REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE
DELLA PROVINCIA DI TARANTO

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 2016.

TRA

L'Azienda Unità Sanitaria Locale Taranto, con sede legale in Taranto, al viale Virgilio n° 31, rappresentata dal Direttore Generale pro-tempore – Avv. Stefano Rossi, di seguito indicata come "Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Taranto", che opera per sè ed in nome e per conto delle altre Aziende Sanitarie della Regione Puglia, di seguito indicata come Committente

E

La Struttura Casa di Cura "S. Rita S.r.l." P.IVA 00470670738, con sede legale della Società in Taranto viale Magna Grecia, 191- istituzionalmente accreditata per la erogazione di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78, rappresentata legalmente dal Dott. Massimo Lopedote nato a Taranto il 27/08/1967, 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° 329 del 20/12/13 con la quale la Regione Puglia ha conferito alla struttura Casa di Cura "S. Rita S.r.l." – di Taranto, 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. 20 posti letto di attività di riabilitazione funzionale ex art. 26 della Legge n°833/78;

così come riportati nel seguente schema:

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE ACCREDITA (così come da Determinazione dirigenziale di accreditamento istituzionale)	DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE	NUMERO DI POSTI ACCREDITATI
Posti letto di trattamenti di riabilitazione intensiva post acuzie	n. //	n. // p.l.
Posti letto di trattamenti di riabilitazione estensiva	n. 329/2013	n. 20 p.l.
Posti semiresidenziali	n. //	n. // posti
Prestazioni ambulatoriali	n. //	n. // prest.giornaliere
Prestazioni domiciliari	n. //	n. // prest.giornaliere

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;
- la D.G.R. n°1195 del 1 luglio 2013;
- il Regolamento Regionale 4 novembre 2010, n.16;
- il Regolamento Regionale 4 agosto 2011,n.20
- Decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192

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, 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 del D.G. n° 1312 del 29/06/2016, 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 2016 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 Taranto, sulla base del proprio fabbisogno di cui alla Deliberazione n. 1312 del 29/06/2016 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 Dipartimento Assistenza Riabilitativa Territoriale, 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 2016, 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 2016 RESIDENZIALE	€ 695.535,96 per un totale di n. 19 posti letto suddiviso in:	n. //posti letto di trattamenti di riabilitazione intensiva post acuzie (TRIP)	€ //
riga B			n. // posti letto di internato grave	€ //
riga C			n. 19 posti letto di internato base	€ 695.535,96
riga D	TETTO DI SPESA DA ASSEGNARE ANNO 2016 SEMIRESIDENZIALE	€ // per un totale di n. // posti semiresid. suddiviso in:	n. // posti di seminternato grave	€ //
riga E			n. // posti di seminternato base	€ //
riga F	TETTO DI SPESA DA ASSEGNARE ANNO 2016 AMBULATORIALE	€ // per un totale di n. // prestaz.ambulatoriali suddiviso in:	n. // prestazioni ambulatoriali individuali	€ //
riga G			n. // prestazioni ambulatoriali piccolo gruppo	€ //
riga H	TETTO DI SPESA DA ASSEGNARE ANNO 2016 DOMICILIARE	€ // per un totale di n. // moduli da 25 prestaz.domicil. ciascuno	n. // prestazioni domiciliari	€ //
riga I	TETTO DI SPESA DA ASSEGNARE ANNO 2016 TOTALE GENERALE	€ 695.535,96		€ 695.535,96

2) Nel rispetto dei criteri riportati nel successivo art. 2, il pacchetto delle prestazioni sanitarie da acquistare nell'anno 2016, 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 € 695.535,96 = (riga I), che costituisce per l'Erogatore il tetto di spesa invalicabile di remunerazione, così come dettagliato nel prospetto di cui sopra;
3) Il limite finanziario ripartito per ogni singola tipologia di prestazione accreditata (colonna 4 ad esclusione delle prestazioni domiciliari), di cui al precedente punto 1), può intendersi modificabile, soltanto in subordine di esplicita formale richiesta del committente, con possibilità di scorrimento, esclusivamente nell'ambito della specifica tipologia di assistenza (residenziale ovvero semiresidenziale ovvero ambulatoriale) nei limiti massimi del 10% del tetto di spesa invalicabile di remunerazione di ogni singola tipologia di prestazione e nei limiti del numero dei posti residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali accreditati. In caso di superamento di un singolo tetto di cui alla colonna 2 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 2016, pari a € 695.535,96 = (riga I), dato dalla somma dei tetti di spesa di cui alle righe A, B, C, D, E, F, G, H 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) 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 RR 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 ai sensi dei R.R. n.16/2010 e R.R. n. 20/2011 ed in possesso dei requisiti organizzativi previsti dal R.R. n.20/2011;
5) In 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.
6) In presenza di posti letto/posti/prestazioni autorizzati all'esercizio in eccedenza rispetto al numero di posti letto/posti/prestazioni accreditati, è facoltà dell'erogatore occupare i predetti con pazienti solventi.
7) Nel caso in cui il Committente acquisti i posti in regime residenziale e/o semiresidenziale e/o ambulatoriale e/o domiciliare in quantità inferiore rispetto alla massima potenzialità erogativa della struttura, i posti accreditati non

oggetto del presente contratto possono essere occupati da pazienti residenti in altre Regioni d'Italia e/o in Paesi della Unione Europea e/o Extracomunitari ed assoggettati alle disposizioni di cui al successivo art. 4. Parimenti, i predetti posti possono essere occupati da pazienti solventi.

ART. 2

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

L'Erogatore si obbliga:

1) 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;
2) 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;
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 2016 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. 1riferito 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 singolo sotto-tetto, (colonna B, C, D, E 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, E ed F - rigo 3), sarà assoggettata alla regressione tariffaria nella misura del 15% (colonna B, C, D, E ed F - rigo 4);
4) l'Erogatore dovrà fornire un volume di prestazioni sanitarie per la somma complessiva di € 701.673,04 = (colonna F- rigo 5, dato dalla somma dei corrispondenti righi 2, 3 e 4), a fronte di un rimborso finanziario di € 695.535,96 = (colonna F rigo 1).

	A	B	C	D	E	F
	Colonna 1 del prospetto di cui all'art.1	**TETTO DI SPESA DA ASSEGNARE ANNO 2016**	**TETTO DI SPESA DA ASSEGNARE ANNO 2016**	**TETTO DI SPESA DA ASSEGNARE ANNO 2016**	**TETTO DI SPESA DA ASSEGNARE ANNO 2016**	**TETTO DI SPESA TOTALE DA ASSEGNARE ANNO 2016**
		RESIDENZIALE	**SEMIRESIDENZIALE**	**AMBULATORIALE**	**DOMICILIARE**	**TOTALE GENERALE**
1	**Sotto tetto invalicabile di remunerazione (100%) (Colonna 1 del prospetto di cui all'art.1)**	€ 695.535,96	//	//	//	€ 695.535,96
2	**Sotto tetto a "tariffa intera" (95%)**	€ 660.759,16	//	//	//	€ 660.759,16
3	**Differenza (100% - 95%)**	€ 34.776,80	//	//	//	€ 34.776,80
4	**Regressione tariffaria nella misura del 15%**	€ 6.137,08	//	//	//	€ 6.137,08
5	**Totale volume delle prestazioni da erogare**	€ 701.673,04	//	//	//	€ 701.673,04

ART. 4

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

1. Le prestazioni erogate nei confronti di residenti in altre Regioni d'Italia, che devono essere inclusi in un tabulato contabile separato, non sono remunerate dal SSR e non rientrano in quelle per cui è prevista la compensazione in sede nazionale. Pertanto, le predette prestazioni dovranno essere addebitate dall'erogatore direttamente alla ASL di residenza dell'assistito.
2. Le prestazioni erogate nei confronti di residenti in Paesi della Unione Europea e/o Extracomunitari, che devono essere incluse in un tabulato contabile separato, non rientrano nel tetto di spesa assegnato all'erogatore e si rifanno alle disposizioni dell'Accordo Stato-Regioni del 20/12/2012 *"Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome"*.
3. Le prestazioni erogate nei confronti di persone residenti in altre regioni d'Italia e/o in Paesi della Unione Europea e/o Extracomunitari sono remunerate secondo le tariffe vigenti nella Regione Puglia al di fuori del tetto di spesa assegnato e dei vincoli di cui all'art. 2 punto 1), con assoggettamento alla regressione tariffaria prevista dal punto 3) dell'art. 3, che sarà effettuata sull'ultima mensilità utile di liquidazione prendendo come base imponibile l'intera produzione annuale. In caso di incapienza di fondi, i conguagli potranno essere effettuati a compensazione nel corso dell'anno sulle prestazioni erogate a favore dei residenti nella Regione Puglia, ovvero sui tetti di spesa dell'anno successivo.

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. 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;

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" 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 proscrittore 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 od 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.1491/2010 e s.m.i.);

   b) in riferimento alle prestazioni di internato grave con riabilitazione intensiva post acuzie (TRIP) (il cui programma per paziente non può eccedere la durata massima di 60 giorni, come specificato nel precedente articolo 2, punto 2), ad effettuare, mediante l'UVAR aziendale, durante la degenza, controlli periodici (almeno ogni 20 giorni) al fine di verificare, sulla base della documentazione clinica, le ragioni che richiedono il perdurare del trattamento in regime di ricovero con riabilitazione intensiva post acuzie, ai sensi della Circolare del Ministero della sanità n. 1/1995;

   c) 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, evidenzi 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;

   d) 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;

   e) 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;

   f) rendere disponibili, presso la sede degli Uffici della Azienda sanitaria locale Taranto in viale Virgilio - 31, 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;

   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 verifica degli adempimenti regionali unitamente al Comitato Permanete per la verifica dei L.E.A. nella seduta del 4/4/2014 e di seguito riportate:

"Con la sottoscrizione del presente accordo la struttura accetta espressamente, completamente e incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto.

In considerazione dell'accettazione dei suddetti provvedimenti (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili".

Si precisa che con D.G.R. 813/2016 l'efficacia della clausola su esposta è sospesa fino all'esito dei giudizi azionati avverso la medesima.

ART. 10

Foro competente

Per tutte le questioni relative ai rapporti tra L'Erogatore e la ASL Taranto è competente il Tribunale di Taranto.

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 Direttore Generale pro-tempore della Azienda ASL TARANTO **Avv. Stefano ROSSI**	**Il Professionista/ il Legale Rappresentante della Casa di Cura "S. Rita S.r.l."** **Dott. Massimo LOPEDOTE** S. Rita S.r.l. L'Amministratore Unico (Dott. Massimo Lopedote)
	Data 6-7-2016

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

S. Rita S.r.l.
L'Amministratore Unico
(Dott. Massimo Lopedote)