

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

**Contratto per la erogazione ed acquisto di prestazioni di  
ricovero da parte di Strutture della Ospedalità Privata  
operanti in regime di accreditamento istituzionale  
riferito all'anno 2013**

TRA

L'**Azienda Sanitaria Locale TARANTO** con sede legale in **TARANTO**, alla via Virgilio n° 31, rappresentata dal Direttore Generale pro-tempore - **Dr. Vito Fabrizio SCATTAGLIA**, di seguito indicata come "Azienda Sanitaria Locale della Provincia di **TARANTO**", che opera per se ed in nome e per conto delle altre Aziende Sanitarie della Regione Puglia, di seguito indicata come **Committente**

E

La **CASA DI CURA "D'AMORE HOSPITAL - GVM - partita IVA 0217170731** con sede Legale della Società in **TARANTO** viale Magna Grecia, istituzionalmente accreditata per la erogazione di prestazioni di ricovero, rappresentata legalmente dal Avv. Alberto DIMITRI Amministratore Delegato/Unico, nato a Mesagne(BR) il 4/11/1973 di seguito indicata come "Erogatore" il quale, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art.76 del D.P.R. n.44512000 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 ricovero nelle seguenti discipline e per il correlato numero di posti letto (PL):

CASA DI CURA ACCREDITATA	CODICE DISCIPLINA	DISCIPLINA	P.L.
D'AMORE - GVM	0901	CHIRURGIA GENERALE	14
	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	14
	3701	GINECOLOGIA E OSTETRICIA*	12*
		<b>TOTALE POSTI LETTO</b>	<b>40</b>

*\*disciplina interessata dal processo di disattivazione dei punti nascita disposta con DGR n. 2234 del 31//10/2012 ( BURP n. 102 del 21/04/13)*

- che, in virtù dei seguenti atti della Regione Puglia - Determinazione Dirigenziale n. 38 del 19/03/2012 risulta essere stato autorizzato ad erogare prestazioni in regime di day service per le discipline correlate ai posti letto accreditati;
- ai fini tariffari la Casa di Cura "D'Amore- GVM" di Taranto emette fatture in conformità alla DGR 951/2013 con tariffa in classe "C" ai sensi della DGR N. 95/08 e **con riserva di successivo conguaglio.**

RICHIAMATI

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

- > la Legge Regionale n° 7 del 21 maggio 2002 (endoprotesi);
  - la Legge Regionale n° 1 del 7 gennaio 2004;
  - ) la Legge Regionale n° 14 del 4 agosto 2004 ed in particolare l'art. 24 della stessa;
  - > la Legge Regionale n° 1 del 12 gennaio 2005;
  - > L'art. 16 e 17 della Legge Regionale n° 2612006 (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. n°2 del 9 febbraio 2011;
  - > la Delibera di Consiglio Regionale n. 995 dell' 8 Marzo 1995 e s.m.i.;
  - > la D.G.R. n° 1464 del 3 ottobre 2006 (in attuazione del D.M. del 21111/2005);
  - > 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° 2858 del 20/12/2010;
  - > 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° 787 del 26 aprile 2011;
  - > la Deliberazione di Giunta Regionale n° 2990 del 29 dicembre 2011;
- nonché tutta la normativa di riferimento ad oggi emanata

IN APPLICAZIONE

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

l'anno 2013, 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 TARANTO

SI STIPULA

Il presente contratto, con validità per 1' anno 2013 che è destinato a regolamentare la produzione, da parte dell'Erogatore, di prestazioni di ricovero ospedaliero, comprensiva delle prestazioni di day service autorizzate, in favore di cittadini iscritti al SSN con oneri da porre a carico del bilancio dell'Azienda ASL e del SSR.

ART. 1

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

- 1) La ASL committente, sulla base del proprio fabbisogno di cui alla Deliberazione n.281 del 27/02/2013 e alla Deliberazione n.931 del 20/08/2013, con le quali ha determinato il fondo unico di remunerazione Aziendale da destinare all'acquisto di prestazioni sanitarie in regime di ricovero da strutture private accreditate, ed in considerazione dell'analisi dei dati relativi alla domanda di prestazioni sanitarie elaborata dalle strutture aziendali della ASL TA, nonché della disciplina regionale in materia di individuazione e qualificazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero erogabili a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR), acquista dall'Erogatore il pacchetto di prestazioni individuate per disciplina, tipologia e per DRGs di classificazione, così come richiamati nel prospetto sinottico del successivo punto 3) che rappresenta il Piano delle Prestazioni di cui al successivo art. 2, stabilito con i criteri riportati nella normativa disposta dalla Regione Puglia;
- 2) Il limite massimo globale di spesa fissato con i criteri di cui alla D.G.R. 1494/2009, nel rispetto del fabbisogno e come analiticamente richiamato nelle Deliberazioni ASL TA n.281 del 27/02/2013 e n.931 del 20/08/2013 è pari complessivamente a € 68.245.585,00 , in ragione dei posti letto da contrattualizzare per singola disciplina accreditata, ripartita secondo la seguente matrice ed al netto del valore delle prestazioni eseguite in mobilità extraregionale :

CASA DI CURA ACCREDITATA	CODICE DISCIPLINA	DISCIPLINA	P.L	INDICE VALORIZZAZIONE P.L.	TETTO SPESA ANNO 2013	PERIODO 01/01-30/11	PERIODO 01/12-31/12
160112	0901	CHIRURGIA GENERALE	14		1.295.860	1.187.871,6	107.988,33
160112	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	14		2.047.536	1.876.908	170.628
160112	3701	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	12		626.847	574.609,75	52.237,25

3) Per l'anno 2013 la ASL committente, sulla base dei criteri di cui alla Deliberazione ASL TA n.281/2013 e alla Deliberazione ASL TA n.931/2013 ha deciso di acquistare dall'Erogatore i seguenti DRGs suddivisi per singola disciplina:

TIPO	DRG	DENOMINAZIONE
C		TABELLA ALLEGATA AL PRESENTE CONTRATTO COME PARTE INTEGRANTE E SOSTANZIALE
M		TABELLA ALLEGATA AL PRESENTE CONTRATTO COME PARTE INTEGRANTE E SOSTANZIALE

- 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. 2858/2010 e successiva integrazione e modifica giusta DGR 787/2011, 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 10% del tetto di spesa invalicabile di remunerazione di ogni singola disciplina all'interno dell'area (chirurgica e/o medica) e nei limiti del numero dei posti letto accreditati.
- 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 **10%**, per i DRGs 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 nel rispetto dell'indice occupazionale di ogni singola disciplina. Pertanto, 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 com. 2 dell'art. 27 della L.R. n.8/2004 e s.m.i..
- 8) Le prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti, a ciclo continuativo o diurno, erogate in eccedenza al tetto di spesa invalicabile di remunerazione distinto per disciplina e tipologia, non sono riconosciute, e quindi non sono a carico del SSR, ai sensi dell'art. 3 della L.R. 24/9/2010 n. 12.
- 9) L'erogatore s'impegna a garantire la regolare e continua erogazione delle prestazioni per tutti i mesi dell'anno e conseguentemente l'equità dell'accesso al SSR da parte di tutti i cittadini, nonché la corretta gestione delle liste d'attesa, e la utilizzazione del tetto annuale di spesa suddiviso per dodicesimi;

ART. 2

**Modalità organizzative, Piano mensile ed annuale delle Prestazioni,**

**Liste di Attesa, Informativa ai Cittadini**

- 1) L'Erogatore, in esecuzione dell'art.1, con la sottoscrizione del presente contratto, si obbliga:
  - a) 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;
  - b) 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;
- 2) L'Erogatore si impegna sin d'ora 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 2013, modificazioni, sia per quantità che per tipologia delle singole prestazioni, fermo il limite invalicabile di remunerazione di cui al precedente art.1).
- 3) Al fini del monitoraggio delle liste di attesa, l'Erogatore è tenuto a predisporre idonea forma di registrazione delle richieste di ricovero con la indicazione della data di prenotazione, del numero di ricetta, del soggetto prescrittore, delle generalità dell'assistito, del relativo codice fiscale, della Azienda ASL di appartenenza, del tipo di prestazione richiesta e della data prevista per la relativa esecuzione. Dette registrazioni dovranno essere rese disponibili per la eventuale visione da parte della Azienda ASL, nel rispetto dei principi di riservatezza e/o per essere alla stessa trasmesse per via telematica, secondo le modalità comunicate dalla stessa Azienda ASL.
- 4) 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.
- 5) 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.

ART. 3

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



- 1) La Azienda ASL TA 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) La Azienda ASL TA retribuisce le prestazioni in base alle tariffe regionali vigenti per la fascia di appartenenza dell'Erogatore, anche mediante l'applicazione dell'istituto delle tariffe regressive previsto dal disposto dalla DGR n° 1494/2009 (tra l'80% ed il 100% del volume stabilito, si applica una regressione tariffaria pari al 15%). Pertanto, le prestazioni sono remunerate senza regressioni tariffarie, fino al raggiungimento del relativo "tetto annuo di remunerazione a tariffa intera", corrispondente all'80% del tetto di spesa invalicabile, distinto per ogni singola disciplina così come di seguito si riporta:

CODICE	DISCIPLINA	P.L	TETTO ANNUO DI REMURAZIONE A TARIFFA INTERA : MONTANTE PER DISCIPLINA
160112	CHIRURGIA GENERALE	14	1.036.688
160112	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	14	1.638.028,80
160112	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	12	501.477,60

- 3) E' fatto obbligo per l'Erogatore, al raggiungimento del tetto di remunerazione a tariffa intera, fatturare le prestazioni eccedenti i valori indicati nel precedente comma 2, applicando la regressione del 15%.

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, con esclusione dell'istituto della remunerazione per tariffe regressive.
2. Le prestazioni rese in favore di cittadini residenti al di fuori della Puglia sono riconoscibili ove la Azienda USL. sia posta dall'Erogatore nelle condizioni di poter esercitare il relativo addebito al competente Paese Europeo e/o Extracomunitario ovvero, attraverso la Regione Puglia, alla rispettiva Regione di residenza, conformemente a quanto previsto dalle disposizioni Comunitarie e/o dai Trattati regolanti la materia e, nell'ambito nazionale, dal vigente testo unico per la regolazione tra le Regioni delle prestazioni di natura sanitaria.
3. 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. 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.

4. In caso di contestazione della prestazione, l'Erogatore è tenuto a fornire alla Azienda ASL le controdeduzioni richieste che, ove non ritenute validamente motivate da un dirigente individuato in via preventiva dalla Struttura UVAR Aziendale, quale esperto della materia, danno luogo nei confronti dell'erogatore all'addebito del controvalore allo stesso in precedenza già corrisposto.
5. 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 al precedente comma 3.
6. 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 com. 2) e com. 3) del presente contratto, ripartito per singola disciplina e per singola giornata;
- b) Comunicare giornalmente all'UVARP dell'Azienda, mediante l'invio per posta elettronica, all'indirizzo che verrà successivamente comunicato, 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 1991e 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.

**g)**Il Direttore Sanitario dell'istituto di cura è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle schede di dimissione e della cartella clinica, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate.

**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° 433 del 10 marzo 2011 e D.G.R. 2863 del 20/12/2011 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)**Di 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 l'allegato D) della DGR 2858/2010.

**k)**Di assicurare la compilazione delle schede di rilevazione, come da facsimile 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)**Di prendere atto che dal 10 gennaio 2011, tutte le SDO devono essere codificate nel rispetto della versione CMS 24 del Grouper.





**m)** Di consegnare alla Azienda, entro il 15° giorno del mese successivo, a quello di compimento o completamento delle prestazioni di ricovero rese, la notulazione delle stesse esclusivamente su supporto informatico, da realizzarsi secondo le indicazioni fornite dalla Regione e dalla Azienda ASL, nel rispetto della indicazione obbligatoria del Soggetto prescrittore, giusta lettera a) del punto 14 della DGR 1392/01, unitamente ai documenti indicati dalla Azienda ASL.

**n)** Di 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.

**o)** 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 **da 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)** Di essere consapevole: 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 dall'art. 27 co. 4 e 5 della l.r. n. 8/2004 e s.m.i..

**q)** Di garantire il rispetto dei tassi occupazionali pro-die dei posti letto accreditati.

**r)** Di garantire il possesso ed il mantenimento dei requisiti generali e specifici concernenti, la struttura, le tecnologie e l'organizzazione del servizio con particolare riferimento alla dotazione di personale, previsti dal regolamento R.R. n. 3/2005, quali condizioni preesistenti allo status di soggetto accreditato.

**s)** Di 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 succitato 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, giusto quanto disposto dalla normativa vigente.

**t)** L'Erogatore s'impegna 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)** L'Erogatore, 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.

ART. 6

**Obblighi e adempimenti della Azienda ASL**

**La Azienda ASL, attraverso la Struttura UVARP é tenuta ad effettuare:**

- a)** le verifiche tecnico-sanitarie, riguardante l'appropriatezza clinico-diagnostica e diagnostico-procedurale delle prestazioni sanitarie addebitate dalla Casa di Cura istituzionalmente Accreditata, 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.
- 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. 433/2011 e DGR 2863 del 20/12/2011.
- 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.
- f)** i controlli dell' UVARP devono essere effettuati con cadenza trimestrale da effettuarsi entro e non oltre il trimestre successivo e comunque a decorrere dalla validazione delle SDO nel SISR;
- g)** Alla fine delle attività di verifica, l'Unità di controllo, facente capo all'UVARP, redige apposito verbale con la dicitura "confermato" ovvero "contestato" con l'indicazione delle valutazioni tecniche e le correzioni apportate;
- h)** Per i ricoveri "contestati" qualora la Direzione Sanitaria della struttura erogante accetta le contestazioni, occorre disporre nota integrativa da allegare alla SDO cartacea. Tale modifica dev'essere riportata nel SISR con l'obbligo per l'erogatore di emettere la relativa nota credito e/o debito
- i)** Per i ricoveri "contestati" qualora la Direzione Sanitaria della struttura erogante **non** accetta le contestazioni dell'UVARP, la stessa deve farlo rilevare nel verbale e dovrà, nei successivi 30 gg, 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 120gg. dalla valida richiesta delle prestazioni, ed in forma esclusivamente scritta all'Erogatore:

- > sospensioni dei pagamenti ed altre osservazioni;
- > eventuali rilievi per errori ricorrenti di notulazione, così da evitare 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 TARANTO, 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 com. 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 excell, ripartito secondo le discipline contrattualizzate;
  - > delle fatture e/o note credito, con la descrizione delle singole discipline contrattualizzate;
  - > di fatturare le prestazioni eccedenti i valori indicati nel precedente art.3 comma 3, applicando la regressione del 15%;
  - > delle copie delle ricette rilasciate dai Medici del S.S.N., riguardante l'erogazione delle prestazioni da erogarsi in regime di Day-service;
2. La Azienda ASL, oltre la remunerazione delle prestazioni sub art. 4, é 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 com. 2 dell'art. 2.
- 3) L'Azienda Sanitaria della Provincia di TARANTO 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 TARANTO, prestazioni non comprese nel piano annuale delle prestazioni, ovvero eccedenti il tetto massimo invalicabile di remunerazione innanzi definito, a tutti gli effetti di legge, compresi quelli fiscali, ha l'obbligo di emettere immediata nota credito per il corrispondente importo eccedente.
- 4) Nel caso in cui l'Erogatore abbia già sottoscritto specifico contratto di prestazione per l'anno corrente, fermo il tetto invalicabile di remunerazione per questi già fissato dalla Azienda ASL, per quanto ivi non regolamentato o difformemente regolamentato rispetto ai contenuti del presente atto, quest'ultimo si intende integrativo del precedente. In caso di mancata sottoscrizione da parte dell'Erogatore dell'atto aggiuntivo, si



applicano con effetto immediato le disposizioni del previste dall'art. 27 com. 4 e 5 della L.R.n. 8/2004 e s.m.i..

S) Il presente atto può essere oggetto di modifiche ed integrazioni per effetto di sopravvenute direttive regionali enunciate nell'emanando DIEF, ovvero in altre disposizioni regionali.

6) 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.

**Letto, confermato e sottoscritto**

<p><b>Il Direttore Generale pro-tempore della Azienda ASL TARANTO</b></p> <p><b>Dr. Vito Fabrizio SCATAGLIA</b> AZIENDA SANITARIA LOCALE IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dot. Paolo QUARATO)</p>	<p><b>Il Legale Rappresentante</b> CASA DI CURA D'AMORE S.r.l. L'AMMINISTRATORE DELEGATO Avv. Alberto Dimitri</p> <p>Data <u>8/12/2013</u></p>
---	--

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile si approvano esplicitamente le regolamentazioni contrattuali di cui agli Artt. 1 (Piano annuale delle prestazioni e tetto invalicabile di remunerazione), 2 (Modalità Organizzative, Piano mensile ed annuale delle Prestazioni, Liste di Attesa, Informativa ai Cittadini), 3 (Tetto di remunerazione a tariffa intera e con regressione tariffaria), 4 (Remunerazione delle prestazioni erogate nei confronti di residenti al di fuori della regione 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 **CASA DI CURA D'AMORE S.r.l.**  
L'AMMINISTRATORE DELEGATO  
Avv. Alberto Dimitri

Disciplina: 09 - CHIRURGIA GENERALE

Tipo DR	DRG	Descrizione
C	56	Rinoplastica
C	119	Legatura e stripping di vene
C	149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza cc
C	150	Lisi di aderenze peritoneali con cc
C	151	Lisi di aderenze peritoneali senza cc
C	157	Interventi su ano e stoma con cc
C	158	Interventi su ano e stoma senza cc
C	159	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con cc
C	160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza cc
C	161	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con cc
C	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza cc
C	167	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza cc
C	191	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con cc
C	195	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con cc
C	198	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza cc
C	226	Interventi sui tessuti molli con cc
C	227	Interventi sui tessuti molli senza cc
C	257	Mastectomia totale per neoplasie maligne con cc
C	258	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza cc
C	259	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con cc
C	260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza cc
C	261	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale
C	262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne
C	263	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con cc
C	265	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con cc
C	266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza cc
C	267	Interventi perianali e pilonidali
C	270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza cc
C	289	Interventi sulle paratiroidi
C	290	Interventi sulla tiroide
C	339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni
C	342	Circoncisione, età > 17 anni
C	402	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza cc
C	408	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi
C	461	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari
C	493	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con cc
C	494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza cc
C	539	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con cc
C	540	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza cc
C	568	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con cc senza diagnosi gastrointestinale maggiore
C	569	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con cc con diagnosi gastrointestinale maggiore
C	570	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con cc senza diagnosi gastrointestinale maggiore

Disciplina: 36 - ORTOPEDIA

Tipo DR	DRG	Descrizione
C	6	Decompressione del tunnel carpale
C	8	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza cc
C	223	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con cc
C	224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza cc
C	225	Interventi sul piede
C	227	Interventi sui tessuti molli senza cc
C	229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza cc
C	233	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con cc
C	234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza cc
C	498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza cc
C	500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza cc
C	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
C	531	Interventi sul midollo spinale con cc
C	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza cc
C	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori
C	545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio



Disciplina: 37 - GINECOLOGIA E OSTETRICIA

**MDC Tipo DRG DRGDescrizione**

13	C	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza cc
	C	364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne
	C	360	Interventi su vagina, cervice e vulva
14	C	371	Parto cesareo senza cc
	C	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia
	M	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti

