

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 settembre 2025, n. 1314

Determinazione del Fondo Unico di Remunerazione per le Strutture Equiparate che erogano Assistenza Sanitaria nell'ambito territoriale della Regione Puglia – Triennio 2025-2027. Ratifica accordi contrattuali sottoscritti in data 19.06.2025.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta;

Visto il documento istruttorio della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta dell'Assessore alla Sanità e Benessere Animale, Sport per tutti;

PRESO ATTO:

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttorie e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 8 delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374;
- b) della dichiarazione del Direttore di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.;

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

DELIBERA

Tutto ciò premesso, ai sensi dell'art. 4, co. 4 lett. d) della L.R. 7/1997, si propone alla Giunta regionale:

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 2025-2027, per l'area "Enti Ecclesiastici", nel rispetto dei vincoli di bilancio, distinto per singole macro aggregati, così come di seguito riportato, con la precisazione che i relativi sub tetti sono da considerarsi distinti, non trasferibili e non compensabili tra loro:

TABELLA 1 - PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E PRESTAZIONI AMBULATORIALE			
ENTE	2025	2026	2027
E.E. MIULLI	113.807.850,00 €	113.935.500,00 €	113.935.500,00 €
E.E. CARD. PANICO	80.781.000,00 €	80.430.000,00 €	80.430.000,00 €

E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	175.723.800,00 €	181.314.000,00 €	181.314.000,00 €
TOTALE	370.312.650,00 €	375.679.500,00 €	375.679.500,00 €

TABELLA 2 - PRESTAZIONI TEMPO-DIPENDENTI ex art. 17 L.R. n. 34/2023*

ENTE	2025	2026	2027
E.E. MIULLI	8.929.385,94 €	8.929.385,94 €	8.929.385,94 €
E.E. CARD. PANICO	6.215.516,73 €	6.215.516,73 €	6.215.516,73 €
E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	11.534.632,37 €	11.534.632,37 €	11.534.632,37 €
TOTALE	26.679.535,04 €	26.679.535,04 €	26.679.535,04 €

*da riconoscersi solo previo raggiungimento del tetto di spesa ordinario di cui alla tabella 1

TABELLA 3 - FUNZIONI ASSISTENZIALI ex art. 8 sexies D.Lgs. n. 502/1992

**Attuazione ex L.R. n. 39/2024
per ciascuna delle annualità 2025 e
2026***

ENTE	2025	2026	2027	2025 e 2026
E.E. MIULLI	17.052.750,00 €	17.052.750,00 €	17.052.750,00 €	3.333.333,34 €
E.E. CARD. PANICO	13.642.200,00 €	13.642.200,00 €	13.642.200,00 €	3.333.333,33 €
E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	31.315.050,00 €	31.315.050,00 €	31.315.050,00 €	3.333.333,33 €
TOTALE	62.010.000,00 €	62.010.000,00 €	62.010.000,00 €	10.000.000,00 €

*da riconoscersi previa rendicontazione

TABELLA 4 - RENDICONTAZIONE FARMACI

ENTE	2025	2026	2027
E.E. MIULLI	10.000.000,00 €	10.000.000,00 €	10.000.000,00 €
E.E. CARD. PANICO	8.800.000,00 €	8.800.000,00 €	8.800.000,00 €
E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	13.000.000,00 €	13.000.000,00 €	13.000.000,00 €
TOTALE	31.800.000,00 €	31.800.000,00 €	31.800.000,00 €

3. di prendere atto che in data 19.06.2025 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 2025-2027;
4. di ratificare gli accordi contrattuali riferiti agli anni 2025, 2026 e 2027 sottoscritti in data 19/6/2025 di cui all'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, ed afferenti:
 - a) IRCCS privato "Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza opera di S. Pio" - San Giovanni Rotondo - FG);
 - b) Ente Ecclesiastico - Ospedale Francesco Miulli - Acquaviva delle Fonti - BA;
 - c) Pia Fondazione di Culto e di Religione card. G. Panico EE.EE - Tricase - LE;
5. di prendere atto che la quota di cui all'art. 17 L.R. n. 34/2023 viene riconosciuta previo raggiungimento del tetto di spesa ordinario e limitatamente all'importo dei contratti sottoscritti;
6. di prendere atto che la quota incrementale di cui all'art. 10 L.R. n. 39/2024 viene rimborsata previa rendicontazione;
7. di prendere atto che con la sottoscrizione dei contratti avvenuta in data 19.06.2025, i Rappresentanti degli Enti Ecclesiastici hanno accettato la cd. clausola di salvaguardia, a mente della quale "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” (art. 8 del contratto), la cui validità è stata riconosciuta unanimente dalla giurisprudenza amministrativa di primo e secondo grado;

8. di stabilire, per quanto attiene gli incrementi dei tetti di spesa rivenienti da Leggi Nazionali e Regionali e la relativa attuazione, anche in conformità a quanto riportato nella nota protocollo n. 0005206-02/04/2025-GAB-GAB-P recante “Legge 30 dicembre 2024 n. 207, articolo 1 commi 277-278- applicazione”, acquisita al protocollo regionale n. 0175026/2025, con la quale il Ministero della Salute ha precisato: “ l’articolo 1, commi 277-2781 della legge n. 207/2024 (legge di bilancio 2025) ha aggiornato il tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privato accreditato, di cui all’articolo 15, comma 14, del decreto-legge. n. 95/2012, come incrementato dall’articolo 1, comma 233, della legge n. 213/2023” che dette risorse, quindi la relativa valorizzazione economica, debbano essere finalizzate prioritariamente:
 - a. alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso e inserite nella rete dell’emergenza-urgenza, conseguenti all’accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio.
 - b. le prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale in argomento devono essere erogate rispettando il piano di recupero liste di attesa e ricondursi anche alle prestazioni di alta complessità;
9. di stabilire che i Legali Rappresentanti degli Enti Ecclesiastici insistenti sul territorio della Regione Puglia, nell’ambito della propria autonomia gestionale e organizzativa, devono riconoscere per l’intero anno 2025, al proprio personale impiegato nelle attività di pronto soccorso una specifica indennità, con imputazione alle risorse di cui all’art. 10 L.R. n. 39/2024 e nei limiti di tale stanziamento. Pertanto, previa corresponsione della predetta indennità di pronto soccorso entro il 30/10/2025, è riconosciuta un’anticipazione del 50% rispetto al finanziamento annuale assegnato, di cui all’art. 10 della L.R. n. 39/2024;
10. di autorizzare la Sezione GSA al pagamento delle anticipazioni mensili agli EE ed IRCCS privati per il tramite delle ASL territorialmente competenti, nella misura e alle condizioni di cui ai contratti sottoscritti;
11. di disporre che il presente atto sia notificato, a cura della Sezione SGO, ai Rappresentanti Legali degli Enti Ecclesiastici civilmente riconosciuti;
12. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP ai sensi della L.R. n. 18/2023.

Il Segretario Generale della Giunta

NICOLA PALADINO

Il Presidente della Giunta

RAFFAELE PIEMONTESE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Determinazione del Fondo Unico di Remunerazione per le Strutture Equiparate che erogano Assistenza Sanitaria nell'ambito territoriale della Regione Puglia – Triennio 2025-2027. Ratifica accordi contrattuali sottoscritti in data 19.06.2025.

Visti:

- gli artt. 41, 42 e 43 della Legge 833 del 1978, che disciplina l'Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e norma le convenzioni con le Istituzioni sanitarie riconosciute che erogano assistenza pubblica, applicate anche agli Istituti di ricovero e di cura a carattere scientifico;
- il d.lgs. 502/1992 e s.m.i., che attribuisce, ai sensi dell'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. 502 del 30 dicembre 1992, s.m.i. in merito al *"riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 legge 23 ottobre 1992, n. 421"* e, in particolare, l'art. 8, che regola la materia concernente la contrattazione con le strutture erogatrici di prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale;
- l'art. 8 *quater*, comma 1, D. Lgs. 502/1992 che prevede 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. Lgs. 502/1992, in attuazione del comma 1, prevede 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, distinte per tipologia e modalità di assistenza;
- la legge costituzionale 20 aprile 2012 n. 1 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;
- il riformato art. 81 della costituzione e la legge 24 dicembre 2012 n. 243 declinano in maniera dettagliata tale principio. 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.Lgs. n. 502/1992 secondo cui la ASL è un ente distinto ed 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. Lgs. 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;
- l'art. 10 L.R. 37/2014 che detta le modalità di finanziamento e anticipazioni alle Aziende Ospedaliere e agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici, nonché l'erogazione di conguagli, fra l'ammontare massimo riconosciuto e gli accenti erogati, subordinata alla verifica delle prestazioni e relativi importi registrati sul Sistema Informativo Regionale, oltre la predisposizione di puntuale rendicontazione con riferimento alle funzioni non tariffate;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1158 del 31/07/2015, recante *"Adozione del modello organizzativo denominato Modello ambidestro per l'innovazione della macchina amministrativa regionale – MAIA. Approvazione atto di alta amministrazione"*;

- la Legge Regionale (L.R.) n. 9 del 2/02/2017 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. che le AA.SS.LL. non sono obbligate a stipulare i contratti con i soggetti privati accreditati;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1974 del 07/12/2020, recante “Approvazione Atto di Alta Organizzazione. Modello Organizzativo “MAIA 2.0”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1466 del 15/09/2021 recante l’approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata “Agenda di Genere”;
- l’art. 17 della L.R. n. 34/2023 che disciplina il riconoscimento del corrispettivo per prestazioni urgenti ed indifferibili in regime di ricovero e specialistica ambulatoriale;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1295 del 26/09/2024 recante “Valutazione di Impatto di Genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturale”;
- l’art. 10 della L.R. n. 39/2024 che riconosce, al fine di non interrompere l’erogazione dell’attività sanitaria per le sole prestazioni urgenti ed indifferibili, un incremento delle funzioni assistenziali ex art. 8 *sexies* D.Lgs. n. 502/1192 in favore degli ospedali privati accreditati classificati equiparati, a condizione che gli stessi siano già inseriti nella rete emergenza urgenza ospedaliera e dotati di pronto soccorso.

Considerato che:

- ai sensi dell’art. 8 *quater* comma 2 D.Lgs. n. 502/1992 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* D.Lgs. n. 502/1992;
- 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 DIFE;
- 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, dette strutture sono state qualificate come elementi utilmente inseriti nella programmazione regionale, ed in particolare nel circuito emergenza – urgenza;
- le medesime strutture, pur risultando equiparate agli specifici fini della programmazione, rimangono soggette ai tetti di spesa assegnati per la remunerazione delle prestazioni con oneri a carico del SSR (da ultimo, Cons. Stato sent. n. 7980 del 25/08/2023).

Preso atto che:

- nella seduta del 27/05/2025, a conclusione di una serie di incontri finalizzati a comporre la definizione dell’accordo contrattuale a valere per il triennio 2025 – 2027, si concordava di definire il Fondo Unico di remunerazione da assegnarsi agli Enti Ecclesiastici, determinato sulla base del tetto di spesa storico a cui, ai sensi della normativa vigente, attribuire un incremento nella misura del 3,5% per l’annualità 2025 e nella misura del 5% per le annualità 2026 e 2027, in ottemperanza all’art. 1, comma 233 della L. n. 213/2023 e all’art.1 comma 277 della L. n. 207/2024;
- nella medesima seduta i Rappresentanti degli Enti Ecclesiastici hanno convenuto che, per la sola annualità 2025, l’IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza rinunciasse, rispetto al consolidato 2024, a € 3.000.000,00, da ripartirsi in favore degli EE.EE. Card G. Panico e Miulli, nella misura di € 1.500.000,00 cadauno;
- tale accordo è stato recepito nei contratti sottoscritti in data 19 giugno 2025;

- occorre quindi stabilire il tetto annuale per le prestazioni in regime di ricovero e ambulatoriale, nella misura convenuta nei tavoli di concertazione tenutisi tra la parte pubblica e i Rappresentanti degli Enti Ecclesiastici e trasfusa nei contratti sottoscritti, nella misura di seguito riportata:

TABELLA 1 - PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E PRESTAZIONI AMBULATORIALE			
ENTE	2025	2026	2027
E.E. MIULLI	113.807.850,00 €	113.935.500,00 €	113.935.500,00 €
E.E. CARD. PANICO	80.781.000,00 €	80.430.000,00 €	80.430.000,00 €
E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	175.723.800,00 €	181.314.000,00 €	181.314.000,00 €
TOTALE	370.312.650,00 €	375.679.500,00 €	375.679.500,00 €

Valutato che:

- la Legge Regionale n. 34/2023, all'art. 17, commi 1 e 2, fermo restando il rispetto e nei limiti del finanziamento annuale del fondo sanitario regionale ed al fine di garantire la continuità assistenziale in favore degli assistiti e non interrompere l'erogazione di interventi sanitari considerati salvavita, ha stanziato ulteriori € 30.000.000,00 per la remunerazione dell'erogazione delle prestazioni per le sole prestazioni urgenti e indifferibili, da riconoscersi a parte rispetto al tetto di spesa assegnato in favore degli ospedali, a condizione che gli stessi siano già inseriti nella rete emergenza urgenza ospedaliera e già dotati di pronto soccorso. Le prestazioni urgenti e indifferibili sono riconducibili esclusivamente alle reti tempo dipendenti, ictus, infarto, trauma, in quanto non programmabili, derivanti da accesso in pronto soccorso ed erogate in regime di ricovero. All'interno del finanziamento rientrano altresì le prestazioni di specialistica ambulatoriale di radioterapia, PET-TC, oltre alle ulteriori prestazioni di specialistica ambulatoriale ritenute salvavita che, qualora autorizzate, sono riconosciute a parte rispetto al tetto di spesa assegnato in favore degli ospedali già dotati di pronto soccorso;
- lo stanziamento di cui sopra è riconosciuto dal legislatore regionale a valere dall'annualità 2024;
- nel tavolo tecnico del 27 maggio 2025 e in quello del 19 giugno 2025 si è concordato di confermare, anche per il triennio 2025-2027, il riparto definito per l'annualità 2024 di cui alla DGR n. 936 del 4 luglio 2024;
- è opportuno stabilire, come già convenuto all'interno degli accordi contrattuali sottoscritti in data 19 giugno 2025, che la remunerazione per l'erogazione delle prestazioni di cui all'art. 17 L.R. n. 34/2023 venga riconosciuta previo raggiungimento del tetto di spesa ordinario e limitatamente all'importo ai contratti medesimi, come di seguito riportato:

TABELLA 2 - PRESTAZIONI TEMPO-DIPENDENTI ex art. 17 L.R. n. 34/2023*			
ENTE	2025	2026	2027
E.E. MIULLI	8.929.385,94 €	8.929.385,94 €	8.929.385,94 €
E.E. CARD. PANICO	6.215.516,73 €	6.215.516,73 €	6.215.516,73 €
E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	11.534.632,37 €	11.534.632,37 €	11.534.632,37 €
TOTALE	26.679.535,04 €	26.679.535,04 €	26.679.535,04 €

*da riconoscersi solo previo raggiungimento del tetto di spesa ordinario di cui alla tabella 1

Considerato che:

- la Legge Regionale n. 39/2024, all'art. 10, ha stabilito che:
“Per gli anni 2024, 2025 e 2026, fermo restando il rispetto e nei limiti del finanziamento annuale del fondo sanitario regionale e al fine di garantire la continuità assistenziale in favore degli assistiti e non interrompere l'erogazione dell'attività sanitaria, per le sole prestazioni urgenti e indifferibili, è consentito il riconoscimento di un incremento delle funzioni assistenziali e progettuali di cui all'articolo 8 sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23

ottobre 1992, n. 421), in favore degli ospedali privati accreditati classificati equiparati, a condizione che gli stessi siano già inseriti nella rete emergenza urgenza ospedaliera e già dotati di pronto soccorso, e comunque col solo limite che il valore complessivo della remunerazione delle funzioni, di cui al presente articolo, non può in ogni caso superare il 30 per cento del limite di remunerazione assegnato”;

- l'art. 10 comma 3 della L.R. n. 39/2024 ha quantificato il finanziamento nella misura di € 10.000.000,00 annui per le tre annualità considerate;
- nel tavolo tecnico del 27 maggio 2025 e in quello del 19 giugno 2025 si è concordato di confermare il tetto ordinario stabilito nell'annualità 2024 per la remunerazione delle funzioni assistenziali ex art. 8 sexiesi D.Lgs. n. 502/1992;
- nel tavolo tecnico del 27 maggio 2025 e in quello del 19 giugno 2025 si è inoltre convenuto di confermare, per le annualità 2025 e 2026, quanto previsto dalla DGR n. 1881 del 23 dicembre 2024, con riferimento all'equa ripartizione delle risorse di cui all'art. 10 comma 3 L.R. n. 39/2024;
- in definitiva, nelle citate sedute si è convenuto di ripartire i tetti di spesa di che trattasi come di seguito riportato:

TABELLA 3 - FUNZIONI ASSISTENZIALI ex art. 8 sexies D.Lgs. n. 502/1992				Attuazione ex L.R. n. 39/2024 per ciascuna delle annualità 2025 e 2026*
ENTE	2025	2026	2027	2025 e 2026
E.E. MIULLI	17.052.750,00 €	17.052.750,00 €	17.052.750,00 €	3.333.333,34 €
E.E. CARD. PANICO	13.642.200,00 €	13.642.200,00 €	13.642.200,00 €	3.333.333,33 €
E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	31.315.050,00 €	31.315.050,00 €	31.315.050,00 €	3.333.333,33 €
TOTALE	62.010.000,00 €	62.010.000,00 €	62.010.000,00 €	10.000.000,00 €
				*da riconoscersi previa rendicontazione

- come convenuto negli accordi contrattuali sottoscritti il 19 giugno 2025, l'ulteriore incremento ai sensi dell'art. 10 L.R. n. 39/2024 oltre lo stanziamento ordinario annuo per le funzioni assistenziali è remunerato previa rendicontazione e a condizione che si siano registrati degli incrementi di costi per le prestazioni rientranti nelle Funzioni Assistenziali individuate dall'art. 20 della L.R. n. 28/2000 (Emergenza urgenza – rianimazione, terapia intensiva, pronto soccorso; Trapianti – di organo, midollo osseo e di tessuto; Malattie rare);
- si rende opportuno prendere atto, inoltre, che ai sensi dell'art. 15, lett. g) del D.L. 95/2012 convertito con L. 135/2012, la remunerazione delle Funzioni non tariffate (FnT) debba essere contenuta nella misura del 30% del limite complessivo di remunerazione assegnato;

Considerato altresì che:

- nel tavolo tecnico del 27 maggio 2025 e in quello del 19 giugno 2025 si è inoltre convenuto di confermare, per il triennio 2025-2027, il tetto massimo di cui al triennio precedente con riferimento alla rendicontazione dei farmaci, come da prospetto di seguito riportato:

TABELLA 4 - RENDICONTAZIONE FARMACI			
ENTE	2025	2026	2027
E.E. MIULLI	10.000.000,00 €	10.000.000,00 €	10.000.000,00 €
E.E. CARD. PANICO	8.800.000,00 €	8.800.000,00 €	8.800.000,00 €
E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	13.000.000,00 €	13.000.000,00 €	13.000.000,00 €
TOTALE	31.800.000,00 €	31.800.000,00 €	31.800.000,00 €

Appurato che:

- con la sottoscrizione dei contratti avvenuta in data 19.06.2025, i Rappresentanti degli Enti Ecclesiastici hanno accettato la cd. clausola di salvaguardia, a mente della quale *“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”* (art. 8 del contratto), la cui validità è stata riconosciuta unanimemente dalla giurisprudenza amministrativa di primo e secondo grado.

Atteso che:

- occorre procedere a ratificare gli accordi contrattuali ex art. 8 *quinquies* D.Lgs. n. 502/1992 sottoscritti in data 19.06.2025, al fine di consentirne l'entrata in vigore per il triennio 2025-2027, con decorrenza 1° gennaio 2025.

Dato atto che:

- in data 09.04.2025 sono stati sottoscritti gli Accordi tra Regione Puglia e Organizzazioni Sindacali del Comparto Sanità pubblica e della Dirigenza Area Sanità pubblica, recanti, rispettivamente:
 - *“Verbale di confronto tra l'amministrazione regionale e le OO.SS. del Comparto Sanità ai sensi dell'art. 7, comma 1, lett. f) del CCNL Comparto Sanità per la definizione del piano di riparto tra le Aziende Sanitarie Regionali e delle modalità di corresponsione delle risorse destinate all'attribuzione dell'indennità di pronto soccorso di cui all'art.1, comma 293 della L. 30 dicembre 2021 n. 234, come integrata dall'art. 1, comma 526, della L. 29 dicembre 2022, n. 197 e s.m.i.”;*
 - *“Verbale di confronto tra l'amministrazione regionale e le OO.SS. della Dirigenza Area Sanità ai sensi dell'art. 7, comma 1, lett. j) del CCNL Area Sanità per la definizione del piano di riparto tra le Aziende Sanitarie Regionali e delle modalità di corresponsione delle risorse destinate all'attribuzione dell'indennità di pronto soccorso di cui all'art. 1, comma 293 della L. 30 dicembre 2021 n. 234, come integrata dall'art. 1, comma 526, della L. 29 dicembre 2022, n. 197 e s.m.i.”.*
- nel citato accordo è stato determinato il valore dell'indennità di pronto soccorso al lordo degli oneri riflessi, in misura analoga in analogia a quanto previsto dagli Accordi di cui innanzi, come di seguito specificato:
 - personale dipendente Dirigente Medico:
 - € 3,16/ora per l'anno 2022;
 - € 7,07/ora per l'anno 2023;
 - € 10,26/ora per l'anno 2024;
 - personale dipendente Comparto Sanità:
 - € 93,06/mese per l'anno 2022;
 - € 94,79/mese per il periodo 01/01/2023 - 31/05/2023;
 - € 275,35/mese per il periodo 01/06/2023 - 31/12/2023;
 - € 297,86/mese per l'anno 2024.

Tenuto conto che:

- le Organizzazioni sindacali (tra le quali note acquisite a prot. n. 0296954/2025 e prot. n. 0294703/2025 e prot. n. 0192811/2025 le Organizzazioni Sindacali FP CGIL Puglia, UILFPL e UGL) hanno richiesto alla Regione Puglia di estendere le indennità di pronto soccorso stabilite per il personale dipendente del SSR anche al personale delle strutture private accreditate che operano stabilmente nel settore dell'emergenza urgenza;

Considerato al riguardo che:

- quanto stabilito per il personale dipendente del SSR con riferimento all'indennità di pronto soccorso non può estendersi alle strutture private accreditate, tra cui figurano gli Enti Ecclesiastici oggetto del presente provvedimento, atteso che l'indennità riconosciuta rinviene dall'applicazione del CCNL e le cui risorse sono contingentate per il personale dipendente del SSN. Questi ultimi infatti, per consolidata giurisprudenza, non possono ritenersi equiparati alle strutture pubbliche, soprattutto con riferimento al profilo della programmazione finanziaria. Ne deriva che, a differenza delle strutture pubbliche, gli Enti Ecclesiastici soggiacciono inderogabilmente ai limiti di spesa invalicabili individuati dalla suddetta programmazione regionale (*ex multis*, Cons. Stato sent. n. 7980 del 25/08/2023), con la conseguenza che non risulta configurabile, in capo agli stessi, un diritto all'estensione per analogia di incentivi economici riconosciuti al personale incardinato nei ruoli pubblici del SSR.

Valutato tuttavia che:

- le prestazioni rese nell'ambito dell'emergenza urgenza rientrano nelle funzioni assistenziali di cui all'art. 8 sexies del D.Lgs. n. 502/1992, come stabilito altresì dall'art. 20 della L.R. n. 28/2000;
- l'art. 10 L.R. n. 39/2024 ha previsto, per gli Enti Ecclesiastici insistenti nel territorio della Regione Puglia, un incremento del finanziamento destinato alla remunerazione delle suddette funzioni assistenziali, tra cui rientra l'attività emergenza urgenza, nella misura di complessivi € 10.000.000,00;
- i Legali Rappresentanti degli Enti Ecclesiastici insistenti sul territorio della Regione Puglia, nell'ambito della propria autonomia gestionale e organizzativa, devono riconoscere per l'intero anno 2025, al proprio personale impiegato nelle attività di pronto soccorso una specifica indennità, con imputazione alle risorse di cui all'art. 10 L.R. n. 39/2024 e nei limiti di tale stanziamento. Pertanto, previa corresponsione della predetta indennità di pronto soccorso, in analogia con quanto pattuito per i dipendenti pubblici del S.S.R., entro il 30/10/2025, è riconosciuta un'anticipazione del 50% rispetto al finanziamento annuale assegnato, di cui all'art. 10 della L.R. n. 39/2024;

Tutto ciò premesso, con il presente provvedimento si intende procedere alla determinazione del fondo unico di remunerazione regionale per il triennio 2025-2027 per l'area "Enti Ecclesiastici", nel rispetto dei vincoli di bilancio, con la precisazione che i relativi sub tetti sono da considerarsi distinti, non trasferibili e non compensabili tra loro, nonché a ratificare gli accordi contrattuali riferiti alle predette annualità sottoscritti in data 19/6/2025 e ad impartire le opportune disposizioni.

Si riporta nell'Allegato A il parere tecnico, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

GARANZIE DI 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. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D. Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale n. 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.

ESITI VALUTAZIONE IMPATTO DI GENERE

L'impatto di genere stimato è: neutro
--

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI AL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.

Dalla presente deliberazione non derivano oneri per il bilancio regionale, in quanto rientranti nell'ambito delle risorse provenienti dal Riparto del Fondo Sanitario Nazionale assegnate alle Aziende Sanitarie a titolo di finanziamento indistinto per l'erogazione dei Livelli essenziali di Assistenza.

La copertura finanziaria rinveniente dal presente provvedimento assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di bilancio come previsto dal D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.

Tutto ciò premesso, ai sensi dell'art. 4, co. 4 lett. d) della L.R. 7/1997, si propone alla Giunta regionale:

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 2025-2027, per l'area "Enti Ecclesiastici", nel rispetto dei vincoli di bilancio, distinto per singole macro aggregati, così come di seguito riportato, con la precisazione che i relativi sub tetti sono da considerarsi distinti, non trasferibili e non compensabili tra loro:

TABELLA 1 - PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E PRESTAZIONI AMBULATORIALE			
ENTE	2025	2026	2027
E.E. MIULLI	113.807.850,00 €	113.935.500,00 €	113.935.500,00 €
E.E. CARD. PANICO	80.781.000,00 €	80.430.000,00 €	80.430.000,00 €
E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	175.723.800,00 €	181.314.000,00 €	181.314.000,00 €
TOTALE	370.312.650,00 €	375.679.500,00 €	375.679.500,00 €

TABELLA 2 - PRESTAZIONI TEMPO-DIPENDENTI ex art. 17 L.R. n. 34/2023*			
ENTE	2025	2026	2027
E.E. MIULLI	8.929.385,94 €	8.929.385,94 €	8.929.385,94 €
E.E. CARD. PANICO	6.215.516,73 €	6.215.516,73 €	6.215.516,73 €
E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	11.534.632,37 €	11.534.632,37 €	11.534.632,37 €
TOTALE	26.679.535,04 €	26.679.535,04 €	26.679.535,04 €

*da riconoscersi solo previo raggiungimento del tetto di spesa ordinario di cui alla tabella 1

TABELLA 3 - FUNZIONI ASSISTENZIALI ex art. 8 sexies D.Lgs. n. 502/1992				Attuazione ex L.R. n. 39/2024 per ciascuna delle annualità 2025 e 2026*	
ENTE	2025	2026	2027	2025 e 2026	
E.E. MIULLI	17.052.750,00 €	17.052.750,00 €	17.052.750,00 €	3.333.333,34 €	
E.E. CARD. PANICO	13.642.200,00 €	13.642.200,00 €	13.642.200,00 €	3.333.333,33 €	
E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	31.315.050,00 €	31.315.050,00 €	31.315.050,00 €	3.333.333,33 €	
TOTALE	62.010.000,00 €	62.010.000,00 €	62.010.000,00 €	10.000.000,00 €	

*da riconoscersi previa rendicontazione

TABELLA 4 - RENDICONTAZIONE FARMACI			
ENTE	2025	2026	2027
E.E. MIULLI	10.000.000,00 €	10.000.000,00 €	10.000.000,00 €
E.E. CARD. PANICO	8.800.000,00 €	8.800.000,00 €	8.800.000,00 €
E.E. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA	13.000.000,00 €	13.000.000,00 €	13.000.000,00 €
TOTALE	31.800.000,00 €	31.800.000,00 €	31.800.000,00 €

3. di prendere atto che in data 19.06.2025 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 2025-2027;
4. di ratificare gli accordi contrattuali riferiti agli anni 2025, 2026 e 2027 sottoscritti in data 19/6/2025 di cui all' Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, ed afferenti:
- IRCCS privato "Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza opera di S. Pio" - San Giovanni Rotondo - FG);
 - Ente Ecclesiastico - Ospedale Francesco Miulli – Acquaviva delle Fonti – BA;
 - Pia Fondazione di Culto e di Religione card. G. Panico EE.EE – Tricase – LE;
5. di prendere atto che la quota di cui all'art. 17 L.R. n. 34/2023 viene riconosciuta previo raggiungimento del tetto di spesa ordinario e limitatamente all' importo dei contratti sottoscritti;
6. di prendere atto che la quota incrementale di cui all'art. 10 L.R. n. 39/2024 viene rimborsata previa rendicontazione;
7. di prendere atto che con la sottoscrizione dei contratti avvenuta in data 19.06.2025, i Rappresentanti degli Enti Ecclesiastici hanno accettato la cd. clausola di salvaguardia, a mente della quale *"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"* (art. 8 del contratto), la cui validità è stata riconosciuta unanimemente dalla giurisprudenza amministrativa di primo e secondo grado;
8. di stabilire, per quanto attiene gli incrementi dei tetti di spesa rivenienti da Leggi Nazionali e Regionali e la relativa attuazione, anche in conformità a quanto riportato nella nota protocollo n. 0005206-02/04/2025-GAB-GAB-P recante "Legge 30 dicembre 2024 n. 207, articolo 1 commi 277-278-applicazione", acquisita al protocollo regionale n. 0175026/2025, con la quale il Ministero della Salute ha precisato: " l'articolo 1, commi 277-2781 della legge n. 207/2024 (legge di bilancio 2025) ha aggiornato il tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privato accreditato, di cui all'articolo 15, comma 14, del decreto-legge. n. 95/2012, come incrementato dall'articolo 1, comma 233, della legge n. 213/2023" che dette risorse, quindi la relativa valorizzazione economica, debbano essere finalizzate prioritariamente:
- alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso e inserite nella rete dell'emergenza-urgenza, conseguenti all'accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio.
 - le prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale in argomento devono essere erogate rispettando il piano di recupero liste di attesa e ricondursi anche alle prestazioni di alta complessità;
9. di stabilire che i Legali Rappresentanti degli Enti Ecclesiastici insistenti sul territorio della Regione Puglia, nell'ambito della propria autonomia gestionale e organizzativa, devono riconoscere per l'intero anno 2025, al proprio personale impiegato nelle attività di pronto soccorso una specifica indennità, con imputazione alle risorse di cui all'art. 10 L.R. n. 39/2024 e nei limiti di tale stanziamento. Pertanto, previa corresponsione della predetta indennità di pronto soccorso, in analogia con quanto pattuito per i dipendenti pubblici del S.S.R., entro il 30/10/2025, è riconosciuta un'anticipazione del 50% rispetto al finanziamento annuale assegnato, di cui all'art. 10 della L.R. n. 39/2024;

10. di autorizzare la Sezione GSA al pagamento delle anticipazioni mensili agli EE ed IRCCS privati per il tramite delle ASL territorialmente competenti, nella misura e alle condizioni di cui ai contratti sottoscritti;
11. di disporre che il presente atto sia notificato, a cura della Sezione SGO, ai Rappresentanti Legali degli Enti Ecclesiastici civilmente riconosciuti;
12. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP ai sensi della L.R. n. 18/2023.

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374.

L'Istruttore Amministrativo

Maria ALBERGA



MARIA
ALBERGA
11.09.2025
19:49:57
GMT+02:00

Il Responsabile E.Q. "Gestione e Monitoraggio degli Accordi Contrattuali rivenienti dal D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i."

Emanuele CARBONARA



Emanuele
Carbonara
11.09.2025
19:54:39
GMT+02:00

IL RESPONSABILE E.Q. "Nuovo Sistema di Garanzia ed Attività di Monitoraggio":

Nicola GIRARDI



Nicola
Girardi
11.09.2025
19:48:19
GMT+02:00

La Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera - Gestione rapporti convenzionali

Antonella CAROLI



ANTONELLA
CAROLI
11.09.2025
18:01:10 UTC

Il Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta

Mauro NICASTRO



Mauro
Nicastro
11.09.2025
20:09:07
GMT+02:00

Il Direttore di Dipartimento ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISA la necessità di esprimere osservazioni alla presente proposta di DGR.

Il Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale

Vito MONTANARO



Vito
Montanaro
12.09.2025
10:16:38
GMT+02:00

Il Vicepresidente della Giunta Regionale con delega alla Sanità e Benessere Animale, Sport per Tutti, ai sensi del vigente Regolamento della Giunta Regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

Raffaele PIEMONTESE



Raffaele Piemontese
12.09.2025 10:31:58
GMT+02:00

Il sottoscritto esprime parere di regolarità contabile positivo, ai sensi dell'art. 79, comma 5, della Legge regionale n. 28/2001, ed attestazione di copertura finanziaria.

La Dirigente della Sezione Bilancio e Ragioneria o suo delegato



Firmato digitalmente da:
STOLFA REGINA
Firmato il 12/09/2025 13:51
Seriale Certificato: 2300950
Valido dal 20/03/2023 al 20/03/2026
InfoCamere Qualified Electronic Signature CA

ALLEGATO A

Codice CIFRA: SGO/DEL/2025/00124

PARERE TECNICO

OGGETTO: Determinazione del Fondo Unico di Remunerazione per le Strutture Equiparate che erogano Assistenza Sanitaria nell'ambito territoriale della Regione Puglia – Triennio 2025-2027. Ratifica accordi contrattuali sottoscritti in data 19.06.2025.

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.

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, dette strutture sono state qualificate come elementi utilmente inseriti nella programmazione regionale, ed in particolare nel circuito emergenza – urgenza.

Le medesime strutture, pur risultando equiparate agli specifici fini della programmazione, rimangono soggette ai tetti di spesa assegnati per la remunerazione delle prestazioni con oneri a carico del SSR (da ultimo, Cons. Stato sent. n. 7980 del 25/08/2023).

Ai sensi dell’art. 8 *quater* comma 2 D.Lgs. n. 502/1992 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* D.Lgs. n. 502/1992.

Con la presente deliberazione s’intende prendere atto che in data 19.06.2025 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 2025-2027. Per l’effetto, s’intende ratificare gli accordi contrattuali di cui agli Allegati B, C ed E, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento.

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette/indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale, in quanto la spesa riferita al fondo unico di remunerazione per gli anni 2025, 2026 e 2027 volto al riconoscimento delle prestazioni sanitarie da parte degli Enti Ecclesiastici insistenti nella Regione Puglia rientra nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) ed è finanziata dal Fondo Sanitario Nazionale.

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

SI NO



FIRMA DEL DIRIGENTE DELLA SEZIONE

PROPONENTE

Dott. Mauro Nicastro

PRESA D’ATTO DEGLI EFFETTI FINANZIARI DELLA PROPOSTA DI DELIBERAZIONE
SUL FONDO SANITARIO REGIONALE (D.LGS. 118/2011 – Art. 5 comma 6 e art. 7 LL.GG. approvate con DGR
1161/2024)

FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA GSA

(NEL CASO IN CUI COMPORTI IMPLICAZIONI SUL FSRDott. Benedetto Giovanni Pacifico

REGIONE PUGLIA
BENEDETTO GIOVANNI
PACIFICO
12.09.2025 07:30:12
UTC

Codice CIFRA: SGO/DEL/2025/000124

Allegato B

Accordi contrattuali Enti Ecclesiastici sottoscritti in data 19.06.2025



ACCORDO CONTRATTUALE
ai sensi dell'art. 8 quinquies D.Lgs. n. 502/1992
TRIENNIO 2025/2026/2027

TRA

Regione Puglia, con sede in Bari, Lungomare Nazario Sauro n. 38, 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

Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza opera di S. Pio da Pietralcina, con sede legale in San Giovanni Rotondo (Fg) viale Cappuccini, di seguito indicata come "Erogatore", rappresentata legalmente dal Dott. Gino Gumirato – Direttore Generale [REDACTED] 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 dalla normativa vigente.

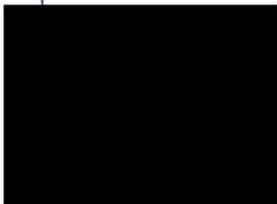


Premesso che:

- 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 cd. 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;
 - c) le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finalizzata a prestazione in base ai tetti di spesa e ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio;
 - d) gli artt. 42 comma 3 e 43 comma 2 della L. 23 dicembre 1978 n. 833 e s.m.i. non trovano applicazione con riferimento agli enti ecclesiastici civilmente riconosciuti.

Preso atto che:

- le strutture equiparate, per giurisprudenza consolidata, sono da considerarsi consustanziali agli Enti Pubblici, tanto che il loro apporto al Sistema Sanitario Nazionale, è da considerarsi "complementare", con l'obbligo di garantire la continuità assistenziale e l'erogazione delle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali, richieste dai cittadini, nel limite invalicabile delle risorse individuate con il presente Accordo e assegnate con il DIFE. Le medesime strutture, infatti, pur risultando equiparate agli specifici fini della programmazione, rimangono soggette ai tetti di spesa assegnati per la remunerazione delle prestazioni con oneri a carico del SSR (da ultimo, Cons. Stato sent. n. 7980 del 25/08/2023);
- l'art. 8-quinquies, ai commi 2 lett. a) b) c) d) e) ed e-bis), ha determinato gli elementi essenziali dell'accordo, suscettibili di essere integrati da 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, nell'ambito della quale, a seguito delle riconversioni dei PP.OO. pubblici, le strutture equiparate sono state qualificate come elementi utilmente inseriti nella programmazione regionale, ed in particolare nel circuito emergenza – urgenza;
- 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, n. 14/2020 e n. 8/2024, tenuto conto anche delle eventuali modifiche che dovessero intervenire nel corso del triennio.



SI STIPULA

Il presente accordo, con validità per gli anni 2025, 2026 e 2027, regola, da parte dell'Erogatore in premessa identificato:

- a) l'erogazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero, in regime di D.H. e day service;
- b) l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali;
- c) l'erogazione delle funzioni assistenziali di cui all'art. 8-sexies del D.Lgs. n. 502/1992 in favore di cittadini iscritti al SSN con oneri da porre a carico del SSR, anche con riferimento allo stanziamento di cui all'art. 10 L.R. n. 39/2024 e nei limiti dello stesso;
- d) l'erogazione delle prestazioni tempo-dipendenti, con espresso riferimento allo stanziamento di cui all'art. 17 L.R. 34/2023 e nei limiti del medesimo;
- e) la somministrazione diretta di farmaci.

Art. 1

Elementi essenziali oggetto dell'accordo

Il presente accordo contiene i seguenti elementi essenziali.

1. Disciplina il rapporto tra la Regione Puglia e l'Erogatore indicato in premessa, ai sensi dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., per la erogazione nell'ambito del SSR, a prescindere dalla residenza degli assistiti, di prestazioni di assistenza sanitaria richieste secondo le tipologie di seguito indicate, a fronte del corrispettivo preventivato dal presente accordo:
 - a) prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza;
 - b) prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
 - c) altre prestazioni attribuite con provvedimento di Giunta.
2. Stabilisce le prestazioni oggetto dell'accordo che devono essere conformi al programma di integrazione dei servizi, per la parte riguardante l'Erogatore, quale rappresentazione del fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni da erogare da parte dello stesso. Quanto sopra in ottemperanza 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.
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 disciplinata e nei limiti previsti dalla DGR n. 982 del 6/7/2016. In conformità alla normativa vigente, la Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza opera di S. Pio da Pietralcina, riconosciuto come IRCCS ai sensi del Decreto 17.04.2020 limitatamente alle discipline per le quali è intervenuto il riconoscimento del carattere scientifico soggiace a quanto disposto dagli artt. 41, 42 e 43 della L. n. 833/1978.

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 ottemperanza a 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 ottemperanza alla 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

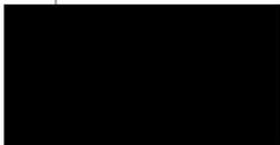
Il programma di erogazione dei servizi e delle attività, riguarda le prestazioni da erogare per:

- a) i cittadini residenti nel territorio regionale, compresi gli stranieri (STP, Cittadini europei - TEAM con riferimento alle prestazioni erogabili secondo la normativa vigente);
- b) i cittadini di residenza extraregionale.

Art. 3

Requisiti dei servizi

1. 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.
2. 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, debitamente notificate.



Art. 4 Corrispettivo

1. Il corrispettivo non può superare quello definito dal presente accordo, anche per i residenti fuori regione, salvo specifici accordi, 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 al presente accordo. Per la somministrazione dei farmaci dovranno essere previsti conguagli trimestrali.

Le tariffe applicate per determinare i 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 (DGR n. 951/2013 e s.m.i.) e dal nomenclatore tariffario regionale vigente al momento della erogazione per l'attività di specialistica ambulatoriale (DGR n. 1863/2024 e s.m.i. nonché DGR n. 1202/2014 e s.m.i.).

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.

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:

- a) Prestazioni di ricovero ordinario e prestazioni di specialistica ambulatoriale da erogarsi in favore dei pazienti residenti nella Regione Puglia.

Come convenuto nella riunione tenutasi in data 27/05/2025 tra la parte pubblica e le OO.RR., l'Erogatore si impegna, per la sola annualità 2025, a rinunciare alla quota di € 3.000.000,00 in favore della Pia Fondazione di Culto e di Religione card. G. Panico E.E. e dell'Ente Ecclesiastico - Ospedale Francesco Miulli, nella misura di € 1.500.000,00 cadauno.

Di seguito si riporta prospetto riepilogativo:

- Anno 2025: € 178.723.800,00 – € 3.000.000,00 = 175.723.800,00
- Anno 2026: € 181.314.000,00
- Anno 2027: € 181.314.000,00

2025	
tetto di spesa storico	172.680.000,00 €
incremento 3,5%	6.043.800,00 €
subtotale	178.723.800,00 €
decurtazione ex verbale del 27/05/2025	- 3.000.000,00 €
TOTALE	175.723.800,00 €

2026	
tetto di spesa storico	172.680.000,00 €
incremento 5%	8.634.000,00 €
TOTALE	181.314.000,00 €

2027	
tetto di spesa storico	172.680.000,00 €
incremento 5%	8.634.000,00 €
TOTALE	181.314.000,00 €

- b) Agli importi sopra riportati si aggiunge un incremento annuale di **30.260.710,00 €**, di cui al successivo art. 5, per i garantire le prestazioni nei confronti dei pazienti residenti in altre Regioni, con le tariffe vigenti nella regione Puglia.

Le prestazioni erogate nei confronti degli stranieri in conformità alla normativa vigente (STP, Cittadini europei - TEAM), non rientrano nei tetti di spesa di cui alle precedenti lett. a) e b) e sono riconosciute extra tetto.

B) FINANZIAMENTO PRESTAZIONI TEMPO-DIPENDENTI di cui all'art. 17 L.R. n. 34/2023

1. Per le prestazioni di cui all'art. 17, commi 1 e 2, della L.R. 30 novembre 2023, n. 34, si riconosce un corrispettivo annuo pari a complessivi € **11.534.632,37**, ripartiti come da seguente prospetto:

CORRISPETTIVO ANNUO PER IL TRIENNIO 2025-2027		
RICOVERI	SPECIALISTICA AMBULATORIALE	TOTALE
€ 10.749.843,28	€ 784.789,09	€ 11.534.632,37

2. La remunerazione per l'erogazione delle prestazioni di cui alla presente lett. B) è riconosciuta previo raggiungimento del tetto di spesa ordinario di cui alla lett. A) e limitatamente all'importo di cui al presente contratto, stabilito dal precedente punto 1.

C) FINANZIAMENTO FUNZIONI ASSISTENZIALI ex art. 8 sexies D.Lgs. n. 502/1992:

Per gli anni 2025, 2026 e 2027 si riconosce, come da prospetto sotto riportato, un corrispettivo annuo pari a € **31.315.050,00**.

ANNO 2025	€ 31.315.050,00
ANNO 2026	€ 31.315.050,00
ANNO 2027	€ 31.315.050,00

Qualora si dovessero registrare, negli anni 2025 e 2026, degli incrementi di costi relativi alle funzioni di cui alla presente lett. C), si riconosce un ulteriore rimborso, a copertura dei predetti costi, fino ad un massimo di € **3.333.333,33**, in ottemperanza all'art. 10 L.R. n. 39/2024. Tale rimborso, giusta DGR 23 dicembre 2024, n. 1881, trova applicazione anche per l'annualità 2024.

L'importo di cui alla presente lett. C) è finalizzato a garantire le funzioni assistenziali individuate dall'art. 20 della L.R. n. 28/2000, e che di seguito si riportano:

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

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

Si rimanda, per quanto non espressamente previsto, a quanto stabilito dalla DGR n. 982/2016.

D) RENDICONTAZIONE FARMACI

Risorse pari a € **13.000.000,00** annui.

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, effettuabili anche in corso d'anno sulla base dei dati presenti nel Sistema informativo Edotto.



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 2025, 2026 e 2027 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 e/o Extracomunitario ovvero, attraverso la Regione Puglia, alla rispettiva Regione di residenza, conformemente a quanto previsto dalle disposizioni Comunitarie e/o dai Trattati regolanti la materia e, nell'ambito nazionale, dal vigente testo unico per la regolazione tra le Regioni delle prestazioni di natura sanitaria.
5. Fermo restando la facoltà delle singole Regioni di procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, in ottemperanza all'art. 171 della Legge n° 311 del 30/12/2004, è vietata nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale. Sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio.
6. In caso di contestazione della prestazione, l'Erogatore è tenuto a fornire alla Azienda ASL le controdeduzioni richieste che, ove non ritenute motivatamente valide da un dirigente individuato in via preventiva dalla Struttura UVARP Aziendale, quale esperto della materia, danno luogo nei confronti dell'erogatore all'addebito del controvalore allo stesso in precedenza già corrisposto.
7. Il pagamento da parte della Azienda ASL per le prestazioni rese dall'Erogatore nei confronti di residenti al di fuori della Regione avviene, fermo quant'altro disposto nel presente articolo,

secondo le modalità ed i termini generali previsti nel presente contratto e di cui al precedente comma 5.

8. Alla Regione viene riservata l'azione di recupero delle somme derivanti dal mancato riconoscimento di specifici ricoveri contestali e non riconosciuti dalle Regioni di residenza degli assistiti, informando, per il tramite delle ASL committente, l'Erogatore.
9. Fermo restando, in prima applicazione, il riconoscimento del tetto di spesa di cui al comma 3 lett. a), in attuazione dell'art. 9 L.R. n. 42/2024, si procede ad un eventuale *addendum* contrattuale per la disciplina della mobilità attiva e passiva.
10. La premessa di cui al primo punto lett. d) è da considerarsi quale parte integrante e sostanziale del presente accordo.

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, nel 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 Sanita 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) 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 dalla DGR n. 1202/2014 e s.m.i., 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) 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) assicurare la compilazione delle schede di rilevazione, come da fac-simile già trasmesso, al fine di alimentare il Registro Regionale di "Implantologia Protetica" di anca e/o ginocchio, giusto art. 40 della L.R. n° 4 del 25/02/2010 e circolari regionali prot. n° 24/231 /SP del 26/03/2010 e n° 24/235/SP del 30/03/2010. A tale riguardo, si precisa che nel rispetto di quanto disposto nelle succitate note, le schede di rilevazione dovranno essere compilate con accuratezza, al momento della dimissione del paziente o del suo trasferimento ad altra Unità Operativa, e inviate all'Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia (OER), presso l'Università degli Studi di Bari. La stessa norma ha previsto che la mancata compilazione delle schede di rilevazione, determina l'impossibilità di dare corso alla remunerazione del ricovero;
- l) prendere atto che dal 1° gennaio 2011, tutte le SDO devono essere codificate nel rispetto della versione CMS 24 del Grouper;
- m) 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 dà luogo nei confronti dell'Erogatore al richiamo ed eventuale diffida;
- n) 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) garantire il rispetto dei tassi occupazionali pro-die dei posti letto accreditati;

- p) 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) garantire e non intralciare le attività dell'Azienda ASL, esperite per il tramite delle strutture UVARP c 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 di riferimento si concludono obbligatoriamente nell'anno solare successivo, ne discende che l'applicazione delle suddette misure devono essere disposte e concludersi nell'anno solare successivo e comunque entro il 31/12;
- r) 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) impegnarsi ai sensi del D.M. 70/2018 art. 1 co.5 lett. b) a trasmettere annualmente alla Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport 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) 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) 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) 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 diagnostica 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.

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.

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.

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.

Per i ricoveri "contestati", qualora la Direzione Sanitaria della struttura erogante **non** accetti le contestazioni dell'UVARP, la stessa deve farlo rilevare nel verbale e dovrà, nei successivi 30gg, formulare idonee controdeduzioni da inoltrare all'UVARP Aziendale per le valutazioni e gli adempimenti conseguenti. Qualora le controdeduzioni, da notificare da parte dell'Erogatore nei successivi 30 gg. vengano ritenute non esaustive, l'UVARP nei successivi 30 gg, quantifica i DRG non ammessi e/o modificati, dandone comunicazione all'Erogatore ed alla Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport, con nota a firma del Direttore Generale della ASL territorialmente competente.

Qualora invece, le controdeduzioni formulate dall'erogatore vengano accettate dall'Azienda, si procede alla ammissione alle procedure di liquidazione dei ricoveri precedentemente contestati.

Nei 90 giorni successivi rispetto 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.

Ai sensi dell'art. 10 L.R. n. 37/2014, la ASL s'impegna 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 D) dell'art. 4 del presente accordo, e nella misura del 100% in riferimento alla lett. C) del succitato art. 4, con esclusione dell'incremento pari a € 3.333.333,33 ex art. 10 L.R. n. 39/2024, soggetti a rendicontazione.

Per quanto attiene le prestazioni tempo-dipendenti di cui all'art. 17 L.R. n. 34/2023 (art. 4 lett. B) del presente accordo), la ASL s'impegna 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 80% del valore complessivo delle risorse assegnate.

ART. 8

Dichiarazione di Conoscenza da parte dell'Erogatore e Norme Finali

1. L'Erogatore dà atto della conoscenza delle vigenti norme e regolamenti regionali disciplinanti la materia ed, in particolare, in materia di prestazioni di ricovero da parte dell'Erogatore, con riferimento alla parte normativa richiamata in premessa.
2. I tetti di remunerazione 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.

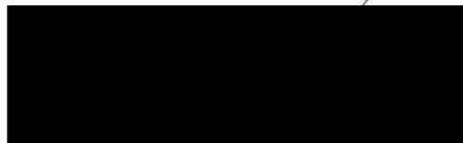
Eventuali controversie che dovessero insorgere circa la interpretazione del presente contratto verranno bonariamente risolte tra le parti. Ove ciò non sia possibile si procederà mediante le procedure previste dalla DGR n.90/2019.

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”.

Restano salvi gli effetti di eventuali e sopravvenute modifiche normative (anche con riferimento all'entrata in vigore di quanto disposto dall'art. 15 Legge 5 agosto 2022, n. 118), nonché della perdita di requisiti strutturali e organizzativi nel corso del triennio, che possono determinare la modifica o la risoluzione, anche di diritto, del presente accordo.

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



Letto, confermato e sottoscritto

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

Il Direttore del Dipartimento
Dott. Vito Montanaro,

[Redacted signature]

Data,

19/06/2025

Il Legale Rappresentante della Struttura Erogante
Il Direttore Generale
Dott. Gino Gumirato

[Redacted signature]

Data,

19/06/2025

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, si approvano esplicitamente le regolamentazioni contrattuali di cui agli artt.: da art. 1 a art. 8.

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

L'Erogatore

[Redacted signature]



**REGIONE
PUGLIA**

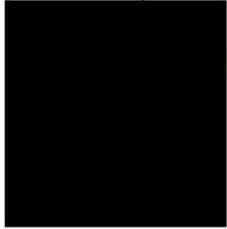
**ACCORDO CONTRATTUALE
ai sensi dell'art. 8 quinquies D.Lgs. n. 502/1992
TRIENNIO 2025/2026/2027**

TRA

Regione Puglia, con sede in Bari, Lungomare Nazario Sauro n. 38, 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.L.A.A. di Bari, di seguito indicato come "Erogatore", rappresentato legalmente dal Delegato: Mons. Domenico Laddaga nato a [REDACTED] giusta procura registrata al n. 10557 in data 11/03/2024 conferita dal Governatore Arcivescovo Russo Giuseppe – il quale, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. n. 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 dalla normativa vigente.

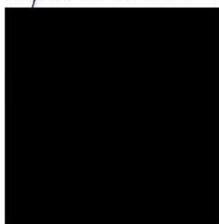


Premesso che:

- 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 cd. 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;
 - c) le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finalizzata a prestazione in base ai tetti di spesa e ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio.

Preso atto che:

- 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. Le medesime strutture, infatti, pur risultando equiparate agli specifici fini della programmazione, rimangono soggette ai tetti di spesa assegnati per la remunerazione delle prestazioni con oneri a carico del SSR (da ultimo, Cons. Stato sent. n. 7980 del 25/08/2023);
- l'art. 8-quinquies, ai commi 2 lett. a) b) c) d) e) ed e-bis), ha determinato gli elementi essenziali dell'accordo, suscettibili di essere integrati da 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, nell'ambito della quale, a seguito delle riconversioni dei PP.OO. pubblici, le strutture equiparate sono state qualificate come elementi utilmente inseriti nella programmazione regionale, ed in particolare nel circuito emergenza – urgenza;
- 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, n. 14/2020 e n. 8/2024, tenuto conto anche delle eventuali modifiche che dovessero intervenire nel corso del triennio.



SI STIPULA

Il presente accordo, con validità per gli anni 2025, 2026 e 2027, regola, da parte dell'Erogatore in premessa identificato:

- a) l'erogazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero, in regime di D.H. e day service;
- b) l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali;
- c) l'erogazione delle funzioni assistenziali di cui all'art. 8-sexies del D.Lgs. n. 502/1992 in favore di cittadini iscritti al SSN con oneri da porre a carico del SSR, anche con riferimento allo stanziamento di cui all'art. 10 L.R. n. 39/2024 e nei limiti dello stesso;
- d) l'erogazione delle prestazioni tempo-dipendenti, con espresso riferimento allo stanziamento di cui all'art. 17 L.R. 34/2023 e nei limiti del medesimo;
- e) la somministrazione diretta di farmaci.

Art. 1

Elementi essenziali oggetto dell'accordo

Il presente accordo contiene i seguenti elementi essenziali.

1. Disciplina il rapporto tra la Regione Puglia e l'Erogatore indicato in premessa, ai sensi dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., per la erogazione nell'ambito del SSR, a prescindere dalla residenza degli assistiti, di prestazioni di assistenza sanitaria richieste secondo le tipologie di seguito indicate, a fronte del corrispettivo preventivato dal presente accordo:
 - a) prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza;
 - b) prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
 - c) altre prestazioni attribuite con provvedimento di Giunta.
2. Stabilisce le prestazioni oggetto dell'accordo che devono essere conformi al programma di integrazione dei servizi, per la parte riguardante l'Erogatore, quale rappresentazione del fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni da erogare da parte dello stesso. Quanto sopra in ottemperanza 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.
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 disciplinata 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 ottemperanza a 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 ottemperanza alla 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:

- a) i cittadini residenti nel territorio regionale, compresi gli stranieri (STP, Cittadini europei - TEAM con riferimento alle prestazioni erogabili secondo la normativa vigente);
- b) i cittadini di residenza extraregionale.

Art. 3

Requisiti dei servizi

1. 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.
2. 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, debitamente notificate.



Art. 4 Corrispettivo

1. Il corrispettivo non può mai superare quello definito dal presente accordo, anche per i residenti fuori regione, salvo specifici accordi, 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 al presente accordo. Per la somministrazione dei farmaci dovranno essere previsti conguagli trimestrali.

Le tariffe applicate per determinare i 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 (DGR n. 951/2013 e s.m.i.) e dal nomenclatore tariffario regionale vigente al momento della erogazione per l'attività di specialistica ambulatoriale (DGR n. 1863/2024 e s.m.i. nonché DGR n. 1202/2014 e s.m.i.).

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.

2. Le risorse assegnate come da DIF riguarderanno le prestazioni da erogarsi, per l'intero triennio, così come di seguito specificato:

A) PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E PRESTAZIONI AMBULATORIALI:

- a) Prestazioni di ricovero ordinario e prestazioni di specialistica ambulatoriale da erogarsi in favore dei pazienti residenti nella Regione Puglia.

Come convenuto nella riunione tenutasi in data 27/05/2025 tra la parte pubblica e le OO.RR., si prevede, per la sola annualità 2025, a valle degli incrementi percentuali normativamente previsti, un ulteriore incremento pari a € 1.500.000,00.

Di seguito si riporta prospetto riepilogativo:

- Anno 2025: € 112.307.850,00 + € 1.500.000,00 = € 113.807.850,00
- Anno 2026: € 113.935.500,00
- Anno 2027: € 113.935.500,00

2025		2026		2027	
tetto di spesa storico	108.510.000,00 €	tetto di spesa storico	108.510.000,00 €	tetto di spesa storico	108.510.000,00 €
incremento 3,5%	3.797.850,00 €	incremento 5%	5.425.500,00 €	incremento 5%	5.425.500,00 €
subtotale	112.307.850,00 €	TOTALE	113.935.500,00 €	TOTALE	113.935.500,00 €
ulteriore incremento ex verbale 27/05/2025	1.500.000,00 €				
TOTALE	113.807.850,00 €				

- b) Agli importi sopra riportati si aggiunge un incremento annuale di € 7.937.000,00, di cui al successivo art. 5, per i garantire le prestazioni nei confronti dei pazienti residenti in altre Regioni, con le tariffe vigenti nella regione Puglia.

Le prestazioni erogate nei confronti degli stranieri in conformità alla normativa vigente (STP, Cittadini europei - TEAM), non rientrano nei tetti di spesa di cui alle precedenti lett. a) e b) e sono riconosciute extra tetto.

B) FINANZIAMENTO PRESTAZIONI TEMPO-DIPENDENTI di cui all'art. 17 L.R. n. 34/2023

1. Per le prestazioni di cui all'art. 17, commi 1 e 2, della L.R. 30 novembre 2023, n. 34, si riconosce un corrispettivo pari a complessivi € **8.929.385,94** annui, ripartiti come da seguente prospetto:

CORRISPETTIVO ANNUO PER IL TRIENNIO 2025-2027		
RICOVERI	SPECIALISTICA AMBULATORIALE	TOTALE
€ 6.754.238,11	€ 2.175.147,83	€ 8.929.385,94

2. La remunerazione per l'erogazione delle prestazioni di cui alla presente lett. B) è riconosciuta previo raggiungimento del tetto di spesa ordinario di cui alla lett. A) e limitatamente all'importo di cui al presente contratto, stabilito dal precedente punto 1.

C) FINANZIAMENTO FUNZIONI ASSISTENZIALI ex art. 8 sexies D.Lgs. n. 502/1992:

Per gli anni 2025, 2026 e 2027 si riconosce, come da prospetto sotto riportato, un corrispettivo annuo, comprensivo della quota colonna hanseniana equivalente a € 2.500.000,00, pari a € **17.052.750,00**.

ANNO 2025	17.052.750,00
ANNO 2026	17.052.750,00
ANNO 2027	17.052.750,00

Qualora si dovessero registrare, negli anni 2025 e 2026, degli incrementi di costi relativi alle funzioni di cui alla presente lett. C), si riconosce un ulteriore rimborso, a copertura dei predetti costi, fino ad un massimo di € **3.333.333,34**, in ottemperanza all'art. 10 L.R. n. 39/2024. Tale rimborso, giusta DGR 23 dicembre 2024, n. 1881, trova applicazione anche per l'annualità 2024.

L'importo di cui alla presente lett. C) è finalizzato a garantire le funzioni assistenziali individuate dall'art. 20 della L.R. n. 28/2000, e che di seguito si riportano:

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

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

Si rimanda, per quanto non espressamente previsto, a quanto stabilito dalla DGR n. 982/2016.

D) RENDICONTAZIONE FARMACI

Risorse pari a € **10.000.000,00** annui.

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, effettuabili anche in corso d'anno sulla base dei dati presenti nel Sistema informativo Edotto.

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 2025, 2026 e 2027 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 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 riservata l'azione di recupero delle somme derivanti dal mancato riconoscimento di specifici ricoveri contestali e non riconosciuti dalle Regioni di residenza degli assistiti, informando, per il tramite delle ASL committente l'Erogatore.
9. Fermo restando, in prima applicazione, il riconoscimento del tetto di spesa di cui al comma 3 lett. a), in attuazione dell'art. 9 L.R. n. 42/2024, si procede ad un eventuale *addendum* contrattuale per la disciplina della mobilità attiva e passiva.



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, nel 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 Sanita 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) 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, stabiliti 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 dalla DGR n. 1202/2014 e s.m.i., e comunque nei limiti dei tetti di spesa assegnati;

- i) garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie attraverso personale medico, sanitario non medico e tecnico, in possesso dei titoli abilitanti professionali previsti per legge, che non versi in situazioni di incompatibilità. L'erogazione delle prestazioni, rimane comunque sotto la diretta e personale sorveglianza del Direttore Sanitario della Struttura, nel rispetto della normativa e dei requisiti minimi strutturali, organizzativi, tecnologici e di sicurezza previsti dalla vigente legislazione;
- j) 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) assicurare la compilazione delle schede di rilevazione, come da fac-simile già trasmesso, al fine di alimentare il Registro Regionale di "Implantologia Protetica" di anca e/o ginocchio, giusto art. 40 della L.R. n° 4 del 25/02/2010 e circolari regionali prot. n° 24/231 /SP del 26/03/2010 e n° 24/235/SP del 30/03/2010. A tale riguardo, si precisa che nel rispetto di quanto disposto nelle succitate note, le schede di rilevazione dovranno essere compilate con accuratezza, al momento della dimissione del paziente o del suo trasferimento ad altra Unità Operativa, e inviate all'Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia (OER), presso l'Università degli Studi di Bari. La stessa norma ha previsto che la mancata compilazione delle schede di rilevazione, determina l'impossibilità di dare corso alla remunerazione del ricovero;
- l) prendere atto che dal 1° gennaio 2011, tutte le SDO devono essere codificate nel rispetto della versione CMS 24 del Grouper;
- m) 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 dà luogo nei confronti dell'Erogatore al richiamo ed eventuale diffida;
- n) 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) garantire il rispetto dei tassi occupazionali pro-die dei posti letto accreditati;
- p) 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) garantire e non intralciare le attività dell'Azienda ASL, esperite per il tramite delle strutture UVARP c 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 di riferimento si concludono obbligatoriamente nell'anno solare successivo, ne discende che l'applicazione delle suddette misure devono essere disposte e concludersi nell'anno solare successivo e comunque entro il 31/12;
- r) 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) impegnarsi ai sensi del D.M. 70/2018 art. 1 co.5 lett. b) a trasmettere annualmente alla Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport 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) 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) 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) 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 diagnostica 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.

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.

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.

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.

Per i ricoveri "contestati", qualora la Direzione Sanitaria della struttura erogante **non** accetti le contestazioni dell'UVARP, la stessa deve farlo rilevare nel verbale e dovrà, nei successivi 30gg, formulare idonee controdeduzioni da inoltrare all'UVARP Aziendale per le valutazioni e gli adempimenti conseguenti. Qualora le controdeduzioni, da notificare da parte dell'Erogatore nei successivi 30 gg. vengano ritenute non esaustive, l'UVARP nei successivi 30 gg, quantifica i DRG non ammessi e/o modificati, dandone comunicazione all'Erogatore ed alla Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport, con nota a firma del Direttore Generale della ASL territorialmente competente.

Qualora invece, le controdeduzioni formulate dall'erogatore vengano accettate dall'Azienda, si procede alla ammissione alle procedure di liquidazione dei ricoveri precedentemente contestati.

Nei 90 giorni successivi rispetto 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.



Ai sensi dell'art. 10 L.R. n. 37/2014, la ASL s'impegna 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 D) dell'art. 4 del presente accordo, e nella misura del 100% in riferimento alla lett. C) del succitato art. 4, con esclusione dell'incremento pari a € 3.333.333,34 ex art. 10 L.R. n. 39/2024, soggetti a rendicontazione.

Per quanto attiene le prestazioni tempo-dipendenti di cui all'art. 17 L.R. n. 34/2023 (art. 4 lett. B) del presente accordo), la ASL s'impegna 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 80% del valore complessivo delle risorse assegnate.

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 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”.

Restano salvi gli effetti di eventuali e sopravvenute modifiche normative (anche con riferimento all'entrata in vigore di quanto disposto dall'art. 15 Legge 5 agosto 2022, n. 118), nonché la perdita



dei requisiti strutturali e organizzativi nel corso del triennio, che possono determinare la modifica o la risoluzione, anche di diritto, del presente accordo.

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

Il Direttore del Dipartimento
Dott. Vito Montanaro



Data,

19/06/2025

I Legali Rappresentanti della Struttura Erogante
Il Delegato
Mons. Domenico Laddaga



Data,

19/06/2025

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, si approvano esplicitamente le regolamentazioni contrattuali di cui agli artt.: da art. 1 a art. 8.

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

L'Erogatore





ACCORDO CONTRATTUALE
ai sensi dell'art. 8 quinquies D.Lgs. n. 502/1992
TRIENNIO 2025/2026/2027

TRA

Regione Puglia, con sede in Bari, Lungomare Nazario Sauro n. 38, 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 E.E., con sede legale in Tricase, via San Pio X, di seguito indicata come "Erogatore", rappresentata legalmente da Suor Margherita Bramato – Direttore Generale – nata [REDACTED] la 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 dalla normativa vigente.

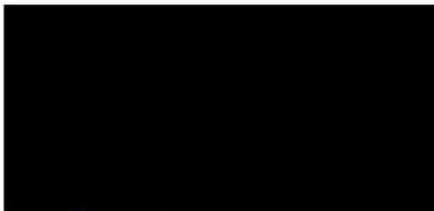


Premesso che:

- 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 cd. 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;
 - c) le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finalizzata a prestazione in base ai tetti di spesa e ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio.

Preso atto che:

- 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. Le medesime strutture, infatti, pur risultando equiparate agli specifici fini della programmazione, rimangono soggette ai tetti di spesa assegnati per la remunerazione delle prestazioni con oneri a carico del SSR (da ultimo, Cons. Stato sent. n. 7980 del 25/08/2023);
- l'art. 8-quinquies, ai commi 2 lett. a) b) c) d) e) ed e-bis), ha determinato gli elementi essenziali dell'accordo, suscettibili di essere integrati da 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, nell'ambito della quale, a seguito delle riconversioni dei PP.OO. pubblici, le strutture equiparate sono state qualificate come elementi utilmente inseriti nella programmazione regionale, ed in particolare nel circuito emergenza – urgenza;
- 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, n. 14/2020 e n. 8/2024, tenuto conto anche delle eventuali modifiche che dovessero intervenire nel corso del triennio.



SI STIPULA

Il presente accordo, con validità per gli anni 2025, 2026 e 2027, regola, da parte dell'Erogatore in premessa identificato:

- a) l'erogazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero, in regime di D.H. e day service;
- b) l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali;
- c) l'erogazione delle funzioni assistenziali di cui all'art. 8-sexies del D.Lgs. n. 502/1992 in favore di cittadini iscritti al SSN con oneri da porre a carico del SSR, anche con riferimento allo stanziamento di cui all'art. 10 L.R. n. 39/2024 e nei limiti dello stesso;
- d) l'erogazione delle prestazioni tempo-dipendenti, con espresso riferimento allo stanziamento di cui all'art. 17 L.R. 34/2023 e nei limiti del medesimo;
- e) la somministrazione diretta di farmaci.

Art. 1

Elementi essenziali oggetto dell'accordo

Il presente accordo contiene i seguenti elementi essenziali.

1. Disciplina il rapporto tra la Regione Puglia e l'Erogatore indicato in premessa, ai sensi dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i., per la erogazione nell'ambito del SSR, a prescindere dalla residenza degli assistiti, di prestazioni di assistenza sanitaria richieste secondo le tipologie di seguito indicate, a fronte del corrispettivo preventivato dal presente accordo:
 - a) prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza;
 - b) prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
 - c) altre prestazioni attribuite con provvedimento di Giunta.
2. Stabilisce le prestazioni oggetto dell'accordo che devono essere conformi al programma di integrazione dei servizi, per la parte riguardante l'Erogatore, quale rappresentazione del fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni da erogare da parte dello stesso. Quanto sopra in ottemperanza 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.
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 disciplinata 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 ottemperanza a 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 ottemperanza alla 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

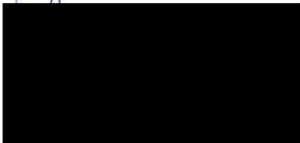
Il programma di erogazione dei servizi e delle attività, riguarda le prestazioni da erogare per:

- a) i cittadini residenti nel territorio regionale, compresi gli stranieri (STP, Cittadini europei - TEAM con riferimento alle prestazioni erogabili secondo la normativa vigente);
- b) i cittadini di residenza extraregionale.

Art. 3

Requisiti dei servizi

1. 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.
2. 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, debitamente notificate.



Art. 4
Corrispettivo

1. Il corrispettivo non può mai superare quello definito dal presente accordo, anche per i residenti fuori regione, salvo specifici accordi, 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 al presente accordo. Per la somministrazione dei farmaci dovranno essere previsti conguagli trimestrali.

Le tariffe applicate per determinare i 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 (DGR n. 951/2013 e s.m.i.) e dal nomenclatore tariffario regionale vigente al momento della erogazione per l'attività di specialistica ambulatoriale (DGR n. 1863/2024 e s.m.i. nonché DGR n. 1202/2014 e s.m.i.).

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.

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:

- a) Prestazioni di ricovero ordinario e prestazioni di specialistica ambulatoriale da erogarsi in favore dei pazienti residenti nella Regione Puglia.

Come convenuto nella riunione tenutasi in data 27/05/2025 tra la parte pubblica e le OO.RR., si prevede, per la sola annualità 2025, a valle degli incrementi percentuali normativamente previsti, un ulteriore incremento pari a € 1.500.000,00.

Di seguito si riporta prospetto riepilogativo:

- Anno 2025: € 79.281.000,00 + € 1.500.000,00 = 80.781.000,00
- Anno 2026: € 80.430.000,00
- Anno 2027: € 80.430.000,00

2025		2026		2027	
tetto di spesa storico	76.600.000,00 €	tetto di spesa storico	76.600.000,00 €	tetto di spesa storico	76.600.000,00 €
incremento 3,5%	2.681.000,00 €	incremento 5%	3.830.000,00 €	incremento 5%	3.830.000,00 €
subtotale	79.281.000,00 €	TOTALE	80.430.000,00 €	TOTALE	80.430.000,00 €
ulteriore incremento ex verbale 27/05/2025	1.500.000,00 €				
TOTALE	80.781.000,00 €				

- b) Agli importi sopra riportati si aggiunge un incremento annuale di € 1.657.765,00, di cui al successivo art. 5, per i garantire le prestazioni nei confronti dei pazienti residenti in altre Regioni, con le tariffe vigenti nella regione Puglia.

Le prestazioni erogate nei confronti degli stranieri in conformità alla normativa vigente (STP, Cittadini europei - TEAM), non rientrano nei tetti di spesa di cui alle precedenti lett. a) e b) e sono riconosciute extra tetto.



B) FINANZIAMENTO PRESTAZIONI TEMPO-DIPENDENTI di cui all'art. 17 L.R. n. 34/2023

1. Per le prestazioni di cui all'art. 17, commi 1 e 2, della L.R. 30 novembre 2023, n. 34, si riconosce un corrispettivo pari a complessivi € **6.215.516,73**, ripartiti come da seguente prospetto:

CORRISPETTIVO ANNUO PER IL TRIENNIO 2025-2027		
RICOVERI	SPECIALISTICA AMBULATORIALE	TOTALE
€ 5.985.176,88	€ 230.339,85	€ 6.215.516,73

2. La remunerazione per l'erogazione delle prestazioni di cui alla presente lett. B) è riconosciuta previo raggiungimento del tetto di spesa ordinario di cui alla lett. A) e limitatamente all'importo di cui al presente contratto, stabilito dal precedente punto 1.

C) FINANZIAMENTO FUNZIONI ASSISTENZIALI ex art. 8 sexies D.Lgs. n. 502/1992:

Per gli anni 2025, 2026 e 2027 si riconosce un corrispettivo annuo, come da prospetto sotto riportato, pari a € **13.642.200,00**.

ANNO 2025	€ 13.642.200,00
ANNO 2026	€ 13.642.200,00
ANNO 2027	€ 13.642.200,00

Qualora si dovessero registrare, negli anni 2025 e 2026, degli incrementi di costi relativi alle funzioni di cui alla presente lett. C), si riconosce un ulteriore rimborso, a copertura dei predetti costi, fino ad un massimo di € **3.333.333,33**, in ottemperanza all'art. 10 L.R. n. 39/2024. Tale rimborso, giusta DGR 23 dicembre 2024, n. 1881, trova applicazione anche per l'annualità 2024.

L'importo di cui alla presente lett. C) è finalizzato a garantire le funzioni assistenziali individuate dall'art. 20 della L.R. n. 28/2000, 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.

Si rimanda, per quanto non espressamente previsto, a quanto stabilito dalla DGR n. 982/2016.

D) RENDICONTAZIONE FARMACI

Risorse pari a € **8.800.000,00** annui.

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, effettuabili anche in corso d'anno sulla base dei dati presenti nel Sistema informativo Edotto.

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 2025, 2026 e 2027 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 motivatamente valide da un dirigente individuato in via preventiva dalla Struttura UVARP Aziendale, quale esperto della materia, danno luogo nei confronti dell'erogatore all'addebito del controvalore allo stesso in precedenza già corrisposto.
7. Il pagamento da parte della Azienda ASL per le prestazioni rese dall'Erogatore nei confronti di residenti al di fuori della Regione avviene, fermo quant'altro disposto nel presente articolo,

secondo le modalità ed i termini generali previsti nel presente contratto e di cui al precedente comma 5.

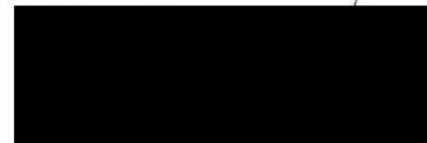
8. Alla Regione viene riservata l'azione di recupero delle somme derivanti dal mancato riconoscimento di specifici ricoveri contestali e non riconosciuti dalle Regioni di residenza degli assistiti, informando, per il tramite delle ASL committente l'Erogatore.
9. Fermo restando, in prima applicazione, il riconoscimento del tetto di spesa di cui al comma 3 lett. a), in attuazione dell'art. 9 L.R. n. 42/2024, si procede ad un eventuale *addendum* contrattuale per la disciplina della mobilità attiva e passiva.



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, nel 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 Sanita 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) 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 dalla DGR n. 1202/2014 e s.m.i., e comunque nei limiti dei tetti di spesa assegnati;
- i) garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie attraverso personale medico, sanitario non medico e tecnico, in possesso dei titoli abilitanti professionali previsti per legge, che non versi in situazioni di incompatibilità. L'erogazione delle prestazioni, rimane comunque sotto la diretta e personale sorveglianza del Direttore Sanitario della Struttura, nel rispetto della normativa e dei requisiti minimi strutturali, organizzativi, tecnologici e di sicurezza previsti dalla vigente legislazione;
 - j) 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) assicurare la compilazione delle schede di rilevazione, come da fac-simile già trasmesso, al fine di alimentare il Registro Regionale di "Implantologia Protetica" di anca e/o ginocchio, giusto art. 40 della L.R. n° 4 del 25/02/2010 e circolari regionali prot. n° 24/231 /SP del 26/03/2010 e n° 24/235/SP del 30/03/2010. A tale riguardo, si precisa che nel rispetto di quanto disposto nelle succitate note, le schede di rilevazione dovranno essere compilate con accuratezza, al momento della dimissione del paziente o del suo trasferimento ad altra Unità Operativa, e inviate all'Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia (OER), presso l'Università degli Studi di Bari. La stessa norma ha previsto che la mancata compilazione delle schede di rilevazione, determina l'impossibilità di dare corso alla remunerazione del ricovero;
 - l) prendere atto che dal 1° gennaio 2011, tutte le SDO devono essere codificate nel rispetto della versione CMS 24 del Grouper;
 - m) 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 dà luogo nei confronti dell'Erogatore al richiamo ed eventuale diffida;
 - n) 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) garantire il rispetto dei tassi occupazionali pro-die dei posti letto accreditati;
 - p) 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) garantire e non intralciare le attività dell'Azienda ASL, esperite per il tramite delle strutture UVARP c 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 di riferimento si concludono obbligatoriamente nell'anno solare successivo, ne discende che l'applicazione delle suddette misure devono essere disposte e concludersi nell'anno solare successivo e comunque entro il 31/12;
 - r) 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) impegnarsi ai sensi del D.M. 70/2018 art. 1 co.5 lett. b) a trasmettere annualmente alla Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport 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) 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) 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) 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 diagnostica 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.

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.

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.

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.

Per i ricoveri "contestati", qualora la Direzione Sanitaria della struttura erogante **non** accetti le contestazioni dell'UVARP, la stessa deve farlo rilevare nel verbale e dovrà, nei successivi 30gg, formulare idonee controdeduzioni da inoltrare all'UVARP Aziendale per le valutazioni e gli adempimenti conseguenti. Qualora le controdeduzioni, da notificare da parte dell'Erogatore nei successivi 30 gg. vengano ritenute non esaustive, l'UVARP nei successivi 30 gg, quantifica i DRG non ammessi e/o modificati, dandone comunicazione all'Erogatore ed alla Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport, con nota a firma del Direttore Generale della ASL territorialmente competente.

Qualora invece, le controdeduzioni formulate dall'erogatore vengano accettate dall'Azienda, si procede alla ammissione alle procedure di liquidazione dei ricoveri precedentemente contestati.

Nei 90 giorni successivi rispetto 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.



Ai sensi dell'art. 10 L.R. n. 37/2014, la ASL s'impegna 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 D) dell'art. 4 del presente accordo, e nella misura del 100% in riferimento alla lett. C) del succitato art. 4, con esclusione dell'incremento pari a € 3.333.333,33 ex art. 10 L.R. n. 39/2024, soggetti a rendicontazione.

Per quanto attiene le prestazioni tempo-dipendenti di cui all'art. 17 L.R. n. 34/2023 (art. 4 lett. B) del presente accordo), la ASL s'impegna 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 80% del valore complessivo delle risorse assegnate.

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 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”.

Restano salvi gli effetti di eventuali e sopravvenute modifiche normative (anche con riferimento all'entrata in vigore di quanto disposto dall'art. 15 Legge 5 agosto 2022, n. 118), nonché la perdita

dei requisiti strutturali e organizzativi nel corso del triennio, che possono determinare la modifica o la risoluzione, anche di diritto, del presente accordo.

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

Letto, confermato e sottoscritto.

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

Il Direttore del Dipartimento
Dott. Vito Montanaro



Data,

19/06/2025

Il Legale Rappresentante della Struttura Erogante
Il Direttore Generale
Suor Margherita Bramato



Data,

19/06/2025

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, si approvano esplicitamente le regolamentazioni contrattuali di cui agli artt.: da art. 1 a art. 8.

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

L'Erogatore



Il Dirigente della Sezione SGO

Mauro Nicastro



Mauro Nicastro
11.09.2025
20:11:54
GMT+02:00



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	2025	124	12.09.2025

DETERMINAZIONE DEL FONDO UNICO DI REMUNERAZIONE PER LE STRUTTURE EQUIPARATE CHE EROGANO ASSISTENZA SANITARIA NELL'AMBITO TERRITORIALE DELLA REGIONE PUGLIA # TRIENNIO 2025-2027. RATIFICA ACCORDI CONTRATTUALI SOTTOSCRITTI IN DATA 19.06.2025.

VISTO SI PRENDE ATTO

ANNOTAZIONE:



Firmato digitalmente da:
STOLFA REGINA
Firmato il 12/09/2025 13:50
Seriale Certificato: 2300950
Valido dal 20/03/2023 al 20/03/2026
InfoCertem Qualified Electronic Signature CA

Responsabile del Procedimento
E.Q.-CARMEN PARTIPILO

Dirigente
D.SSA REGINA STOLFA

