

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

N. PROT 25995

29 MAR. 2019

**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 istituzionale  
per l'intero anno 2019.**

TRA

L'Azienda Unità Sanitaria Locale Brindisi, con sede legale in Brindisi, alla via Napoli n° 8, rappresentata dal Commissario Straordinario, Dott. Giuseppe Pasqualone, di seguito indicata come "Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Brindisi", che opera per sé ed in nome e per conto delle altre Aziende Sanitarie della Regione Puglia, di seguito indicata come Committente

E

La Struttura Associazione "La Nostra Famiglia" P.IVA00307430132, con sede legale in Ponte Lambro (Como), alla via Don Luigi Monza, n.1 istituzionalmente accreditata per la erogazione di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78, rappresentata legalmente dalla Dott.ssa Maria Grazia Bacco, di seguito indicata come "Erogatore" il quale – consapevole delle responsabilità penali previste dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i., – dichiara di non essere stato condannato con provvedimento definitivo per reati che comportino l'incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione e che non sussistono altre cause di incompatibilità previste della normativa vigente

PREMESSO

L'Erogatore dichiara sotto la propria esclusiva responsabilità di essere Istituzionalmente 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 e/o domiciliare:

- in virtù della D.D. n° 38 del 16/02/2015 con la quale la Regione Puglia ha conferito alla struttura Associazione "La Nostra Famiglia" di Ponte Lambro (Como), con sedi operative in Ostuni, Brindisi e Lecce, ai sensi dell'art. 21 – comma 4 ter della L.R. n° 8 del 28/05/04 e s.m.i., l'Accreditamento Istituzionale per n. 45 posti letto di attività di riabilitazione funzionale ex art. 26 della Legge n°833/78 e/o n. 100 di trattamenti riabilitativi in regime semiresidenziale e/o n. 500 di trattamenti riabilitativi in regime ambulatoriale e/o n. 0 di trattamenti riabilitativi in regime domiciliare;

così come riportati nel seguente schema:



- 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, con le precisazioni che le prestazioni di assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale, di attività socio-sanitarie di riabilitazione e problematiche da dipendenze, sono da considerarsi al netto della quota della eventuale retta a carico del Comune o dell'utente, ove prevista, in ottemperanza a quanto statuito nel DPCM 29/11/2001 (LEA) e s.m.i.;
- 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. n. 2185 dell'11 ottobre 2010, con la quale è stata rideterminata la tariffa ex art. 26 L. 833/78 nella misura di € 194,95 limitatamente ai ricoveri di riabilitazione intensiva post acuzie ( TRIP ), fermo restando le tariffe per le altre prestazioni stabilite dalla D.G.R. 1400/2007;
- Preso atto di quanto richiamato nella Deliberazione **n°532 del 27/03/2019**, 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 regionali 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 **2019** 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.

#### 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 **Brindisi**, sulla base del proprio fabbisogno di cui alla **Deliberazione n°532 del 27/03/2019** con la quale ha determinato il fondo unico di remunerazione Aziendale da destinare all'acquisto di prestazioni sanitarie di riabilitazione da strutture private accreditate, in considerazione dell'analisi dei dati relativi al fabbisogno di prestazioni sanitarie di riabilitazione nel proprio ambito territoriale e della domanda di prestazioni di riabilitazione espressa da parte degli assistiti delle altre AA.SS.LL della Puglia elaborata dalla struttura aziendale del Dipartimento di Salute Mentale, 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 **2019**, il pacchetto di prestazioni individuate per tipologia e numero costituente il Piano delle Prestazioni, così meglio esposto:

	colonna 1	colonna 2	colonna 3	colonna 4
riga A	TETTO DI SPESA DA ASSEGNARE ANNO 2019 RESIDENZIALE	€ 1.774.250,40 per un totale di n. 39 posti letto suddiviso in:	n.....posti letto di trattamenti di riabilitazione intensiva post acuzie (TRIP)	€
riga B			n.13 posti letto di internato grave	€ 758.915,30
riga C			n.26 posti letto di internato base	€ 1.015.335,10
riga D	TETTO DI SPESA DA ASSEGNARE ANNO 2019 SEMIRESIDENZIALE	€ 1.554.011,20 per un totale di n.70 posti semiresid. suddiviso in:	n.52 posti di seminternato grave	€ 1.219.654,80
riga E			n.18 posti di seminternato base	€ 324.356,40



- 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;
- 3) 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.;
  - 4) 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;
  - 5) a garantire e non intralciare le attività dell'Azienda ASL, esperite per il tramite delle strutture UVARP e NIR e finalizzate ad accertare sia l'appropriatezza delle prestazioni erogate sia la congruenza tra prescrizioni e prestazioni rese correlate ai requisiti strutturali e tecnologici in possesso ed in uso, oltre alle relative tariffe, ai sensi della normativa vigente. L'Erogatore è consapevole che tali controlli possono essere effettuati in qualsiasi momento e senza limiti temporali decadenziali;
  - 6) ad accettare la possibilità che il citato piano di cui al precedente punto 1) 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 2019 modificazioni, sia per quantità che per tipologia delle singole prestazioni, fermo il limite invalicabile di remunerazione di cui al precedente art.1);
  - 7) 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;
  - 8) 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;
  - 9) E' fatto divieto assoluto per l'Erogatore, una volta raggiunto il limite massimo di remunerazione invalicabile, distinto per tipologia e numero di prestazioni, previsto nel presente accordo contrattuale, operare sui posti letto/posti semiresidenziali/prestazioni ambulatoriali/prestazioni domiciliari accreditati, in regime di attività libero professionale, con oneri a carico di pazienti solventi;
  - 10) 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. 2185 dell'11/10/2010 ( tariffa TRIP ) e 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 1), l'importo di ciascun tetto di spesa, così come riportato per ciascuna tipologia assistenziale accreditata ( residenziale ovvero righe A+B+C, semiresidenziale ovvero righe D+E, ambulatoriale ovvero righe F+G, domiciliare ovvero rigo H) costituisce il tetto di spesa invalicabile di remunerazione a "tariffa intera", che a sua volta nel seguente prospetto viene distinto in ogni



## 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, ambulatoriali individuali e ambulatoriali piccolo gruppo), 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 ai precedenti artt. 1 e 3;
  - 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"

- g) 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;
- h) eseguire i pagamenti mensili a tariffa intera sino al raggiungimento del tetto di remunerazione assegnato all'Erogatore ed indicato ai precedenti artt. 1 e 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 ai predetti artt. 1 e 3;
- i) 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 60 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:
  - a) degli 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;
  - b) della notulazione analitica delle prestazioni erogate per ciascun Paziente, sottoscritta dal Responsabile Sanitario dell'Erogatore;
  - c) della ulteriore documentazione richiesta dalla Azienda ASL;
  - d) 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;
  - e) della Copia delle autorizzazioni per i residenziali (TRIP), relative alle prestazioni sanitarie di riabilitazione intensiva post acuzie, il cui programma, per paziente, non può complessivamente eccedere la durata massima di 60 giorni e riconosciute su espressa autorizzazione del Direttore della Unità Operativa dell'Azienda Ospedaliera, Enti Ecclesiastici, I.R.C.C.S. e Case di Cura provvisoriamente ed istituzionalmente accreditate dell'ultimo ricovero.
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, si deve procedere alla rimodulazione del piano e del volume delle prestazioni richieste all'Erogatore mediante sottoscrizione di altro contratto che sostituirà il presente a tutti gli effetti di legge a far data dalla sua sottoscrizione.
- 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) Le parti si danno reciprocamente atto che il presente contratto viene concluso in attuazione della normativa Nazionale e Regionale di cui in premessa ed in ottemperanza alle precisazioni formulate dal Tavolo Tecnico per la