

Provvedimento adottato in aggiunta
agli argomenti iscritti all'o.d.g.; ai
sensi dell'art.3, ultimo comma, del
Regolamento interno.

REGIONE PUGLIA
Deliberazione della Giunta Regionale

N. **482** del 28/03/2017 del Registro delle Deliberazioni

Codice CIFRA: SGO/DEL/2017/00025

**OGGETTO: DGR 1494/2009 e D.G.R. n. 1791 del 6/8/2014- MODIFICHE SCHEMA
TIPO ACCORDO CONTRATTUALE STRUTTURE ISTITUZIONALMENTE
ACCREDITATE ATTIVITÀ AMBULATORIALE EX ART. 8 QUINQUIES DEL D.L.
VO 502/92 E SS.MM.II. - BRANCA DI PATOLOGIA CLINICA**

L'anno 2017 addì 28 del mese di Marzo, in Bari, nella Sala delle adunanze, si è riunita la
Giunta Regionale, previo regolare invito nelle persone dei Signori:

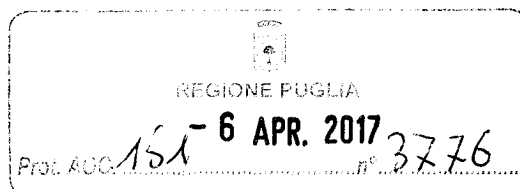
Sono presenti:

Presidente	Michele Emiliano
V.Presidente	Antonio Nunziante
Assessore	Loredana Capone
Assessore	Anna Maria Curcuruto
Assessore	Leonardo di Gioia
Assessore	Giovanni Giannini
Assessore	Sebastiano Leo
Assessore	Salvatore Negro
Assessore	Domenico Santorsola

Sono assenti:

Assessore	Raffaele Piemontese
-----------	---------------------

Assiste alla seduta il Segretario Generale: Dott.a Carmela Moretti



Il Presidente, sulla base dell'istruttoria espletata dal Funzionario responsabile A.P. e confermata dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue:

- Il D. Lgs. del 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"* ed, in particolare, l'art. 8, ha regolamentato la materia concernente la contrattazione con le strutture erogatrici di prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale.
- La L. R. del 28 maggio 2004, n. 8, ha disciplinato la materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e alla stipula degli accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private nella Regione Puglia.
- Il comma 171 dell'art. 1, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311 *"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)"*, ha precisato, in tema di tariffe, che 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 intra-regionale che interregionale, ed ha altresì sanzionato con la nullità i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio.
- Il comma 14, dell'art. 15 del D.L. n. 95 del 6 luglio 2012, *"Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario"*, come modificato dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, ha disposto una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione, tale da ridurre la spesa complessiva annua, consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento nell'anno 2012, dell'1 per cento nell'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014.
- La Direttiva 2011/7/UE ed il relativo D. Lgs. 9 novembre 2012, n. 192 *"Modifiche al decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, per l'integrale recepimento della direttiva 2011/7/UE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, a norma dell'articolo 10, comma 1, della legge 11 novembre 2011, n. 180"*, hanno introdotto modifiche alle disposizioni vigenti in materia di lotta contro i ritardi di pagamento.
- Con delibera n. 1494 del 4 agosto 2009 (Accordi contrattuali per l'anno 2009-Linee guida), successivamente modificata con la delibera n. 2671/2009 e con la delibera n. 1500/2010, la Giunta Regionale ha dettato direttive in ordine all'acquisto di prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale, da parte delle strutture private accreditate.
- La L. R. del 9 febbraio 2011, n. 2, ha approvato il *"Piano di rientro e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012"*. Detto Piano, tra l'altro, ha richiamato e confermato, per tutto il periodo di validità dello stesso, le regole definite con la D.G.R. n. 1494/2009. Il piano di rientro ha, altresì, disposto tra le iniziative da intraprendere da parte della Regione, il monitoraggio degli accordi contrattuali stipulati dalle Aziende Sanitarie Locali con le strutture private accreditate, oltre al monitoraggio dei tetti di spesa fissati per le stesse strutture private accreditate, ivi comprese quelle che erogano prestazioni in regime di ricovero.
- Con delibera n. 887 del 9 maggio 2012 relativa alle *"DD.GG.RR. n. 1494/2009, n. 2671/2009 e n. 1500/2010 - Precisazioni - Presa d'atto Schema tipo Accordo Contrattuale - strutture istituzionalmente accreditate attività ambulatoriale - ex art. 8 quinquies del D. L.vo 502/92 così*

come modificato dalla L. 133/08 – *Branca di Patologia Clinica*”, la Giunta Regionale ha deliberato di approvare, giusto quanto previsto dalla precedente D.G.R. 1494/2009, lo schema tipo di contratto per l’acquisto da parte della ASL committente delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, definite prioritariamente in termini di volumi e di tipologie, e la conseguente erogazione da parte dei Professionisti e delle Strutture sanitarie private in regime di accreditamento istituzionale, anche sulla base di quanto previsto dall’art. 22 della L.R. 28/5/2004 n. 8. Il tutto, al fine di rendere uniforme sul territorio regionale le disposizioni relative all’attribuzione dei tetti di spesa ed alla contrattualizzazione dei volumi e tipologie di prestazioni erogate in regime ambulatoriale.

➤ Con delibera n. 1791 del 6/8/2014 pubblicata sul BURP n. 133 del 24/9/2014, in virtù della normativa legislativa e regolamentare, sopravvenuta, nonché delle osservazioni formulate dal Ministero della Salute, dell’Economia e delle Finanze (MEF), con nota prot. n. 160-23-12-2013-0000124 - A, e recepite nello schema di contratto tipo, si rendeva necessario apportare alcune modifiche allo “schema contrattuale tipo” già approvato con la medesima D.G.R. n. 887/2012, pur in assenza di un preventivo confronto con le OO.SS., trattandosi di clausole che non erano soggette a “concertazione”, ma imposte dalla legislazione sopravvenuta ovvero dal Ministero della Salute, Economia e Finanze (MEF). Tale interpretazione era suffragata anche da alcune pronunce giurisprudenziali, che per altre fattispecie analoghe (cfr. deliberazione 1773/2012), giuste sentenze n. 1442/2013 del TAR Bari sez. II, n. 193/2015, n. 249/2015, n.255/2015 e n. 237/2015, disponevano per il rigetto dei ricorsi proposti dai ricorrenti - strutture istituzionalmente accreditate.

➤ Il Ministero della Salute, dell’Economia e delle Finanze (MEF) aveva imposto l’opportunità e la necessità di apportare alcune modifiche allo “schema contrattuale tipo” approvato con la medesima D.G.R. n. 887/2012. In particolare, in materia di implementazione del sistema informatizzato CUP, si riscontrava la necessità di integrare lo schema tipo di contratto recepito con D.G.R. n. 1791/2014, prevedendo – tra l’altro - tra gli obblighi della struttura erogatrice, di:

1. concordare con la Azienda Sanitaria Locale (ASL) le agende di prenotazioni da inserirsi nel Sistema informatizzato aziendale CUP;
2. garantire l’offerta delle agende stesse nel rispetto della programmazione sanitaria negoziata, senza alcuna distinzione tra pazienti utenti esenti e non esenti;
3. rispettare le disposizioni tecniche ed organizzative stabilite dalla Regione e dalla ASL ai fini dell’attuazione del processo di dematerializzazione della ricetta medica, nel rispetto della normativa vigente;
4. garantire, senza intralciarle, le attività di verifica della ASL, esperite per il tramite delle strutture UVARP e NIR, finalizzate ad accertare l’appropriatezza delle prestazioni erogate e la congruenza tra le prescrizioni e le prestazioni rese, correlate ai requisiti strutturali e tecnologici in possesso ed in uso, oltre che alle relative tariffe.
5. Ai fini dell’applicazione della griglia di cui alla D.G.R. n. 1500/2010, si precisava che la valorizzazione della dotazione strumentale e tecnologica ivi richiamata, doveva essere effettuata e commisurata a quella in uso, senza alcuna possibilità di estensione alle scorte di magazzino. Analogamente, la dotazione in uso doveva essere rapportata al numero degli ambienti adibiti ad ogni specifica attività.

- Il Ministero della Salute, dell'Economia e delle Finanze (MEF), con nota prot. n. 160-23-12-2013-0000119 - A, con riferimento all'art. 1 dello schema di contratto tipo di cui alla D.G.R. n. 887/2012 aveva evidenziato di:
 - a) *"prevedere una specificazione dei volumi di prestazioni contrattati e non solo del volume finanziario delle varie tipologie di prestazioni così come previsto dall'art. 8-quinquies del D. Lgs. 502/92;*
 - b) *quantificare e predeterminare (anche con riferimento all'art. 4) il budget anche per i residenti extraregionali, considerando che il volume indicato attiene unicamente alle prestazioni per i residenti della Regione Puglia;*
 - c) *specificare che il budget è al lordo di tutte le eventuali compartecipazioni (ticket e quota ricetta);*
 - d) *chiarire che quanto affermato al comma 2 non rappresenta una possibile compensazione tra le varie tipologie di prestazioni, poiché il budget corrisponde a determinati fabbisogni sanitari che devono essere garantiti".*
- Inoltre il MEF aveva altresì osservato, con riferimento *"agli artt. 3 e 4, riguardo alla remunerazione delle prestazioni contrattualizzate, che non possono prevedersi disparità tra quanto retribuito dalla ASL per le prestazioni erogate ai residenti della regione (applicazione della tariffa in vigore scontata del 20% per le prestazioni dall'85,01% al 100% del tetto di spesa), rispetto a quanto remunerato per gli extra residenti (non è prevista alcuna scontistica). A tale proposito si precisa non può essere offerta al soggetto erogatore privato la possibilità di ottenere remunerazioni diverse a seconda della provenienza del paziente, come esplicitamente previsto dall'articolo 1, comma 171, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311 che testualmente recita: "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, 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".* Pertanto, con riferimento alla liquidazione delle remunerazioni delle prestazioni erogate in favore dei soggetti non residenti, si disponeva di assoggettare le stesse *"alla scontistica"* per ogni branca specialistica così come previsto nella DGR 1400/2007 e che, in caso di incapienza dei fondi, i congruagli dovevano essere effettuati a compensazione nel corso dell'anno sulle prestazioni erogate a favore dei residenti della Regione Puglia, ovvero sui tetti di spesa dell'anno successivo.
- La stessa deliberazione 1791/2014, è stata, successivamente, oggetto di impugnativa, innanzi alla A.G. adita, la quale con sentenze diverse e per fattispecie analoghe (cfr. TAR Bari sez. II cfr. nn. 996-997-998-999-1004-1007-1008-1009-1010 e 1011, tutte del 2016), in modo diametralmente opposto alle precedenti pronunce, ha disposto l'accoglimento dei ricorsi, e per effetto, l'annullamento del provvedimento impugnato, in relazione alla censura esaminata "di mancato confronto con le organizzazioni rappresentative", considerando quest'ultima assorbente rispetto alle altre censure prospettate dalle deducanti.
- Avverso le suddette sentenze non veniva proposto appello innanzi al Consiglio di Stato, in ragione di quanto statuito dallo stesso con le ultime pronunce (cfr. n. 77 n. ,78 e n. 436

tutte del 2016 seppur relative all'attività di ricovero), il quale, pur rilevando *“l'intervenuta sostituzione integrale della disciplina oggetto del giudizio (prima con DGR 1798/2014 e poi con DGR 1365/2015) che costituisce una indubbia modificazione della situazione di fatto e di diritto esistente al momento della proposizione dell'originario ricorso afferente la deliberazione DGR 1773/2012”*, ha rigettato l'appello proposto dall'appellante Regione Puglia, sul presupposto della mancata osservanza della scansione dell'iter procedimentale previsto dal combinato disposto dei punti 11,12 e 13 del dispositivo della deliberazione n. 1494/2009. *“Trattasi di un iter, che, è frutto di un autovincolo che l'Amministrazione regionale si è imposta ai fini della disciplina dei rapporti di cui all'art. 8 quinquies del D.Lgs n. 502/92 che introduce nel relativo procedimento garanzie di partecipazione, che non possono essere disattese senza una solida motivazione a tutela degli interessati, che su quel autovincolo giuridicamente rilevante avevano fatto affidamento. Il riferimento del Consiglio di Stato è da riferirsi espressamente alle locuzioni richiamate al punto 12) della DGR 1494/2009 che prevede nella fase negoziale un “autovincolo”, da esercitarsi mediante “ confronto con le organizzazioni rappresentative regionali”, nonché a quanto richiamato al punto 13 della DGR 1494/2009 e precisamente alla locuzione “ tenendo conto degli esiti del percorso di consultazione e/o delle intese di cui al punto precedente” . Entrambe le locuzioni sono in discordanza con quanto previsto dall'art. 8 quinquies 2 co. del D.Lgs 502/92, che prevede non già un obbligo ma una facoltà in capo alla Amministrazione regionale, prevedendo ai fini della consultazione la espressione “ anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale , che indicano..... ”.*

- In considerazione di quanto richiamato dallo stesso C.d.S. con le ultime pronunce (cfr. n. 77 n. ,78 e n. 436 tutte del 2016 seppur relative all'attività di ricovero), e tenuto conto che le locuzioni di cui ai punti 12) e 13) della DGR 1494/2009 sono in discordanza con quanto previsto dall'art. 8 quinquies 2 co. del D.Lgs 502/92, che presume non già “un obbligo” ma “una facoltà” in capo alla Amministrazione regionale, prevedendo ai fini della consultazione l'espressione “ anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale , che indicano..... ” e fermo restando che il confronto con le Organizzazioni rappresentative, costituisce un metodo di lavoro da privilegiare, con la deliberazione di Giunta Regionale n. 981 /2016 si è provveduto:
 1. ad espungere dal punto 12) della DGR 1494/2009 la locuzione “ a realizzare il confronto con le organizzazioni rappresentative a livello regionale e/o a definire le intese finalizzate ” ;
 2. ad espungere dal punto 13) della DGR 1494/2009 la locuzione “ tenendo conto degli esiti del percorso di consultazione e/o delle intese di cui al punto precedente”.
- Alla luce delle ultime pronunce del C.d.S., seppur in una fase autoritativa di definizione da parte della Regione del nuovo schema tipo di accordo contrattuale finalizzato all'acquisto delle prestazioni da erogarsi in regime ambulatoriale, l'Amministrazione Regionale ha ritenuto opportuno (senza che tutto ciò costituisca un disconoscimento di quanto previsto con la DGR 981/2016, né tantomeno un obbligo futuro per la parte pubblica), avviare una fase negoziale mediante confronto con le Organizzazioni Rappresentative delle strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali, al fine di valutare “ criticità ignorate, soluzioni alternative e condivise e possibili correttivi ”, senza alcun vicolo per le parti.
- Le OO.RR. venivano debitamente convocate con nota prot. n. A00/151/9696 del 10/10/2016.

- Nella seduta del 27/10/2016 si prospettava alle stesse Organizzazioni Rappresentative, che era intenzione da parte dell'Amministrazione Regionale avviare tavoli di confronto, al fine di far emergere eventuali criticità e valutare la loro accoglibilità, rispetto al quadro normativo di riferimento e la loro coerenza con gli obiettivi di piano, con la possibilità di poter apportare modifiche allo schema contrattuale tipo adottato con delibera n. 1791 del 6/8/2014 pubblicata sul BURP n. 133 del 24/9/2014. Della seduta, veniva redatto apposito verbale firmato dai rappresentanti delle OO.RR., in cui le stesse avanzavano ipotesi di modifiche, che l'Amministrazione regionale, si riservava di valutare.
- Della seduta veniva redatto apposito verbale firmato dai rappresentanti delle OO.RR., nella quale gli stessi avanzano ipotesi di modifiche, che l'Amministrazione regionale, si riservava di valutare.
- Successivamente le OO.RR. venivano nuovamente debitamente convocate, giusta nota prot. n. A00/151/11768 del 02/12/2016, per la valutazione delle proposte formulate nella seduta del 27/10/2016.
- Nella seduta del 7/12/2016, nel confronto con le OO.RR. si concordava e si stabiliva di accogliere solo alcune delle loro richieste, che avrebbero trovato applicazione nel nuovo contratto tipo a valere dall'anno 2017, previa approvazione da parte della Giunta Regionale;
- Pertanto, si **propongono** le seguenti modifiche da apportarsi allo schema del contratto - tipo, adottato con delibera n. 1791 del 6/8/2014, che risultano coerenti con gli obiettivi di piano e con il quadro normo - regolamentare di riferimento, così come di seguito si riporta :
 1. ai fini dell'applicazione della griglia di cui alla D.G.R. n. 1500/2010, la valorizzazione della dotazione strumentale e tecnologica ivi richiamata, deve essere effettuata dagli erogatori e dichiarata in correlazione a quella in uso, senza alcuna possibilità di estensione alle scorte di magazzino, che di conseguenza non potranno essere valorizzate. Analogamente, la dotazione in uso deve essere rapportata al numero degli ambienti adibiti ad ogni specifica attività;
 2. in ragione della necessità per gli erogatori di poter programmare la propria attività, si concorda di invitare i Direttori Generali a definire la sottoscrizione dei contratti entro il 31.3. di ogni anno;
 3. modifica art. 1 co. 2, del contratto tipo, che sarà così ritrascritto: " l'importo di €, costituisce il limite onnicomprensivo ed invalicabile di remunerazione per l'anno corrente a carico del SSR, riferito alle prestazioni da erogarsi in favore di residenti della Regione Puglia, da ripartirsi in dodicesimi, con quota mensile pari ad €....., con la possibilità di scorrimento tra le singole tipologie, nella misura massima del 10% ed in ragione di espresse richieste da parte della ASL committente per mutate esigenze assistenziali". L'accoglimento parziale della richiesta delle OO.SS., trova il suo fondamento nell'esigenza di rispettare una puntuale e specifica programmazione della spesa sanitaria, nonché della disposizione contenuta nell'art. 8 quinquies co. 2 lett. b) del d.lgs. n. 502/92, che rinvia alla distinzione per gruppi, delle prestazioni sanitarie da potenziare e/o depotenziare, stabilendo così un distinto separato acquisto di prestazioni dagli operatori accreditati, anche senza la possibilità di interscambio dei relativi volumi di acquisto, tanto che

risulterebbe anche legittimo il divieto di eventuali compensazioni. Una percentuale più alta vanificherebbe la programmazione aziendale. Per quanto attiene la libertà d'impresa, il Consiglio di Stato, giusta sentenza n. 1252 del 28/2/2011 ha stabilito un principio importante: " Nella propria azione di programmazione, la Regione deve avere mani libere rispetto ai propri fornitori. Un principio in base al quale è il fornitore ad adeguarsi alla domanda di servizi della Regione, e non già la Regione a doversi adeguare all'offerta di servizi dei fornitori, come era sempre accaduto quando le spese per la sanità, pubblica e privata, si pagavano a piè di lista".

4. modifica Art. 2 co.1 lett. a) e b) del contratto tipo, che sarà così ritrascritto : "L'erogatore si impegna a garantire la regolare e continua erogazione delle prestazioni per tutti i mesi dell'anno e conseguentemente l'equità dell'accesso al SSR da parte di tutti i cittadini, nonché la corretta gestione delle liste d'attesa, e la utilizzazione del tetto annuale di spesa suddiviso per dodicesimi, con oscillazioni mensili ragionevoli (massimo 15%), con l'obbligo per l'erogatore di recuperare la maggiore o minore erogazione, rispetto al valore economico del dodicesimo, nell'ambito del quadrimestre di riferimento, che convenzionalmente s'intende : 1) Gennaio - Aprile; 2) Maggio - Agosto; 3) Settembre - Dicembre .
5. modifica Art. 2 co.1 lett. d) del contratto tipo, che sarà così ritrascritto: ad osservare le prescrizioni di cui ai punti a) e b), al fine di non incorrere nella sanzione, rispettivamente del 5% in meno, per ogni mensilità non garantita, nonché in aggiunta, la sanzione dell'1%, in caso di mancato rispetto del volume economico delle prestazioni riferite al quadrimestre. Le sanzioni nella misura del 5% e dell'1% sono da calcolarsi sull'imponibile del tetto annuale dell'anno di riferimento in cui si è verificata l'infrazione e comunque da scontarsi sul tetto assegnato per l'anno successivo;
6. per una maggiore trasparenza, si propone , che costituisce obbligo per le AA.SS.LL. pubblicare le risultanze delle valutazioni delle griglie di cui alla DGR 1500/2010, utilizzando lo schema di seguito allegato, da adattarsi ad ogni singola branca;
7. Di recepire quanto concordato nella seduta del 12/7/2016, che prevedeva: "Ai fini della contrattualizzazione anno 2016, quanto riportato nei contratti tipo - al punto 7) dell'art. 5 - Obblighi, adempimenti dell' Erogatore e Sanzioni - deve intendersi così modificato – *"L'Erogatore si obbliga a consegnare alla data di sottoscrizione dell'accordo contrattuale copia del DURC, attestante la regolare posizione previdenziale nei confronti dei propri dipendenti, nonché la certificazione, equipollente al DURC (nдр : anche ricevuta di avvenuto versamento all'ENPAM), attestante il regolare assolvimento degli obblighi contributivi di cui all'art. 1, co. 39 della L. 23 agosto 2004, n. 243".*
8. Di prevedere che i soggetti che non hanno l'obbligo di effettuare versamenti in favore dell'ENPAM, potranno attestare tale prerogativa autocertificando il proprio status ai sensi della DPR 445/2000.



9. Di riproporre la clausola di salvaguardia richiamata e trasfusa nell'art. 8 della proposta di contratto di cui all'allegato A), così come osservato e richiesto dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e dal Comitato Permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, giusta verbale relativo alla riunione del 4 aprile 2014, con la seguente formulazione: *"Con la sottoscrizione del presente accordo la struttura accetta espressamente, completamente ed 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"*.
10. La riproposizione della clausola viene effettuata nonostante le ordinanze cautelari n. 594/2014, n.44/2014, n.652/2014, n. 654/2014, n.655 e n. 658/2014, con le quali il giudice adito - TAR Puglia – Bari , ha sospeso l'efficacia dello schema di contratto nella parte in cui esso prevedeva la c.d. "clausola di salvaguardia" in quanto finalizzata a " ledere il diritto alla difesa istituzionalmente garantito ". La riproposizione della succitata clausola viene disposta su impulso dello stesso MEF che ha segnalato pronunce giurisprudenziali (cfr. sentenza n. 526/2015 Tar Abruzzo) di senso diametralmente opposto a quelle del Tar Bari, ed in ragione anche dell'orientamento risolutivo del Consiglio di Stato, che con plurime ordinanze, non ultima la ordinanza n. 906/2015, ha statuito che *" si è in presenza di oggettivi vincoli e stati di necessità rigorosamente quantitativi conseguenti al piano di rientro (ndr: per la Regione Puglia - Piano operativo) al cui rispetto al Regione è tenuta ai sensi della normativa vigente confermata da una consolidata e univoca giurisprudenza della Corte costituzionale, gli operatori privati non possono ritenersi estranei a tali vincoli e stati di necessità, che derivano da flussi di spesa che hanno determinato in passato uno stato di disavanzo eccessivo nella regione e che riguardano l'essenziale interesse pubblico alla corretta ed appropriata fornitura del primario servizio della salute della popolazione della medesima regione per la quale gli stessi operatori sono dichiaratamente impegnati; le autorità competenti operano in diretta attuazione delle esigenze cogenti del piano di rientro e del programma operativo per tutti gli aspetti quantitativi e pertanto i medesimi non sono sostanzialmente negoziabili dalle parti come ha riconosciuto l'amplissima e univoca giurisprudenza . In questo contesto la sottoscrizione della clausola di salvaguardia (n.d.r: art. 8 dello schema negoziale della Regione Puglia) è imposta dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e dal Ministero della Salute per esigenze di programmazione finanziaria. Tale clausola di conseguenza equivale ad un impegno della parte privata contraente al rispetto ed accettazione dei vincoli di spesa essenziali in un regime come quello esistente in Abruzzo sottoposto al piano di rientro (ndr: per la Regione Puglia - piano operativo); d'altro conto, in caso di mancata sottoscrizione , l'autorità politico – amministrativa non avrebbe alcun interesse a contrarre a meno di non rendere incerti i tetti di spesa preventivati, né potrebbe essere obbligata in altro modo alla*

stipula...; pertanto si può escludere ad un primo esame la violazione del diritto costituzionale ad agire in giudizio a tutela dei propri diritti e interessi legittimi limitatamente agli aspetti quantitativi relativi alle concrete fattispecie in essere, dal momento che:

- a) la clausola è limitata a definire un conflitto già in essere o potenziale relativo a concrete e definite questioni;
- b) chi intende operare nell'ambito della sanità pubblica deve accettare i limiti in cui la stessa sanità pubblica è costretta, dovendo comunque e in primo luogo assicurare, pur in presenza di restrizioni finanziarie, beni costituzionali di superiore valore quale i livelli essenziali relativi al diritto di salute;
- c) c) in alternativa, agli operatori resta la scelta di agire come privati nel privato; in tali circostanze dominate dalla esistenza di un grave disavanzo e dalla necessità di corrispondere comunque a superiori diritti costituzionali facenti capo alla generalità della popolazione, la clausola di salvaguardia, in quanto sia limitata ai rapporti già in essere o che vengano contestualmente stipulati e ai loro aspetti quantitativi, possa equivalere ad una formula transattiva necessaria in presenza di fattori e vincoli di ordine costituzionale e finanziario che sovrastano la volontà delle parti" ...

- 11. di prevedere, in conformità all'art. 15, co. 14 primo periodo del d.l. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni nella legge 7 agosto 2012, n. 135, un limite di spesa nei confronti dei pazienti non residenti nella Regione Puglia, pari al volume finanziario prodotto e riconosciuto ad ogni singola struttura nel corso dell'anno 2011 decurtato del 2%.
- 12. Preso atto che il presente provvedimento riveste carattere di estrema urgenza, al fine di consentire, per tempo, il normale svolgimento delle attività sinallagmatiche fra committenti ed erogatori.

COPERTURA FINANZIARIA L.r. 16/11/2011, n. 28/01 e s.m.i.
--

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

Il Presidente sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale ai sensi dell'art. 4, co. 4 lett. K) della L.R. n.7/1997 :

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal funzionario istruttore, dal responsabile A.P. e dal Direttore della Sezione;
- a voti unanimi espressi nei termini di legge:

D E L I B E R A

per le motivazioni riportate in narrativa quale parte sostanziale del presente provvedimento, e preso atto delle risultanze emerse dal confronto con le Organizzazioni rappresentative consultate in data 27/10/2016 e nel 7/12/2016, in ottemperanza all'art. 22 della L.R. 28/5/2004 n. 8, giusto quanto previsto dalla D.G.R. n. 1494/2009 e della DGR 981/2016, a modifica ed integrazione della DGR 1791/2014, si dispone :

1. Di stabilire che ai fini dell'applicazione della griglia di cui alla D.G.R. n. 1500/2010, la valorizzazione della dotazione strumentale e tecnologica ivi richiamata, deve essere effettuata dagli erogatori e dichiarata in correlazione a quella in uso, senza alcuna possibilità di estensione alle scorte di magazzino, che di conseguenza non potranno essere valorizzate. Analogamente, la dotazione in uso deve essere rapportata al numero degli ambienti adibiti ad ogni specifica attività.
2. Di stabilire che i Direttori Generali dovranno stipulare e sottoscrivere i relativi contratti con gli erogatori ambulatoriali privati accreditati entro il 31 Marzo di ogni anno. Limitatamente all'anno 2017 il termine deve intendersi 15/ maggio 2017;
3. Di stabilire che costituisce obbligo per le AA.SS.LL. pubblicare le risultanze delle valutazioni delle griglie di cui alla DGR 1500/2010, utilizzando lo schema di seguito allegato, da adattarsi ad ogni singola branca (all. B);
4. Di approvare le modifiche di seguito riportate, previa ritrascrizione del nuovo testo del contratto tipo allegato A) alla deliberazione 1791/2014, così come di seguito riportato :
 - a) Di modificare l'art. 1 co. 2, del contratto tipo, che sarà così ritrascritto: " l'importo di €, costituisce il limite onnicomprensivo ed invalicabile di remunerazione per l'anno corrente a carico del SSR, riferito alle prestazioni da erogarsi in favore di residenti della Regione Puglia, da ripartirsi in dodicesimi, con quota mensile pari ad €....., con la possibilità di scorrimento tra le singole tipologie, nella misura massima del 10% ed in ragione di espresse richieste da parte della ASL committente per mutate esigenze assistenziali".
 - b) Di modificare l' art. 2 co.1 lett. a) e b) del contratto tipo, che sarà così ritrascritto : "L'erogatore si impegna a garantire la regolare e continua erogazione delle prestazioni per tutti i mesi dell'anno e conseguentemente l'equità dell'accesso al SSR da parte di tutti i cittadini, nonché la corretta gestione delle liste d'attesa, e la utilizzazione del tetto annuale di spesa suddiviso per dodicesimi, con oscillazioni mensili ragionevoli (massimo 15%), con

l'erogatore di recuperare la maggiore o minore erogazione, rispetto al valore economico del dodicesimo, nell'ambito del quadrimestre di riferimento, che convenzionalmente s'intende : 1) Gennaio - Aprile; 2) Maggio - Agosto; 3) Settembre - Dicembre .

- c) Di modificare l'art. 2 co.1 lett. d) del contratto tipo, che sarà così ritrascritto: ad osservare le prescrizioni di cui ai punti a) e b), al fine di non incorrere nella sanzione, rispettivamente del 5% in meno, per ogni mensilità non garantita, nonché in aggiunta, la sanzione dell'1%, in caso di mancato rispetto del volume economico delle prestazioni riferite al quadrimestre. Le sanzioni nella misura del 5% e dell'1% sono da calcolarsi sull'imponibile del tetto annuale dell'anno di riferimento in cui si è verificata l'infrazione e comunque da scontarsi sul tetto assegnato per l'anno successivo;
 - d) di modificare l'art. 4 co. 1, prevedendo, in conformità all'art. 15, co. 14 primo periodo del d.l. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni nella legge 7 agosto 2012, n. 135, un limite di spesa nei confronti dei pazienti non residenti nella Regione Puglia, pari al volume finanziario prodotto e riconosciuto ad ogni singola struttura nel corso dell'anno 2011 decurtato del 2%.
 - e) Di modificare il punto 7) dell'art. 5 - Obblighi, adempimenti dell'Erogatore e Sanzioni - deve intendersi così ritrascritto modificato - L'Erogatore si obbliga a consegnare alla data di sottoscrizione dell'accordo contrattuale copia del DURC, attestante la regolare posizione previdenziale nei confronti dei propri dipendenti, nonché la certificazione, equipollente al DURC (ndr : anche ricevuta di avvenuto versamento all'ENPAM), attestante il regolare assolvimento degli obblighi contributivi di cui all'art. 1, co. 39 della L. 23 agosto 2004, n. 243".
- 5. Di disporre che i soggetti che non hanno l'obbligo di effettuare versamenti in favore dell'ENPAM, potranno attestare tale prerogativa autocertificando il proprio status ai sensi della DPR 445/2000.
 - 6. Di disporre la riproposizione della **clausola di salvaguardia richiamata e trasfusa nell'art. 8 della proposta di contratto di cui all'allegato A) con la seguente formulazione: "Con la sottoscrizione del presente accordo la struttura accetta espressamente, completamente ed 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"**.
 - 7. Di disporre che le modifiche approvate con il presente provvedimento vengano riportate nello schema tipo di contratto allegato sotto la lettera A) composto da n. 10 fogli, per farne parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, per l'acquisto da parte della ASL committente delle prestazioni sanitarie erogate in regime di ricovero, **a far tempo dall'anno 2017,**
 - 8. Di disporre che i Direttori Generali non potranno sottoscrivere contratti con le strutture erogatrici, qualora non vengano contemplati, oltre i volumi finanziari complessivi, anche le singole tipologie di

prestazioni erogate. I contratti sottoscritti in violazione delle su richiamate prescrizioni sono da considerarsi nulli.

9. Di stabilire che i Direttori Generali, a conclusione della contrattazione annuale, dovranno provvedere (comunque entro il 30/6/2017), ad inviare alla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, apposito elenco con la indicazione delle strutture che hanno provveduto a sottoscrivere i contratti, ovvero i motivi della mancata sottoscrizione. Nell'elenco distinto per branca, dovranno essere riportati i tetti assegnati ad ogni erogatore.
10. Di stabilire, in attesa di determinare criteri oggettivi di ripartizione, che le somme inutilizzate a fine esercizio da parte dei singoli erogatori, per ogni singolo sub fondo, non possono essere utilizzate per l'acquisto di ulteriori prestazioni, ma costituiranno economie di gestione.
11. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

IL SEGRETARIO
Il Segretario Generale
della Giunta Regionale
Dott.a CARMELA MORETTI

IL PRESIDENTE
Michele Emiliano

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato è stato espletato nel rispetto della normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, dagli stessi predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

Il Responsabile della A.P.
"Monitoraggio Accordi Contrattuali"
(Vito Carbone)

Vito Carbone

Dirigente dell'Ufficio ad interim
(Giovanni Campobasso)

Giovanni Campobasso

Il Dirigente della Sezione Strategie e Governo Dell'Offerta (Giovanni Campobasso)

Giovanni Campobasso

Il Direttore del Dipartimento per la Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti

(Giancarlo Ruscitti)

Giancarlo Ruscitti

IL Presidente proponente
(Michele Emiliano)

Michele Emiliano

Il Presente provvedimento è esecutivo

Il Segretario della Giunta
Dott.a CARMELA MORETTI
carmela moretti

12



REGIONE PUGLIA

ALLEGATI

- allegato A) si compone di n. 10 facciata esclusa la presente;
- allegato B) si compone di n. 1 facciata esclusa la presente;

Il Dirigente della Sezione
Strategie e Governo dell'Offerta
(Giovanni Campobasso)



All. A)

REGIONE PUGLIA
Azienda Sanitaria Locale _____
DIREZIONE GENERALE
Via _____ n. _____ - CAP _____ - Città - _____

Contratto per la erogazione ed acquisto di prestazioni specialistiche ambulatoriali da parte di Professionisti e Strutture Sanitarie Private in regime di accreditamento istituzionale per l'intero anno

TRA

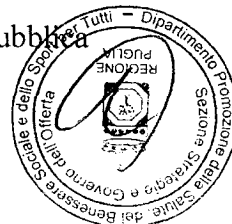
L'Azienda Sanitaria Locale _____, con sede legale in _____ alla via _____, n. _____, rappresentata dal Direttore Generale dr. _____ che opera per se ed in nome e per conto delle altre Aziende Sanitarie della Regione Puglia, di seguito denominata anche Committente,

E

L'Azienda Individuale / la Società / l'Associazione tra Professionisti medici e non medici

C.F. / P. IVA _____ - codice regionale _____
rappresentato legalmente o per delega dal _____
nato il _____ a _____ con sede
dell'ambulatorio _____ specialistico _____ sito _____ in _____

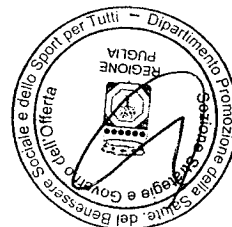
istituzionalmente accreditato per la erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali nella branca specialistica **Patologia Clinica** - giusta D.D. n. _____ del _____, ovvero per effetto delle prescrizioni richiamate dall'art. 12 della L.R. n. 4/2010, di seguito indicato come "Erogatore", dichiara - consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., - 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 della normativa vigente.

RICHIAMATI

- l'art. 8 quater, l'art.8-quinques e l'art.8-sexies del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni;
- l'art.6, commi 5° e 6° della legge 23.12.94, n.724;
- l'art.2, comma 8° della legge 28.12.95, n.549;
- l'art.1, comma 32° della legge 23.12.96, n.662;
- l'art.32, comma 8° della legge 27.12.97, n.449;
- l'art.72, comma 1° della legge 23.12.98, n.448;
- la Legge 16.11.2001, n. 405;
- la Legge 6 agosto 2008, n. 133;
- l'art. 11 della l.r. n. 32 del 5.12. 2001;
- l'art. 30 comma V° della L.R. n. 4 del 7.03.2003;
- l'art. 27 della l.r. 28.5.2004 n.8;
- l'art. 1, comma 171, Legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- art. 17 comma 1 della L. R. n. 14 del 04.08.2004;
- l'art. 18 della l.r. 9 agosto 2006 n. 26;
- l'art 16 della l.r. 2 luglio 2008 n.19;
- l'art. 3 della l.r. 24 settembre 2010 n.12;
- la l.r. 9 febbraio 2011 n. 2;
- il D.L. 6 luglio 2012, n. 95;
- la Legge 7 agosto 2012, n. 135;
- il D. Lgs. 9 novembre 2012, n. 192;
- la delibera di Giunta Regionale N.1392 del 5.10.2001;
- la delibera di Giunta Regionale N. 2087 del 27.12.2001;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1073 del 16.07.2002;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1326 del 04.09.2003;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1366 del 03.09.2004;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1794 del 30.11.2004;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1621 del 30.10.2006;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1400 del 03.08.2007;
- la delibera di Giunta Regionale N. 95 del 31.01.2008;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1494 del 04.08.2009;
- la delibera di Giunta Regionale N. 2671 del 28.12.2009;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1500 del 25.06.2010;
- la delibera di Giunta Regionale N. 2866 del 20.12.2010;



- la delibera di Giunta Regionale N. 2990 del 29.12.2011;
- la delibera di Giunta Regionale N. 240 del 18/02/2013
- la delibera di Giunta Regionale N. 951 del 13/05/2013;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1304 del 09/07/2013.

IN APPLICAZIONE

- della disciplina legislativa e regolamentare definita con la normativa in premessa richiamata, nonché dei criteri e modalità definiti dalla Regione Puglia in particolare in materia di erogazione ed acquisto di prestazioni specialistiche ambulatoriali con spesa da porre a carico del SSR, tenuto conto dei limiti di spesa per ciascuna branca specialistica stabilita dalle leggi e disposizioni regionali e della verifica delle dichiarazioni contenute nelle griglie di cui alla DGR 1500/2010;

SI STIPULA

il presente contratto, con validità per l'anno _____, che è destinato a regolamentare la produzione, da parte dell'Erogatore, di prestazioni specialistiche ambulatoriali in favore di cittadini iscritti al SSN con oneri da porre a carico del bilancio dell' ASL e del SSR.

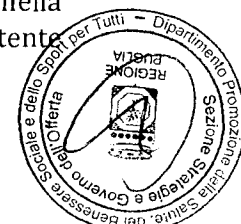
ART.1

Piano annuale delle prestazioni e tetto invalicabile di remunerazione per prestazioni erogate verso residenti della Puglia

1. preso atto della deliberazione n..... del....., con la quale la Asl ha determinato il limite di spesa Aziendale per l'acquisto di prestazioni sanitarie da strutture private accreditate, il Committente si impegna, con le modalità ed i criteri previsti dalla Giunta Regionale, così come in premessa richiamati, ad acquistare dall'Erogatore, un volume di prestazioni distinte per ogni singola tipologia, in favore dei residenti della Regione Puglia, che s'intende al netto della quota ticket ed al lordo della quota ricetta, così come di seguito riportato (per esempio):

codice prestazione	tipologia	volumi	budget
90.42.1	Tireotropina (TSH)	500	€ 10.000
90.42.3	Tiroxina libera FT4	400	€ 20.000
90.44.3	Urine esame chimico fisico e microscopico	1000	€ 20.000
Importo Totale Budget			€ 50.000

2. l'importo di €, costituisce il limite onnicomprensivo ed invalicabile di remunerazione per l'anno corrente a carico del SSR, riferito alle prestazioni da erogarsi in favore dei residenti della Regione Puglia, da ripartirsi in dodicesimi, con quota mensile pari ad €....., con la possibilità di scorrimento tra le singole tipologie, nella misura massima del 10% ed in ragione di espresse richieste da parte della ASL committente per mutate esigenze assistenziali"



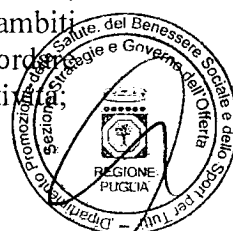
3. A norma all'art. 3 della l.r. 24/9/2010 n. 12 e della l.r. 9 febbraio 2011 n. 2, nessuna remunerazione sarà dovuta per le prestazioni specialistiche eccedenti il tetto di spesa annuale contrattualizzato di cui ai commi 1 e 2.

Art. 2

Modalità organizzative, Piano mensile ed annuale delle prestazioni, Liste di attesa, Informativa ai cittadini

1. L'Erogatore si impegna :

- a) a garantire la regolare e continua erogazione delle prestazioni per tutti i mesi dell'anno e conseguentemente l'equità dell'accesso al SSR da parte di tutti i cittadini, nonché la corretta gestione delle liste d'attesa, e la utilizzazione del tetto annuale di spesa suddiviso per dodicesimi;
- b) ad adeguare la propria produzione mensile con oscillazioni ragionevoli (massimo 15%), con l'obbligo di recuperare la maggiore o minore erogazione, rispetto al valore economico del dodicesimo, nell'ambito del quadrimestre di riferimento, che convenzionalmente s'intende : 1) Gennaio - Aprile; 2) Maggio - Agosto; 3) Settembre - Dicembre;
- c) a non richiedere la remunerazione di prestazioni erogate al di fuori del volume finanziario di attività effettuato secondo il meccanismo di compensazione di cui al precedente punto b);
- d) ad osservare le prescrizioni di cui ai punti a) e b), al fine di non incorrere nella sanzione, rispettivamente del 5% in meno, per ogni mensilità non garantita, nonché in aggiunta, la sanzione dell'1%, in caso di mancato rispetto del volume economico delle prestazioni riferite al quadrimestre. Le sanzioni nella misura del 5% e dell'1% sono da calcolarsi sull'imponibile del tetto annuale dell'anno di riferimento in cui si è verificata l'infrazione e comunque da scontarsi sul tetto assegnato per l'anno successivo;
- e) al rispetto dell'invio dei flussi informativi, secondo modalità e tempi stabiliti dalle norme nazionali, regionali e dalle correlate disposizioni attuative e ad osservare le modalità tecniche stabilite dalla Regione e dall'ASL per il collegamento tra il proprio sistema informativo ed il sistema informativo regionale e quello aziendale nonché ad osservare le modalità tecniche stabilite dalla Regione e dall'ASL per il collegamento con il CUP Aziendale e/o con il sistema CUP regionale ai fini della riduzione delle liste e dei tempi di attesa e loro monitoraggio;
- f) a concordare con l'Azienda le varie agende di prenotazione e ad attenersi alle modalità di apertura delle stesse nel rispetto delle percentuali vincolanti indicate dall'Azienda senza alcuna distinzione tra pazienti utenti esenti e non esenti. L'Azienda ASL espleta la funzione di prenotazione delle prestazioni, inserendo le agende offerte dall'erogatore all'interno del Sistema informatizzato aziendale CUP.
- g) a garantire l'offerta delle agende di prenotazione nel rispetto della programmazione sanitaria negoziata, mantenendo, nel corso dell'anno l'erogazione costante e stabile senza alcuna distinzione tra pazienti utenti esenti e non esenti. L'Azienda si riserva la facoltà di intervenire sulla programmazione delle agende, qualora particolari esigenze organizzative interne o la "criticità" dei tempi d'attesa lo richiedano, fermo restando il rispetto del tetto massimo di prestazioni annualmente stabilito.
- h) a dare preventiva comunicazione formale alla ASL di eventuali periodi di sospensione temporanea dell'attività e relativa motivazione. L'Erogatore, durante il periodo estivo, al fine di concorrere ad assicurare adeguati potenzialità di servizio nei diversi ambiti distrettuali, a tutela delle esigenze degli utenti, si obbliga a concordare preventivamente con la ASL gli eventuali periodi di sospensione della propria attività;



- i) al rispetto delle disposizioni tecniche e organizzative stabilite dalla Regione e dalla Azienda Sanitaria Locale ai fini dell'attuazione del processo di dematerializzazione della ricetta medica ai sensi del D.M. 2/11/2011 e del D.L. 179/2012, convertito con modificazioni con L. 221/2012, fatte salve le eventuali modificazioni ed integrazioni che dovessero intervenire in materia di sanità digitale;
 - j) 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 senza limiti temporali decadenziali.
2. Ai fini del monitoraggio delle liste di attesa, in conformità alla normativa vigente, l'Erogatore è tenuto a predisporre idonea forma di registrazione delle richieste secondo le modalità stabilite dalla Regione e, comunque, con la indicazione della data di prenotazione, del numero di ricetta, del soggetto prescrittore, delle generalità dell'assistito, del relativo codice fiscale, della ASL di appartenenza, del tipo di prestazione richiesta e della data prevista per la relativa esecuzione. Dette registrazioni dovranno essere rese disponibili per la eventuale visione da parte della ASL, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs n.196/2003 e s.m.i..
 3. L'Erogatore è tenuto ad apporre nel vano di ingresso al proprio ambulatorio, idonea informativa nei confronti dei cittadini circa la possibilità per gli stessi di fruire di prestazioni con oneri a carico del SSR rivolgendosi ad altre Strutture pubbliche o private.
 4. La violazione grave e continuativa delle clausole del presente accordo contrattuale comporta l'applicazione delle prescrizioni di cui all'art. 27 della L.R. 28.5.2004 n.8.

ART.3

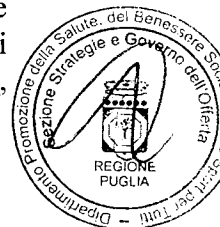
Tetto di remunerazione a tariffa intera e con scontistica tariffaria per prestazioni erogate nei confronti di residenti della Regione Puglia

1. La ASL si impegna a remunerare le prestazioni specialistiche per gli importi mensili corrispondenti al piano annuale delle prestazioni di cui al precedente art. 1 e nei limiti di quanto richiamato alla lett. b) dell'art. 2.
2. La ASL retribuisce le prestazioni erogate a favore dei residenti nella Regione, con le modalità di seguito riportate:
 - a) fino all'85% del tetto di spesa di cui al comma 1) con la tariffa in vigore;
 - b) dall' 85,01% al 100% del tetto di spesa di cui al comma 1), con la tariffa in vigore scontata del 20%.

ART.4

Remunerazione delle prestazioni erogate nei confronti di residenti al di fuori della Regione 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, al di fuori dei tetti di spesa assegnati e dei vincoli di cui all'art.2 co.1 lett. a) e b), con assoggettamento alla scontistica prevista dal co. 2 dell'art. 3,



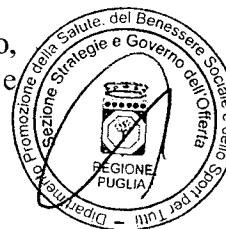
che sarà effettuata sull'ultima mensilità utile di liquidazione prendendo come base imponibile l'intera produzione annuale. In caso di incapienza di fondi, i conguagli potranno essere effettuati a compensazione nel corso dell'anno sulle prestazioni erogate a favore dei residenti nella Regione Puglia, ovvero sui tetti di spesa dell'anno successivo. Resta inteso che limitatamente ai residenti in altre Regioni, il riconoscimento potrà avvenire nei limiti del volume finanziario prodotto e riconosciuto ad ogni singola struttura nel corso dell'anno 2011 decurtato del 2%.

2. Le prestazioni rese in favore di cittadini residenti al di fuori della Regione Puglia sono riconoscibili solo nel caso in cui 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.
3. In caso di contestazione della prestazione, l'Erogatore è tenuto a fornire alla ASL le controdeduzioni richieste, le quali, ove non ritenute motivatamente valide dall'UVARP, danno luogo all'addebito del controvalore in precedenza corrisposto.
4. 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.

ART. 5

Obblighi, adempimenti dell'Erogatore e Sanzioni

1. L'Erogatore, oltre quanto previsto dagli articoli precedenti, si obbliga ad osservare le seguenti prescrizioni e ad assicurare i seguenti adempimenti:
 - 1.1. consegna o trasmissione alla ASL, entro il 10° giorno del mese successivo a quello di compimento o completamento delle prestazioni rese, della notulazione delle stesse esclusivamente mediante flusso informativo o mediante inserimento diretto delle prestazioni nel sistema informativo sanitario regionale, da realizzarsi secondo le indicazioni e le specifiche tecniche, fornite dalla Regione e dalla ASL, nel rispetto della indicazione obbligatoria del soggetto prescrittore, giusta lettera a) del punto 14 della DGR 1392/01, unitamente ai documenti originali costituiti dalle prescrizioni del medico curante che dovranno essere conformi, per essere valide ai fini amministrativi, ai disposti delle lettere b) e c) dello stesso punto di detto atto dell'Esecutivo Regionale;
 - 1.2. utilizzo dei codici delle prestazioni di cui al DM 22.7.96, così come richiamati nella D.G.R. 951/2013 e tenuto conto delle precisazioni e/o integrazioni definite dal Ministero della Sanità e dalla Regione Puglia e delle direttive applicative notificate dalla ASL all'Erogatore;
 - 1.3. erogazione delle prestazioni specialistiche previste per la branca di originario convenzionamento dell'Erogatore, come riportate negli allegati nn.1 e 3 del DM 22.7.96 ed in applicazione di quanto stabilito dalla Regione Puglia con DGR. n.3784 del 22.7.98, DGR n.3842 del 1/10/98, DGR n.141 del 2.3.99, DGR n.1392 del 5.10.00 ed eventuali successive ulteriori variazioni e/o integrazioni, non ultima, la D.G.R. n. 951/2013;
 - 1.4. esecuzione delle prestazioni sanitarie attraverso personale medico, sanitario, infermieristico e tecnico in possesso dei titoli abilitanti, comunque sotto la diretta



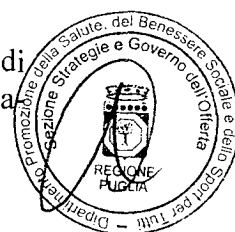
personale responsabilità del Professionista intestatario del rapporto di accreditamento istituzionale o del Responsabile Sanitario della Struttura, nel rispetto della normativa e dei requisiti minimi ed ulteriori, strutturali, organizzativi, tecnologici e di sicurezza previsti dalla vigente legislazione. L'Erogatore, quale intestatario del rapporto di accreditamento istituzionale, nella responsabilità e sorveglianza sull'esercizio della prestazione erogata garantisce che la stessa è prestata sotto il controllo diretto del Professionista, o in caso di struttura, del Responsabile Sanitario della stessa, con esclusione, a tal fine, di qualsiasi forma di collaborazione con soggetti diversi, ovvero incardinati a tempo pieno in altre strutture;

- 1.5. garantire la persistenza dei requisiti strutturali, organizzativi, tecnologici in uso e non come scorte di magazzino, nei termini dichiarati sotto forma di autocertificazione nella griglia di valutazione relativa alla dotazione tecnologica di cui alla DGR 1500/2010;
 - 1.6. Ai fini dell'applicazione della griglia di cui alla D.G.R. n. 1500/2010, l'erogatore si obbliga a compilare la griglia di cui alla DGR. 1500/2010, valorizzando la dotazione strumentale e tecnologica ivi richiamata, in relazione a quella in uso, senza alcuna possibilità di estensione alle scorte di magazzino. Analogamente, la dotazione in uso deve essere rapportata al numero degli ambienti adibiti ad ogni specifica attività;
 - 1.7. dare, di norma, preventiva comunicazione formale alla ASL di eventuali periodi di sospensione temporanea dell'attività e relativa motivazione;
 - 1.8. durante il periodo estivo, al fine di concorrere ad assicurare adeguate potenzialità di servizio nei diversi ambiti distrettuali, a tutela delle esigenze degli utenti, si impegna a concordare preventivamente con la ASL gli eventuali periodi di sospensione delle proprie attività.
2. L'Erogatore, ai sensi del comma 3 dell'art. 39 della L.R. n. 4/2010 è, altresì, obbligato:
- 2.1. a conferire i dati e le informazioni necessarie per il funzionamento dei sistemi informativi regionali di cui alla deliberazione della Giunta regionale 22 dicembre 2006, n.2005 (Piano per la sanità elettronica della Regione Puglia), secondo le specifiche tecniche e le modalità stabilite dalla Regione. Sono fatti salvi comunque i contenuti di norme, decreti e altri provvedimenti a carattere nazionale e regionali contenenti obblighi e adempimenti in materia di flussi e obblighi informativi;
 - 2.2. ai sensi dell'art. 50 del D.L. 269/2003, convertito in legge con modificazioni dalla Legge n. 326/2003, e successive modifiche ed integrazioni, con cadenza mensile, e comunque entro le scadenze pubblicate annualmente, all'invio telematico dei dati delle ricette al Sistema Tessera Sanitaria.
3. Il mancato adempimento da parte dell'Erogatore degli obblighi dell'art. 50 della legge 326/03, comporta la sospensione della liquidazione delle prestazioni rese, sino alla dichiarazione dell'avvenuto adempimento ed alla relativa verifica da parte della ASL. Il comportamento reiterato di tale inadempimento sarà oggetto di valutazione ai fini delle prescrizioni previste dall'art. 27 co. 4 e 5 della l.r. n. 8/2004 e s.m.i.
4. Al fine di allineare le anomalie afferenti il codice fiscale, l'anagrafe sanitaria e comunale, costituisce obbligo (così come già previsto dalla Legge finanziaria n.296/06) per l'Erogatore dei servizi sanitari, di richiedere e verificare i dati contenuti sulla Tessera sanitaria del cittadino.
5. L'Erogatore si impegna ad applicare il nuovo Tariffario Regionale approvato con DGR n. 951 del 13/05/2013, senza l'applicazione della scontistica di cui all'art. 1, co. 796, lett. O, della L. 296/2006 disapplicata dalla DGR n. 1304 del 09/07/2013.



6. In caso di difformità tra importo mensilmente notulato ed importo liquidato e pagato dalla ASL, l'Erogatore, prima di intraprendere azioni a propria tutela, si impegna a:
- 6.1. richiedere e ritirare gli elaborati analitici delle liquidazioni ad esse relative e le eventuali contestazioni relative alle prestazioni escluse dalla liquidazione, dopo i 30 giorni ed entro i 60 giorni dall'avvenuto pagamento;
 - 6.2. richiedere alla ASL, entro 60 giorni dal ritiro della suddetta documentazione, chiarimenti sulle motivazioni che legittimano eventuali discordanze o contestazioni effettuate;
 - 6.3. attendere la risposta ai chiarimenti che dovrà pervenirgli entro 60 giorni dalla richiesta. La mancata richiesta e ritiro degli elaborati entro il termine prescritto, ovvero la mancata richiesta di chiarimenti entro i 30 giorni dal ritiro stesso, costituiscono accettazione delle liquidazioni effettuate.
7. L'Erogatore si obbliga a consegnare alla data di sottoscrizione dell'accordo contrattuale copia del DURC, attestante la regolare posizione previdenziale nei confronti dei propri dipendenti, nonché la certificazione, equipollente al DURC (ndr: anche ricevuta di avvenuto versamento all'ENPAM), attestante il regolare assolvimento degli obblighi contributivi di cui all'art. 1, co. 39 della L. 23 agosto 2004, n. 243". I soggetti erogatori che non hanno l'obbligo di effettuare versamenti in favore dell'ENPAM, potranno attestare tale prerogativa autocertificando il proprio status ai sensi della DPR. 445/2000.
8. L'Erogatore si obbliga al puntuale rispetto di quanto previsto dal D.Lgs n.196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, nonché delle disposizioni attuative emanate dal Garante per la protezione dei dati personali.
9. L'Erogatore si obbliga, in ogni caso, al rispetto delle norme, delle disposizioni attuative ivi comprese le regole tecniche nazionali e regionali in materia se ed in quanto applicabili al presente contratto.
10. La violazione reiterata delle prescrizioni ed obblighi di cui al presente accordo ovvero la violazione di altre norme e disposizioni valutate gravi dalla ASL, dà luogo alla risoluzione dell'accordo contrattuale nel rispetto delle procedure di cui all'art. 27 della L.R. n.8/2004.
11. L'Erogatore di prestazioni di specialistiche di patologia clinica, ove intenda aprire un nuovo "centro prelievi" accanto alle prescritte autorizzazioni sanitarie da rilasciarsi a cura della competente Autorità Comunale, subordinatamente alla preventiva verifica di compatibilità da parte della Regione (co. 3 art. 8 - ter D.Lgs. 502/92), al fine di poter esercitare in quel luogo prestazioni specialistiche con oneri a carico del SSR., deve richiedere il preventivo "nulla osta" alla Azienda ASL la quale, rispetto a detto ampliamento, è tenuta compiere le valutazioni connesse a quanto disposto dal co. 4 dell'Art. 11 della L.R. 32/01 ed, in generale, rispetto a quanto normato, non ultimo dalla L. 405/01.
- Ove il "nulla osta" non venga disposto, ovvero la nuova unità locale dell'Erogatore sia localizzata nell'ambito di un comune ricadente nella competenza territoriale di altro Comune diverso da quello in cui insiste la struttura, tale sede può essere impiegata esclusivamente per l'esercizio di attività in regime libero professionale.
- In tal caso, l'Erogatore è tenuto a porre nella nuova sede, nel luogo del primo accesso del pubblico il seguente avviso leggibile:
- " UNITA' LOCALE AUTORIZZATA AL SOLO ESERCIZIO DI PRESTAZIONI SPECIALISTECHE IN REGIME LIBERO PROFESSIONALE, CON ONERI A TOTALE CARICO DELL'ASSISTITO".**

Ove la autorizzazione comunale sia stata concessa in difetto di preventiva verifica di compatibilità da parte della Regione prevista dal D.Lgs.502/92 e successive modifica



zioni, fino al completamento con esito favorevole di detta procedura di accertamento, le attività di detti centri prelievi devono essere sospese, anche per quanto erogabile in regime libero professionale. E' responsabilità dell'Erogatore interessato accertare la conformità delle autorizzazioni ottenute rispetto alle prescrizioni di legge ed agli indirizzi regionali di attuazione. La violazione reiterata delle prescrizioni di cui al precedente comma e di altre valutate gravi dalla Azienda ASL, dà luogo alla risoluzione dell'accordo contrattuale.

ART.6

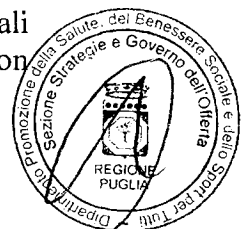
Adempimenti della ASL

1. La ASL è tenuta a:
 - 1.1. eseguire la verifica tecnico-sanitaria delle prestazioni addebitate, sia con riferimento alla richiesta del medico prescrittore sia rispetto alla appropriatezza dei codici di prestazione utilizzati, di cui al DM 22.7.96, così come richiamati nella D.G.R. n. 951/2013 e relative indicazioni applicative emanate dal Ministero della Sanità o ulteriori indicazioni preventivamente divulgate dalla ASL;
 - 1.2. fino ad accertamento completato, a sospendere il pagamento relativo a prestazioni relative a cittadini il cui accesso a prestazioni specialistiche evidenzia frequenze e tipologie che richiedono ulteriori accertamenti in materia di appropriatezza clinico-diagnostica, da compiersi anche con la collaborazione del soggetto prescrittore;
 - 1.3. comunicare all'Erogatore nel più breve tempo possibile e nelle forme previste per legge:
 - 1.3.1. la evidenza di eventuali sospensioni dei pagamenti sub b) ed eventuali altre osservazioni;
 - 1.3.2. eventuali rilievi per errori ricorrenti di notulazione, così da evitare che tali comportamenti si reiterino nel tempo;
 - 1.4. garantire il controllo e la verifica periodica dei requisiti minimi ed ulteriori di cui ai RR.RR. n. 3/2005 e n. 3/2010.
 - 1.5. garantire il collegamento tra il proprio sistema informativo regionale e quello aziendale con quello dell'erogatore, nonché le modalità tecniche per il collegamento con il CUP Aziendale e/o con il sistema CUP regionale ai fini della riduzione delle liste e dei tempi di attesa e loro monitoraggio: la mancata osservanza sarà oggetto di valutazione del Direttore Generale.

ART.7

Modalità di Pagamento e Conguagli

1. Il pagamento delle prestazioni eseguite dall'Erogatore ai sensi del presente contratto, è regolato dal presente articolo.
2. La ASL, esperiti positivamente gli adempimenti di cui ai precedenti artt. 5 e 6, provvede ad effettuare il pagamento del competenze spettanti all'Erogatore entro 60 giorni dalla data di valida presentazione della richiesta di pagamento, in conformità al D. L.vo 192/2012. Per "valida presentazione della richiesta", si intende la consegna degli originali delle ricette, compilate correttamente nella parte anagrafica relativa all'assistito e con



coerente esposizione dei codici relativi alle prestazioni erogate, nonché del supporto informatico redatto secondo il tracciato record, descritto al precedente art.5.

3. La ASL predispone i pagamenti mensili, previa acquisizione del DURC, nei modi e nei tempi previsti dalla normativa vigente.

ART. 8

Dichiarazione di Conoscenza da parte dell'Erogatore e Norme Finali

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”.

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

Letto, confermato e sottoscritto

Il Direttore Generale ASL	Il Professionista/ il Legale Rappresentante della Struttura Erogante
Dott.	
Data _____	Data _____

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Cod. Civ. si approvano esplicitamente le regolamentazioni contrattuali di cui agli **Artt. 1** (*Piano annuale delle prestazioni e tetto invalicabile di remunerazione per prestazioni erogate verso residenti della Puglia*), **2** (*Modalità Organizzative, Piano mensile ed annuale delle Prestazioni, Liste di Attesa, Informativa ai Cittadini*), **3** (*Tetto di remunerazione a tariffa intera e con scontistica tariffaria*), **4** (*Remunerazione delle prestazioni erogate nei confronti di residenti al di fuori della Regione Puglia*), **5** (*Obblighi, adempimenti dell'Erogatore e Sanzioni*), **7** (*Modalità di*

Pagamento e Conguagli), **8** (*Dichiarazione di Conoscenza da parte dell'Erogatore e norme finali*).

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

L'Erogatore:



			Punteggio Assegnato alla Griglia																											
Distr etti Sanit ari	Strutt ura	Comu ne Affere nte	a1	a2	a3	a4	a5	a6	a7	b1	b2	b3	b4	b5	c1	d1	d2	d3	d4	e1	f1	g1	g2	g3	g4	g5	g6	g7	g8	g9
Dss-BARI	STUDIO	BARI	14,00	2,00	8,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,28	5,56	0,00	1,39	2,00	4,00	4,00	0,00	2,00	2,00	2,00	0,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	4,00	0,00	4,00	0,00
Dss-BARI	S.R.L.	BARI	10,00	2,00	2,00	0,00	8,00	0,00	20,00	15,00	10,78	0,00	3,11	9,44	4,00	4,00	0,00	2,00	12,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	0,00	0,00	0,00	8,00
Dss-BARI	CASA DI CURA	BARI	16,00	2,00	8,00	0,00	8,00	6,00	0,00	19,33	27,11	4,00	2,00	8,00	4,00	0,00	2,00	2,00	10,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	4,00	0,00	0,00	8,00

			Punteggio Totale Assegnato alla Griglia									
Distr etti Sanitari	Strutt ura	Comu ne Affere nte	Riqua dro a	Riqua dro b	Riqua dro c	Riqua dro d	Riqua dro e	Riqua dro f	Riqua dro g	Riduzi one 20% Struttu ra Facent e capo a Case di Cura	TOTALE PUNTEGGIO ASSEGNATO	Totale Secondo 50% (Valore Punto Moltiplic ato i Punti Assegnat i)
Dss-BARI	STUDIO	BARI	24,00	13,23	4,00	8,00	2,00	0,00	18,00		45,23	534.556,66
Dss-BARI	S.R.L.	BARI	42,00	38,33	4,00	18,00	2,00	2,00	18,00		82,33	973.027,86
Dss-BARI	CASA DI CURA	BARI	40,00	60,44	4,00	14,00	2,00	2,00	22,00	-28,89	75,55	892.921,18
	TOTAL I										203,11	2.400.505,70

FONDO B:	
SECONDO-50%	VALORE PUNTO
2.400.505,70	11.818,63

