

bilancio regionale di previsione 2014, di complessivi € 200.000,00 come di seguito:

ENTRATA N. 2056275

Capitolo di nuova istituzione "Assegnazione relativa al finanziamento del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale per l'inclusione e le politiche sociali per la sperimentazione del modello di intervento P.I.P.P.I. (Programma di Interventi Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione). Anni 2014-2015 competenza e cassa € 200.000,00

USCITA N. 781095

Capitolo di nuova istituzione "Spese per la sperimentazione del modello di intervento P.I.P.P.I. (Programma di Interventi Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione). Anni 2014-2015 finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale per l'inclusione e le politiche sociali." - competenza e cassa € 200.000,00

- 2) di demandare alla Dirigente del Servizio Politiche di Benessere Sociale e Pari Opportunità il successivo provvedimento di impegno delle stesse risorse nonché ogni altro adempimento attuativo che discende dal presente provvedimento, che interverrà in ogni caso nel rispetto dei vincoli posti alla cassa e alla competenza per il rispetto del Patto di stabilità interno;
- 3) di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi dell'art. 42 co. 7 della L.R. n. 28/2001.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 6 agosto 2014, n. 1791

D.G.R. n. 887 del 09-05-2012 - Modifiche schema tipo accordo contrattuale strutture istituzionalmente accreditate attività ambulatoriale ex art. 8 quinquies del D.L.vo 502/92 e ss.mm.ii. - Branca di Patologia Clinica.

L'Assessore all'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità,

dott. Donato Pentassuglia, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio 3 PAOS, confermata dal Dirigente dello stesso Ufficio e dal Dirigente del Servizio Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce quanto segue.

Il D. Lgs. del 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" ed, in particolare, l'art. 8, ha regolamentato la materia concernente la contrattazione con le strutture erogatrici di prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale.

La L. R. del 28 maggio 2004, n. 8, ha disciplinato la materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private nella Regione Puglia.

Il comma 171 dell'art. 1, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)", ha precisato, in tema di tariffe, che 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 intra-regionale che interregionale, ed ha altresì sanzionato con la nullità i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio.

Il comma 14, dell'art. 15 del D.L. n. 95 del 6 luglio 2012, "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario", come modificato dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, ha disposto una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione, tale da ridurre la spesa complessiva annua, consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento nell'anno 2012, dell'1 per cento nell'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014.

La Direttiva 2011/7/UE ed il relativo D. Lgs. 9 novembre 2012, n. 192 "Modifiche al decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, per l'integrale recepimento della direttiva 2011/7/UE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, a norma dell'articolo 10, comma 1, della

legge 11 novembre 2011, n. 180", hanno introdotto modifiche alle disposizioni vigenti in materia di lotta contro i ritardi di pagamento.

Con delibera n. 1494 del 4 agosto 2009 (Accordi contrattuali per l'anno 2009-Linee guida), successivamente modificata con la delibera n. 2671/2009 e con la delibera n. 1500/2010, la Giunta Regionale ha dettato direttive in ordine all'acquisto di prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale, da parte delle strutture private accreditate.

Con delibera n. 887 del 9 maggio 2012 relativa a "DD.GG.RR. n. 1494/2009, n. 2671/2009 e n. 1500/2010 - Precisazioni - Presa d'atto Schema tipo Accordo Contrattuale strutture istituzionalmente accreditate attività ambulatoriale - ex art. 8 quinquies del D. L.vo 502/92 così come modificato dalla L. 133/08 - Branca di Patologia Clinica", la Giunta Regionale ha deliberato di approvare, giusto quanto previsto dalla precedente D.G.R. 1494/2009, lo schema tipo di contratto per l'acquisto da parte della ASL committente delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, definite prioritariamente in termini di volumi e di tipologie, e la conseguente erogazione da parte dei Professionisti e delle Strutture sanitarie private in regime di accreditamento istituzionale, per la branca di Patologia Clinica, anche sulla base di quanto previsto dall'art. 22 della L.R. 28/5/2004 n. 8.

La Giunta Regionale, con provvedimento n. 951 del 13 maggio 2013 e successivo provvedimento n. 1304 del 9 luglio 2013, ha approvato il nuovo tariffario regionale.

La normativa generale legislativa e regolamentare sopravvenuta ha imposto l'opportunità e la necessità di apportare alcune modifiche allo "schema contrattuale tipo" approvato con la medesima D.G.R. n. 887/2012. In particolare, in materia di implementazione del sistema informatizzato CUP, vi è la necessità di integrare lo schema tipo di contratto di cui alla D.G.R. n. 887/2012, prevedendo - tra l'altro - tra gli obblighi della struttura erogatrice, di:

1. concordare con la Azienda Sanitaria Locale (ASL) le agende di prenotazioni da inserirsi nel Sistema informatizzato aziendale CUP,
2. garantire l'offerta delle agende stesse nel rispetto della programmazione sanitaria negoziata, senza alcuna distinzione tra pazienti utenti esenti e non esenti,

3. rispettare le disposizioni tecniche ed organizzative stabilite dalla Regione e dalla ASL ai fini dell'attuazione del processo di dematerializzazione della ricetta medica, nel rispetto della normativa vigente,
4. garantire, senza intralciarle, le attività di verifica della ASL, esperite per il tramite delle strutture UVARP e NIR, finalizzate ad accertare l'appropriatezza delle prestazioni erogate e la congruenza tra le prescrizioni e le prestazioni rese, correlate ai requisiti strutturali e tecnologici in possesso ed in uso, oltre che alle relative tariffe. Ai fini dell'applicazione della griglia di cui alla D.G.R. n. 1500/2010, si precisa che la valorizzazione della dotazione strumentale e tecnologica ivi richiamata, deve essere effettuata e commisurata a quella in uso, senza alcuna possibilità di estensione alle scorte di magazzino. Analogamente, la dotazione in uso deve essere rapportata al numero degli ambienti adibiti ad ogni specifica attività.

Il Ministero della Salute, dell'Economia e delle Finanze (MEF), con nota prot. n. 160-23-12-2013-0000119 - A, con riferimento all'art. 1 dello schema di contratto tipo di cui alla D.G.R. n. 887/2012 ha evidenziato di:

- a) "prevedere una specificazione dei volumi di prestazioni contrattati e non solo del volume finanziario delle varie tipologie di prestazioni così come previsto dall'art. 8-quinquies del D. Lgs. 502/92;
- b) quantificare e predeterminare (anche con riferimento all'art. 4) il budget anche per i residenti extraregionali, considerando che il volume indicato attiene unicamente alle prestazioni per i residenti della Regione Puglia;
- c) specificare che il budget è al lordo di tutte le eventuali compartecipazioni (ticket e quota ricetta);
- d) chiarire che quanto affermato al comma 2 non rappresenta una possibile compensazione tra le varie tipologie di prestazioni, poiché il budget corrisponde a determinati fabbisogni sanitari che devono essere garantiti".

Il MEF ha altresì osservato, con riferimento "agli artt. 3 e 4, riguardo alla remunerazione delle prestazioni contrattualizzate, che non possono preve-

dersi disparità tra quanto retribuito dalla ASL per le prestazioni erogate ai residenti della regione (applicazione della tariffa in vigore scontata del 20% per le prestazioni dall'85,01% al 100% del tetto di spesa), rispetto a quanto remunerato per gli extra residenti (non è prevista alcuna scontistica). A tale proposito si precisa non può essere offerta al soggetto erogatore privato la possibilità di ottenere remunerazioni diverse a seconda della provenienza del paziente, come esplicitamente previsto dall'articolo 1, comma 171, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311 che testualmente recita: "ferma 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, 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".

Pertanto, con riferimento alla liquidazione delle remunerazioni delle prestazioni erogate in favore dei soggetti non residenti, si rende necessario assoggettare le stesse "alla scontistica" per ogni branca specialistica così come previsto nella DGR 1400/2007 e che, in caso di incapienza dei fondi, i conguagli potranno essere effettuati a compensazione nel corso dell'anno sulle prestazioni erogate a favore dei residenti della Regione Puglia, ovvero sui tetti di spesa dell'anno successivo.

Il Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali ed il Comitato Permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, con verbale relativo alla riunione del 4 aprile 2014, hanno osservato che tutti gli schemi di contratto, ivi incluso lo schema di cui alla D.G.R. n. 887/2012 "mancano di una clausola di salvaguardia che ponga la Regione e l'ASL al riparo dai possibili contenziosi successivi alla sottoscrizione dello stesso. In merito all'inserimento di una clausola di salvaguardia nei contratti da sottoscrivere con gli erogatori privati accreditati, Tavolo e Comitato segnalano che è pervenuto un parere dell'Avvocatura generale dello Stato che, su richiesta dell'Ufficio legislativo del

Ministero della salute, si è espressa in merito alla previsione di una clausola di salvaguardia nei contratti, affermando la validità della predetta clausola. Tavolo e Comitato, visto il parere dell'Avvocatura, chiedono alla Regione di inserire nei contratti 2014 e successivi la seguente formulazione: "Con la sottoscrizione del presente accordo la struttura accetta espressamente, completamente ed 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".

Per quanto sopra detto e vista l'entità delle modifiche ed integrazioni proposte allo schema di contratto tipo approvato con D.G.R. n. 887/2012, e viste le osservazioni proposte dal Tavolo Tecnico e dal Comitato Permanente, come sopra riportate, si propone di riportare nell'Allegato A), composto da n. 10 fogli, il nuovo testo dello schema di contratto tipo per l'acquisto da parte della ASL committente delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, e la conseguente erogazione da parte dei Professionisti e delle Strutture sanitarie private in regime di accreditamento istituzionale, per la branca di Patologia Clinica, che recepisce le osservazioni di cui alle lettere b), c) e d) succitate, ad eccezione della lettera a), in quanto fattispecie già prevista e contemplata nella precedente formulazione.

Copertura finanziaria di cui alla L.R. n. 28/2001 e s.m.i.

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

L'Assessore relatore sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale, ai sensi della L.R. n. 7/97, art. 4, comma 4, lett. d).

LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore proponente;

vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Dirigente dell'Ufficio Assistenza Specialistica e Ospedaliera, dal Dirigente del Servizio e dal Direttore di AREA,

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. per le motivazioni riportate in narrativa quale parte sostanziale del presente provvedimento, di approvare, in ottemperanza all'art. 22 della L.R. 28/5/2004 n. 8, giusto quanto previsto dalla D.G.R. n. 1494/2009 e a modifica di quanto disposto dalla D.G.R. n. 887/2012, lo schema tipo di contratto allegato al presente provvedimento sotto la lettera A) composto da n. 10 fogli, per farne parte integrante e sostanziale, per l'acquisto da parte della ASL committente delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, definite prioritariamente in termini di volumi e di tipologie, e la conseguente erogazione da parte dei Professionisti e delle Strutture Sanitarie private in regime di accreditamento istituzionale, per la branca di Patologia Clinica;
2. di stabilire che, ai fini dell'applicazione della griglia di cui alla D.G.R. n. 1500/2010, la valorizzazione della dotazione strumentale e tecnologica ivi richiamata, deve essere effettuata e commi-

surata a quella in uso, senza alcuna possibilità di estensione alle scorte di magazzino. Analogamente, la dotazione in uso deve essere rapportata al numero degli ambienti adibiti ad ogni specifica attività;

3. di disporre che i Direttori Generali non potranno sottoscrivere accordi contrattuali con le strutture erogatrici, qualora non vengano contemplati, oltre i volumi finanziari complessivi, anche le singole tipologie di prestazioni erogate, i singoli volumi ed i singoli budget come da tabella riportata all'art. 1 dello schema di "contratto tipo". I contratti sottoscritti in violazione delle richiamate prescrizioni sono da considerarsi nulli;
4. di stabilire che i Direttori Generali, avendo già concluso la contrattazione annuale, provvedano a predisporre gli addendum integrativi ai contratti già sottoscritti da sottoporre alle strutture erogatrici, dandone successiva rassicurazione al Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica in merito all'avvenuta sottoscrizione. Limitatamente all'anno 2014, la determinazione delle tipologie di prestazioni erogate, così come riportata nella tabella di cui all'art. 1 dello schema di "contratto tipo", dovrà riguardare solo il trimestre ottobre - dicembre;
5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

All. A)

REGIONE PUGLIA Azienda Sanitaria Locale _____ DIREZIONE GENERALE Via _____ n. _____ - CAP _____ - Città _____

Contratto per la erogazione ed acquisto di prestazioni specialistiche ambulatoriali da parte di Professionisti e Strutture Sanitarie Private in regime di accreditamento istituzionale per l'intero anno

TRA

L'Azienda Sanitaria Locale _____, con sede legale in _____ alla via _____, n. _____, rappresentata dal Direttore Generale dr. _____ che opera per se ed in nome e per conto delle altre Aziende Sanitarie della Regione Puglia, di seguito denominata anche Committente,

E

L'Azienda Individuale / la Società / l'Associazione tra Professionisti medici e non medici

C.F. / P. IVA _____ - codice regionale _____
rappresentato legalmente o per delega dal _____
nato il _____ a _____ con sede
dell'ambulatorio _____ specialistico _____ sito _____ in _____

istituzionalmente accreditato per la erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali nella branca specialistica Patologia Clinica - giusta D.D. n. _____ del _____, ovvero per effetto delle prescrizioni richiamate dall'art. 12 della L.R. n. 4/2010, di seguito indicato come "Erogatore", dichiara – consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., – 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.

RICHIAMATI

- l'art. 8 quater, l'art.8-quinques e l'art.8-sexies del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni;
- 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;
- la Legge 16.11.2001, n. 405;
- la Legge 6 agosto 2008, n. 133;
- l'art. 11 della l.r. n. 32 del 5.12. 2001;
- l'art. 30 comma V° della L.R. n. 4 del 7.03.2003;
- l'art. 27 della l.r. 28.5.2004 n.8;
- l'art. 1, comma 171, Legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- art. 17 comma 1 della L. R. n. 14 del 04.08.2004;
- l'art. 18 della l.r. 9 agosto 2006 n. 26;
- l'art 16 della l.r. 2 luglio 2008 n.19;
- l'art. 3 della l.r. 24 settembre 2010 n.12;
- la l.r. 9 febbraio 2011 n. 2;
- il D.L. 6 luglio 2012, n. 95;
- la Legge 7 agosto 2012, n. 135;
- il D. Lgs. 9 novembre 2012, n. 192;
- la delibera di Giunta Regionale N.1392 del 5.10.2001;
- la delibera di Giunta Regionale N. 2087 del 27.12.2001;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1073 del 16.07.2002;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1326 del 04.09.2003;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1366 del 03.09.2004;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1794 del 30.11.2004;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1621 del 30.10.2006;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1400 del 03.08.2007;
- la delibera di Giunta Regionale N. 95 del 31.01.2008;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1494 del 04.08.2009;
- la delibera di Giunta Regionale N. 2671 del 28.12.2009;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1500 del 25.06.2010;
- la delibera di Giunta Regionale N. 2866 del 20.12.2010;
- la delibera di Giunta Regionale N. 2990 del 29.12.2011;
- la delibera di Giunta Regionale N. 240 del 18/02/2013

- la delibera di Giunta Regionale N. 951 del 13/05/2013;
- la delibera di Giunta Regionale N. 1304 del 09/07/2013.

IN APPLICAZIONE

- della disciplina legislativa e regolamentare definita con la normativa in premessa richiamata, nonché dei criteri e modalità definiti dalla Regione Puglia in particolare in materia di erogazione ed acquisto di prestazioni specialistiche ambulatoriali con spesa da porre a carico del SSR, tenuto conto dei limiti di spesa per ciascuna branca specialistica stabilita dalle leggi e disposizioni regionali e della verifica delle dichiarazioni contenute nelle griglie di cui alla DGR 1500/2010;

SI STIPULA

il presente contratto, con validità per l'anno _____, che è destinato a regolamentare la produzione, da parte dell'Erogatore, di prestazioni specialistiche ambulatoriali in favore di cittadini iscritti al SSN con oneri da porre a carico del bilancio dell' ASL e del SSR.

ART.1

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

1. preso atto della deliberazione n..... del....., con la quale la Asl ha determinato il limite di spesa Aziendale per l'acquisto di prestazioni sanitarie da strutture private accreditate, il Committente si impegna, con le modalità ed i criteri previsti dalla Giunta Regionale, così come in premessa richiamati, ad acquistare dall'Erogatore, un volume di prestazioni distinte per ogni singola tipologia, in favore dei residenti della Regione Puglia, che s'intende al netto della quota ticket ed al lordo della quota ricetta, così come di seguito riportato (per esempio):

codice prestazione	tipologia	volumi	budget	Disponibilità settimanale
90.42.1	Tireotropina (TSH)	500	€ 10.000	50
90.42.3	Tiroxina libera FT4	400	€ 20.000	30
90.44.3	Urine esame chimico fisico e microscopico	1000	€ 20.000	100
Importo Totale Budget			€ 50.000	

2. l'importo di €....., costituisce il limite onnicomprensivo ed invalicabile di remunerazione per l'anno corrente a carico del SSR, riferito alle prestazioni da erogarsi in favore dei residenti della Regione Puglia, da ripartirsi in dodicesimi, con quota mensile pari ad €....., senza possibilità di scorrimento tra le singole tipologie, ad eccezione di espresse richieste da parte della ASL committente per mutate esigenze assistenziali.

3. A norma all'art. 3 della l.r. 24/9/2010 n. 12 e della l.r. 9 febbraio 2011 n. 2, nessuna remunerazione sarà dovuta per le prestazioni specialistiche eccedenti il tetto di spesa annuale contrattualizzato di cui al commi 1 e 2.

Art. 2

Modalità organizzative, Piano mensile ed annuale delle prestazioni, Liste di attesa, Informativa ai cittadini

1. L'Erogatore si obbliga:
- a) a garantire la regolare e continua erogazione delle prestazioni per tutti i mesi dell'anno e conseguentemente l'equità dell'accesso al SSR da parte di tutti i cittadini, nonché la corretta gestione delle liste d'attesa, e la utilizzazione del tetto annuale di spesa suddiviso per dodicesimi;
 - b) ad adeguare la propria produzione mensile, nel corso del bimestre successivo, nel caso di non raggiungimento del tetto mensile, ovvero di superamento dello stesso nella misura massima del 10%;
 - c) a non richiedere la remunerazione di prestazioni erogate al di fuori del volume finanziario di attività effettuato secondo il meccanismo di compensazione di cui al precedente punto b);
 - d) ad osservare le prescrizioni di cui ai punti a) e b), al fine di non incorrere nella sanzione, rispettivamente del 5% in meno, per ogni mensilità non garantita, ovvero dell'1% in caso di superamento della eccedenza del 10%, da calcolarsi sull'imponibile del tetto annuale da assegnarsi per l'anno successivo;
 - e) al rispetto dell'invio dei flussi informativi, secondo modalità e tempi stabiliti dalle norme nazionali, regionali e dalle correlate disposizioni attuative e ad osservare le modalità tecniche stabilite dalla Regione e dall'ASL per il collegamento tra il proprio sistema informativo ed il sistema informativo regionale e quello aziendale nonché ad osservare le modalità tecniche stabilite dalla Regione e dall'ASL per il collegamento con il CUP Aziendale e/o con il sistema CUP regionale ai fini della riduzione delle liste e dei tempi di attesa e loro monitoraggio;
 - f) a concordare con l'Azienda le varie agende di prenotazione e ad attenersi alle modalità di apertura delle stesse nel rispetto delle percentuali vincolanti indicate dall'Azienda senza alcuna distinzione tra pazienti utenti esenti e non esenti. L'Azienda ASL espleta la funzione di prenotazione delle prestazioni, inserendo le agende offerte dall'erogatore all'interno del Sistema informatizzato aziendale CUP.
 - g) a garantire l'offerta delle agende di prenotazione nel rispetto della programmazione sanitaria negoziata, mantenendo, nel corso dell'anno l'erogazione costante e stabile senza alcuna distinzione tra pazienti utenti esenti e non esenti. L'Azienda si riserva la facoltà di intervenire sulla programmazione delle agende, qualora particolari esigenze organizzative interne o la "criticità" dei tempi d'attesa lo richiedano, fermo restando il rispetto del tetto massimo di prestazioni annualmente stabilito.
 - h) a dare preventiva comunicazione formale alla ASL di eventuali periodi di sospensione temporanea dell'attività e relativa motivazione. L'Erogatore, durante il periodo estivo, al fine di concorrere ad assicurare adeguati potenzialità di servizio nei diversi ambiti distrettuali, a tutela delle esigenze degli utenti, si obbliga a concordare preventivamente con la ASL gli eventuali periodi di sospensione della propria attività;

- i) 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;
 - j) 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.
2. Ai fini del monitoraggio delle liste di attesa, in conformità alla normativa vigente, l'Erogatore è tenuto a predisporre idonea forma di registrazione delle richieste 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 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 ASL, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs n.196/2003 e s.m.i..
 3. L'Erogatore è tenuto ad apporre nel vano di ingresso al proprio ambulatorio, 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.
 4. La violazione grave e continuativa delle clausole del presente accordo contrattuale comporta l'applicazione delle prescrizioni di cui all'art. 27 della L.R. 28.5.2004 n.8.

ART.3

Tetto di remunerazione a tariffa intera e con scontistica tariffaria per prestazioni erogate nei confronti di residenti della Regione Puglia

1. La ASL si impegna a remunerare le prestazioni specialistiche per gli importi mensili corrispondenti al piano annuale delle prestazioni di cui al precedente art. 1 e nei limiti di quanto richiamato alla lett. b) dell'art. 2.
2. La ASL retribuisce le prestazioni erogate a favore dei residenti nella Regione, con le modalità di seguito riportate:
 - a) fino all'85% del tetto di spesa di cui al comma 1) con la tariffa in vigore;
 - b) dall' 85,01% al 100% del tetto di spesa di cui al comma 1), con la tariffa in vigore scontata del 20%.

ART.4

Remunerazione delle prestazioni erogate nei confronti di residenti al di fuori della Regione Puglia

1. Le prestazioni erogate nei confronti di persone residenti in altre regioni d'Italia e/o in Paesi della Unione Europea e/o Extracomunitari sono remunerate secondo le tariffe vigenti nella Regione Puglia, al di fuori dei tetti di spesa assegnati e dei vincoli di cui all'art.2 co.1 lett. a) e b), con assoggettamento alla scontistica prevista dal co. 2 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.

2. Le prestazioni rese in favore di cittadini residenti al di fuori dalla Regione Puglia sono riconoscibili solo nel caso in cui la ASL sia posta dall'Erogatore nelle condizioni di poter esercitare il relativo addebito al competente Paese Europeo e/o Extracomunitario ovvero, attraverso la Regione Puglia, alla rispettiva Regione di residenza, conformemente a quanto previsto dalle disposizioni Comunitarie e/o dai Trattati regolanti la materia e, nell'ambito nazionale, dal vigente testo unico per la regolazione tra le Regioni delle prestazioni di natura sanitaria.
3. In caso di contestazione della prestazione, l'Erogatore è tenuto a fornire alla ASL le controdeduzioni richieste, le quali, ove non ritenute motivatamente valide dall'UVARP, danno luogo all'addebito del controvalore in precedenza corrisposto.
4. Il pagamento da parte della 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.

ART. 5

Obblighi, adempimenti dell'Erogatore e Sanzioni

1. L'Erogatore, oltre quanto previsto dagli articoli precedenti, si obbliga ad osservare le seguenti prescrizioni e ad assicurare i seguenti adempimenti:
 - 1.1. consegna o trasmissione alla ASL, entro il 10° giorno del mese successivo a quello di compimento o completamento delle prestazioni rese, della notulazione delle stesse esclusivamente mediante flusso informativo o mediante inserimento diretto delle prestazioni nel sistema informativo sanitario regionale, da realizzarsi secondo le indicazioni e le specifiche tecniche, fornite dalla Regione e dalla ASL, nel rispetto della indicazione obbligatoria del soggetto prescrittore, giusta lettera a) del punto 14 della DGR 1392/01, unitamente ai documenti originali costituiti dalle prescrizioni del medico curante che dovranno essere conformi, per essere valide ai fini amministrativi, ai disposti delle lettere b) e c) dello stesso punto di detto atto dell'Esecutivo Regionale;
 - 1.2. utilizzo dei codici delle prestazioni di cui al DM 22.7.96, così come richiamati nella D.G.R. 951/2013 e tenuto conto delle precisazioni e/o integrazioni definite dal Ministero della Sanità e dalla Regione Puglia e delle direttive applicative notificate dalla ASL all'Erogatore;
 - 1.3. erogazione delle prestazioni specialistiche previste per la branca di originario convenzionamento dell'Erogatore, come riportate negli allegati nn.1 e 3 del DM 22.7.96 ed in applicazione di quanto stabilito dalla Regione Puglia con DGR. n.3784 del 22.7.98, DGR n.3842 del 1/10/98, DGR n.141 del 2.3.99, DGR n.1392 del 5.10.00 ed eventuali successive ulteriori variazioni e/o integrazioni, non ultima, la D.G.R. n. 951/2013;
 - 1.4. esecuzione delle prestazioni sanitarie attraverso personale medico, sanitario, infermieristico e tecnico in possesso dei titoli abilitanti, comunque sotto la diretta e personale responsabilità del Professionista intestatario del rapporto di accreditamento istituzionale o del Responsabile Sanitario della Struttura, nel rispetto della normativa e dei requisiti minimi ed ulteriori, strutturali, organizzativi, tecnologici e di sicurezza

previsti dalla vigente legislazione. L'Erogatore, quale intestatario del rapporto di accreditamento istituzionale, nella responsabilità e sorveglianza sull'esercizio della prestazione erogata garantisce che la stessa è prestata sotto il controllo diretto del Professionista, o in caso di struttura, del Responsabile Sanitario della stessa, con esclusione, a tal fine, di qualsiasi forma di collaborazione con soggetti diversi, ovvero incardinati a tempo pieno in altre strutture;

- 1.5. garantire la persistenza dei requisiti strutturali, organizzativi, tecnologici in uso e non come scorte di magazzino, nei termini dichiarati sotto forma di autocertificazione nella griglia di valutazione relativa alla dotazione tecnologica di cui alla DGR 1500/2010;
 - 1.6. Ai fini dell'applicazione della griglia di cui alla D.G.R. n. 1500/2010, l'erogatore si obbliga a compilare la griglia di cui alla DGR. 1500/2010, valorizzando la dotazione strumentale e tecnologica ivi richiamata, in relazione a quella in uso, senza alcuna possibilità di estensione alle scorte di magazzino. Analogamente, la dotazione in uso deve essere rapportata al numero degli ambienti adibiti ad ogni specifica attività;
 - 1.7. dare, di norma, preventiva comunicazione formale alla ASL di eventuali periodi di sospensione temporanea dell'attività e relativa motivazione;
 - 1.8. durante il periodo estivo, al fine di concorrere ad assicurare adeguate potenzialità di servizio nei diversi ambiti distrettuali, a tutela delle esigenze degli utenti, si impegna a concordare preventivamente con la ASL gli eventuali periodi di sospensione delle proprie attività.
2. L'Erogatore, ai sensi del comma 3 dell'art. 39 della L.R. n. 4/2010 è, altresì, obbligato:
 - 2.1. a conferire i dati e le informazioni necessarie per il funzionamento dei sistemi informativi regionali di cui alla deliberazione della Giunta regionale 22 dicembre 2006, n.2005 (Piano per la sanità elettronica della Regione Puglia), secondo le specifiche tecniche e le modalità stabilite dalla Regione. Sono fatti salvi comunque i contenuti di norme, decreti e altri provvedimenti a carattere nazionale e regionali contenenti obblighi e adempimenti in materia di flussi e obblighi informativi;
 - 2.2. ai sensi dell'art. 50 del D.L. 269/2003, convertito in legge con modificazioni dalla Legge n. 326/2003, e successive modifiche ed integrazioni, con cadenza mensile, e comunque entro le scadenze pubblicate annualmente, all'invio telematico dei dati delle ricette al Sistema Tessera Sanitaria.
 3. Il mancato adempimento da parte dell'Erogatore degli obblighi dell'art. 50 della legge 326/03, comporta la sospensione della liquidazione delle prestazioni rese, sino alla dichiarazione dell'avvenuto adempimento ed alla relativa verifica da parte della ASL. Il comportamento reiterato di tale inadempimento sarà oggetto di valutazione ai fini delle prescrizioni previste dall'art. 27 co. 4 e 5 della l.r. n. 8/2004 e s.m.i.
 4. Al fine di allineare le anomalie afferenti il codice fiscale, l'anagrafe sanitaria e comunale, costituisce obbligo (così come già previsto dalla Legge finanziaria n.296/06) per l'Erogatore dei servizi sanitari, di richiedere e verificare i dati contenuti sulla Tessera sanitaria del cittadino.
 5. L'Erogatore si impegna ad applicare il nuovo Tariffario Regionale approvato con DGR n. 951 del 13/05/2013, senza l'applicazione della scontistica di cui all'art. 1, co. 796, lett. O, della L. 296/2006 disapplicata dalla DGR n. 1304 del 09/07/2013.
 6. In caso di difformità tra importo mensilmente notulato ed importo liquidato e pagato dalla ASL, l'Erogatore, prima di intraprendere azioni a propria tutela, si impegna a:

- 6.1. richiedere e 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;
- 6.2. richiedere alla ASL, entro 60 giorni dal ritiro della suddetta documentazione, chiarimenti sulle motivazioni che legittimano eventuali discordanze o contestazioni effettuate;
- 6.3. attendere la risposta ai chiarimenti che dovrà pervenirgli entro 60 giorni dalla richiesta. La mancata richiesta e 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.
7. L'Erogatore si obbliga a consegnare alla data di sottoscrizione dell'accordo contrattuale, copia del DURC, attestante la regolare posizione previdenziale nei confronti dei propri dipendenti.
8. L'Erogatore si obbliga al puntuale rispetto di quanto previsto dal D.Lgs n.196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, nonché delle disposizioni attuative emanate dal Garante per la protezione dei dati personali.
9. L'Erogatore si obbliga, in ogni caso, al rispetto delle norme, delle disposizioni attuative ivi comprese le regole tecniche nazionali e regionali in materia se ed in quanto applicabili al presente contratto.
10. 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. n.8/2004.
11. L'Erogatore di prestazioni di specialistiche di patologia clinica, ove intenda aprire un nuovo "centro prelievi" accanto alle prescritte autorizzazioni sanitarie da rilasciarsi a cura della competente Autorità Comunale, subordinatamente alla preventiva verifica di compatibilità da parte della Regione (co. 3 art. 8 - ter D.Lgs. 502/92), al fine di poter esercitare in quel luogo prestazioni specialistiche con oneri a carico del SSR., deve richiedere il preventivo "nulla osta" alla Azienda ASL la quale, rispetto a detto ampliamento, è tenuta compiere le valutazioni connesse a quanto disposto dal co. 4 dell'Art. 11 della L.R. 32/01 ed, in generale, rispetto a quanto normato, non ultimo dalla L. 405/01.

Ove il "nulla osta" non venga disposto, ovvero la nuova unità locale dell'Erogatore sia localizzata nell'ambito di un comune ricadente nella competenza territoriale di altro Comune diverso da quello in cui insiste la struttura, tale sede può essere impiegata esclusivamente per l'esercizio di attività in regime libero professionale.

In tal caso, l'Erogatore è tenuto a porre nella nuova sede, nel luogo del primo accesso del pubblico il seguente avviso leggibile:

" UNITA' LOCALE AUTORIZZATA AL SOLO ESERCIZIO DI PRESTAZIONI SPECIALISTECHE IN REGIME LIBERO PROFESSIONALE, CON ONERI A TOTALE CARICO DELL'ASSISTITO".

Ove la autorizzazione comunale sia stata concessa in difetto di preventiva verifica di compatibilità da parte della Regione prevista dal D.Lgs.502/92 e successive modificazioni, fino al completamento con esito favorevole di detta procedura di accertamento, le attività di detti centri prelievi devono essere sospese, anche per quanto erogabile in regime libero professionale. E' responsabilità dell'Erogatore interessato accertare la conformità delle autorizzazioni ottenute rispetto alle prescrizioni di legge ed agli indirizzi regionali di attuazione. La violazione reiterata delle prescrizioni di cui al precedente comma e di altre valutate gravi dalla Azienda ASL, dà luogo alla risoluzione dell'accordo contrattuale.

ART.6

Adempimenti della ASL

1. La ASL è tenuta a:
 - 1.1. eseguire la verifica tecnico-sanitaria delle prestazioni addebitate, sia con riferimento alla richiesta del medico prescrittore sia rispetto alla appropriatezza dei codici di prestazione utilizzati, di cui al DM 22.7.96, così come richiamati nella D.G.R. n. 951/2013 e relative indicazioni applicative emanate dal Ministero della Sanità o ulteriori indicazioni preventivamente divulgate dalla ASL;
 - 1.2. fino ad accertamento completato, a sospendere il pagamento relativo a prestazioni relative a cittadini il cui accesso a prestazioni specialistiche evidenzia frequenze e tipologie che richiedono ulteriori accertamenti in materia di appropriatezza clinico-diagnostica, da compiersi anche con la collaborazione del soggetto prescrittore;
 - 1.3. comunicare all'Erogatore nel più breve tempo possibile e nelle forme previste per legge:
 - 1.3.1. la evidenza di eventuali sospensioni dei pagamenti sub b) ed eventuali altre osservazioni;
 - 1.3.2. eventuali rilievi per errori ricorrenti di notulazione, così da evitare che tali comportamenti si reiterino nel tempo;
 - 1.4. garantire il controllo e la verifica periodica dei requisiti minimi ed ulteriori di cui ai RR.RR. n. 3/2005 e n. 3/2010.
 - 1.5. garantire il collegamento tra il proprio sistema informativo regionale e quello aziendale con quello dell'erogatore, nonché le modalità tecniche per il collegamento con il CUP Aziendale e/o con il sistema CUP regionale ai fini della riduzione delle liste e dei tempi di attesa e loro monitoraggio: la mancata osservanza sarà oggetto di valutazione del Direttore Generale.

ART.7

Modalità di Pagamento e Conguagli

1. Il pagamento delle prestazioni eseguite dall'Erogatore ai sensi del presente contratto, è regolato dal presente articolo.
2. La ASL, esperiti positivamente gli adempimenti di cui ai precedenti artt. 5 e 6, provvede ad effettuare il pagamento delle competenze spettanti all'Erogatore entro 60 giorni dalla data di valida presentazione della richiesta di pagamento, in conformità al D. L.vo 192/2012 . Per "valida presentazione della richiesta", si intende la consegna degli originali delle ricette, compilate correttamente nella parte anagrafica relativa all'assistito e con coerente esposizione dei codici relativi alle prestazioni erogate, nonché del supporto informatico redatto secondo il tracciato record, descritto al precedente art.5.
3. La ASL predispone i pagamenti mensili, previa acquisizione del DURC, nei modi e nei tempi previsti dalla normativa vigente.

ART. 8**Dichiarazione di Conoscenza da parte dell'Erogatore e Norme Finali**

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.

Per tutto quanto non previsto nel presente contratto, si rimanda alle norme del c.c.

Letto, confermato e sottoscritto

Il Direttore Generale ASL	Il Professionista/ il Legale Rappresentante della Struttura Erogante
Dott.	
Data _____	Data _____

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Cod. Civ. si approvano esplicitamente le regolamentazioni contrattuali di cui agli **Artt. 1** (*Piano annuale delle prestazioni e tetto invalicabile di remunerazione per prestazioni erogate verso residenti della Puglia*), **2** (*Modalità Organizzative, Piano mensile ed annuale delle Prestazioni, Liste di Attesa, Informativa ai Cittadini*), **3** (*Tetto di remunerazione a tariffa intera e con scontistica tariffaria*), **4** (*Remunerazione delle prestazioni erogate nei confronti di residenti al di fuori della Regione Puglia*), **5** (*Obblighi, adempimenti dell' Erogatore e Sanzioni*), **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:

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 6 agosto 2014, n. 1792

D.G.R. n. 1179 del 12-06-2012 - Modifiche schema tipo accordo contrattuale strutture istituzionalmente accreditate attività ambulatoriale ex art. 8 quinquies del D.L.vo 502/92 e ss.mm.ii. - Branche a visita.

L'Assessore all'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità, dott. Donato Pentassuglia, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio 3 PAOS, confermata dal Dirigente dello stesso Ufficio e dal Dirigente del Servizio Assistenza Ospedaliera e Specialistica, riferisce quanto segue.

Il D.Lgs. del 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"* ed, in particolare, l'art. 8, ha regolamentato la materia concernente la contrattazione con le strutture erogatrici di prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale.

La L.R. del 28 maggio 2004, n. 8, ha disciplinato la materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private nella Regione Puglia.

Il comma 171 dell'art. 1, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311 *"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)"*, ha precisato, in tema di tariffe, che 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 intra-regionale che interregionale, ed ha altresì sanzionato con la nullità i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio.

Il comma 14, dell'art. 15 del D.L. n. 95 del 6 luglio 2012, *"Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario"*, come modificato dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, ha disposto una

riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione, tale da ridurre la spesa complessiva annua, consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento nell'anno 2012, dell'1 per cento nell'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014.

La Direttiva 2011/7/UE ed il relativo D. Lgs. 9 novembre 2012, n. 192 *"Modifiche al decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, per l'integrale recepimento della direttiva 2011/7/UE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, a norma dell'articolo 10, comma 1, della legge 11 novembre 2011, n. 180"*, hanno introdotto modifiche alle disposizioni vigenti in materia di lotta contro i ritardi di pagamento.

Con delibera n. 1494 del 4 agosto 2009 (*Accordi contrattuali per l'anno 2009-Linee guida*), successivamente modificata con la delibera n. 2671/2009 e con la delibera n. 1500/2010, la Giunta Regionale ha dettato direttive in ordine all'acquisto di prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale, da parte delle strutture private accreditate.

Con delibera n. 1179 del 12 giugno 2012 relativa a *"Accordi contrattuali strutture private accreditate - DD.GG.RR. n. 1494/2009, n. 2671/2009 e n. 1500/2010 - Modifiche ed integrazioni - Presa d'atto Schemi tipo Accordi Contrattuali - strutture istituzionalmente accreditate attività ambulatoriale - ex art. 8 quinquies del D. L.vo 502/92 così come modificato dalla L. 133/08 - Branche a visita"*, la Giunta Regionale ha deliberato di approvare, giusto quanto previsto dalla precedente D.G.R. 1494/2009, lo schema tipo di contratto per l'acquisto da parte della ASL committente delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, definite prioritariamente in termini di volumi e di tipologie, e la conseguente erogazione da parte dei Professionisti e delle Strutture sanitarie private in regime di accreditamento istituzionale, per la branca di "Branche a visita", anche sulla base di quanto previsto dall'art. 22 della L.R. 28/5/2004 n. 8.

La Giunta Regionale, con provvedimento n. 951 del 13 maggio 2013 e successivo provvedimento n. 1304 del 9 luglio 2013, ha approvato il nuovo tariffario regionale.

La normativa generale legislativa e regolamentare sopravvenuta ha imposto l'opportunità e la necessità di apportare alcune modifiche allo "schema contrattuale tipo" approvato con la mede-