



REGIONE PUGLIA

Accordo contrattuale riferito all'anno 2016/2017/2018

TRA

La Regione Puglia, con sede in Bari, Lungomare Nazario Sauro n. 33, rappresentata ai fini del presente atto dal Direttore del Dipartimento Promozione della Salute del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti Dott. Giovanni Gorgoni, in forza della deliberazione di nomina della Giunta Regionale del 12 ottobre 2015 n. 1747

E

Ente Ecclesiastico -Ospedale Francesco Miulli - con sede Legale della Società in Acquaviva delle Fonti - Strada Provinciale 127 Acquaviva - Santeramo Km. 4.100, iscritto al n. 427 del Registro delle Persone Giuridiche presso la Prefettura di Bari cod. fiscale/ P.IVA 00574290722, al n. 00574290722, del Registro delle Imprese di Bari ed al n. BA -5660072 del Repertorio Economico Amministrativo tenuto presso la C.C.I.A.A. di Bari, rappresentato legalmente da Delegato Mons. Domenico Laddaga nato a Gravina in Puglia il 19 marzo 1957, e dal Direttore Sanitario - Dott. Fabrizio Celani, nato ad Ascoli Piceno il 10 ottobre 1955, per la carica domiciliati presso la sede dell'Ente - giusta procure speciali rilasciate dal notaio Francesco Paolo Petrerà del Collegio di Bari, rispettivamente iscritte ai numeri di repertorio N. 33585 e n 33584 del 26. Gennaio 2016, di seguito indicata come "Erogatore" i quali - consapevoli delle responsabilità penali previste dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i., - dichiarano di non essere stati condannati con provvedimento definitivo per reati che comportino l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente.

Premesso:

- che il d.lgs. 502/92 e s.m.i. agli art. 8 -bis, 8 quater e 8 quinquies, disciplina la partecipazione dei soggetti ex art 41 e 43 della L. 833/78 nei seguenti termini:
 - a) le regioni assicurano i livelli essenziali ed uniformi di assistenza avvalendosi anche dei soggetti accreditati ed equiparati ai sensi dell'art. 8 quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies;
 - b) l'accredito istituzionale non costituisce vincolo per gli Enti del SSN -Regioni e ASL a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies,

Preso atto :

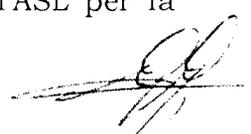
- che le strutture equiparate, per giurisprudenza consolidata, sono da considerarsi consustanziali agli Enti Pubblici, tanto che il loro apporto al Sistema Sanitario Nazionale, è da considerarsi "complementare" con l'obbligo di garantire la continuità assistenziale e la erogazione delle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali, richieste dai cittadini, considerato il limite invalicabile delle risorse individuate con il presente Accordo e assegnate con il DIEF anno 2016;
- 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 strutture equiparate erogano l'assistenza sanitaria nel rispetto dei posti letto accreditati con riferimento al modello organizzativo di cui al R.R. n. 14/2015, ed in conformità alle eventuali modifiche che dovessero intervenire nel corso del triennio.

SI STIPULA

- Il presente accordo con validità per l'anno 2016 e per gli anni 2017 e 2018 - è destinato a regolamentare l'erogazione, da parte dell'Erogatore in premessa richiamato, delle prestazioni di ricovero ospedaliero, in regime di D.H. e day service, delle prestazioni ambulatoriali, oltre che delle funzioni assistenziali, in favore di cittadini iscritti al SSN con oneri da porre a carico del SSR.

ART. 1**Elementi essenziali oggetto dell'accordo**

- Il presente accordo contiene i seguenti elementi essenziali :
- 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:
 - prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di degenza;
 - prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
 - altre prestazioni attribuite con provvedimento di Giunta.
- Stabilisce le prestazioni oggetto dell'accordo che devono essere conformi al programma di integrazione dei servizi, per la parte riguardante l'erogatore, quale rappresentazione del fabbisogno quali-quantitativo delle prestazioni da erogare da parte dello stesso. Quanto sopra in corrispondenza alla lett. a) del comma 2 art. 8 quinquies citato.
- 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 degli anni e rientranti nei LEA e tenendo conto anche delle eventuali prestazioni soggette a preventiva autorizzazione dell'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 I quinquies dell'art 79 D.L. 25 06.2008 n°112 aggiunto dalla relativa legge di conversione.

- 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 citato.
- Determina il corrispettivo preventivato quale budget complessivo definito come somma dei valori di budget delle prestazioni erogate in regime di ricovero e ambulatoriale a tariffazione regionale (ovvero dalla remunerazione a diaria per le fattispecie previste), nonché la remunerazione (ove prevista) extra-tariffaria delle funzioni specifiche previste dalle norme regionali, così come disciplinato con DGR n. 982 del 6/7/2016.
- 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.
- Precisa 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 con le risorse definite ed assegnate con il presente accordo. Quanto sopra in corrispondenza della lett. e) bis del comma 2 dell'art. 8 quinquies.

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:
- i cittadini residenti nel territorio regionale, compresi gli stranieri (STP,ENI);
- i cittadini di residenza extraregionale .

Art. 3

Requisiti dei servizi

- I requisiti dei servizi da rendere sono regolati dalle norme di legge nazionali e dai provvedimenti e documenti regionali vigenti a cui le parti si impegnano a dare puntuale applicazione in particolare per quanto concerne in materia di accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale.
- Essi devono essere compiutamente rispettati anche nelle indicazioni applicative e di interpretazione debitamente notificate. Del pari piena osservazione deve essere garantita ai successivi atti (leggi, regolamenti, circolari ecc.) di modificazione o integrazione sulla materia, sempre debitamente notificate.

Art. 4

Corrispettivo

- Il corrispettivo non può mai superare quello definito dal presente accordo, ad eccezione di quello previsto per i residenti fuori regione, ed è composto dalla sommatoria dei valori delle prestazioni erogate in regime di ricovero, in regime ambulatoriale, entrambe a tariffa regionale, nonché (ove previsto) delle funzioni assistenziali remunerate in base al costo di produzione del programma di assistenza. I valori dei corrispettivi, precedentemente individuati, compresi i corrispettivi del valore della somministrazione diretta di farmaci, sono liquidati annualmente, al netto delle anticipazioni mensili di cui all'art. 8 lett. k) del presente accordo.
- Le risorse assegnate come da DIEF riguardano le prestazioni da erogarsi, 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 € 114.510.000,00 di cui quanto a € 108.510.000,00 per garantire le prestazioni nei confronti dei pazienti residenti nella Regione Puglia, gli stranieri (ENI e STP) e quanto a € 6.000.000,00 per i residenti in altre Regioni, con le tariffe vigenti nella regione Puglia;

Le tariffe, con l'applicazione delle eventuali maggiorazioni tariffarie, applicate per determinare i suddetti costi e per remunerare le prestazioni oggetto del presente contratto sono quelle previste dal tariffario regionale vigente al momento dell'effettuazione della prestazione per l'attività di ricovero ospedaliero e al nomenclatore tariffario regionale vigente al momento della erogazione per l'attività di specialistica ambulatoriale recepiti con DGR 951/2013.

Per i volumi di attività e relativi costi eccedenti i valori massimi contrattuali non potrà essere riconosciuta alcuna remunerazione, fatto salvo di quanto previsto per le prestazioni effettuate in favore di cittadini extraregione e di quanto previsto per il rimborso della somministrazione diretta dei farmaci.

Preso atto che l'Ente erogatore nel corso del corrente anno dovrà avviare l'attività di Neurochirurgia e Oncologia, si conviene che tutte le prestazioni erogate nell'anno 2016 con riferimento a tali specialità saranno riconosciute oltre il limite di corrispettivo fissato all'articolo 4, e che tale valore, una volta determinato e validato dal Sistema Informativo Regionale (Edotto), potrà costituire elemento di valutazione per la revisione del tetto di spesa fissato per gli anni 2017 e 2018, anche tenendo conto dei dati epidemiologici riferibili alla mobilità infra ed extra regionale.

B) FINANZIAMENTO FUNZIONI ASSISTENZIALE per € 19.100.000,00* annui per le funzioni assistenziali individuate dall'art. 20 della L.R. n. 28/2000, e che per facilità 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

Ospedaliera, gli IRCCS e gli E.E. si conviene che la remunerazione delle funzioni non tariffate (FnT) dev'essere contenuta nel 30% del limite complessivo di remunerazione assegnato.

*** Dal 1° gennaio 2016 l'importo richiamato costituisce - la quota parte - che concorre a determinare il fondo unico di remunerazione delle "funzioni non tariffate" nella misura di quanto già stabilito dal DIEF approvato con DGR n. 867 del 27/4/2015, incrementato anche di quanto necessario a garantire la copertura degli oneri di funzione da riconoscersi alle strutture private accreditate. Tale fondo unico di remunerazione è distinto in altri due sub-fondi, ripartito tra strutture pubbliche e gli Enti classificati ex art. 41 e 43 della L.833/78, e strutture private accreditate. Nella fase di prima applicazione, i due sub-fondi rappresentano la sommatoria dei tetti di spesa assegnati per le stesse funzioni per l'anno 2015. I relativi oneri, per la funzione di cui al punto 1) - Attività di Emergenza Urgenza: Pronto soccorso, Rianimazioni e Terapie Intensive) - non potrà superare la misura massima del 80% del sub fondo unico di remunerazione per la parte relativa agli Enti classificati ex art. 41 e 43 ed alle strutture private accreditate. Tale percentuale sulla base di valutazioni della Sezione Amministrazione Finanza e Controllo, potrà essere oggetto di rideterminazione. Resta inteso che la quota percentuale residua a copertura delle altre Prestazioni non tariffate (PnT), storicamente riconosciute dall'art. 20 della L. 28/2000, e non ancora regolamentate, troveranno copertura nella restante quota massima residua del 20% del Fondo unico di remunerazione.

Il sub-fondo, così determinato, costituisce quota parte del limite invalicabile di spesa per il riconoscimento da parte della Sezione Amministrazione Finanza e Controllo di tutte le prestazioni non tariffate riportate nell'art. 20 della L.28/2000, con la precisazione che per quanto riguarda le attività di cui al punto 1) - Attività di Emergenza Urgenza: Pronto soccorso, Rianimazioni e Terapie Intensive), le stesse saranno riconosciute nel rispetto dei criteri previsti dalla DGR 982 del 6/7/2016.

C) RENDICONTAZIONE FARMACI pari a € 5.500.000,00. Nei costi annui massimi sono compresi i corrispettivi a rendicontazione del valore della somministrazione diretta di farmaci.

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. 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.
3. Fermo restando la facoltà delle singole Regioni di procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, in ottemperanza all'art. 171 della Legge n° 311 del 30/12/2004, è vietata nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale. Sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio.
4. In caso di contestazione della prestazione, l'Erogatore è tenuto a fornire alla Azienda ASL le controdeduzioni richieste che, ove non ritenute motivamente valide da un dirigente individuato in via preventiva dalla Struttura UVARP Aziendale, quale esperto della materia, danno luogo nei confronti dell'erogatore all'addebito del controvalore allo stesso in precedenza già corrisposto.

5. Il pagamento da parte della Azienda ASL per le prestazioni rese dall'Erogatore nei confronti di residenti al di fuori della Regione avviene, fermo quant'altro disposto nel presente articolo, secondo le modalità ed i termini generali previsti nel presente contratto e di cui al precedente comma 5.
6. Alla Regione viene riservato l'azione di recupero delle somme derivanti dal mancato riconoscimento di specifici ricoveri contestati e non riconosciuti dalle Regioni di residenza degli assistiti, informando, per il tramite delle ASL committente l'Erogatore.

ART. 6

Obblighi, adempimenti dell'Erogatore e Sanzioni

L'Erogatore è tenuto ad osservare i seguenti obblighi e garantire i seguenti adempimenti:

- a) Erogare le prestazioni di ricovero rientranti tra quelle delle discipline accreditate, nei rispetto del modello organizzativo di cui al R.R. n. 14/2015 ed in conformità alle eventuali modifiche che dovessero intervenire nel corso del triennio.
- b) Garantire la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera che, ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto del Ministro della Sanità 28 dicembre 1991e s.m.i., costituisce parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale. La compilazione della scheda di dimissione ospedaliera e la codifica delle informazioni in essa contenute sono effettuate nel rigoroso rispetto delle istruzioni riportate nel disciplinare tecnico allegato al suddetto decreto e richiamate nella DGR 633 del 5/04/2011.
- c) Prendere atto che la responsabilità della corretta compilazione della scheda di dimissione, in osservanza delle istruzioni riportate nell'allegato disciplinare tecnico, compete al medico della dimissione, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso. La scheda di dimissione dovrà riportare la firma dello stesso medico responsabile della dimissione. La codifica delle informazioni sanitarie riportate nella scheda di dimissione ospedaliera è effettuata oltre che dallo stesso medico responsabile della dimissione di cui al presente comma, anche da altro personale sanitario, individuato dal direttore sanitario dell'istituto di cura. In entrambi i casi, il personale che effettua la codifica deve essere opportunamente formato ed addestrato.
- d) Garantire che ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero ricovero del paziente nell'istituto di cura, coincidente con la storia della degenza del paziente all'interno dell'istituto di cura. La cartella clinica ospedaliera ha, quindi, inizio al momento dell'accettazione del paziente da parte dell'istituto di cura, segue il paziente nel suo percorso all'interno della struttura ospedaliera ed ha termine al momento della dimissione del paziente dall'istituto di cura.
- e) Assicurare che l'eventuale trasferimento interno del paziente da una unità operativa all'altra dello stesso istituto di cura non deve comportare la sua dimissione e successiva riammissione. Il numero identificativo, caratteristico di ciascuna cartella clinica e della relativa SDO, deve, pertanto, essere il medesimo per tutta la durata del ricovero, indipendentemente dai trasferimenti interni allo stesso istituto di cura. Fanno eccezione i casi di passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, o viceversa, e, il passaggio da ricovero acuto a riabilitazione o lungodegenza, o viceversa. In questi ultimi casi si dovrà procedere alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova scheda SDO.
- f) Di istituire l'obbligo della compilazione di una scheda di day- service (SDA), quale documento della cartella clinica del day- service;
- g) Il Direttore Sanitario dell'istituto di cura è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle schede di dimissione e della cartella clinica, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate.
- h) Garantire, che le prestazioni erogate in regime di day - service, dovranno essere erogati, nel rispetto delle modalità, dei protocolli diagnostico-terapeutici e delle tariffe di remunerazione, statuiti dalla Regione Puglia giusta D.G.R. n° 433 del 10 marzo 2011, D.G.R. 2863 del 20/12/2011 così come modificate ed integrate dalle DD.GG.RR. nn. 1202/2014 e 2274/2014, e 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 versa in situazioni di incompatibilità. L'erogazione delle prestazioni, rimane

comunque sotto la diretta e personale sorveglianza del Direttore Sanitario della Struttura, nel rispetto della normativa e dei requisiti minimi strutturali, organizzativi, tecnologici e di sicurezza previsti dalla vigente legislazione.

- j) Di prendere atto della D.G.R. n° 834 del 27/05/2008, con la quale la Regione Puglia ha approvato il modello di analisi dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri per elenchi di procedure (M.A.A.P.), secondo quanto previsto dalla normativa vigente.
- k) Di assicurare la compilazione delle schede di rilevazione, come da fac-simile già trasmesso, al fine di alimentare il Registro Regionale di "Implantologia Protetica" di anca e/o ginocchio, giusto art. 40 della L.R. n° 4 del 25/02/2010 e circolari regionali prot. n° 24/231/SP del 26/03/2010 e n° 24/235/SP del 30/03/2010. A tale riguardo, si precisa che nel rispetto di quanto disposto nelle succitate note, le schede di rilevazione, dovranno essere compilate con accuratezza, al momento della dimissione del paziente o del suo trasferimento ad altra Unità Operativa, e inviate all'Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia (OER), presso l'Università degli Studi di Bari. La stessa norma, ha previsto che la mancata compilazione delle schede di rilevazione, determina l'impossibilità di dare corso alla remunerazione del ricovero.
- l) Di prendere atto che dal 1° gennaio 2011, tutte le SDO devono essere codificate nel rispetto della versione CMS 24 del Grouper .
- o) Di assumere l'impegno di adempiere agli obblighi informativi e di comunicazione previsti dal presente accordo, compresi quelli previsti nei confronti dei Cittadini. La violazione di tale obbligo **da luogo nei suoi confronti dell'Erogatore al richiamo ed eventuale diffida.**
- p) Di essere consapevole: che ove dai controlli della Azienda ASL, anche di natura ispettiva, si rilevi da parte dell'Erogatore un comportamento difforme o elusivo rispetto a quanto prescritto nel presente punto, nei confronti dello stesso si applicano con effetto immediato le disposizioni previste dall'art. 27 co. 4 e 5 della l.r. n. 8/2004 e s.m.i..
- q) Di garantire il rispetto dei tassi occupazionali pro- die dei posti letto accreditati.
- r) Di garantire il possesso ed il mantenimento dei requisiti generali e specifici concernenti, la struttura, le tecnologie e l'organizzazione del servizio con particolare riferimento alla dotazione di personale, quali condizioni preesistenti allo status di soggetto accreditato.
- s) 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 solare in cui si concludono. Pertanto, sul presupposto che i controlli per l'anno 2016 si concludono, obbligatoriamente nell'anno 2017, ne discende che l'applicazione delle suddette misure devono essere disposte e concludersi nell'anno solare e comunque entro il 31/12/2017.
- t) Di impegnarsi ad inviare l'eventuale documentazione necessaria per la rendicontazione delle attività e delle funzioni non tariffate entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di riferimento. L'Erogatore è consapevole che i criteri di rendicontazione sono quelli previsti dalla DGR 982/2016, che qui s'intendono integralmente trascritti.
- u) Di impegnarsi ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) a trasmettere annualmente alla Sezione Gestione Accentrata Finanziaria Sanitaria della Regione Puglia, l'ultimo bilancio approvato e la relativa relazione sull'ultimo bilancio approvato, redatti da una primaria società di revisione contabile, che attesti in modo esplicito ed inequivocabile la regolarità della continuità gestionale e finanziaria, l'assenza/evidenza di criticità (quali ad esempio stati patrimoniali, esposizione debitoria etc.) a garanzia della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo;
- v) Di impegnarsi ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) ad esibire l'estratto sintetico di una relazione annuale dell'organismo di vigilanza previsto dal D. Lgs 8 giugno 2001, n. 231 - in materia di responsabilità amministrativa delle persone giuridiche - da cui risulti in modo esplicito ed inequivocabile l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità -.
- w) Di impegnarsi ai sensi del D.M. 70/2015 allegato 1) punto 4.6) a garantire le soglie minime di valore di attività, nel rispetto delle discipline accreditate e secondo i criteri e le determinazioni ivi richiamate, che qui s'intendono integralmente trascritte.
- x) Di impegnarsi, in conformità al Decreto Ministeriale n. 55 del 3 aprile 2013, a garantire in un'ottica di trasparenza, monitoraggio e rendicontazione della spesa pubblica, ad ottemperare all'obbligo di emissione, trasmissione, conservazione e archiviazione in

forma elettronica delle fatture nei rapporti con le PA. La fatturazione elettronica dovrà essere conforme al tracciato - file xml - elaborato secondo il formato e il tracciato fattura PA. L'univocità del soggetto emittente e l'integrità del contenuto sono garantiti dalla firma elettronica qualificata di chi emette la fattura.

ART. 7

Obblighi e adempimenti demandati alla Azienda ASL territorialmente competente

La Azienda ASL, attraverso la Struttura UVARP è tenuta ad effettuare:

- a) le verifiche tecnico-sanitarie, riguardanti l'appropriatezza clinico-diagnostica e diagnostico-procedurale delle prestazioni sanitarie addebitate dall'erogatore, in esecuzione della normativa nazionale e regionale, ivi compresa la DGR 1491 del 25/6/2010 successivamente modificata dalla DGR 2252 del 26/10/2010.
- b) I controlli sulla corretta e veritiera compilazione della SDO, con la quale avviene l'assegnazione del relativo DRG.
- c) Il controllo Amministrativo, riguardante le prestazioni erogate in regime di Day-service, nel rispetto dei protocolli diagnostico-terapeutici, statuiti dalla Regione Puglia con le D.G.R. 433/2011 e DGR 2863 del 20/12/2011 così come modificate ed integrate dalle DD.GG.RR. nn. 1202/2014 e 2274/2014.
- d) I controlli finalizzati a verificare se i ricoveri effettuati mascherino altri scopi (indagini diagnostiche e strumentali di alto costo) e quindi strumentali per aumentare soltanto il fatturato;
- e) Il controllo dei tassi occupazionali, pro - die, dei posti letto accreditati, in dotazione all'Erogatore.
- f) I controlli dell'UVARP devono essere effettuati con cadenza trimestrale da effettuarsi entro e non oltre il trimestre successivo, e comunque a decorrere dalla validazione delle SDO e delle SDA nel SISR. Tale termine costituisce vincolo solo per la ASL e non già per l'Erogatore che deve garantire le prescrizioni previste dall'art. 6, lett. s) del presente contratto;
- g) Alla fine delle attività di verifica, l'Unità di controllo, facente capo all'UVARP, redige apposito verbale con la dicitura "confermato" ovvero "contestato" con l'indicazione delle valutazioni tecniche e le correzioni apportate;
- h) Per i ricoveri "contestati" qualora la Direzione Sanitaria della struttura erogante accetta le contestazioni, occorre disporre nota integrativa da allegare alla SDO e/o alla SDA cartacea. Tale modifica dev'essere riportata nel SISR - Edotto da parte della struttura amministrativa dell'Azienda ASL.
- i) Per i ricoveri "contestati" qualora la Direzione Sanitaria della struttura erogante **non** accetta le contestazioni dell'UVARP, la stessa deve farlo rilevare nel verbale e dovrà, nei successivi 30gg, formulare idonee controdeduzioni da inoltrare all'UVARP Aziendale per le valutazioni e gli adempimenti conseguenti. Qualora le controdeduzioni, da notificare da parte dell'Erogatore nei successivi 30 gg. vengano ritenute non esaustive, l'UVARP nei successivi 30 gg, quantifica i DRG non ammessi e/o modificati, dandone comunicazione all'Erogatore ed al GAFFR, con nota a firma del Direttore Generale della ASL territorialmente competente.
- j) Qualora invece, le controdeduzioni formulate dall'erogatore vengano accettate dall'Azienda, si procede alla ammissione dei ricoveri precedentemente contestati
- k) Nei successivi 90 giorni, di cui al termine previsto dall'art. 6 lett, t) del presente accordo, la ASL dovrà procedere alla verifica e chiusura della rendicontazione delle funzioni non tariffate.
- l) A predisporre mensilmente e tempestivamente (possibilmente il giorno successivo lavorativo) i pagamenti rivenienti dai trasferimenti disposti dall'Ente Regione a favore dell'Erogatore, nella misura del **98%** del valore complessivo delle risorse assegnate con riferimento alle lett. **a) e c)** dell'art. 4, e nella misura del **100%** in riferimento alla **lett. b) e d)** del succitato art. 4.

ART. 8

Dichiarazione di Conoscenza da parte dell'Erogatore e Norme Finali

- 1) l'Erogatore da atto della conoscenza delle vigenti norme e regolamenti regionali disciplinanti la materia ed, in particolare, in materia di prestazioni di ricovero da parte dell'Erogatore, con riferimento alla parte normativa richiamata in premessa.
- 2) I tetti di remunerazione di cui all'art. 5) assumono come riferimento le tariffe vigenti al momento della sottoscrizione da parte dell'Erogatore del presente contratto. In caso di variazioni tariffarie, gli stessi si intendono confermati, ferma la potestà di procedere, nei limiti dei tetti di spesa assegnati e confermati, alla rimodulazione del piano e del volume delle prestazioni richieste all'Erogatore.
- 3) Il presente atto può essere oggetto di modifiche ed integrazioni per effetto di sopravvenute direttive o disposizioni regionali attinenti le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie, in regime di ricovero ed in regime ambulatoriale.
- 4) 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 1491 del 25/06/2010.

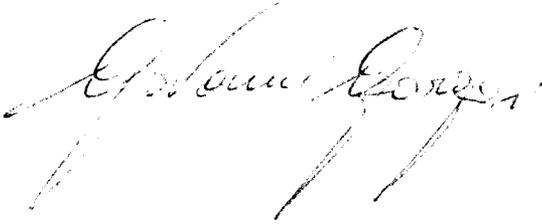
Letto, confermato e sottoscritto.

Le parti si danno reciprocamente atto di convocarsi per i conseguenti adempimenti di competenza, qualora :

1. **in vigenza del presente accordo contrattuale, allorché si dovesse determinare l'attivazione di nuove discipline accreditate, sia in regime di ricovero che in regime ambulatoriale, ovvero a parità di posti letto, modifiche sostanziali alle discipline accreditate, tanto da incidere in modo significativo sul corrispettivo definito "invalidabile" dall'art.4 del presente Accordo**
2. **gli esiti della Commissione paritetica - prevista dalla DGR 982/2016 formeranno oggetto di eventuali addendum al presente Accordo - fermo restando il limite invalidabile di remunerazione di cui all'art. 4 e nel rispetto delle deroghe previste (pazienti extraregionali e rimborso farmaci)**
3. **In fase di prima applicazione della DGR 982/2016, e nelle more di una disciplina organica della materia a livello ministeriale, gli eventuali scostamenti tra gli importi contrattualizzati e gli importi riconosciuti con la nuova metodica, potranno formare oggetto di ulteriori progetti, dichiarati strategici per la Regione Puglia**

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



<p align="center">Il DIRETTORE del DIPARTIMENTO</p> <p align="center">Dott. GIOVANNI GORGONI</p> 	<p align="center">i Legali Rappresentanti della Struttura Erogante</p> <p>Il Delegato Mons. Domenico Laddaga</p>  <p>Il Direttore Sanitario dott. Fabrizio Celani</p> 
	<p align="center">Data 28/07/2016</p>

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Cod. Civ, si approvano esplicitamente le regolamentazioni contrattuali di cui agli articoli : da art. 1 ad art. 9

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

L'Erogatore
