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

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 – [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.

[redacted]

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 cu} 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, regolamenta, 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

[redacted]

[redacted]

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.

[redacted]

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

2026	
tetto di spesa storico	76.600.000,00 €
incremento 5%	3.830.000,00 €
TOTALE	80.430.000,00 €

2027	
tetto di spesa storico	76.600.000,00 €
incremento 5%	3.830.000,00 €
TOTALE	80.430.000,00 €

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.

[redacted]

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

[redacted]

ART. 5

Remunerazione delle prestazioni erogate nei confronti di residenti al di fuori della Puglia

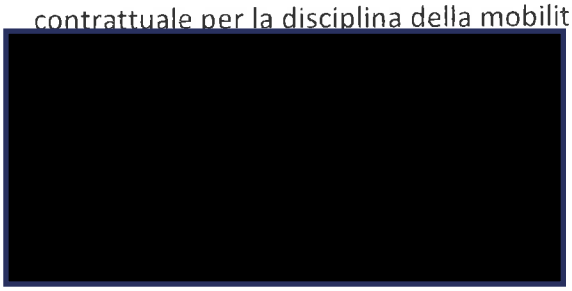
1. Le prestazioni erogate nei confronti di persone residenti in altre Regioni d'Italia e/o in Paesi della Unione Europea e/o Extracomunitari sono remunerate secondo le tariffe vigenti nella Regione Puglia.
2. La legge di stabilità anno 2016, in combinato disposto con la legge di spending review (L. 135/12) 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 mobilita 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,

[redacted]

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

[redacted]

20/12/2011 cosi 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 Protesica" 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 compilale con accuratezza, al momento della dimissione del paziente o del suo trasferimento ad altra Unita 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'impossibilita 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 1.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

[redacted]

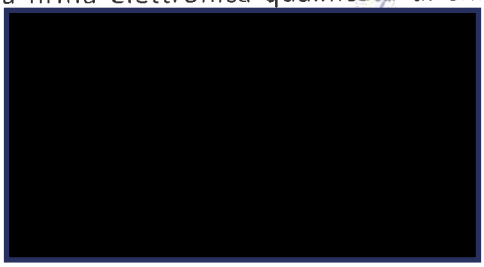
riferimento. L'erogatore è consapevole che i criteri di rendicontazione sono quelli previsti dalla DGR 982/2016, che qui s'intendono integralmente trascritti;

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 cosi 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.

[redacted]

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

[redacted]

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

[redacted]

Data, 19/06/2025

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

[redacted]

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]