

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

**Contratto per la erogazione ed acquisto di prestazioni sanitarie in regime
riabilitativo residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare (ex art 26 L.
833/78) da parte di Strutture
Private operanti in regime di accreditamento provvisorio
per l'intero anno 2013.**

TRA

L'Azienda Sanitaria Locale di Lecce, con sede legale in Lecce, alla via Miglietta n°5, rappresentata dal Direttore Generale – Dott. Valdo Mellone, di seguito indicata come "Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Lecce", che opera per sè ed in nome e per conto delle altre Aziende Sanitarie della Regione Puglia, di seguito indicata come Committente

E

L' I.M.P.P. "Casa Madre del Buon Rimedio" P.IVA 01257980639, rappresentata legalmente da Padre Rocco Cosi nato a () il con sede legale in Napoli Via Fontanelle al Trivio n. 34 provvisoriamente accreditata per la erogazione di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78, di seguito indicata come "Erogatore"

PREMESSO

L'Erogatore dichiara sotto la propria esclusiva responsabilità di essere provvisoriamente Accreditato ad erogare prestazioni di riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78, per il correlato numero di posti letto classificati secondo la tipologia residenziale, nonché per trattamenti classificati secondo la tipologia semiresidenziale e/o ambulatoriale:

- che l'Erogatore già in rapporto convenzionale con la cessata AUSL/Le/2 (D.G.R. n. 8797 del 30/9/1987, D.G.R. 297 del 27/1/1988 e successive), dichiara di essere provvisoriamente accreditato ad erogare prestazioni sanitarie ex art. 26 L.23/12/1978 n.833 - nelle seguenti discipline : n. 50 posti letto di attività di riabilitazione funzionale ex art. 26 della Legge n°833/78 e/o n.30 di trattamenti riabilitativi in regime semiresidenziale e/o n.100 di trattamenti riabilitativi in regime ambulatoriale e/o n. 42 di trattamenti riabilitativi in regime domiciliare;
- che l'Erogatore, per il combinato disposto della L.R. n. 8/2004, del R.R. n. 16/2010 e s.m.i. e della circolare della Regione Puglia Prot. n. AOO151 del 9 marzo 2011 n. 2893, ha richiesto l'autorizzazione e l'accreditamento per le prestazioni di riabilitazione domiciliare al competente Servizio dell'Assessorato alle Politiche della Salute e che, nelle more dell'avvio da parte dello stesso Servizio dell'Assessorato alle Politiche della Salute, delle procedure per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie di riabilitazione domiciliare e delle procedure di accreditamento e verifica dei requisiti, ha presentato istanza di accordo contrattuale al Direttore Generale di questa Azienda, autocertificando il possesso dei requisiti organizzativi indicati all'art. 9 del R.R. n. 16/2010 e ss.mm.ii. per l'attivazione dei moduli dedicati alla erogazione delle prestazioni riabilitative domiciliari;
- che il SISP Aziendale ha verificato, con esito positivo, l'effettivo possesso degli ulteriori requisiti organizzativi, previsti all'ultimo comma dell'art. 9 del Regolamento Regionale già richiamato e dalla circolare della Regione Puglia Prot. n. AOO151 del 9 marzo n. 2893;

Pertanto, la tipologia ed il numero dei posti letto e delle prestazioni provvisoriamente accreditati sono riportati nel seguente schema:

Tipologia di prestazione accreditata	Numero di posti accreditati
Posti letto residenziali	n. 50 p.l.
Posti semiresidenziali	n. 30 posti
Prestazioni ambulatoriali	n. 100 prest.giornaliere
Prestazioni domiciliari	n. 42 prest.giornaliere
Accessi mensili domiciliari del medico specialista	n. 93 accessi

RICHIAMATI

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

- l'art.6, commi 5° e 6° della Legge 23.12.94, n.724
- l'art.2, comma 8° della Legge 28.12.95, n.549
- l'art.1, comma 32° della Legge 23.12.96, n.662
- l'art.32, comma 8° della Legge 27.12.97, n.449
- l'art.72, comma 1° della Legge 23.12.98, n.448
- l'art.8-quinques e art.8-sexies del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni;
- la Circolare del Ministero della Sanità n. 1/1995;
- le Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione (G.U. serie generale n. 124 del 30 maggio 1998);
- la Legge n. 405 del 16.11.2001;
- il Piano di indirizzo per la riabilitazione approvato dalla Conferenza Stato- Regioni nella seduta del 10 febbraio 2011;
- l'art. 25 della Legge regionale n. 28 del 22.12.2000;
- l'art. 11 della Legge regionale n. 32 del 5.12. 2001;
- l'art. 17 della Legge regionale n° 14 del 4 agosto 2004;
- la Legge regionale 28 maggio 2004, n.8;
- la Legge regionale 12 gennaio 2005, n° 1;
- la Legge regionale 9 agosto 2006, n. 26;
- la Legge regionale 31 dicembre 2007, n. 40;
- la Legge regionale 19 febbraio 2008, n.1 (disposizioni integrative e modifiche della L.R. n° 40/07);
- l'art. 3 della Legge regionale 24 settembre 2010 n.12;
- la Legge regionale 9 febbraio 2011 n. 2;
- la D.G.R. n. 1400 del 3 agosto 2007;
- la D.G.R. n° 1494 del 4 agosto 2009;
- la D.G.R. n° 2672 del 28 dicembre 2009;
- la D.G.R. n° 728 del 15 marzo 2010;
- la D.G.R. n° 1694 del 19 luglio 2010;
- la D.G.R. n° 2185 del 11 ottobre 2010;
- la D.G.R. n° 2336 del 29 ottobre 2010;
- la D.G.R. n° 2664 del 29 dicembre 2011;
- il Regolamento Regionale 4 novembre 2010, n.16;
- il Regolamento Regionale 4 agosto 2011, n.20

IN APPLICAZIONE

- della disciplina legislativa e regolamentare definita con la normativa in premessa richiamata, nonché dei criteri e modalità definiti dalla Regione Puglia con Legge Regionale n° 28 del 22.12.2000, in particolare in materia di erogazione ed acquisto di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 dal settore privato con spesa da porre a carico del SSR, nonché di quanto disposto dall' art. 11 della LR 32/01 e dalla L.R. n. 12/2010, dalle DD.GG.RR. nn°

1494/2009, 2672/2009 e 728/2010, che hanno approvato i criteri operativi relativi agli accordi contrattuali per l'anno 2010 e successivi, oltre a quanto statuito dalla succitata normativa vigente nazionale e regionale;

➤ della D.G.R. n° 1494 del 04/08/2009, della DGR 2672 del 28/12/2009 così come modificata ed integrata dalla DGR 728 del 15/3/2010, con le quali sono stati approvati i criteri operativi, relativi agli accordi contrattuali, nonché i limiti massimi di remunerazione da assegnare agli Erogatori Privati ed Istituzionalmente Accreditati, che erogano prestazioni sanitarie in regime riabilitativo ex art. 26 della Legge n° 833/1978;

➤ della L.R. 24 settembre 2010, n. 12 che:

- al comma 2 dell'art. 3 - ha stabilito che - : a partire dalla data di entrata in vigore della presente legge è vietata l'erogazione e la relativa remunerazione con oneri a carico del SSR di prestazioni sanitarie effettuate al di fuori dei tetti di spesa massimi di cui al comma 1;

- al comma 3 dell'art. 3 - ha stabilito che - : sono abrogati l'art.17, commi 2 e 3, della l.r. 4 agosto 2004 n. 14 (Assestamento e priva variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2004) e gli art.16, comma 1 lett. c) e 18 comma 2, della l.r. 9 agosto 2006, n. 26 8 interventi in materia sanitaria)

della D.G.R. 1400/2007, con la quale sono state determinate le tariffe per le prestazioni ex art. 26 L. 833/78;

Preso atto di quanto richiamato nella Deliberazione del D.G. n° 1169 del 09/07/2013, sia ai fini della determinazione del fabbisogno delle prestazioni ex art. 26 della L. 833/78, che per la determinazione dei criteri di ripartizione del "fondo unico" di remunerazione, effettuate in applicazione delle disposizioni regionale di cui alla D.G.R. n° 1494/2009 nonché della D.G.R. n° 728/2010.

SI STIPULA

il presente contratto per adesione, con validità per l'intero anno 2013 destinato a regolamentare la produzione, da parte dell'Erogatore, di prestazioni di riabilitazione ex art.26 L. 833/78 in favore di cittadini iscritti al SSN con oneri da porre a carico del bilancio dell'Azienda ASL, fatte salve le ulteriori ed eventuali determinazioni che assumerà la Regione Puglia con l'approvazione del Documento di Indirizzo Economico- Funzionale del SSR per l'anno 2013.

ART. 1

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

- 1) La Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Lecce, sulla base dell'analisi dei dati relativi alla domanda di prestazioni sanitarie espressa da parte dei propri assistiti e delle altre AA.SS.LL. della Puglia, della disciplina regionale in materia di individuazione e qualificazione delle prestazioni di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 erogabili a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR), assegna all'Erogatore, e si impegna ad acquistare per l'anno 2013, il pacchetto di prestazioni individuate per tipologia e numero costituente il Piano delle Prestazioni;
- 2) Nel rispetto dei criteri riportati nel successivo art. 2, il pacchetto delle prestazioni sanitarie da acquistare nell'anno 2013, è stato fissato nel rispetto dei criteri di cui alla D.G.R. 1494/2009, della D.G.R. 2672/2009 e della D.G.R. n° 728/2010, per la somma complessiva di € 4.901.643,23, che costituisce per l'Erogatore il tetto di spesa invalicabile di remunerazione, così meglio esposto:

A	B	C	D	E	F
I.M.P.P."Casa madre del Buon Rimedio"	TETTO DI SPESA DA ASSEGNARE ANNO 2013	DEL TETTO DI SPESA DA ASSEGNARE ANNO 2013			
	RESIDENZIALE	SEMIRESIDENZIALE	AMBULATORIALE	DOMICILIARE	TOTALE GENERALE
	€ 2.574.058,75	€ 604.876,07	€ 1.067.252,82	€ 655.455,59	€ 4.901.643,23

- 3) Ciascun tetto di spesa (colonna B, C, D, E), così come riportato per ciascuna tipologia assistenziale provvisoriamente accreditata (residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare) è invalicabile e mai interscambiabile. In caso di superamento di un singolo tetto di cui alle colonne B, C, D, E, la somma eccedente tale tetto non potrà essere compensata con eventuali somme disponibili per non raggiungimento di altro tetto associato ad altra tipologia assistenziale. Parimenti, il tetto di remunerazione per l'anno 2013, pari a € 4.901.643,23 (colonna F), dato dalla somma dei tetti di spesa di cui alle colonne B, C, D, E rappresenta il limite massimo di spesa (tetto invalicabile di remunerazione) e costituisce per l'Erogatore un tetto unico (senza alcuna distinzione tra il tetto per pazienti residenti nella ASL e pazienti residenti nelle altre AA.SS.LL. della Regione Puglia);
- 4) In esecuzione della citata Deliberazione del D.G. n° 1169 del 09/07/2013, il tetto invalicabile dell'Erogatore, per l'anno 2013, relativamente alle prestazioni di riabilitazione residenziale e semiresidenziale in virtù della D.D. n. 41/2013 del Servizio programmazione e Gestione Sanitaria – Ufficio Accreditamenti della Regione Puglia che ha riorganizzato l'attività sanitaria di riabilitazione art. 26 L. 833/78 con contestuale riconversione dei posti letto relativi alle prestazioni di internato e seminternato ex art. 26 in posti letto relativi a prestazioni di internato e seminternato di RSA, viene così ridefinito:
- **prestazioni residenziali** : tetto periodo gennaio – maggio 2013 (5/12 del tetto 2012) pari a € 1.154.330,42 e tetto periodo giugno – dicembre 2013 (7/12 del tetto rideterminato) pari a € 1.419.728,33 per complessivi € 2.574.058,75;
 - **Prestazioni semiresidenziali** : tetto periodo gennaio-maggio 2013 (5/12 del tetto anno 2012) pari a € 270.514,77 e tetto periodo giugno-dicembre 2013 (7/12 del tetto rideterminato) pari a € 334.361,30 per complessivi € 604.876,07.
- 5) La Regione Puglia con l'art. 8 della Legge Regionale n° 4 del 02/03/2010 e con i criteri di cui al R.R. n. 16 del 4 novembre 2010, così come modificato dal R.R. n. 20 del 4 agosto 2011 ha previsto espressamente di acquistare prestazioni domiciliari prioritariamente da soggetti insistenti sul proprio territorio e che siano autorizzati e accreditati per prestazioni domiciliari, in possesso dei requisiti organizzativi previsti dal R.R. n.20/2011;
- 6) ottemperanza all'art. 3 della L.R. 24 settembre 2010, n. 12 nessun importo è riconosciuto a carico del Servizio sanitario regionale per prestazioni erogate al di fuori tetto di spesa.

ART. 2

<p align="center">Modalità Organizzative, Piano mensile ed annuale delle Prestazioni, Liste di Attesa, Informativa ai Cittadini</p>
--

L'Erogatore si obbliga:

- a) a garantire la regolare e continua erogazione delle prestazioni per tutti i mesi dell'anno e conseguentemente l'equità dell'accesso al SSR da parte di tutti i cittadini, nonché la corretta gestione delle liste d'attesa e la utilizzazione del tetto annuale di spesa suddiviso equamente per l'intero arco dell'anno;
- b) a rispettare che le prestazioni di riabilitazione intensiva post-acuzie (TRIP), il cui programma per paziente non può eccedere la durata massima di 60 giorni, sono riconosciute solo su espressa richiesta del Direttore della Unità Operativa dell'ultimo ricovero dell'Azienda Ospedaliera, degli Enti Ecclesiastici, degli I.R.C.C.S. e delle Case di Cura provvisoriamente ed istituzionalmente accreditate. L'ulteriore durata del ricovero, se ritenuta necessaria dagli organi sanitari dell'ASL, è liquidata con la tariffa prevista per la riabilitazione nella fase estensiva;
- c) ai fini del monitoraggio delle liste di attesa, in conformità alla normativa vigente, a predisporre idonea forma di registrazione delle richieste di ricovero, secondo le modalità stabilite dalla Regione e comunque con la indicazione della data di prenotazione, del numero di ricetta, del soggetto prescrittore, delle generalità dell'assistito, del relativo codice fiscale, della 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 di quanto previsto dal D.Lgs.n.196/2003 e s.m.i.;
- d) ad apporre nel vano di ingresso della struttura di riabilitazione, 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 di riabilitazione pubbliche o private;

- e) al rispetto delle "Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione", approvate dalla Conferenza permanente, per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano nella riunione del 7 maggio 1998, in cui si invitavano le Regioni ad attenersi alle raccomandazioni dell'OMS, fatte proprie dal Consiglio d'Europa, conseguentemente recepite anche dalla Regione Puglia, con il provvedimento deliberativo della Giunta Regionale n° 1073/2002. In particolare, per quanto attiene la codifica delle Diagnosi per la Riabilitazione, ritenendo che la classificazione ICD IX (international Classification of Diseases) fosse insufficiente rilevava la necessità di integrarla con la classificazione delle conseguenze delle malattie, come individuata nella ICIDH (international Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) dell'OMS, versione corrente. In tale ottica ed allo scopo di individuare e standardizzare un sistema di codifica delle Diagnosi di Riabilitazione in ambito regionale, si è provveduto a riclassificare e ricodificare le Malattie più frequentemente interessate, così come riportato nell'Allegato (B) della D.G.R. n°1073/2002;

La violazione grave e continuativa delle clausole del presente accordo contrattuale comporta l'applicazione delle prescrizioni di cui all'art. 27 della Legge regionale 28.5.2004, n.8.

ART. 3

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

- 1) La Azienda sanitaria locale si impegna a remunerare le prestazioni di riabilitazione per gli importi mensili corrispondenti al piano annuale delle prestazioni di cui al precedente art. 1 riferito ai residenti della Regione Puglia;
- 2) La Azienda sanitaria locale retribuisce le prestazioni in base alle tariffe determinate dalla Giunta regionale con deliberazione n. 1400/2007, anche mediante l'applicazione dell'istituto della regressione tariffaria secondo quanto disposto dalla D.G.R. n° 1494 del 04/08/2009;
- 3) Fermo restando quanto specificato nel precedente art.1, punto 3), l'importo di ciascun tetto di spesa, così come riportato per ciascuna tipologia assistenziale accreditata (residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare) (colonna B, C, D, E ed F - rigo 1) costituisce il tetto di spesa invalicabile di remunerazione a "tariffa intera", che a sua volta viene distinto in ogni singolo sotto-tetto, (colonna B, C, D, ed F- rigo 2, che rappresenta il 95% del corrispondente rigo 1), mentre la restante quota del tetto di spesa invalicabile (colonna B, C, D, ed F - rigo 3), sarà assoggettata alla regressione tariffaria nella misura del 15% (colonna B, C, D, ed F - rigo 4);
- 4) l'Erogatore dovrà fornire un volume di prestazioni sanitarie per la somma complessiva di € 4.907.263,19 = (colonna F- rigo 5, dato dalla somma dei corrispondenti righe 2, 3 e 4), a fronte di un rimborso finanziario di € 4.901.643,24 = (colonna F rigo 1).

	A	B	C	D	E	F
	I.M.P.P."Casa madre del Buon Rimedio "	TETTO DI SPESA DA ASSEGNARE ANNO 2013	TETTO DI SPESA TOTALE DA ASSEGNARE ANNO 2013			
		RESIDENZIALE	SEMIRESIDENZIALE	AMBULATORIALE	DOMICILIARE	TOTALE GENERALE
1	Sotto tetto invalicabile di remunerazione (100%)	€ 2.574.058,75	€ 604.876,07	€ 1.067.252,83	€ 655.455,59	€ 4.901.643,24
2	Sotto tetto a "tariffa intera" (95%)	€ 2.445.355,81	€ 574.632,27	€ 1.013.890,18	€ 0,00	€ 4.033.878,27
3	Differenza (100% - 95%)	€ 128.702,94	€ 30.243,80	€ 53.362,64	€ 0,00	€ 212.309,38

4	Regressione tariffaria nella misura del 15%	€ 19.305,44	€ 4.536,57	€ 8.004,40	€ 0,00	€ 31.846,41
5	Totale volume delle prestazioni erogate da	€ 2.577.465,59	€ 605.676,64	€ 1.068.665,37	€ 655.455,59	€ 4.907.263,19

ART. 4

Prestazioni erogate nei confronti di residenti al di fuori della Regione Puglia

Le prestazioni erogate nei confronti di persone residenti in altre Regioni d'Italia e/o in Paesi della Unione Europea e/o Extracomunitari, che devono essere incluse in un tabulato contabile separato, non sono remunerate dal SSR e non rientrano per quelle per cui è prevista la compensazione in sede nazionale.

ART. 5

Obblighi, adempimenti dell'Erogatore e Sanzioni

1. L'Erogatore, quale intestatario del rapporto di accreditamento, nella responsabilità e sorveglianza sull'esercizio della prestazione erogata, oltre a quanto previsto dagli articoli precedenti, si obbliga ad osservare le seguenti prescrizioni e ad assicurare i seguenti adempimenti:
 - a) erogazione di prestazioni sanitarie introdotte nel sistema di classificazione delle attività di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78, tenendo conto delle raccomandazioni presenti nelle Linee Guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione, approvate dalla Conferenza Stato-Regioni nella riunione del 7 maggio 1998 e recepite dalla Regione Puglia con D.G.R. n° 1073 del 16/07/2002, nonché nel "Piano di indirizzo per la riabilitazione" approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 10 febbraio 2011 e recepito dalla Regione Puglia con D.G.R. n° 933 del 10/05/2011;
 - b) esecuzione delle prestazioni sanitarie attraverso personale medico, sanitario, infermieristico e tecnico in possesso dei titoli abilitanti, comunque sotto la diretta e personale sorveglianza del Responsabile Sanitario della struttura, nel rispetto della normativa e dei requisiti minimi strutturali, organizzativi, tecnologici e di sicurezza previsti dalla vigente legislazione;
 - c) esecuzione delle prestazioni sanitarie sotto il controllo diretto del Responsabile Sanitario della struttura di riabilitazione, con esclusione, a tal fine, di qualsiasi forma di collaborazione con soggetti diversi, ovvero incardinati a tempo pieno in altre strutture;
 - d) mantenimento dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi di cui alla normativa regionale di riferimento, in particolar modo della dotazione di personale (R.R. n.3/2005 per le prestazioni di riabilitazione intensiva post-acuzie, R.R. n. 20/2011 per le prestazioni di riabilitazione domiciliare, art. 5 della L.R. n.4/2010 per le prestazioni di riabilitazione in internato grave, internato base, seminternato grave, seminternato base e ambulatoriali), in relazione a volumi e tipologia di prestazioni da assicurare, garantendo l'applicazione dei Contratti Collettivi di Lavoro (art. 17 – punto 6 della L.R. n° 26/2006), corredato dalle copie della documentazione comprovante l'assolvimento dei relativi obblighi contributivi (DPR 207/2011). La verifica di quanto richiamato al presente punto è propedeutico alla sottoscrizione del contratto;
 - e) rispetto dei requisiti organizzativi di cui al R.R. n. 20/2011 per le prestazioni domiciliari;
 - f) consegna alla data di sottoscrizione dell'accordo contrattuale copia del DURC attestante la regolare posizione previdenziale nei confronti dei propri dipendenti;
 - g) determinazione dei corrispettivi sulla base delle tariffe regionali vigenti, con le modalità e nei limiti di cui al precedente art. 3, applicando appropriatamente le stesse in ragione della gravità della patologia;

- h) notificare alla Azienda ASL e specificatamente al servizio di cui all' art.6, co.1, lettera d), delle eventuali proroghe del programma riabilitativo, ai fini dell'esercizio da parte della stessa dei prescritti controlli e del riconoscimento degli stessi;
- i) rispettare le norme, le disposizioni attuative ivi comprese le regole tecniche nazionali e regionali in materia se ed in quanto applicabili al presente contratto;
- j) consegna alla Azienda sanitaria locale, entro il 15° giorno del mese successivo a quello di compimento o completamento delle prestazioni di riabilitazione rese, della notulazione delle stesse, 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.

L'Erogatore si impegna a consegnare la notulazione delle prestazioni rese anche su supporto informatico secondo le modalità, nel formato ed in ragione delle classificazioni determinate della Regione Puglia;

- k) in caso di difformità tra importo mensilmente notulato e l'importo liquidato e pagato dalla Azienda sanitaria locale, 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 sanitaria locale, 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;
- l) La violazione reiterata delle prescrizioni ed obblighi di cui al presente accordo, ovvero la violazione di altre norme e disposizioni valutate gravi dalla ASL, dà luogo alla risoluzione dell'accordo contrattuale nel rispetto delle procedure di cui all'art. 27 della L.R. 8/2004.

2. Il mancato rispetto degli adempimenti informativi e di comunicazione previsti dal presente contratto, compresi quelli da effettuare 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, etc), fino alla revoca del presente Contratto;
3. l'Erogatore è altresì tenuto a dare preventiva comunicazione formale alla Azienda sanitaria locale di eventuali periodi di sospensione temporanea dell'attività e relativa motivazione nel rispetto dell'art.4, comma 1, lettera l) della L.R. n.4/2010. L'Erogatore, durante il periodo estivo, al fine di concorrere ad assicurare adeguati potenziali di servizio, a tutela delle esigenze degli utenti, si impegna a concordare preventivamente con la Azienda ASL gli eventuali periodi di sospensione e/o riduzione delle proprie attività di riabilitazione;
4. In materia di approvvigionamento di farmaci e di prestazioni strumentali e specialistiche non ascrivibili al trattamento riabilitativo, l'erogazione da parte della ASL potrà avvenire necessariamente su presentazione di ricetta medica da parte del medico prescrittore che ha in carico il paziente. Nei casi in cui il paziente risiede in un ambito territoriale diverso da quello in cui insiste la struttura, lo stesso potrà effettuare un'iscrizione temporanea ai MMG iscritti in anagrafe sanitaria.

ART. 6

Obblighi in materia di Sanità elettronica

L'erogatore, ai sensi dell'art. 39 della L.R. n. 4/2010, è obbligato a conferire i dati necessari per il funzionamento dei sistemi informativi nazionali e dei sistemi informativi regionali di cui alla

Deliberazione della Giunta regionale 22 dicembre 2006, n. 2005 ed all'art. 1 della L.R. n. 16/2011, secondo le specifiche tecniche e le modalità stabilite dalla Regione.

L'erogatore è, altresì, obbligato al rispetto della normativa a carattere nazionale e regionale contenente obblighi e adempimenti in materia di flussi informativi e di sanità elettronica.

ART. 7

Obblighi e adempimenti della Azienda sanitaria locale

1. La Azienda sanitaria locale è tenuta a:

- a) eseguire la verifica tecnico-sanitaria e di appropriatezza clinico-diagnostica e diagnostico-procedurale delle prestazioni addebitate, nella misura minima campionaria su almeno 3/10 dei pazienti trattati o in misura maggiore, fino a 10/10 dei pazienti, in presenza di eventuali proroghe riabilitative. I controlli devono essere effettuati con cadenza trimestrale; il controllo di un trimestre deve essere effettuato entro e non oltre il trimestre successivo dello stesso anno (D.G.R. n.1491 del 25/06/2010 e D.G.R. n.2252 del 26/10/2010);
- b) fino ad accertamento completato, a sospendere il pagamento relativo a prestazioni verso cittadini il cui ricorso a prestazioni di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78, per tipologia o altro, evidenzia la esigenza di dar luogo ad ulteriori accertamenti in materia di appropriatezza clinico-diagnostica, verifiche da compiersi anche con la collaborazione del soggetto prescrittore e del medico curante;
- c) verificare periodicamente i requisiti organizzativi atti a garantire i livelli e le modalità di assistenza previsti dalla normativa regionale di riferimento (R.R. n.3/2005 per le prestazioni di riabilitazione intensiva post-acuzie, R.R. n. 20/2011 per le prestazioni di riabilitazione domiciliare, art. 5 della L.R. n.4/2010 per le prestazioni di riabilitazione in internato grave, internato base, seminternato grave, seminternato base e ambulatoriali), con la garanzia dell'effettiva presenza, nei turni, del personale ivi indicato;
- d) comunicare nel più breve tempo possibile ed in forma esclusivamente scritta all'Erogatore dall'Ufficio individuato dalla Direzione Generale:
 - la evidenza di eventuali sospensioni dei pagamenti sub b) ed eventuali altre osservazioni;
 - eventuali rilievi per errori ricorrenti di notulazione, così da evitare che tali comportamenti si reiterino nel tempo;
- e) rendere disponibili, presso la sede degli Uffici della Azienda sanitaria locale di Lecce in via Miglietta-n.5, 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;
- f) 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;
- g) 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 1 di detto articolo;



h) eseguire i pagamenti ed i conguagli, con le modalità di cui al successivo Art. 8.

ART. 8

Modalità di Pagamenti e Conguagli

1. Il pagamento delle prestazioni è regolato dal presente articolo.
2. La Azienda sanitaria locale provvede alla erogazione di acconti mensili dell' 85% del relativo tetto di remunerazione, di norma pari ad 1/12 del tetto annuo invalicabile di remunerazione di cui al co. 2 dell'art. 1 entro i 45 giorni successivi al mese di competenza a valida presentazione della richiesta, con conguaglio da liquidare all'Erogatore entro i 120 giorni successivi al relativo mese di competenza, una volta esperiti positivamente in detti termini gli adempimenti di cui ai precedenti art. 5 e 6. Per "valida presentazione della richiesta" si intende la consegna:

originali delle ricette e per i casi di lunga durata, di fotocopia della stessa con la dicitura sottoscritta dal Responsabile Sanitario "copia conforme all'originale", compilate correttamente nella parte anagrafica relativa all'assistito con l'indicazione della diagnosi secondo cui per lo stesso si è ritenuto opportuno dar corso a prestazioni di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78;

della notulazione analitica delle prestazioni erogate per ciascun Paziente, sottoscritta dal Responsabile Sanitario dell' Erogatore;

- della ulteriore documentazione richiesta dalla Azienda ASL;
- della documentazione amministrativa debitamente sottoscritta dal Rappresentante Legale e dal Direttore Sanitario, relative alle prestazioni sanitarie erogate in regime riabilitativo ex. art. 26 della Legge n° 833/78, con le indicazioni di seguito riportate:
 - n° 1 prospetto mensile riassuntivo delle AA.SS.LL. di appartenenza, ripartito per discipline accreditate e tipologia di trattamento, con relative fatture;
 - n° 1 Sub-prospetto mensile completo di elenco assistiti, ripartito per discipline accreditate, tipologia di trattamento e AA.SS.LL. di appartenenza;
 - n° 1 CD contenente file di tipo contabile in formato Excel, versione 97 e/o successive (.xls), contrassegnato dai campi definiti nei prospetti cartacei;

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

ART. 9

Dichiarazione di Conoscenza da parte dell'Erogatore e Norme Finali

1. L'Erogatore dà atto della conoscenza delle vigenti norme e regolamenti regionali disciplinanti la materia ed, in particolare dell'art. 27 della L.R. n. 8/2004.
2. Il tetto invalicabile di remunerazione di cui all'art. 1 assume come riferimento le tariffe vigenti al momento della sottoscrizione da parte dell'Erogatore del presente contratto. In caso di variazioni tariffarie, lo stesso si intende confermato, ferma la potestà dell'Azienda ASL di procedere alla rimodulazione del piano e del volume delle prestazioni richieste all'Erogatore, giusta co. 7 dell'art. 1.
3. Le prestazioni non ricomprese nel piano annuale concordato, e conseguentemente non ricomprese nel tetto di spesa invalicabile, qualora notulate e notificate, non comportano la remunerazione di alcuno obbligo di remunerazione per l'Azienda Sanitaria Locale e saranno utilizzate soltanto ai fini statistico-epidemiologici.
4. In caso di mancata sottoscrizione da parte dell'Erogatore del presente contratto, si applicano con effetto immediato le disposizioni dell' art. 27 della L.R. 8/2004.

ART. 10

Foro competente

Per tutte le questioni relative ai rapporti tra L'Erogatore e l'Azienda è competente il Tribunale di Lecce.

Ai sensi di quanto previsto dalla legge 196/2003 e s.m. e i. le parti dichiarano che il trattamento dei dati personali di cui alla Legge 31/12/1996, n. 675 avverrà solo per i fini istituzionali e nei limiti di Legge.

Letto, confermato e sottoscritto.

*Il rappresentante
della Struttura*

Il Direttore Generale della Azienda S.L. Di Lecce Dott. Valdo Mellone <i>P. Rocco</i>	Il Legale Rappresentante della Struttura Erogante <i>[Signature]</i>
	Data <i>26 luglio 2013</i>

[Circular Stamp: Azienda Sanitaria Locale Lecce]

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del C.C., 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 con regressione tariffaria e volumi di prestazioni sanitarie su base annua e per frazione mensile per prestazioni erogate nei confronti di residenti della Puglia*), 4 (*Prestazioni erogate nei confronti di residenti al di fuori della Regione Puglia*), 5 (*Obblighi, adempimenti dell' Erogatore e Sanzioni*), 6 (*Obblighi in materia di Sanità elettronica*), 7 (*Obblighi e adempimenti dell'Azienda sanitaria locale*), 8 (*Modalità di Pagamento e Conguagli*) 9 (*Dichiarazione di Conoscenza da parte dell'Erogatore e norme finali*), 10 (*Foro competente*).

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

L'Erogatore

[Signature]

DOCUMENTO UNICO DI REGOLARITÀ CONTRIBUTIVA

PER ALTRI USI CONSENTITI DALLA LEGGE : LIQUIDAZIONE FATTURE

Rilasciato a datore di lavoro

Protocollo documento n°	24570950	del	14/05/2013
Codice Identificativo Pratica (C.I.P.) (da citare sempre nella corrispondenza)	20130970775363		

Raccomandata A/R
Spett.le PROVINCIA DELLA NATIVITA' B.M.V. O.SS.T.
VIA CORATO 400
76123 ANDRIA (BT)

Impresa	PROVINCIA DELLA NATIVITA' B.M.V. O.SS.T.				
Sede legale	VIA FONTANELLE AL TRIVIO 34 80141 NAPOLI (NA)				
Sede operativa/Ind attività	VIA CORATO 400 76123 ANDRIA (BT)				
Codice Fiscale	01257980639	e-mail	centralizzazione@trinitari.it	e-mail PEC	centralizzazione@pectrinitari.it
C.C.N.L. applicato	L'impresa dichiara di applicare il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro, stipulato dalle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative, del seguente settore: CASE DI CURA				

Con il presente documento si dichiara che l'impresa **RISULTA REGOLARE** ai fini del DURC in quanto:

<input checked="" type="checkbox"/> I.N.A.I.L. - Sede di NAPOLI	<input checked="" type="checkbox"/> È assicurata con Codice Ditta n° 3924527
Risulta regolare con il versamento dei premi e accessori al 16/06/2013	
Il responsabile del procedimento NIOLA PASQUALE	

<input checked="" type="checkbox"/> I.N.P.S. - Sede di ANDRIA	<input checked="" type="checkbox"/> È iscritta con Matricola Azienda n° 0901615011
Risulta regolare con il versamento dei contributi al 03/06/2013	
Il responsabile del procedimento RUSSO GIUSEPPE	

DURC valido 30 giorni dalla data di emissione, non utilizzabile per appalti pubblici e lavori edili privati soggetti a DIA o a permesso di costruire.

IL PRESENTE CERTIFICATO NON PUÒ ESSERE PRODOTTO AGLI ORGANI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI PRIVATI GESTORI DI SERVIZI PUBBLICI.

Il certificato 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.

Emesso dall' INPS in data 04/08/2013

Per INAIL-INPS
Il Responsabile dello Sportello Unico Previdenziale
RUSSO GIUSEPPE

