



## **Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 103 del 20/07/2015**

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 05 GIUGNO 2015, n. 1365

D.G.R. n. 1798 del 6/8/2014 - Modifiche schema tipo accordo contrattuale Strutture Istituzionalmente accreditate attività ambulatoriale ex art. 8 quinquies del D.L. vo 502/92 e ss.mm.ii. - Strutture Istituzionalmente accreditate per attività in regime di ricovero (Case di Cura).

L'Assessore all'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità, dott. Donato Pentassuglia, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio 3 PAOS, confermata dal Dirigente dello stesso Ufficio e dal Dirigente del Servizio Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce quanto segue.

Il D.Lgs. del 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" ed, in particolare, l'art. 8, ha regolamentato la materia concernente la contrattazione con le strutture erogatrici di prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale.

La L. R. del 28 maggio 2004, n. 8, ha disciplinato la materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e alla stipula degli accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private nella Regione Puglia.

Con la delibera n. 1494 del 4 agosto 2009 (Accordi contrattuali per l'anno 2009-Linee guida), la Giunta Regionale ha regolamentato i criteri per le Aziende Sanitarie Locali, per definire, con le strutture private accreditate, gli accordi contrattuali ex art. 8 quinquies del D. L.vo 502/92 e s.m.i..

La L.R. del 9 febbraio 2011, n. 2, ha approvato il "Piano di rientro e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012". Detto Piano, tra l'altro, ha richiamato e confermato, per tutto il periodo di validità dello stesso, le regole definite con la D.G.R. n. 1494/2009. Il piano di rientro ha, altresì, disposto tra le iniziative da intraprendere da parte della Regione, Il monitoraggio degli accordi contrattuali stipulati dalle Aziende Sanitarie Locali con le strutture private accreditate, oltre al monitoraggio dei tetti di spesa fissati per le stesse strutture private accreditate, ivi comprese quelle che erogano prestazioni in regime di ricovero.

Con delibera n. 1773 del 7 settembre 2012 avente ad oggetto: "DD.GG.RR. n. 1494/2009 - Approvazione Schema tipo Accordo Contrattuale- strutture istituzionalmente accreditate attività in regime di ricovero - ex art. 8 quinquies del D. L.vo 502/92 così come modificato dalla Legge 6 agosto 2008, n. /33", la Giunta Regionale ha deliberato di approvare, giusto quanto previsto dalla precedente D.G.R. 1494/2009, lo schema tipo di contratto per l'acquisto da parte della ASL committente delle prestazioni sanitarie erogate in regime di ricovero dal settore privato, già predefinite in termini di volumi e di tipologie, in relazione al proprio fabbisogno, anche sulla base di quanto previsto dall'art. 22 della L.R. 28/5/2004 n. 8. Il tutto anche al fine di rendere uniforme su tutto il territorio regionale le disposizioni relative all'attribuzione dei tetti di spesa ed alla contrattualizzazione dei volumi e tipologie di prestazioni

erogate in regime di ricovero, distinti per disciplina.

Con delibera n. 1798 del 6/8/2014 pubblicata sul BURP n. 135 del 29/9/2014, in virtù della normativa generate legislativa e regolamentare, sopravvenuta, nonché delle osservazioni formulate dal Ministero della Salute, dell'Economia e delle Finanze (MEF), con nota prot. n. 160-23-12-2013- 0000124 - A, e recepite nello schema di contratto tipo, si è reso necessario apportare alcune modifiche allo "schema contrattuale tipo" già approvato con la medesima D.G.R. n. 1773/2012.

La deliberazione 1773/2012, è stata oggetto di impugnativa, da parte di alcune strutture istituzionalmente accreditate, innanzi alla A.G. adita, che si è definita con alcune pronunce/sentenze (cfr. TAR Bari sez. II n. 216/2015, n. 215/2015 n. 118/2015, in cui si statuiva l'accoglimento dei ricorsi e per effetto l'annullamento del provvedimento impugnato, in relazione alla censura esaminata "di mancato confronto con le organizzazioni rappresentative".

La deliberazione 1773/2012, altresì, era stata già oggetto di valutazione da parte della A.G. adita, giuste sentenze n. 1442/2013 del TAR Bari sez. II, e sent. n. 193/2015, n. 249/2015, n.255/2015 e n. 237/2015, con le quali si disponeva, in modo diametralmente opposto alle precedenti pronunce, per il rigetto del ricorso proposto dalle ricorrenti, strutture istituzionalmente accreditate, delle cui valutazioni non si può non tenerne conto.

Preso atto che, nelle more della definizione del giudizio di primo grado, la Regione Puglia, a modifica della DGR 1773/2012, aveva adottato ed approvato con DGR 1798/2014, il nuovo schema di contratto tipo.

In presenza delle pronunce contrastanti ed al solo fine di evitare ulteriori contenziosi, la Regione Puglia, pur senza prestare acquiescenza, ha ritenuto opportuno, convocare per il giorno 23/3/2015, giusta nota prot. n. A00/005/13372 del 13/3/2015, le Organizzazioni Rappresentative delle parti datoriali delle Case di Cura.

Della seduta del 23/3/2015 veniva redatto apposito verbale, in cui si concordava di sospendere le procedure di sottoscrizione degli accordi contrattuali a valere per il 2015, con l'impegno da parte delle Associazioni di categoria di formulare, entro il giorno 9/4/2015, proposte, da sottoporre alla valutazione della tecnostruttura regionale, al fine di valutarne la loro rispondenza ed aderenza al quadro normativo nazionale e regionale di riferimento.

Le proposte di modifica, sono state inviate nei termini: dall'Associazione AIOP e da Confindustria Puglia, e successivamente acquisite in data 10/4/2015, al protocollo generale, rispettivamente al n. 14374 ed al n. 14372.

La tecnostruttura dopo aver esaminato le vane proposte è pervenuta alle seguenti determinazioni:

a) modifica Art. 1 co.1 allegato A). Si chiede " di eliminare le parole e per DRGs di classificazione". Tale proposta di modifica non Dub essere accolta. Infatti, l'art. 8 quinquies del D. L.vo 502/92, pone, invero una relazione necessaria tra budget assegnato alla struttura accreditata e volume delle prestazioni che l'Azienda Sanitaria Locale, intende acquistare sulla base delle valutate necessita assistenziali. A garanzia di siffatta corrispondenza, la stessa norma precisa alla successiva lett. e-bis) del D. L.vo 502/92, che gli accordi devono prevedere la modalità con cui garantire che il volume massimo di prestazioni remunerate venga rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lett. d) predetta, "in caso di incremento a seguito di modificazioni - comunque intervenute nel corso dell'anno - dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni, fatta salva la possibilità di stipula di accordi integrativi nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario programmato". E' evidente che il tetto di spesa, viene assunto quale limite invalicabile, in relazione al volume di prestazioni definito, distinto per "tipologia" di DRGs, di cui rappresenta il corrispettivo.

b) modifica Art. 1 co.2 allegato A). Si chiede di eliminare il riferimento "in ragione dei posti letto da contrattualizzare ". Tale proposta di modifica non Dub essere accolta. Infatti, la ripartizione delle risorse, ai sensi della DGR 1494/2009, viene fatta in funzione dei posti letti accreditati, ne tantomeno è ipotizzabile l'eventualità di erogare prestazioni con oneri a carico del SSN su posti letto semplicemente autorizzati.

c) modifica Art. 1 co.2 allegato A). Si chiede di definire a livello regionale il riferimento “indice di valorizzazione del posto letto “.Tale proposta di modifica non può essere accolta. Le Associazioni datoriali rappresentative, sostengono che, in assenza di una clausola contrattuale che imponga l'indicazione del metodo seguito, l'indice di valorizzazione del posto letto sia rimesso alla mera discrezionalità dell'ASL stipulante, senza garanzia alcuna di applicazione di un criterio uniforme, valevole per l'intero territorio regionale. Infatti, la tabella inserita nella relativa clausola, dunque, ha una funzione meramente ricognitiva del risultato delle operazioni istruttorie compiute dall'ASL per l'individuazione di uno dei fattori (il c.d. “indice di valorizzazione”, appunto) incidenti sull'ammontare del budget assegnato per singola disciplina. Tale natura ricognitiva non implica, pertanto, che l'ASL, nella determinazione del budget sia svincolata dai parametri di legittimità della discrezionalità tecnico-amministrativa. In altri termini, la tabella in esame si limita a prescrivere un'operazione meramente trascrittiva dei risultati cui è giunta l'ASL a seguito della necessaria istruttoria funzionale a determinare il budget assegnato. Data la natura meramente ricognitiva della voce della tabella in questione, non è in sede di predisposizione del contratto tipo che può richiedersi l'indicazione del metodo da seguirsi, risultando a ciò deputata, invece, la prodromica delibera di determinazione del fondo unico di remunerazione e di attribuzione del budget.

d) modifica Art. 1 co.3 allegato A). Si chiede di eliminare il comma 3) in quanto criterio non previsto ne dal D. L.vo 502/92 e s.m.i., ne dalle linee guida di cui alla DGR n. 1494/2009. Tale proposta di modifica non può essere accolta. Valgono le stesse motivazioni richiamate alla lett. a) che impongono alle AA.SS.LL. di definire in sede di programmazione i volumi e le “tipologie” di prestazioni da acquistare, che non è in grado di produrre e/o di non produrre a sufficienza.

e) modifica Art. 1 co.5 allegato A). Si chiede di ampliare la possibilità di scorrimento tra le discipline elevando il limite massimo prestabilito dal 10% al 20% o addirittura al 30% del tetto di spesa. Tale proposta di modifica non può essere accolta. La preclusione trova fondamento nell'esigenza di rispettare una puntuale e specifica programmazione della spesa sanitaria, nonché della disposizione contenuta nell'art. 8 quinquies co. 2 lett. b) del d.lgs. n. 502/92, che rinvia alla distinzione per gruppi, delle prestazioni sanitarie da potenziare e/o depotenziare, stabilendo così un distinto separato acquisto di prestazioni dagli operatori accreditati, anche senza la possibilità di interscambio dei relativi volumi di acquisto, tanto che risulterebbe anche legittimo il divieto di eventuali compensazioni. Una percentuale così alta vanificherebbe la programmazione aziendale. Per quanto attiene la libertà d'impresa, il Consiglio di Stato, giusta sentenza n. 1252 del 28/2/2011 ha stabilito un principio importante: “ Nella propria azione di programmazione, la Regione deve avere mani libere rispetto ai propri fornitori. Un principio in base al quale è il fornitore ad adeguarsi alla domanda di servizi della Regione, e non già la Regione a doversi adeguare all'offerta di servizi dei fornitori, come era sempre accaduto quando le spese per la sanità, pubblica e privata, si pagavano a piè di lista”.

f) modifica Art. 1 co.6 allegato A). Si chiede di ampliare dal 10% al 20% o addirittura al 30% la possibilità di una oscillazione per i DGR concomitanti, rientranti nella stessa disciplina e non preventivamente concordati. Tale proposta, in ragione delle diverse variabili correlate alle procedure, che concorrono alla determinazione dei DRGs, può essere accolta. Pertanto, si propone di elevare al 20% la percentuale dei DRGs rientranti nella stessa disciplina e non preventivamente concordati.

g) modifica Art. 1 co.7 allegato A). Si chiede di inserire “ad eccezione dei ricoveri eseguiti in emergenza/urgenza provenienti dal 118, dagli ospedali vicini e dal territorio con comprovata motivazione d'urgenza”. Tale proposta di modifica non può essere accolta. Al momento, non risulta che gli operatori sanitari ricorrenti erogano prestazioni sanitarie in regime di pronto soccorso. Dunque, le uniche prestazioni di urgenza cui le ricorrenti possono riferirsi sono quelle provenienti da 118, e che rientrano nel progetto IMA/SCA, remunerate extra tetto, ma non destinate a pronto soccorso. Tanto premesso, non risulta che gli operatori in questione abbiano l'obbligo di accettare pazienti, benché provenienti da 118, al di fuori della capienza dei posti. Al contrario il dato di comune esperienza porta a ritenere che il ricovero di pazienti trasportati a seguito di intervento del 118, avvenga solo se la struttura

(pubblica o privata inserita nel circuito delle cliniche che concorrono a fornire tale servizio) abbia la disponibilità dei posti letto. Di conseguenza l'attività dell'Erogatore non potrà che essere necessariamente commisurata in relazione alle discipline e posti letto accreditati, nonché nel rispetto dell'indice occupazionale per ogni singola disciplina, su base giornaliera e non già su base annuale, così come richiesto dall'AIOP.

h) modifica Art. 1 co. 9 allegato A) che dispone: "l'erogatore s'impegna a garantire la regolare e continua erogazione delle prestazioni per tutti i mesi dell'anno e conseguentemente l'equità dell'accesso al SSR da parte di tutti i cittadini nonché la corretta gestione delle liste d'attesa, e la utilizzazione del tetto annuale di spesa diviso per dodicesimi " si chiede di eliminare nella declaratoria l'accezione - suddiviso per dodicesimi - Tale proposta di modifica può essere parzialmente accolta. Il riferimento fatto alla clausola contrattuale di cui all'art. 1, comma IX, va integrato con quelle contenute negli artt. 2, punto 1, lett. a), e 6, lett. n. Tanto chiarito, deve, comunque, rilevarsi che la lettura complessiva dello schema contrattuale rende edotti che l'erogatore è tenuto alla continuità delle prestazioni in tutti i mesi dell'anno (in sostanza si tende a prevenire la non infrequente prassi che la struttura accreditata, raggiunto il limite annuale, sospenda la propria attività negli ultimi mesi dell'anno, così lasciando i pazienti privi delle necessarie prestazioni sanitarie). Purtuttavia, senza predeterminare un limite rigido ed invalicabile, nell'ambito della pur sempre garantita erogazione mensile, si propone la possibilità di prevedere, oscillazioni mensili ragionevoli, non superiori al 10%, con l'obbligo per l'erogatore di recuperare la maggiore erogazione, rispetto al valore economico del dodicesimo, nel bimestre successivo.

i) modifica Art. 2 co.1 allegato A) che dispone: L'erogatore si obbliga ad accettare la possibilità che Il citato piano di cui al precedente punto 3) dell'art.1, a seguito di mutate esigenze della ASL committente, previa comunicazione formale e motivata da parte di quest'ultima, possa subire nel corso dell'anno XXXX modificazioni, sia per quantità che per tipologia delle singole prestazioni, fermo limite invalicabile di remunerazione di cui al precedente art. 1". Si chiede di eliminare le parole..... di cui al precedente punto 3) art.1). Tale proposta di modifica non può essere accolta, per le motivazioni richiamate alla lett. a) ed alla lett. d).

j) modifica Art. 2 co.4 allegato A). In merito a questo comma, si chiede l'annullamento dei controlli sine die da parte della struttura UVARP Aziendale. Tale proposta, alla luce delle ultime pronunce giurisprudenziali in materia (cfr. sentenza n. 3849/2014 TAR Lazio III sez.), può essere accolta nei limiti di seguito riportati: a far tempo dall'anno 2015 i controlli da parte delle Strutture UVARP Aziendali e le risultanze che comportano risvolti economici, devono essere applicate alla struttura sul bilancio dell'esercizio relativo all'anno solare in cui sono effettuati i controlli. Pertanto, sul presupposto che i controlli per l'anno 2015 si concludono, obbligatoriamente nell'anno 2016, ne discende che l'applicazione delle suddette misure devono essere disposte e concludersi nell'anno solare e comunque entro il 31/12/2016.

k) modifica Art. 2 co. 8 allegato A). Si chiede la rimozione del divieto, contenuto nell'art. 2, comma 8, di utilizzare a pagamento privato i posti letto accreditati, anche una volta superato il budget massimo annuale. Si propone che la richiesta possa essere parzialmente accolta, in quanto appare ragionevole ritenere, in applicazione anche di pronunce giurisprudenziali in materia (cfr. sentenza n.1442/2013- Tar Puglia), che tale clausola, proprio in virtù della funzione che le è propria, vada ritenuta applicabile al solo caso che il budget non sia stato ancora esaurito. Infatti, qualora il tetto spesa mensile sia ormai già stato integralmente utilizzato dalla struttura accreditata - magari si esaurisce al 20 del mese -, la funzione precauzionale viene meno e il posto letto, ormai definitivamente fuoriuscito - per il mese in questione - dalla programmazione sanitaria pubblica e potrà essere utilizzato per i residui giorni del mese per i pazienti solventi a titolo privato.

l) modifica Art. 4 co. 1 allegato A). Si propone di eliminare l'istituto delle regressioni tariffarie per le prestazioni erogate nei confronti di persone residenti in altre Regioni d'Italia e/o in paesi della Unione Europea e/o extracomunitari. Tale richiesta non può essere accolta in quanto risulterebbe in contrasto con le stesse disposizioni impartite dal Ministero della Salute, dell'Economia e delle Finanze (MEF),

giusta nota prot. n. 160-23-12-2013- 0000124 - A, con la quale è stato ribadito, nella remunerazione del singolo erogatore, il divieto e conseguente applicazione alle singole prestazioni di import' 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. Pertanto, con riferimento alla liquidazione delle remunerazioni delle prestazioni erogate in favore dei soggetti non residenti, si rende necessario assoggettare le stesse "alla scontistica" per ogni branca specialistica così come previsto nella DGR 1400/2007 e con le modalità operative previste dalla DGR 1798/2014.

m) modifica Art. 5 lett. f) allegato A). Si chiede di modificare la previsione contenuta nell'art. 5, lett. f), dell'accordo-tipo, con la quale si impone all'erogatore di "assicurare che l'eventuale trasferimento del paziente da una unità operativa all'altra dello stesso istituto di cura non deve importare 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". Tale proposta di modifica può essere parzialmente accolta in ragione di quanto previsto dal D.M. n. 380 del 27/10/2000. Pertanto, si propone di integrare l'art. 5 lett. f) con la seguente precisazione " 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".

n) modifica Art. 5 lett. i) allegato A. Si chiede di modificare la previsione contenuta nell'art. 5, lett. i) integrando la prescrizione con la dicitura "nel rispetto della normativa e dei requisiti minimi ed ulteriori, strutturali, organizzativi, tecnologici e di sicurezza previsti dal R.R. 3/2005 s.m.i., dal DM 30/6/75 e dalla L.R. 51/85". Tale proposta non può essere accolta, in quanto attiene ed è propria della fase di "accreditamento" della struttura, e non già della fase di erogazione, tra l'altro risulta già richiamata, quale obbligo per l'erogatore, alla lett. r dello stesso art. 5.

o) modifica Art. 5 lett. q) allegato A. Si chiede di integrare la prescrizione contenuta all'art. lett. i) allegato A, che prevede di "garantire il rispetto dei tassi occupazionali pro-die dei posti letto accreditati" con la riformulazione: "fatta eccezione per i ricoveri in emergenza urgenza provenienti dal 118, dagli ospedali vicini e dal territorio con comprovata motivazione d'urgenza". Tale richiesta non può trovare accoglimento per le stesse motivazioni richiamate alla lett. g) e che di seguito si riporta. Il dato di comune esperienza porta a ritenere che il ricovero di pazienti trasportati a seguito di intervento del 118, avvenga solo se la struttura (pubblica o privata inserita nel circuito delle cliniche che concorrono a fornire tale servizio) abbia la disponibilità dei posti letto. Di conseguenza l'attività dell'Erogatore non potrà che essere necessariamente commisurata in relazione alle discipline e posti letto accreditati, nonché nel rispetto dell'indice occupazionale per ogni singola disciplina, su base giornaliera.

p) modifica Art. 7 co. 1) allegato A. Si chiede di adeguare la tempistica prevista per la liquidazione delle competenze mensili (entro 30gg) oltre all'adeguamento della tempistica per i conguagli. Tale richiesta non può essere accolta. Infatti, l'art. 7 di cui si chiede la modifica, prevede la corresponsione degli acconti nella misura dell'85% del dodicesimo, entro 45 gg, e quindi in linea con le prescrizioni di cui al D.L.vo 192/2012, che prevede un termine di 60 gg.. Per quanto attiene, i conguagli, i termini per il pagamento non possono essere compressi, in quanto sarebbero in divergenza con le attività di controllo disposte dalle Strutture UVAR Aziendali. Difatti non si comprende per quale motivo dovrebbero essere eventualmente liquidate prestazioni che dovessero risultare successivamente inappropriate, ovvero ricondotte ad altra tipologia di ricovero.

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

Copertura finanziaria di cui alla L.R. n. 28/2001 e s.m.i.

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

L'Assessore relatore sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale, ai sensi della L.R. n. 7/97, art. 4, comma 4, lett. d).

## LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore proponente;

vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Dirigente dell'Ufficio Assistenza Specialistica e Ospedaliera, dal Dirigente del Servizio e dal Direttore di AREA;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

## DELIBERA

1. per le motivazioni riportate in narrativa quale parte sostanziale del presente provvedimento, e preso atto delle risultanze emerse nel confronto con le organizzazioni rappresentative datoriali delle Case di Cura, consultate in data 23/3/2015, al solo fine di non incorrere in ulteriori conflitti e senza alcuna valenza di acquiescenza alle sentenze citate in narrativa (cfr. TAR Bari sez. II n. 216/2015, n. 215/2015 n. 118/2015), in ottemperanza all'art. 22 della L.R. 28/5/2004 n. 8, giusto quanto previsto dalla D.G.R. n. 1494/2009 ai solo fini della determinazione dei criteri, a modifica di quanto disposto nella DGR 1798/2014, di approvare le modifiche di seguito riportate, previa ritrascrizione del nuovo testo, così come di seguito riportato:

a) l'art. 1 co. 6 - allegato A), sarà così ritrascritto: - Nel rispetto delle tipologie di assegnazioni e del pacchetto di prestazioni contrattualizzate come dai prospetti allegati, si concorda la possibilità di una oscillazione del 20%, per i DRGs. concomitanti, rientranti nella stessa disciplina e non preventivamente concordati, purché gli elementi di giustificazione siano rilevabili dalla cartella clinica.

b) L'art. 1 co. 9 - allegato A), sarà così ritrascritto: L'erogatore s'impegna a garantire la regolare e continua erogazione delle prestazioni per tutti i mesi dell'anno e conseguentemente l'equità dell'accesso al SSR da parte di tutti i cittadini, nonché la corretta gestione delle liste d'attesa, e la utilizzazione del tetto annuale di spesa suddiviso per dodicesimi, con oscillazioni mensili ragionevoli, non superiori al 10%, con l'obbligo per l'erogatore di recuperare la maggiore erogazione, rispetto al valore economico del dodicesimo, nel bimestre successivo.

c) l'art. 2 co.4 - allegato A), sarà così ritrascritto: A garantire e non intralciare le attività dell'Azienda ASL, esperite per il tramite delle strutture UVARP e NIR e finalizzate ad accertare sia l'appropriatezza delle prestazioni erogate sia la congruenza tra prescrizioni e prestazioni rese correlate ai requisiti strutturali e tecnologici in possesso ed in uso, oltre alle relative tariffe, ai sensi della normativa vigente. L'Erogatore è consapevole che tali controlli possono essere effettuati in qualsiasi momento e nei limiti temporali decadenziali dell'anno so/are in cui si concludono. Pertanto, sul presupposto che i controlli per l'anno 2015 si concludono, obbligatoriamente nell'anno 2016, ne discende che l'applicazione delle suddette misure devono essere disposte e concludersi nell'anno so/are e comunque entro il 31/12/2016. Resta inteso che per gli anni successivi occorre aggiornare i riferimenti temporali.

d) l'art. 2 co. 8 - allegato A), sarà così trascritto: E' fatto divieto assoluto per l'Erogatore, una volta raggiunto il limite massimo di remunerazione invalicabile, distinto per disciplina e tipologia, previsto nel presente accordo contrattuale, operare sui posti letto accreditati, in regime di attività libero

professionale, con oneri a carico di pazienti solventi. Qualora tetto spesa mensile sia già stato integralmente utilizzato dalla struttura accreditata - il posto letto accreditato -, potrà essere utilizzato (solo da quel momento) per i residui giorni del mese anche per i pazienti solventi a titolo privato

e) l'art. 5 lett. 1) - allegato A) sarà così ritrascritto: Assicurare che l'eventuale trasferimento interno del paziente da una unità operativa all'altra de/lo stesso istituto di cura non deve comportare la sua dimissione e successiva riammissione. Il numero identificativo, caratteristico di ciascuna carta/la 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 carta/la clinica e di una nuova scheda SDO.

2. Di disporre che le modifiche approvate con il presente provvedimento vengano riportate nello schema tipo di contratto allegato sotto la lettera A) composto da n. 11 fogli, per farne parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, per l'acquisto da parte della ASL committente delle prestazioni sanitarie erogate in regime di ricovero;

3. di disporre che i Direttori Generali non potranno sottoscrivere accordi contrattuali con le strutture erogatrici, qualora non vengano contemplati, oltre i volumi finanziari complessivi, anche le singole tipologie di prestazioni erogate, i singoli volumi come da tabella riportata all'art. 1 dello schema di "contratto tipo". I contratti sottoscritti in violazione delle su richiamate prescrizioni sono da considerarsi nulli;

4. di stabilire che i Direttori Generali, dovranno concludere la contrattazione annuale entro il 30/6/2015, dandone successiva comunicazione al Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera Specialistica e Accreditamento, circa l'avvenuta o mancata sottoscrizione;

5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta Il Presidente della Giunta  
Dott.ssa Antonella Bisceglia Dott. Nichi Vendola

---