

**REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE
DELLA PROVINCIA DI LECCE**

**Contratto per l'erogazione e l'acquisto di prestazioni di ricovero da parte di Strutture della
Ospedalità Privata operanti in regime di accreditamento istituzionale
riferito all'anno 2024**

TRA

L'**Azienda Sanitaria Locale Lecce** con sede legale in Lecce, alla via Miglietta n° 5, rappresentata dal Direttore Generale pro-tempore **Avv. Stefano Rossi**, di seguito indicata come "Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Lecce", che opera per sé ed in nome e per conto delle altre Aziende Sanitarie della Regione Puglia, di seguito indicata anche come "**Committente**",

E

La **Casa di Cura "Clinica Prof. Petrucciani"**, partita IVA e C.F. n. 018113160759, con sede Legale della Società in Lecce al Viale Aldo Moro s.n.c., istituzionalmente accreditata per la erogazione di prestazioni di ricovero, di seguito indicata come "**Erogatore**", legalmente rappresentata dalla sig.ra Milena Petrucciani, nata a il, la quale - consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii. - dichiara di non essere stata condannata con provvedimento definitivo per reati che comportino l'incapacità a contrarre con la pubblica amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente.

PREMESSO

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):

COD. DISCIPLINA	DISCIPLINA	P.L.
26	Medicina generale	10
09	Chirurgia generale	18
37	Ostetricia e Ginecologia	08
56	Riabilitazione Cardiologica	13
14	Chirurgia vascolare	08
43	Urologia	14
34	Oculistica (Day Surgery)	02
	TOTALE POSTI LETTO	73

- L'Erogatore dichiara, altresì, di essere autorizzato ad erogare prestazioni in regime di day service per le discipline correlate ai posti letto accreditati;
- che ai fini tariffari la Casa di Cura rientra nella Fascia "A", della classificazione tipologica prevista dalla DCR 995/95 dalla data di notifica della D.D. n. 46 del 17.02.2009 della Regione Puglia.

RICHIAMATI

nella continuità dell'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 e, 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;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 1304 del 09 luglio 2013;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 1202 del 18 giugno 2014;
- 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° 1105 del 16 luglio 2020;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 351 del 08 marzo 2021;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n° 1045 del 25 luglio 2022;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1982 del 28 dicembre 2023;

IN APPLICAZIONE

- dei criteri stabiliti dalla Regione Puglia, nonché della disciplina legislativa e regolamentare di cui alla normativa in premessa richiamata, riferita all'erogazione e all'acquisto di prestazioni sanitarie in regime di ricovero dal settore privato con spesa da porre a carico del S.S.R., nei limiti dei tetti di spesa stabiliti a livello Regionale ed altresì a livello Aziendale;
- della programmazione in materia di ricovero ospedaliero, resa attraverso Strutture private ed istituzionalmente accreditate per l'anno **2024**, 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 Lecce;

SI STIPULA

il presente contratto, con validità per l'anno **2024** 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 S.S.N. con oneri da porre a carico del bilancio dell'Azienda ASL e del S.S.R.

ART. 1

<p align="center">Piano annuale delle prestazioni e tetto invalicabile di remunerazione per prestazioni erogate verso residenti della Puglia</p>

- 1) La ASL committente, sulla base del proprio fabbisogno, con **Deliberazione del Direttore Generale n. 245 del 08 marzo 2024** ha determinato il fondo unico di remunerazione aziendale da destinare all'acquisto di prestazioni sanitarie da erogarsi in regime di ricovero e day service dalle Case di Cura istituzionalmente accreditate insistenti nell'ambito territoriale della ASL LECCE, ed in considerazione dell'analisi dei dati relativi alla domanda di prestazioni sanitarie elaborata dalla struttura aziendale, 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 DRG di classificazione, così come richiamati nei successivi punti 2) e 3) che rappresenta il Piano delle Prestazioni, stabilito con i criteri dettati dalla normativa regionale.
- 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 determinato con la Deliberazione aziendale n. 245 del 08/03/2024, è pari complessivamente ad **€ 8.854.003,93**, in ragione dei posti letto da contrattualizzare per singola disciplina accreditata, ripartito secondo la seguente matrice ed al netto del valore delle prestazioni eseguite in mobilità extraregionale:

COD	Reparti	Posti letto	Tetto invalicabile residenti Regione Puglia anno 2024 (D.G.R. n. 1045/2022 e D.D.G. n. 245/2024)
09	Chirurgia Generale	18	3.800.000,00
26	Medicina Generale	10	100.000,00
37	Ginecologia	8	490.000,00
14	Chirurgia vascolare	8	1.400.000,00
43	Urologia	14	1.314.000,00
56	Riabilitazione Cardiologica	13	1.100.000,00
34	Oculistica (Day Surgery)	2	650.003,93
	Totale	73	€ 8.854.003,93

3) Per l'anno **2023**, la ASL committente ritiene di acquistare dall'Erogatore, nei limiti del tetto suindicato, pari ad **€ 8.854.003,93**, vincolato al limite del dodicesimo ed all'attribuzione per disciplina, i seguenti DRG suddivisi per singola disciplina:

CHIRURGIA GENERALE

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
158	6	C	INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC
160	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC
162	6	C	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC
163	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, ETA' < 18 ANNI
227	8	C	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC
262	9	C	BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI
270	9	C	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC
342	12	C	CIRCONCISIONE ETA' > 17
146	6	C	RESEZIONE RETTALE, CON CC
147	6	C	RESEZIONE RETTALE, SENZA CC
149	6	C	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC
150	6	C	LISI DI ADERENZE PERITONEALI, CON CC
151	6	C	LISI DI ADERENZE PERITONEALI, SENZA CC
153	6	C	INTERVENTI MONORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC
155	6	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETA' > 17 ANNI SENZA CC
157	6	C	INTERVENTI SU ANO E STOMA, CON CC
159	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI CON CC
161	6	C	INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 ANNI CON CC

164	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA, CON CC
165	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA, SENZA CC
166	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, CON CC
167	6	C	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, SENZA CC
170	6	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, CON CC
171	6	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC
191	7	C	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC
192	7	C	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT SENZA CC
195	7	C	COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, CON CC
196	7	C	COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, SENZA CC
197	7	C	COLECISTECTOMIA ECCETTO LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC
198	7	C	COLECISTECTOMIA ECCETTO LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC
226	8	C	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI CON CC
227	8	C	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC
257	9	C	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, CON CC
258	9	C	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC
259	9	C	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, CON CC
260	9	C	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC
261	9	C	INTERVENTI SULLA MAMMELLA NON PER NEOPLASIE MALIGNI ECCETTO BIOPSIA E ESCISSIONE LOCALE
267	9	C	INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI
269	9	C	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA CON CC
288	10	C	INTERVENTI PER OBESITA'
290	10	C	INTERVENTI SULLA TIROIDE
402	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI SENZA CC
408	17	C	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI
461	23	C	INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI
468	NA	C	INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE
493	7	C	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC

494	7	C	COLECISTECTOMIA LAPARASCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC
569	6	C	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC CON DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE
570	6	C	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC SENZA DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE

MEDICINA GENERALE

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
68	3	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 ANNI CON CC
69	3	M	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC
70	3	M	OTITE MEDIA E INFEZIONE ALTE VIE RESPIRATORIE, ETA' < 18 ANNI
71	3	M	LARINGOTRACHEITE
78	4	M	EMBOLIA POLMONARE
79	4	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 ANNI CON CC
80	4	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC
81	4	M	INFEZIONI E INFIAMMAZIONI RESPIRATORIE, ETA' < 18 ANNI
82	4	M	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO
85	4	M	VERSAMENTO PLEURICO, CON CC
86	4	M	VERSAMENTO PLEURICO SENZA CC
87	4	M	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA
88	4	M	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA
89	4	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 ANNI CON CC
90	4	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC
91	4	M	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' < 18 ANNI
92	4	M	MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE, CON CC
93	4	M	MALATTIA POLMONARE INTERSTIZIALE,

			SENZA CC
96	4	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 ANNI CON CC
97	4	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' > 17 ANNI SENZA CC
98	4	M	BRONCHITE E ASMA, ETA' < 18
99	4	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, CON CC
100	4	M	SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI, SENZA CC
101	4	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, CON CC
102	4	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO RESPIRATORIO, SENZA CC
127	5	M	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK
128	5	M	TROMBOFLEBITE DELLE VENE PROFONDE
130	5	M	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, CON CC
131	5	M	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE SENZA CC
132	5	M	ATEROSCLEROSI, CON CC
133	5	M	ATEROSCLEROSI, SENZA CC
134	5	M	IPERTENSIONE
138	5	M	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, CON CC
139	5	M	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC
140	5	M	ANGINA PECTORIS
143	5	M	DOLORE TORACICO
144	5	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC
145	5	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC
172	6	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, CON CC
173	6	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIGERENTE, SENZA CC
174	6	M	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, CON CC

175	6	M	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE, SENZA CC
176	6	M	ULCERA PEPTICA COMPLICATA
177	6	M	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, CON CC
178	6	M	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA, SENZA CC
179	6	M	MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO
180	6	M	OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, CON CC
181	6	M	OCCLUSIONE GASTROINTESTINALE, SENZA CC
182	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI CON CC
183	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC
184	6	M	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18 ANNI
188	6	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI CON CC
189	6	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC
190	6	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO DIGERENTE, ETA' < 18 ANNI
202	7	M	CIRROSI E EPATITE ALCOLICA
203	7	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS
205	7	M	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA, CON CC
206	7	M	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA, SENZA CC

207	7	M	MALATTIE DELLE VIE BILIARI, CON CC
208	7	M	MALATTIE DELLE VIE BILIARI, SENZA CC
294	10	M	DIABETE ETA' > 35
295	10	M	DIABETE ETA' < 36 ANNI
296	10	M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' > 17 ANNI CON CC
297	10	M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' > 17 ANNI SENZA CC
298	10	M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' < 18 ANNI
299	10	M	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO
300	10	M	MALATTIE ENDOCRINE, CON CC
301	10	M	MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC
316	11	M	INSUFFICIENZA RENALE
318	11	M	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE CON CC
319	11	M	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE SENZA CC
320	11	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' > 17 ANNI CON CC
321	11	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC
322	11	M	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE, ETA' < 18 ANNI
323	11	M	CALCOLOSI URINARIA, CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI
324	11	M	CALCOLOSI URINARIA, SENZA CC
325	11	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 ANNI CON CC
326	11	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC

327	11	M	SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' < 18 ANNI
328	11	M	STENOSI URETRALE, ETA' > 17 ANNI CON CC
329	11	M	STENOSI URETRALE, ETA' >17 ANNI SENZA CC
330	11	M	STENOSI URETRALE, ETA' < 18 ANNI
331	11	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' >17 ANNI CON CC
332	11	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 ANNI SENZA CC
333	11	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' < 18 ANNI
346	12	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, CON CC
347	12	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE, SENZA CC
348	12	M	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, CON CC
349	12	M	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA, SENZA CC
350	12	M	INFIAMMAZIONE DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE
411	17	M	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA
412	17	M	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA CON ENDOSCOPIA
419	18	M	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 ANNI CON CC
420	18	M	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' > 17 ANNI SENZA CC
421	18	M	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE, ETA' > 17 ANNI
422	18	M	MALATTIE DI ORIGINE VIRALE E FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA' < 18 ANNI
423	18	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE

D.S. OCULISTICA

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
39	2	C	PCA INTERVENTO DI FACOEMULSIONE ED

			ASPIRAZIONE DI CATARATTA ED INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE INTRAOCULARE
39	2	C	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO
39	2	C	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE
39	2	C	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRAATTIVO (IN OCCHIO FACHICO) -
39	2	C	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA (diverso da 13701, 13702, 138, 1475, PC01)
41	2	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETA' < 18 ANNI
42	2	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO
40	2	C	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETA' > 17 ANNI
39	2	C	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA

GINECOLOGIA

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
353	13	C	EVISCERAZIONE PELVICA, ISTERECTOMIA RADICALE E VULVECTOMIA RADICALE
355	13	C	INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI NON DELL'OVAIO O DEGLI ANNESSI SENZA CC
356	13	C	INTERVENTI RICOSTRUTTIVI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE
358	13	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, CON CC
359	13	C	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC
361	13	C	LAPAROSCOPIA E OCCLUSIONE LAPAROTOMICA DELLE TUBE
363	13	C	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE E IMPIANTO MATERIALE RADIOATTIVO PER NEOPLASIE MALIGNI
366	13	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, CON CC
367	13	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE, SENZA CC
368	13	M	INFEZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE

D.S. GINECOLOGIA

360	13	C	INTERVENTI SU VAGINA, CERVICE E VULVA
364	13	C	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI

UROLOGIA

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
303	11	C	INTERVENTI SU RENE E URETERE PER NEOPLASIA
304	11	C	INTERVENTI SU RENE E URETERE, NON PER NEOPLASIA CON CC
305	11	C	INTERVENTI SU RENE E URETERE, NON PER NEOPLASIA SENZA CC
306	11	C	PROSTATECTOMIA, CON CC
307	11	C	PROSTATECTOMIA, SENZA CC
308	11	C	INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA, CON CC
309	11	C	INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA, SENZA CC
310	11	C	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, CON CC
311	11	C	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, SENZA CC
312	11	C	INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' > 17 ANNI CON CC
313	11	C	INTERVENTI SULL'URETRA, ETA' > 17 ANNI SENZA CC
315	11	C	ALTRI INTERVENTI SUL RENE E SULLE VIE URINARIE
334	12	C	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE CON CC
335	12	C	INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE SENZA CC
336	12	C	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE CON CC
337	12	C	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE SENZA CC
338	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO PER NEOPLASIA MALIGNA
339	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA' > 17 ANNI
341	12	C	INTERVENTI SUL PENE
344	12	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE PER NEOPLASIE MALIGNI
345	12	C	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI
573	11		INTERVENTI MAGGIORI SULLA VESCICA

D.S. UROLOGIA

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
339	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA' > 17 ANNI
340	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETA' < 18 ANNI
342	12	C	CIRCONCISIONE ETA' > 17
343	12	C	CIRCONCISIONE ETA' < 18
345	12	C	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI

RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
144	5	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC
145	5	M	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC

CHIRURGIA VASCOLARE

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
110	5	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CON CC
111	5	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC
113	5	C	AMPUTAZIONE PER DISTURBI CIRCOLATORI ECCETTO AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE
114	5	C	AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE PER MALATTIE APPARATO CIRCOLATORIO
120	5	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO CIRCOLATORIO
315	11	C	ALTRI INTERVENTI SUL RENE E SULLE VIE URINARIE
479	5	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC
533	1	C	INTERVENTI VASCOLARI EXTRACRANICI CON CC
534	1	C	INTERVENTI VASCOLARI EXTRACRANICI SENZA CC
553	5	C	ALTRI INTERVENTI VASCOLARI CON CC CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
554	5	C	ALTRI INTERVENTI VASCOLARI CON CC SENZA DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE
577	1	C	INSERZIONE DI STENT CAROTIDEO

D.S. CHIRURGIA VASCOLARE

DRG	MDC	TIPO	DESCRIZIONE
119	5	C	LEGATURA E STRIPPING DI VENE

- 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 ss.ms.ii., 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:
- Area cuore (cardiochirurgia, Tic, cardiologia, U.T.I.C.): in presenza della sola Cardiologia rientra in area medica;
 - Area chirurgica;
 - Area medica;
 - Area materno-neonatale;
 - Area riabilitativa: in presenza di una sola riabilitazione rientra nell'area medica;
 - 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.
- 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 DRG. concomitanti, rientranti nella stessa disciplina e non preventivamente concordati, purché gli elementi di giustificazione siano rilevabili dalla cartella clinica.
- 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 ss.mm.ii.
- 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, nonché la corretta gestione delle liste d'attesa, e l'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.

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 **2024** si concludono, obbligatoriamente nell'anno **2025**, ne discende che l'applicazione delle suddette misure devono essere disposte e concludersi nell'anno solare e comunque entro il **31/12/2025**;
- 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 **2024**, 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 dell'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 ASL.
- 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 Lecce, 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 LECCE 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 della DGR n. 1494/2009 (tra l'80% ed il 100% del volume stabilito, si applica una regressione tariffaria pari al 15%). Pertanto, le prestazioni sono 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.

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. 1, senza l'applicazione della regressione tariffaria.

Come disposto dalla DGR n. 1045/2022 e dalla Deliberazione aziendale n. 245 del 08/03/2024, il tetto di spesa complessivo regionale per le prestazioni rese dalle strutture private accreditate in favore dei pazienti extraregionali, ammonta, per le Case di Cura insistenti nel territorio della ASL LECCE, a complessivi €. 2.307.316,36, di cui €. 1.081.991,00 per prestazioni ad Alta Complessità e €.1.225.325,36 per prestazioni a Media e Bassa Complessità.

2. L'erogatore è consapevole che le liquidazioni per i pazienti extraregionali, potranno avvenire nei limiti dei valori economici determinatasi 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 7) 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 e 3.
7. Alla Regione viene riservato l'azione di recupero delle somme derivanti dal mancato riconoscimento di specifici ricoveri contestati e non riconosciuti dalle Regioni di residenza degli assistiti, informando, per il tramite delle ASL committente l'Erogatore.

ART. 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, nonché, nei limiti delle risorse aggiuntive previste dalla DGR n. 641/2023, di erogare prestazioni relative ai DRG fuga e ai DRG per l'abbattimento delle liste d'attesa di cui all'Allegato alla predetta DGR, con specifico riguardo ai DRG elencati, in ordine di priorità, al precedente articolo 1 comma 2;
- b) comunicare giornalmente all'UVARP dell'Azienda, mediante l'invio per posta elettronica, al seguente indirizzo: uvar@ausl.le.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 ss.mm.ii 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 ASL, 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. In particolare, ciascuna Casa di Cura dovrà fornire a questa Azienda la documentazione già richiesta con la nota prot. n. 48019 del 09/02/2024 e con successiva nota prot. 93768 del 22/04/2024 e, dunque, unitamente alle fatture relative alle prestazioni di ricovero e day service erogate nel mese di competenza, ogni Struttura dovrà fornire anche il prospetto riepilogativo allegato alla

predetta nota prot. n. 48019 del 09/02/2024, compilato con i dati richiesti, i tabulati contabili relativi ai ricoveri e ai day service allegati alla nota prot. 93768 del 22/04/2024, la distinta contabile riepilogativa EDOTTO relativa ai day service, la ricevuta di trasmissione al MEF dei dati delle ricette. La trasmissione della documentazione suindicata è indispensabile ai fini della liquidazione mensile degli acconti e, altresì, per la liquidazione del saldo relativo all'anno di competenza;

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 normativa regionale vigente in materia di revoca dell'accreditamento per violazione degli accordi contrattuali con la ASL committente;

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 e ss.mm.ii., 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. 131 - 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;
- z) 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 della DGR 90/2019;
- 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. n. 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 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 di 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 Lecce - ad avvenuto pagamento delle notulazioni mensili e comunque non oltre 30 giorni dallo stesso, gli elaborati analitici delle liquidazioni eventualmente anche su supporto informatico, e, 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 esperito 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 relative alla produzione per i residenti Regione Puglia e per i residenti extra Regione in maniera distinta. L'azienda ASL LECCE 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 della DGR n. 1494/2009 (tra l'80% ed il 100% del volume stabilito, si applica una regressione tariffaria pari al 15%). Pertanto, le prestazioni sono 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.
 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 Lecce 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 Lecce, 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 di 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 dall'art. 26 della l.r. n. 9/2017 e ss.mm.ii.

- 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 e DGR 90/2019.

Letto, confermato e sottoscritto

<p>Il Direttore Generale pro-tempore della Azienda ASL Lecce Avv. Stefano Rossi</p>	<p>Il Professionista/ il Legale Rappresentante della Struttura Erogante</p>
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), 2 (Modalità Organizzative, Piano mensile ed annuale delle Prestazioni, Liste di Attesa, Informativa ai Cittadini), 3 (Tetto di remunerazione a tariffa intera), 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
