87.03.1
TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale		88.38.1
TC del rachide e dello speco vertebrale toracico		88.38.1
TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale		88.38.1
TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC		88.38.2
TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC		88.38.2
TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC		88.38.2
TC di Bacino e articolazioni sacroiliache		88.38.5



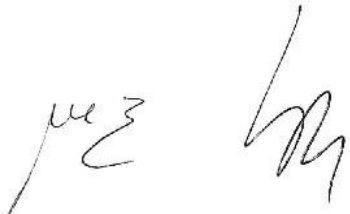
*Handwritten signatures and initials.*

RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1
RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2
RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4
RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5
RM della colonna in toto	88.93
RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1
Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4
Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3
Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraortici	88.73.5
Ecografia dell'addome superiore	88.74.1
Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1
Ecografia dell'addome completo	88.76.1
Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1
Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2
Ecografia ostetrica	88.78
Ecografia ginecologica	88.78.2
Ecocolorodoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2
Colonoscopia totale con endoscopia flessibile	45.23
Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42
Rettosigmoidoscopia con endoscopia flessibile	45.24
Esofagogastroduodenoscopia	45.13
Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16
Elettrocardiogramma	89.52
Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41
Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44
Esame audiometrico tonale	95.41.1
Spirometria semplice	89.37.1
Spirometria globale	89.37.2
Fotografia del fundus	95.11
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE.	
Analisi qualitative fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitative. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1





<p>ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE                  [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISSONOGRAFIA (89.17)</p>	<p>93.08.1</p>
<p>ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE                  [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. fino a 4 muscoli</p>	<p>93.08.1</p>
<p>VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo.                  Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)</p>	<p>93.08.1</p>
<p>EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)</p>	<p>93.08.1</p>




ALL 4

Firmato digitalmente da:  
 MAURO NICASTRO  
 Regione Puglia  
 Firmato il: 29-07-2022 13:09:27  
 Seriale certificato: 644715  
 Valido dal 03-04-2020 al 03-04-2023



**REGIONE PUGLIA**  
**SEZIONE BILANCIO RAGIONERIA PARERE DI REGOLARITA' CONTABILE**  
**(D. Lgs. n. 118/11 e s.m.i.)**

UFFICIO	TIPO	ANNO	NUMERO	DATA
SGO	DEL	2022	69	01.08.2022

DETERMINAZIONE DEL FONDO UNICO DI REMUNERAZIONE PER LE STRUTTURE EQUIPARATE CHE EROGANO ASSISTENZA SANITARIA AI SENSI DELL'ART. 8 QUINQUIES CO. 2 LETT. A) B) C) D) E) E BIS) DEL D.L.VO 502/92 INSISTENTI NELL'AMBITO TERRITORIALE DELLA REGIONE PUGLIA-TRIENNIO 2022-2024.

**Si esprime: PARERE DI REGOLARITA'CONTABILE POSITIVO**  
**LR 28/2001 art. 79 Comma 5**

**Responsabile del Procedimento**  
PO - CARMEN PARTIPILO

**Dirigente**  
D.SSA REGINA STOLFA

