

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE BA
Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI



03674

12 MAG. 2021

DIREZIONE GENERALE

CONTRATTO PER LA EROGAZIONE ED ACQUISTO DI PRESTAZIONI DI RICOVERO DA PARTE DI STRUTTURE DELLA OSPEDALITÀ PRIVATA OPERANTI IN REGIME DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE RIFERITO ALL'ANNO 2021

TRA

L'AZIENDA SANITARIA LOCALE BARI CON SEDE LEGALE IN BARI, ALLA VIA LUNGOMARE STARITA N° 6, RAPPRESENTATA DAL DIRETTORE GENERALE PRO-TEMPORE – DOTT. ANTONIO SANGUEDOLCE, DI SEGUITO INDICATA COME "AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI", CHE OPERA PER SE ED IN NOME E PER CONTO DELLE ALTRE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE PUGLIA, DI SEGUITO INDICATA COME COMMITTENTE

E

LA CASA DI CURA "ANTHEA HOSPITAL", GESTITA DALLA SOCIETÀ "ANTHEA HOSPITAL SRL" DEL GRUPPO "VILLA MARIA SPA" – CODICE FISCALE E PARTITA IVA 03811090723 - CON SEDE OPERATIVA IN BARI - ALLA VIA CAMILLO ROSALBA N. 35/37, ISTITUZIONALMENTE ACCREDITATA PER LA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI RICOVERO, RAPPRESENTATA LEGALMENTE DALLA DOTT.SSA SANSAVINI ELEONORA AMMINISTRATORE DELEGATO NATA A FORLÌ IL 15/11/1974, DI SEGUITO INDICATO COME "EROGATORE", IL QUALE – CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ PENALI PREVISTE DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445/2000 E S.M.I., – DICHIARA DI NON ESSERE STATO CONDANNATO CON PROVVEDIMENTO DEFINITIVO PER REATI CHE COMPORTINO L'INCAPACITÀ A CONTRARRE CON LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E CHE NON SUSSISTONO ALTRE CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ PREVISTE DELLA NORMATIVA VIGENTE.

PREMESSO

- nel territorio della ASL BA è presente la Casa di Cura "Anthea Hospital", gestita dalla Società "Anthea Hospital srl" del Gruppo "Villa Maria spa", con sede operativa in Bari alla via Camillo Rosalba n. 35/37, in virtù degli atti rilasciati dalla Regione Puglia, con cui è stata Accreditata Istituzionalmente per complessivi n. 100 posti letto e che ai fini tariffari rientra nella Fascia "A" della classificazione tipologica prevista dalla DCR 995/95, giusta D.D. n° 24 del 04/02/2008;
- la Regione Puglia con Determinazione Dirigenziale n° 35 del 19/03/2012 e giusta nota prot. n° AOO/081/3569/APS1 del 02/10/2013, ha autorizzato la Casa di Cura "Anthea Hospital" ad erogare le prestazioni sanitarie in regime di day-service definiti PCA, afferenti alla branca di ortopedia e traumatologia, nel rispetto dei protocolli stabiliti nei percorsi assistenziali descritti negli allegati A) della D.G.R. n° 433 del 10/03/2011 e della D.G.R. n° 2863 del 20/12/2011, con esclusione dei PACC (Medicina Generale), in quanto la succitata Casa di Cura, non risulta preventivamente autorizzata e accreditata;
- la Regione Puglia con Determinazione Dirigenziale n° 131 del 15/10/2014, ha autorizzato la Casa di Cura "Anthea Hospital" ad erogare prestazioni in regime ambulatoriale ex DGR n. 1202 del 18/04/2014, riconducibili alle Prestazioni di Chirurgia Ambulatoriale (PCA).
- la Regione Puglia con Determinazione Dirigenziale n° 193 del 09/07/2015, ha integrato l'allegato "A" della D.G.R. n. 1172/2015, individuando anche la Casa di Cura "Anthea Hospital" quale erogatore espressamente autorizzato all'utilizzo anche del dispositivo "OMBRELLO ATRIALE SETTALE", a far data dal 14 luglio 2015;
- con Determinazione Dirigenziale n° 334 del 23/12/2020 e nota prot. AOO_183 n. 6663 del 22/04/2021, la Regione Puglia ha stabilito l'attuale configurazione della Casa di Cura "Anthea Hospital".

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

CODICE REPARTO	DISCIPLINA ACCREDITATA	POSTI LETTO ACCREDITATI ANNO 2021 DAL 01/01/2021 AL 30/04/2021	POSTI LETTO ACCREDITATI ANNO 2021 DAL 01/05/2021
0701	CARDIOCHIRURGIA	20	20
0801	CARDIOLOGIA	14	27
3011	NEUROCHIRURGIA	15	16
3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	17	19
5601	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	10	0
5602	RECUPERO E RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	10	0
4901	RIANIMAZIONE + TERAPIA INTENSIVA	8	8
5001	UNITÀ CORONARICA (UTIC)	6	10
	TOTALE	100	100

RICHIAMATI

nella continuità della azione di programmazione e controllo della Regione Puglia in materia sanitaria:

- la Legge Regionale n° 7 del 21 maggio 2002 (endoprotesi)
- la Legge Regionale n° 1 del 7 gennaio 2004;
- la Legge Regionale n° 14 del 4 agosto 2004 ed, in particolare l'art. 24 della stessa;
- l'art. 1, comma 171, Legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- la Legge Regionale n° 1 del 12 gennaio 2005;
- L'art. 16 e 17 della Legge Regionale n° 26/2006 (incremento delle tariffe relativo ai DRG);

- la Legge Regionale n° 40 del 31 dicembre 2007;
- la Legge Regionale n° 1 del 19 febbraio 2008
- la Legge Regionale n° 34 del 31 dicembre 2009;
- artt. 4 e 40 della L.R. n° 4 del 25/02/2010.
- 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 Consiglio Regionale 8 Marzo 1995 n. 995 e successive modificazioni;
- la D.G.R. n° 1464 del 3 ottobre 2006 (in attuazione del D.M. del 21/11/2005);
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 1621 del 30 ottobre 2006 (DIEF – per l'anno 2006);
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 1400 del 3 agosto 2007 (DIEF – per l'anno 2007);
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 95 del 31 gennaio 2008 (DIEF – per l'anno 2008);
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 397 del 25 marzo 2008;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1101 del 23 giugno 2009;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 1442 del 4 agosto 2009 (DIEF – per l'anno 2009);
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 1494 del 4 agosto 2009 (Accordi Contrattuali anno 2009 – Linee Guida);
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 523 del 23 febbraio 2010;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 728 del 15 marzo 2010;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 2252 del 26 ottobre 2010;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 2624 del 30 novembre 2010;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 2866 del 20 dicembre 2010;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 433 del 10 marzo 2011;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 633 del 10 aprile 2011;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 2990 del 29 dicembre 2011;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 240 del 18 febbraio 2013;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 951 del 13 maggio 2013 e ss.mm.ii.;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 1304 del 09 luglio 2013;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 1202 del 18 giugno 2014;
- la Determinazione Dirigenziale n° 374 del 22 dicembre 2015 (BURP n. 168 del 31/12/2015);
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 2051 del 13 dicembre 2016 (BURP n. 5 suppl. del 12/01/2017);
- la Legge Regionale n° 9 del 2 maggio 2017 e ss.mm.ii.;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 2161 del 21 dicembre 2016;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 1299 del 02 agosto 2017;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 673 del 09 aprile 2019;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 881 del 15 maggio 2019;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 652 del 07 maggio 2020;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 525 del 08 maggio 2020 e ss.mm.ii.;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 1105 del 16 luglio 2020;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 1750 del 09 novembre 2020;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 351 del 08 marzo 2021.

IN APPLICAZIONE

- dei criteri stabiliti dalla Regione Puglia, nonché della disciplina legislativa e regolamentare, di cui alla normativa in premessa richiamata, riferita all'erogazione ed acquisto di prestazioni sanitarie in regime di ricovero dal settore privato con spesa da porre a carico del SSR, nei limiti dei tetti di spesa stabiliti a livello Regionale e Aziendale.
- della programmazione in materia di ricovero ospedaliero, resa attraverso Strutture private ed istituzionalmente accreditate per l'anno **2021**, tenuto conto del fabbisogno di prestazioni, con particolare attenzione all'appropriatezza dei ricoveri e delle azioni di depotenziamento e razionalizzazione disposte dalla Direzione Strategica della Azienda Sanitaria Locale della Provincia di **BARI**.

SI STIPULA

Il presente **contratto**, con validità per l'anno **2021** che è destinato a regolamentare la produzione, da parte dell'Erogatore, di prestazioni di ricovero ospedaliero, comprensiva delle prestazioni di day service autorizzate, in favore di cittadini iscritti al SSN con oneri da porre a carico del bilancio dell'Azienda ASL e del SSR.

ART. 1

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

- 1) La ASL committente, sulla base del proprio fabbisogno di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 696 del 30/04/2021, con cui ha determinato il fondo unico di remunerazione Aziendale da destinare all'acquisto di prestazioni sanitarie in regime di ricovero, da strutture private accreditate, ed in considerazione dell'analisi dei dati relativi alla domanda di prestazioni sanitarie di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 696 del 30/04/2021, nonché della disciplina regionale in materia di individuazione e qualificazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero erogabili a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR), acquista dall'Erogatore, il pacchetto di prestazioni individuate per disciplina, tipologia e per DRGs. di classificazione, così come richiamati nel prospetto sinottico del successivo punto 3) che rappresenta il Piano delle Prestazioni di cui al successivo art. 2, stabilito con i criteri

riportati nella normativa disposta dalla Regione Puglia. L'Azienda ASL BARI, giusta DD.GG.RR. n. 1105 del 16/07/2020 e n. 351 del 08/03/2021, retribuisce le prestazioni in base alle tariffe regionali vigenti per la fascia di appartenenza dell'erogatore senza l'applicazione dell'istituto delle tariffe regressive previsto dal disposto dalla DGR n. 1494/2009 (tra l'80% ed il 100% del volume stabilito, si applica una regressione tariffaria pari al 15%). Pertanto, le prestazioni saranno remunerate senza regressioni tariffarie, fino al raggiungimento del relativo "tetto annuo di remunerazione a tariffa intera" corrispondente al 100% del tetto di spesa invalicabile distinto per ogni singola disciplina", nonché fino al raggiungimento del relativo totale importo ammesso a rimborso di cui al successivo comma 2". Tale disposizione si applica anche alle prestazioni extraregionali, che non sono da assoggettarsi a regressione tariffaria.

- 2) Il limite massimo globale di spesa fissato con i criteri di cui alla D.G.R. 1494/2009 e con le modalità previste dalla DGR 673/2019, nel rispetto del fabbisogno e come analiticamente richiamato nella **Deliberazione aslina n. 696 del 30/04/2021** è pari complessivamente a € 17.922.448,51=, in ragione dei posti letto da contrattualizzare per singola disciplina accreditata, ripartita secondo la seguente matrice ed al netto del valore delle prestazioni eseguite in mobilità extraregionale:

CASA DI CURA ACCREDITATA	CODICE DISCIPLINA	DISCIPLINA	P.L. DAL 01/01/2021 AL 30/04/2021	P.L. DAL 01/05/2021	TETTO DI SPESA DA ASSEGNARE NELL'ANNO 2021 (DGR N. 1494/2009, DGR N. 673/2019, DGR N. 1105/2020, DGR N. 351/2021 E NOTA REGIONE PUGLIA PROT. AOO_183 N. 6663 DEL 22/04/2021)
ANTHEA HOSPITAL	0701	CARDIOCHIRURGIA	20	20	
	0801	CARDIOLOGIA	14	27	
	3011	NEUROCHIRURGIA	15	16	
	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	17	19	
	5601	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	10	0	
	5602	RECUPERO E RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	10	0	
	4901	RIANIMAZIONE + TERAPIA INTENSIVA	8	8	
	5001	UNITÀ CORONARICA (UTIC)	6	10	
		TOTALE POSTI LETTO	100	100	17.922.448,51

- 3) Per l'anno 2021, la ASL committente, sulla base dei criteri di cui alla **Deliberazione del Direttore Generale n. 696 del 30/04/2021** ha deciso di acquistare dall'Erogatore i seguenti DRGs. suddivisi per singola disciplina:

DAL 01/01/2021 AL 30/04/2021		
Tipo	DRG	Denominazione
C	001	Craniotomia, età > 17 anni con CC
C	002	Craniotomia, età > 17 anni senza CC
M	009	Malattie e traumi del midollo spinale
M	010	Neoplasie del sistema nervoso con CC
M	011	Neoplasie del sistema nervoso senza CC
M	012	Malattie degenerative del sistema nervoso
M	014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale
M	015	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto
M	017	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC
M	029	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC
M	078	Embolia polmonare
M	086	Versamento pleurico senza CC
M	087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria
M	100	Segni e sintomi respiratori senza CC
C	104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco
C	105	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco
C	106	Bypass coronarico con PTCA
C	107	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco
C	108	Altri interventi cardiotoracici
S	109	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco
C	110	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC
C	111	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC
C	117	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione
C	118	Sostituzione di pacemaker cardiaco
C	119	Legatura e stripping di vene
C	120	Altri interventi sull'apparato circolatorio
M	121	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi
M	122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi
M	123	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti
M	124	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi compl.
M	125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi no compl.
M	127	Insufficienza cardiaca e shock
M	129	Arresto cardiaco senza causa apparente
M	130	Malattie vascolari periferiche con CC
M	132	Aterosclerosi con CC
M	133	Aterosclerosi senza CC
M	135	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC
M	136	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC
M	137	Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni
M	140	Angina pectoris
M	141	Sincope e collasso con CC
M	143	Dolore toracico
M	144	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC
M	145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC
C	146	Resezione rettale con CC

C	147	Resezione rettale senza CC
C	149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC
C	150	Lisi di aderenze peritoneali con CC
C	151	Lisi di aderenze peritoneali senza CC
C	153	Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC
C	157	Interventi su ano e stoma con CC
C	159	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC
C	165	Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC
C	166	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC
C	167	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC
C	171	Altri interventi sull'apparato digerente senza CC
M	173	Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC
M	174	Emorragia gastrointestinale con CC
M	180	Occlusione gastrointestinale con CC
M	181	Occlusione gastrointestinale senza CC
C	195	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC
C	196	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC
M	203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas
M	204	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne
M	207	Malattie delle vie biliari con CC
C	211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC
C	219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC
C	220	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni
C	223	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC
C	224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC
C	225	Interventi sul piede
C	230	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore
C	233	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC
C	234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC
M	235	Fratture del femore
M	236	Fratture dell'anca e della pelvi
C	257	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC
C	258	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC
C	259	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC
C	260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC
C	334	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC
C	335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC
C	336	Prostatectomia transuretrale con CC
C	337	Prostatectomia transuretrale senza CC
C	338	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna
C	339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni
C	340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni
C	341	Interventi sul pene
C	345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne
C	408	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi
C	440	Sbrigliamento di ferite per traumatismo
C	442	Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC
C	443	Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC
M	452	Complicazioni di trattamenti con CC
M	453	Complicazioni di trattamenti senza CC
C	461	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari
M	462	Riabilitazione
C	471	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori
C	477	Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale
C	479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC
C	491	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori
C	497	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC
C	498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC
C	499	Interventi su dorso e collo eccetto per Artrodesi vertebrale con CC
C	500	Interventi su dorso e collo eccetto per Artrodesi vertebrale senza CC
C	515	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco
C	518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA
C	519	Artrodesi vertebrale cervicale con CC
C	520	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC
M	529	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia
C	533	Interventi vascolari extracranici con CC
C	535	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock
C	536	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock
C	537	Interventi vascolari extracranici senza CC
C	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC
C	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori
C	545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio
C	546	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna
C	547	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore
C	548	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore
C	549	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore
C	550	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore
C	551	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi
C	552	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore
C	553	Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore
C	554	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore
C	555	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore

C	556	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore
C	557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore
C	558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore
C	577	Inserzione di stent carotideo
C	579	Infezioni post-operatorie o post-traumatiche con intervento chirurgico

DAL 01/05/2021 AL 31/12/2021		
Tipo	DRG	Denominazione
C	001	Craniotomia, età > 17 anni con CC
C	002	Craniotomia, età > 17 anni senza CC
M	009	Malattie e traumatismi del midollo spinale
M	010	Neoplasie del sistema nervoso con CC
M	011	Neoplasie del sistema nervoso senza CC
M	012	Malattie degenerative del sistema nervoso
M	014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale
M	015	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto
M	017	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC
M	029	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC
M	078	Embolia polmonare
M	086	Versamento pleurico senza CC
M	087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria
M	100	Segni e sintomi respiratori senza CC
C	104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco
C	105	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco
C	106	Bypass coronarico con PTCA
C	107	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco
C	108	Altri interventi cardiotoracici
S	109	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco
C	110	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC
C	111	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC
C	117	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione
C	118	Sostituzione di pacemaker cardiaco
C	120	Altri interventi sull'apparato circolatorio
M	121	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi
M	122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi
M	123	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti
M	124	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi compl.
M	125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi no compl.
M	127	Insufficienza cardiaca e shock
M	129	Arresto cardiaco senza causa apparente
M	130	Malattie vascolari periferiche con CC
M	132	Aterosclerosi con CC
M	133	Aterosclerosi senza CC
M	135	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC
M	136	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC
M	137	Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni
M	140	Angina pectoris
M	141	Sincope e collasso con CC
M	143	Dolore toracico
M	144	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC
M	145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC
M	174	Emorragia gastrointestinale con CC
M	180	Occlusione gastrointestinale con CC
M	181	Occlusione gastrointestinale senza CC
C	195	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC
C	196	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC
M	203	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas
M	204	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne
M	207	Malattie delle vie biliari con CC
C	211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC
C	219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC
C	220	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni
C	223	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC
C	224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC
C	225	Interventi sul piede
C	230	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore
C	233	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC
C	234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC
M	235	Fratture del femore
M	236	Fratture dell'anca e della pelvi
M	452	Complicazioni di trattamenti con CC
M	453	Complicazioni di trattamenti senza CC
C	461	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari
C	471	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori
C	477	Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale
C	479	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC
C	491	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori
C	497	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC
C	498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC
C	499	Interventi su dorso e collo eccetto per Artrodesi vertebrale con CC
C	500	Interventi su dorso e collo eccetto per Artrodesi vertebrale senza CC
C	515	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco

C	518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA
C	519	Artrodesi vertebrale cervicale con CC
C	520	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC
M	529	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia
C	533	Interventi vascolari extracranici con CC
C	535	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock
C	536	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock
C	537	Interventi vascolari extracranici senza CC
C	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC
C	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori
C	545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio
C	546	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna
C	547	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore
C	548	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore
C	549	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore
C	550	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore
C	551	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovasc. maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi
C	552	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore
C	553	Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore
C	554	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore
C	555	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore
C	556	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore
C	557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore
C	558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore
C	577	Inserzione di stent carotideo
C	579	Infezioni post-operatorie o post-traumatiche con intervento chirurgico

- 4) in conformità all'art. 20 – comma 3 della L.R. n° 34/2009, tale tetto deve intendersi, comprensivo del materiale protesico. A tale riguardo, ai fini della remunerazione delle prestazioni per le quali è contemplato l'impianto di endoprotesi, occorre far riferimento alla deliberazione di G.R. n. 951/2013 e successiva integrazione e modifica giusta DGR 1304/2013, le quali hanno stabilito le relative tariffe.
- 5) Il limite finanziario ripartito per ogni singola disciplina, di cui al precedente punto 2), può intendersi modificabile, esclusivamente, a seguito di esplicita formale richiesta del committente, con possibilità di scorrimento, nei limiti massimi del 20% del tetto di spesa invalicabile di remunerazione di ogni singola disciplina e comunque nell'ambito dei seguenti percorsi diagnostici terapeutici condivisi e di seguito riportati :

- 1) - Area cuore (cardiologia, Tic, cardiologia, U.T.I.C.): in presenza della sola Cardiologia rientra in area medica;
- 2) - Area chirurgica;
- 3) - Area medica;
- 4) - Area materno – neonatale;
- 5) - Area riabilitativa: in presenza di una sola riabilitazione rientra nell'area medica;
- 6) - Area dell'emergenza urgenza.

Tale limite non si applica alle strutture dotate di pronto soccorso tenuto conto che le stesse possono essere indotte ad erogare prestazioni non programmate e non concordate con la ASL committente.

Fermo restando che l'Erogatore dovrà garantire la prestazione per l'intero arco dell'anno, quanto disciplinato dal presente comma 5 dell'art. 1, esclusivamente per l'anno 2021, non si applica. Pertanto, il tetto di spesa per l'anno 2021, di cui al precedente comma 2 del presente art. 1, è assegnato per prestazioni da erogarsi in favore di pazienti residenti nella regione Puglia, svincolato dal limite del dodicesimo e dall'attribuzione per disciplina, ma nei limiti della massima capacità ricettiva accreditata.

- 6) Nel rispetto delle tipologie di assegnazioni e del pacchetto di prestazioni contrattualizzate come dai prospetti allegati, si concorda la possibilità di una oscillazione del 20%, per i DRGs. concomitanti, rientranti nella stessa disciplina e non preventivamente concordati, purché gli elementi di giustificazione siano rilevabili dalla cartella clinica. **Fermo restando che l'Erogatore dovrà garantire la prestazione per l'intero arco dell'anno, quanto disciplinato dal presente comma 6 dell'art. 1, esclusivamente per l'anno 2021, non si applica. Pertanto, il tetto di spesa per l'anno 2021, di cui al precedente comma 2 del presente art. 1, è assegnato per prestazioni da erogarsi in favore di pazienti residenti nella regione Puglia, svincolato dal limite del dodicesimo e dall'attribuzione per disciplina, ma nei limiti della massima capacità ricettiva accreditata.**
- 7) L'attività dell'Erogatore deve essere necessariamente commisurata in relazione alle discipline e posti letto accreditati, nonché al rispetto dell'indice occupazionale di ogni singola disciplina rapportato ai fabbisogni preventivamente individuati. Nel caso di acquisto della massima potenzialità erogativa (100%), i ricoveri che superano il 100% dell'indice occupazionale pro-die non saranno ammessi alle procedure di liquidazione e costituiranno valutazione non positiva per l'erogatore, sanzionabile nel rispetto delle prescrizioni di cui al co. 2 dell'art. 26 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i..
- 8) Le prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti, a ciclo continuativo o diurno, erogate in eccedenza al tetto di spesa invalicabile di remunerazione distinto per disciplina e tipologia, non sono riconosciute, e quindi non sono a carico del SSR, ai sensi dell'art. 3 della L.R. 24/9/2010 n. 12.
- 9) L'erogatore s'impegna a garantire la regolare e continua erogazione delle prestazioni per tutti i mesi dell'anno e conseguentemente l'equità dell'accesso al SSR da parte di tutti i cittadini. Inoltre, dovrà garantire la corretta gestione delle liste d'attesa e la utilizzazione del tetto annuale di spesa suddiviso per dodicesimi, con oscillazioni mensili ragionevoli, con l'obbligo per l'erogatore di recuperare la maggiore o minore erogazione, rispetto al valore economico del dodicesimo, nell'ambito del quadrimestre, che convenzionalmente s'intende: Gennaio – Aprile, Maggio – Agosto, Settembre - Dicembre". **Fermo restando che l'Erogatore dovrà garantire la prestazione per l'intero arco dell'anno, quanto disciplinato dal presente comma 9 dell'art. 1, esclusivamente per l'anno 2021, non si applica. Pertanto, il tetto di spesa per l'anno 2021, di cui al precedente comma 2 del presente art. 1, è assegnato per prestazioni da erogarsi in favore di pazienti residenti nella regione Puglia, svincolato dal limite del dodicesimo e dall'attribuzione per disciplina, ma nei limiti della massima capacità ricettiva accreditata.**

ART. 2

Modalità Organizzative, Piano mensile ed annuale delle Prestazioni, Liste di Attesa, Informativa ai Cittadini

L'Erogatore, in esecuzione dell'art.1, con la sottoscrizione del presente contratto, si obbliga:

- 1) a garantire il piano delle prestazioni a carico del Servizio Sanitario Regionale (di cui al precedente punto 3) dell'art. 1), nonché 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, oltre alla corretta gestione delle liste d'attesa;
- 2) ad uniformare le modalità organizzative con le quali intende erogare dette prestazioni nei diversi mesi dell'intero anno, nel rispetto di quanto richiamato al punto 8) dell'art.1;
- 3) 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;
- 4) 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 2021 si concludono, obbligatoriamente nell'anno 2022, ne discende che l'applicazione delle suddette misure devono essere disposte e concludersi nell'anno solare e comunque entro il 31/12/2022.
- 5) ad accettare la possibilità che il citato piano di cui al precedente punto 3) art. 1), a seguito delle mutate esigenze della Asl committente, previa comunicazione formale e motivata da parte di quest'ultima, possa subire nel corso dell'anno 2021, modificazioni, sia per quantità che per tipologia delle singole prestazioni, fermo il limite invalicabile di remunerazione di cui al precedente art.1).
- 6) Ai fini del monitoraggio delle liste di attesa, l'Erogatore è tenuto a predisporre idonea forma di registrazione delle richieste di ricovero con la indicazione della data di prenotazione, del numero di ricetta, del soggetto prescrittore, delle generalità dell'assistito, del relativo codice fiscale, della Azienda 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 Azienda ASL, nel rispetto dei principi di riservatezza e/o per essere alla stessa trasmesse per via telematica, secondo le modalità comunicate dalla stessa Azienda Sanitaria Locale.
- 7) L'Erogatore è tenuto ad apporre nel vano di ingresso della Casa di Cura, presso il punto di informazione, 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.
- 8) E' fatto divieto assoluto per l'Erogatore, una volta raggiunto il limite massimo di remunerazione invalicabile, distinto per disciplina e tipologia, previsto nel presente accordo contrattuale, operare sui posti letto accreditati, in regime di attività libero professionale, con oneri a carico di pazienti solventi. Qualora il tetto spesa mensile sia già stato integralmente utilizzato dalla struttura accreditata – il posto letto accreditato -, potrà essere utilizzato (solo da quel momento) per i residui giorni del mese anche per i pazienti solventi a titolo privato.

ART. 3

Tetto di remunerazione a tariffa intera e con regressione tariffaria su base annua e per frazione mensile per prestazioni erogate nei confronti di residenti della Puglia

- 1) La Azienda ASL BARI, si impegna a remunerare le prestazioni di ricovero per gli importi mensili corrispondenti al piano annuale delle prestazioni di cui al precedente art. 2, accettato dall'Erogatore, riferito ai residenti della Regione Puglia.
- 2) L'Azienda ASL BARI, giusta DD.GG.RR. n. 1105 del 16/07/2020 e n. 351 del 08/03/2021, retribuisce le prestazioni in base alle tariffe regionali vigenti per la fascia di appartenenza dell'erogatore senza l'applicazione dell'istituto delle tariffe regressive previsto dal disposto dalla DGR n. 1494/2009 (tra l'80% ed il 100% del volume stabilito, si applica una regressione tariffaria pari al 15%). Pertanto, le prestazioni saranno remunerate senza regressioni tariffarie, fino al raggiungimento del relativo "tetto annuo di remunerazione a tariffa intera" corrispondente al 100% del tetto di spesa invalicabile distinto per ogni singola disciplina", nonché fino al raggiungimento del relativo totale importo ammesso a rimborso pari a € 17.922.448,51=.

ART. 4

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, al di fuori del tetto di spesa assegnato e dei vincoli di cui all'art. 2 co. 1 lett. a) e b). Giusta DD.GG.RR. n. 1105 del 16/07/2020 e n. 351 del 08/03/2021, la ASL BARI retribuisce le prestazioni extraregionali in base alle tariffe regionali vigenti per la fascia di appartenenza dell'erogatore senza l'applicazione dell'istituto delle tariffe regressive previsto dal disposto dalla DGR n. 1494/2009 (tra l'80% ed il 100% del volume stabilito, si applica una regressione tariffaria pari al 15%).
2. L'erogatore è consapevole che le liquidazioni per i pazienti extraregionali, potranno avvenire nei limiti dei valori economici determinatisi in ogni singola Azienda nel corso dell'anno 2015, come da schema allegato A) alla DGR 673/2019, con i criteri richiamati nella parte espositiva della stessa, con riferimento al punto 5) lett. a) e b).
3. Le prestazioni rese in favore di cittadini residenti al di fuori della Puglia sono riconoscibili ove la Azienda 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.

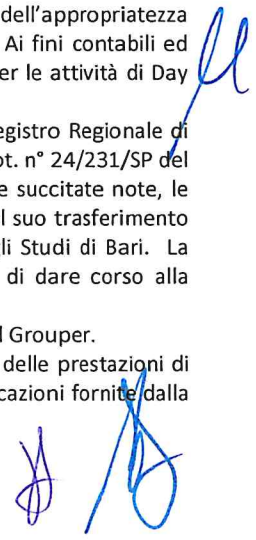
4. Fermo restando la facoltà delle singole Regioni di procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, in ottemperanza all'art. 1, comma 171 della Legge n° 311 del 30/12/2004, è vietata nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale. Sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio.
5. In caso di contestazione della prestazione, l'Erogatore è tenuto a fornire alla Azienda ASL le controdeduzioni richieste che, ove non ritenute motivatamente valide da un dirigente individuato in via preventiva dalla Struttura UVARP Aziendale, quale esperto della materia, danno luogo nei confronti dell'erogatore all'addebito del controvalore allo stesso in precedenza già corrisposto.
6. 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 ai precedenti commi 1, 2 e 3.
7. Alla Regione viene riservata l'azione di recupero delle somme derivanti dal mancato riconoscimento di specifici ricoveri contestati e non riconosciuti dalle Regioni di residenza degli assistiti, informando, per il tramite delle ASL committente l'Erogatore.

ART. 5

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 limiti dei volumi e delle tipologie di cui all'art. 1 co. 2) e co. 3) del presente contratto, ripartito per singola disciplina e per singola giornata.
- b) Comunicare giornalmente all'UVARP dell'Azienda, mediante l'invio per posta elettronica, al seguente indirizzo PEC: uvarp.aslbari@pec.rupar.puglia.it il movimento ammalati (dimissioni/e nuovi ingressi).
- c) Garantire la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera che, ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto del Ministro della Sanità 28 dicembre 1991 e s.m.i., costituisce parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale. La compilazione della scheda di dimissione ospedaliera e la codifica delle informazioni in essa contenute sono effettuate nel rigoroso rispetto delle istruzioni riportate nel disciplinare tecnico allegato al suddetto decreto e richiamate nella DGR 633 del 5/04/2011.
- d) 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.
- e) 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.
- f) 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.
- g) Garantire le verifiche in ordine alla compilazione delle schede di dimissione e della cartella clinica, nonché i controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate, sotto la responsabilità del Direttore Sanitario dell'Istituto.
- h) Garantire, che i ricoveri erogati 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° 1202/2014 e nei limiti dei tetti di spesa assegnati per la ospedalità privata;
- 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) 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. Ai fini contabili ed amministrativi, trova piena applicazione la DGR 951/2013 e s.m.i per l'attività di ricovero e la DGR 1202/2014 per le attività di Day service.
- k) Assicurare la compilazione delle schede di rilevazione, come da fac-simile già trasmesso, al fine di alimentare il Registro Regionale di "Implantologia Protesica" di anca e/o ginocchio, giusto art. 40 della L.R. n° 4 del 25/02/2010 e circolari regionali prot. n° 24/231/SP del 26/03/2010 e n° 24/235/SP del 30/03/2010. A tale riguardo, si precisa che nel rispetto di quanto disposto nelle succitate note, le schede di rilevazione, dovranno essere 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) Prendere atto che dal 1° gennaio 2011, tutte le SDO devono essere codificate nel rispetto della versione CMS 24 del Grouper.
- m) Consegnare alla Azienda USL., entro il 15° giorno del mese successivo, a quello di compimento o completamento delle prestazioni di ricovero rese, della notulazione delle stesse esclusivamente su supporto informatico, da realizzarsi secondo le indicazioni fornite dalla



Regione e dalla Azienda ASL., nel rispetto della indicazione obbligatoria del Soggetto prescrittore, giusta lettera a) del punto 14 della DGR 1392/01, unitamente ai documenti indicati dalla Azienda ASL.

- n) Prendere atto che in caso di difformità tra importo mensilmente notulato dall'Erogatore ed importo liquidato e pagato dalla Azienda ASL, il primo, prima di intraprendere azioni a propria tutela, si impegna a:
- 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;
 - richiedere alla Azienda ASL., entro 60 giorni dal ritiro della suddetta documentazione, chiarimenti sulle motivazioni che legittimano eventuali discordanze o contestazioni effettuate;
 - attendere la risposta ai chiarimenti che dovrà pervenirgli entro 60 giorni dalla richiesta. Il mancato 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.
- Di essere consapevole:
- o) che il mancato rispetto degli adempimenti informativi e di comunicazione previsti dal presente contratto, compresi quelli previsti nei confronti dei Cittadini, costituisce per l'Erogatore violazione del relativo obbligo e **dà luogo nei suoi confronti prima al richiamo, poi alla diffida e successivamente alla sanzione nella misura "secca" dello 0,2% del tetto invalicabile di remunerazione** di cui al precedente Art.1, per ogni tipo di violazione (informativa ai Cittadini, liste di attesa, obbligatorietà del Medico prescrittore, ecc).
- p) 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 dalla **L.R. n. 9/2017 e s.m.i.**
- q) garantire il rispetto dei tassi occupazionali pro-die dei posti letto accreditati.
- r) 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, previsti dal regolamento R.R. n. 3/2005, quali condizioni preesistenti allo status di soggetto accreditato.
- s) garantire l'applicazione dei Contratti Collettivi di Lavoro (art. 17 – punto 6 della L.R. n° 26/2006), fornendo copia della documentazione comprovante l'assolvimento dei relativi obblighi contributivi (Legge 11 marzo 1988 n° 67 – G.U. n° 61 del 14/03/1988), attraverso il DURC. La verifica di quanto richiamato al presente punto è propedeutico alla sottoscrizione del contratto. A tale riguardo si precisa che, il certificato DURC viene rilasciato in base alle risultanze dello stato degli atti e non ha effetti liberatori per l'impresa. Rimane pertanto impregiudicata l'azione per l'accertamento ed il recupero di eventuali somme che successivamente risultassero dovute. Si precisa altresì, che il suddetto documento, dovrà essere rinnovato nei modi e nei termini di legge previsti, per evitare che la Direzione Aziendale possa sospendere le erogazioni di fondi a qualsiasi titolo, giusta quanto disposto dalla normativa vigente.
- t) a dare preventiva comunicazione formale alla Azienda ASL, ed a concordare con quest'ultima, eventuali periodi di sospensione temporanea dell'attività con relativa motivazione.
- u) durante il periodo estivo, al fine di assicurare i livelli minimi assistenziali, si impegna a concordare preventivamente con la ASL gli eventuali periodi di sospensione delle proprie attività di ricovero e cura.
- v) l'erogatore, ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) si obbliga di trasmettere alla ASL territorialmente competente, il proprio bilancio di esercizio redatto secondo principi civilistici, una relazione sull'ultimo bilancio approvato dalla singola struttura sanitaria e relazione sull'ultimo bilancio consolidato approvato, certificato da un revisore 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;
- w) l'erogatore, ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) si obbliga 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.
- x) di prevedere, ai sensi del D.M. 70/2015 allegato 1) punto 4.6) l'obbligo per l'erogatore di 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.

ART. 6

Obblighi e adempimenti della Azienda ASL

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 dalla/e Case di Cura istituzionalmente Accreditate/e, in esecuzione della normativa nazionale e regionale, ivi compresa la DGR 1491 del 25/6/2010 successivamente modificata dalla **DGR 2252 del 26/10/2010 e dalla DGR 90 del 22/01/2019.**
- b) I controlli sulla corretta e veritiera compilazione della SDO, con la quale avviene l'assegnazione del relativo DRG.
- c) Il controllo Amministrativo, riguardante i ricoveri erogati in regime di Day-service, nel rispetto dei protocolli diagnostico-terapeutici, statuiti dalla Regione Puglia con le D.G.R. 1202/2014.
- 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 alla Case di Cura istituzionalmente Accreditate, nel rispetto di quanto stabilito al comma 7 del precedente art. 1.
- 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 nel SISR. Tale termine costituisce vincolo solo per la ASL e non già per l'Erogatore che deve garantire le prescrizioni previste dall'art. 2, comma 4 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 cartacea. Tale modifica dev'essere riportata nel SISR con l'obbligo per l'erogatore di emettere la relativa nota credito e/o debito ;
- 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 vengano ritenute non esaustive, l'UVARP, quantifica i DRG non ammessi e/o modificati, e comunica la sospensione del pagamento dei ricoveri oggetto del contenzioso, all'ufficio amministrativo aziendale preposto alla liquidazione.
- j) Qualora invece, le controdeduzioni formulate dall'erogatore vengano accettate dall'Azienda, si procede alla ammissione dei ricoveri precedentemente contestati alle procedure di liquidazione, previa comunicazione dell'UVARP, all'ufficio amministrativo aziendale preposto alla liquidazione;
- k) A comunicare entro e non oltre 120 gg. dalla valida richiesta della prestazione, ed in forma esclusivamente scritta all'Erogatore:
 - eventuali sospensioni dei pagamenti ed altre osservazioni;
 - eventuali rilievi per errori ricorrenti di notulazione, così da evitare che tali comportamenti si reiterino nel tempo;
 - la evidenza di DRG non conformi al piano delle prestazioni commissionato, di cui al co. 3 dell'art. 1;
- l) A rendere disponibili, presso la sede degli Uffici della Azienda Sanitaria Locale della Provincia di **BARI** ad avvenuto pagamento delle notulazioni mensili e comunque non oltre 30 giorni dallo stesso, gli elaborati analitici delle liquidazioni eventualmente anche su supporto informatico, ed, ove elevate, le contestazioni e/o sospensioni relative alle prestazioni escluse dalla liquidazione.
- m) Il ritiro di tali elaborati o del relativo supporto informatico potrà avvenire entro il termine massimo di 60 giorni dal pagamento delle notulazioni. Eventuali richieste di chiarimento, successive al ritiro degli elaborati, formulate dall'Erogatore, potranno essere accettate nei 60 giorni successivi al ritiro degli stessi e dovranno essere soddisfatte entro 60 giorni dal ricevimento.
- n) Eseguire i pagamenti mensili a tariffa intera sino al raggiungimento del tetto di remunerazione assegnato all' Erogatore ed indicato al precedente art. 3, ed in caso di superamento dello stesso con l'applicazione della regressione tariffaria ivi prevista, fino al limite invalicabile di remunerazione mensile ed annuale così come definito al comma 2 di detto articolo.
- o) Eseguire i pagamenti ed i conguagli, con le modalità di cui al successivo art. 7.

ART. 7

Modalità di Pagamento e Conguagli

1. La Azienda ASL, salvo diverso piano di cui al precedente art. 2 dalla stessa approvato, provvede alla erogazione di acconti mensili pari all'85% di un dodicesimo del relativo tetto di remunerazione assegnato a ciascuna disciplina, di cui al co. 2 dell'art. 1 entro i 45 giorni successivi al mese di competenza a valida presentazione della contabilità, con conguaglio da liquidare all'Erogatore entro i 120 giorni successivi al relativo mese di competenza, così come richiamato alla D.G.R. n° 1326/2003, dopo aver esposto positivamente in detti termini, gli adempimenti di cui ai precedenti art. 5 e 6 con riferimento ai ricoveri "confermati". Per "valida presentazione della contabilità", si intende la consegna:
 - degli originali dei tabulati contabili, ripartito secondo le discipline contrattualizzate,
 - del supporto informatico redatto secondo il tracciato record;
 - del supporto informatico contabile redatto in formato excel, ripartito secondo le discipline contrattualizzate;
 - delle fatture e/o note credito, con la descrizione delle singole discipline contrattualizzate;
 - delle copie delle ricette rilasciate dai Medici del S.S.N., riguardante l'erogazione delle prestazioni da erogarsi in regime di Day-service.
2. L'Erogatore si impegna a fatturare le prestazioni eccedenti i valori indicati nel precedente art. 3 comma 3 (residenti Regione Puglia) e art. 4 comma 1 (residenti extra Regione), applicando la regressione del 15%.
3. La Azienda ASL, oltre la remunerazione delle prestazioni sub art. 4, è comunque tenuta entro 60 giorni dalla data di liquidazione della notulazione dell'ultimo mese dell'anno, a procedere al conguaglio tra le liquidazioni mensili eseguite ed il tetto invalicabile di remunerazione per ogni singola disciplina, di cui al comma 2 dell'art. 1, ed a corrispondere all'Erogatore o accertare di aver incassato dallo stesso, nei 30 giorni successivi, eventuali residui importi, se dovuti, nonché le rispettive note di credito.

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 della Ospedalità Privata, con riferimento alla parte normativa richiamata in premessa.
- 2) I tetti di remunerazione di cui all'art. 1) 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 dell'Azienda ASL di procedere, nei limiti dei tetti di spesa assegnati e confermati, alla rimodulazione del piano e del volume delle prestazioni richieste all'Erogatore, giusta co. 2 dell'art. 2.
- 3) L'Azienda Sanitaria della Provincia di **BARI** è impegnata a riconoscere, liquidare e pagare esclusivamente prestazioni rientranti nel piano richiesto e concordato, nel limite invalicabile di remunerazione per singola disciplina, con le precisazioni richiamate all'art. 1 – comma 3 e 5. Qualora l'Erogatore, in violazione di quanto definito in virtù del presente contratto, provveda a notulare e notificare alla Azienda ASL **BARI**, prestazioni non comprese nel piano annuale delle prestazioni, ovvero eccedenti il tetto massimo invalicabile di remunerazione innanzi definito, a tutti gli effetti di legge, compresi quelli fiscali, ha l'obbligo di emettere immediata nota credito per il corrispondente importo eccedente.
- 4) Nel caso in cui l'Erogatore abbia già sottoscritto specifico contratto di prestazione per l'anno corrente, fermo il tetto invalicabile di remunerazione per questi già fissato dalla Azienda ASL, per quanto ivi non regolamentato o difformemente regolamentato rispetto ai contenuti del presente atto, quest'ultimo si intende integrativo del precedente. In caso di mancata sottoscrizione da parte dell'Erogatore dell'atto aggiuntivo, si applicano con effetto immediato le disposizioni previste dalla **L.R. n. 9/2017 e s.m.i.**

- 5) Il presente contratto può essere oggetto di modifiche ed integrazioni per effetto di sopravvenute direttive regionali richiamate nei DIEF, ovvero in altre disposizioni regionali che dovranno essere direttamente recepite dalle singole Aziende.
- 6) Il presente contratto viene concluso 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".
- 7) 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, così come modificata dalla DGR 90 del 22/01/2019.
- 8) Lo schema contrattuale sulla base del quale è stato redatto il presente accordo è stato approvato con DGR n. 881/2019. La parti danno atto che la situazione di estrema urgenza conseguente alla pandemia denominata COVID-19, ha determinato la necessità di integrare la disciplina contrattuale predisposta sulla base del citato schema regionale relativamente agli accordi ex artt. 8 quater, 8 quinquies e 8 sexies D.Lvo 502/92 con le strutture private accreditate.

Letto, confermato e sottoscritto

IL DIRETTORE GENERALE PRO-TEMPORE DELLA AZIENDA ASL BARI DOTT. ANTONIO SANGUEDOLCE	L'AMMINISTRATORE DELEGATO DELLA CASA DI CURA "ANTHEA HOSPITAL" EROGANTE ANTHEA HOSPITAL S.r.l. GRUPPO VILLA MARIA Via Camillo Rosalba, 35/37 BARI
Data <u>11/05/2021</u>	Data <u>12/05/2021</u>

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), 2 (Modalità Organizzative, Piano mensile ed annuale delle Prestazioni, Liste di Attesa, Informativa ai Cittadini), 3 (Tetto di remunerazione a tariffa intera e con regressione tariffaria), 4 (Remunerazione delle prestazioni erogate nei confronti di residenti al di fuori della Puglia), 5 (Obblighi, adempimenti dell'Erogatore e Sanzioni), 6 (Obblighi e adempimenti della Azienda ASL), 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

ANTHEA HOSPITAL S.r.l.
GRUPPO VILLA MARIA
Via Camillo Rosalba, 35/37
BARI

[Handwritten signature]