REGIONE PUGLIA

ACCORDO CONTRATTUALE
ai sensi dell'art. 8 quinquies D.Lgs. n. 502/1992
per gli anni 2026 e 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

Istituti Clinici Scientifici Maugeri S.p.A. – Società Benefit, di seguito denominata anche "ICS Maugeri SPA SB", con sede legale in Pavia (PV) alla via S. Maugeri 4, codice fiscale e partita IVA 02631650187, e sede operativa in Via Generale Bellomo 73/75 Bari, di seguito indicato come "Erogatore" – legalmente rappresentato dal Dott. Luca Damiani, [redacted] nella qualità di Presidente Esecutivo di ICS Maugeri Spa SB, 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:

- l'Erogatore dichiara sotto la propria esclusiva responsabilità di essere istituzionalmente accreditato ad erogare prestazioni di ricovero nelle seguenti discipline e per il correlato numero di posti letto (PL):

ICS Maugeri SPA SB	COD. DISCIPLINA	DISCIPLINA	P.L.
	75	**Neuroriabilitazione**	**20**
	68	**Pneumologia**	**8**
	56	**Recupero e riabilitazione**	**188**
	28	**Unità spinale**	**14**
		TOTALE POSTI LETTO	**230**

- che, in virtù della Determinazione Dirigenziale n° 145 del 19/6/2020 lo stesso risulta essere stato autorizzato all'esercizio, per trasferimento e con mantenimento dell'accreditamento nella nuova sede, ad erogare prestazioni in regime di ricovero e di day service per le discipline correlate ai posti letto accreditati.

Richiamati:

- il D.Lgs. 502/92 e s.m.i., che agli artt. 8 *bis*, 8 *quater* e 8 *quinquies* disciplina la partecipazione dei soggetti ex art 41 e 43 della L. 833/78;
- l'art. 8 *bis*, comma 1, del citato D.Lgs. n. 502/92, secondo cui *"le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies"*;
- il D.Lgs. n. 288 del 16 ottobre 2003 che disciplina il riordino degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), a norma dell'art. 42 comma 1 della L. 3/2003, stabilendo che gli IRCCS sono enti a rilevanza nazionale dotati di autonomia e personalità giuridica che, secondo standard di eccellenza, perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità;
- l'art 8 *quinquies*, comma 2 *quater*, del D.Lgs. n. 502 del 31.12.1992 e s.m.i., a mente del quale *"le regioni stipulano accordi con le fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalità di cui all'articolo 10 comma 2 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288"*;
- l'art. 10 del D.Lgs. 288/2003, che, stabilisce, al comma 2, che la Regione finanzia l'attività assistenziale degli IRCCS, da attuarsi in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, a

prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale;

- l'art. 8 *quater*, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992, secondo cui *"la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies"*.

Preso atto che:

- l'art. 8 *quinquies* co. 2 lett. a) b) c) d) e) e bis) ha determinato gli elementi essenziali necessari al contenuto dell'accordo, suscettibili peraltro di essere integrati dagli ulteriori elementi di ravvisata opportunità nella prospettiva del perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione dei servizi già avviati e messi in atto con il riordino della rete ospedaliera pubblica, le cui riconversioni dei PP.OO. pubblici, hanno qualificato dette strutture come elementi utilmente inseriti nella programmazione regionale, ed in particolare nel circuito emergenza – urgenza;
- le medesime strutture sono soggette ai tetti di spesa dettati dalla programmazione regionale, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 10, comma 2, del D.Lgs. n. 288/2003;
- l'art. 8-*octies* del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. stabilisce che la Regione e le Aziende Sanitarie Locali attivano un sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e sul rispetto degli accordi contrattuali da parte di tutti i soggetti interessati nonché sulla qualità della assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese;
- 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 periodo di validità del presente accordo.

SI STIPULA

Il presente accordo, con validità per gli anni 2026 e 2027, è destinato a regolamentare, da parte dell'Erogatore in premessa identificato:

a) l'erogazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero, in regime di D.H. e day service;

b) l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali;

c) 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 l'erogazione nell'ambito del SSR, a prescindere dalla residenza degli assistiti, di prestazioni di assistenza sanitaria nel campo della riabilitazione intensiva multidisciplinare e di alta specialità in regime di ricovero ospedaliero, 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 ed in regime di day service;

   c) altre prestazioni attribuite con provvedimento di Giunta.

   Ai sensi dell'art. 1, comma 7, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. le prestazioni erogate dall'Istituto poste a carico del S.S.N. devono rispondere alle tipologie di assistenza che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate.

2. Le parti danno atto che non sono a carico del S.S.N. tipologie di assistenza, servizi e prestazioni sanitarie che:

   a) non rispondano a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio Sanitario Nazionale;

   b) non soddisfino il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;

   c) non soddisfino il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione

dell'assistenza, in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze.

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 – day service a tariffazione regionale (ovvero dalla remunerazione a diaria per le fattispecie previste).

6. Definisce il debito informativo dell'erogatore per il monitoraggio di quanto previsto dal presente accordo e le procedure da eseguirsi per il controllo esterno di appropriatezza e qualità dell'assistenza prestata e delle prestazioni rese, in conformità alla regolamentazione nazionale e regionale di riferimento. Quanto sopra in corrispondenza di quanto previsto alla lett. e) del comma 2 art.8 *quinquies* D.Lgs. n. 502/1992.

7. Stabilisce che, in caso di incremento, quantunque intervenuto nel corso del periodo di validità contrattuale, 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

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

   - i cittadini residenti nel territorio regionale nonché gli assistiti stranieri (STP, Cittadini europei – TEAM) con riferimento alle prestazioni erogabili secondo la normativa vigente;
   - i cittadini con 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 l'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 notificati.

ART. 4
Corrispettivo

1. Il corrispettivo non può mai superare quello definito dal presente accordo, anche per i residenti fuori regione, ed è composto dalla sommatoria dei valori delle prestazioni erogate in regime di ricovero, in regime ambulatoriale ed in regime di day service a tariffa regionale. I valori dei corrispettivi, precedentemente individuati, compresi i corrispettivi del valore della somministrazione diretta di farmaci, sono liquidati annualmente, al netto delle anticipazioni mensili di cui all'art. 7 del presente accordo.

2. Le risorse assegnate riguarderanno le prestazioni da erogarsi, per ciascuno degli anni 2026 e 2027, così come di seguito specificato:

   A) PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E PRESTAZIONI AMBULATORIALI:

   Prestazioni di ricovero ordinario, DH, Day service e prestazioni ambulatoriali per complessivi **€ 22.182.400,00** di cui:

   I. quanto a **€ 20.882.400,00** per garantire le prestazioni nei confronti dei pazienti residenti nella Regione Puglia. Tale tetto è inclusivo dell'incremento di cui all'art. 1 comma 233 L. 213/2023 e all'art. 1 comma 277 L. n. 207/2024, come da prospetto che segue:

TETTO STORICO	INCREMENTO 5%	TOTALE TETTO 2026	TOTALE TETTO 2027
19.888.000,00 €	994.400,00 €	20.882.400,00 €	20.882.400,00 €

II. quanto a **€ 1.300.000,00** per i 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) RENDICONTAZIONE FARMACI:

Risorse pari a **€ 100.000,00** per somministrazione farmaci. 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. La somministrazione di farmaci è remunerata nei limiti del File F, secondo le condizioni e i vincoli previsti dalle vigenti normative nazionali e regionali, nonché delle disposizioni nazionali e regionali che dovessero intervenire nel corso del periodo di validità del presente accordo.

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 in coerenza con le disposizioni previsti in materia di mobilità e al Testo unico sulla mobilità sanitaria.

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. delle 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 per gli anni 2026 e 2027, sarà riconosciuta la produzione erogata, nei limiti del valore economico di € **1.300.000,00.**

4. Le prestazioni rese in favore di cittadini residenti al di fuori della Puglia sono riconoscibili ove la ASL sia posta dall'Erogatore nelle condizioni di poter esercitare il relativo addebito al competente Paese Europeo e/o Extracomunitario ovvero, attraverso la Regione Puglia, alla rispettiva Regione di residenza, conformemente a quanto previsto dalle disposizioni Comunitarie e/o dai Trattati regolanti la materia e, nell'ambito nazionale, dal vigente testo unico per la regolazione tra le Regioni delle prestazioni di natura sanitaria e dagli Accordi stipulati con le altre Regioni ai sensi dell'art. 1, comma 320, della legge n. 207/2024.

5. Ferma 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. 1 comma 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 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 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 contestati e non riconosciuti dalle Regioni di residenza degli assistiti, informando, per il tramite delle ASL committente, l'Erogatore.

9. Sono fatte salve le disposizioni riconducibili ad accordi da stipularsi, ai sensi della normativa vigente, con altre Regioni per la gestione della mobilità sanitaria per le prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale. La quota di € 1.300.000,00 di cui all'art. 4 comma 2 lett. A) punto I), richiamata altresì dal comma 3 di cui al presente articolo è comprensiva della quota destinata alla remunerazione delle prestazioni rese nei confronti dei pazienti residenti

nella Regione Basilicata, giusta accordo stipulato ai sensi dell'art. 1, comma 320, della legge n. 207/2024 per le annualità 2025-2028.

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, n. 14/2020 e n. 8/2024, ed in conformità alle eventuali modifiche che dovessero intervenire nel corso del triennio;

b) garantire la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera che, ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto del Ministro della Sanità 28 dicembre 1991 e s.m.i., costituisce parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale. La compilazione della scheda di dimissione ospedaliera e la codifica delle informazioni in essa contenute sono effettuate nel rigoroso rispetto delle istruzioni riportate nel disciplinare tecnico allegato al suddetto decreto e ai successivi decreti di aggiornamento, nonché richiamate nei provvedimenti regionali vigenti;

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 erogate, nel rispetto delle modalità, dei protocolli diagnostico-terapeutici e delle tariffe di remunerazione statuiti dalla Regione Puglia con appositi provvedimenti di Giunta regionale, 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 DGR 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.), nonché della DGR n. 984 del 12/6/2018 e della DGR n. 676 del 16 maggio 2023, unitamente alle ulteriori disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia;

k) assicurare la compilazione delle schede di rilevazione di cui all'art. 40 della L.R. n° 4 del 25/02/2010 secondo le disposizioni regionali vigenti. A tale riguardo, si precisa che 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. Si richiama il disposto dell'art. 40 comma 2 L.R. n. 4/2010, a mente del quale la mancata compilazione delle schede di rilevazione determina l'impossibilità di dare corso alla remunerazione del ricovero;

l) prendere atto che tutte le SDO e i documenti clinici devono essere codificati nel rispetto delle specifiche tecniche stabilite dai provvedimenti nazionali e regionali vigenti;

m) garantire l'assolvimento dell'obbligo di alimentare il fascicolo sanitario elettronico secondo quanto previsto dal decreto interministeriale 7 settembre 2023, nonché in osservanza di tutte le disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia;

n) 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 a richiamo ed eventuale diffida;

o) 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 articolo, nei confronti dello stesso si applicano con effetto immediato le disposizioni previste dall'art. 26 della legge regionale n. 9/2017 e s.m.i.;

p) garantire il rispetto dei tassi occupazionali pro-die dei posti letto accreditati;

q) 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;

r) garantire e non intralciare le attività dell'Azienda ASL, esperite per il tramite delle strutture UVARP e NIR, finalizzate ad accertare sia l'appropriatezza delle prestazioni erogate sia la congruenza tra prescrizioni e prestazioni rese correlate ai requisiti strutturali e tecnologici in possesso ed in uso, oltre che 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;

s) impegnarsi ai sensi del D.M. 70/2015 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, 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, 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 ASL, attraverso la Struttura UVARP è tenuta ad effettuare:

a) le verifiche tecnico-sanitarie, riguardanti l'appropriatezza clinico-diagnostica e diagnostico-procedurale delle prestazioni sanitarie addebitate dall'Erogatore, in esecuzione della normativa nazionale e regionale vigente.

b) I controlli sulla corretta e veritiera compilazione della SDO, con la quale avviene l'assegnazione della relativa tariffa.

c) Il controllo amministrativo, riguardante le prestazioni erogate in regime di Day-service, nel rispetto dei protocolli diagnostico-terapeutici, statuiti dalla Regione Puglia con appositi provvedimenti.

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, 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 quanto previsto dall'art. 6, lett. q) 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 accetti le contestazioni, viene redatta nota integrativa da allegare alla SDO e/o alla SDA cartacea. Tale modifica deve essere riportata nel SISR Edotto da parte della struttura amministrativa della ASL. Qualora la Direzione Sanitaria della struttura erogante non accetti le contestazioni dell'UVARP, la stessa deve farlo rilevare a verbale e, nei successivi 30gg, formulare idonee controdeduzioni da inoltrare all'UVARP Aziendale per le valutazioni e gli adempimenti conseguenti. Qualora le controdeduzioni vengano ritenute non esaustive, l'UVARP, nei successivi 30 gg, quantifica i ricoveri 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.

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 B) dell'art. 4 del presente accordo.

ART. 8

Dichiarazione di Conoscenza da parte dell'Erogatore e Norme Finali

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

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.

Il presente atto può essere oggetto di modifiche ed integrazioni per effetto di sopravvenute direttive o disposizioni regionali, anche attinenti alle 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.

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

"Con la sottoscrizione del presente accordo la struttura accetta espressamente, completamente e incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto.
In considerazione dell'accettazione dei suddetti provvedimenti (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili".

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 Promozione della Salute e del Benessere Animale
Dott. Vito Montanaro

_____

VITO
MONTANARO
05.03.2026
17:30:16
GMT+01:00

Il Presidente Esecutivo di ICS Maugeri Spa SB.
Dott. Luca Damiani

Firmato digitalmente da: DAMIANI LUCA
Data: 05/03/2026 14:26:55

_____

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del cod. civ., si approvano esplicitamente le regolamentazioni contrattuali di cui agli articoli: da art. 1 ad art. 8.

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

L'Erogatore

Firmato digitalmente da: DAMIANI LUCA
Data: 05/03/2026 14:26:56

_____