

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 02 agosto 2017, n. 1300

**Azienda Sanitaria Locale di Brindisi - Autorizzazione alle procedure ad evidenza pubblica per la gestione del Presidio ospedaliero di Riabilitazione di Ceglie Messapica, per la realizzazione e per la gestione del Centro Risvegli Extraospedaliero - Determinazione tariffe Centro Risvegli.**

Il Presidente sulla base dell'istruttoria espletata dai Responsabili delle A.P. "Riabilitazione - Strutture residenziali e semiresidenziali, centri diurni e ambulatoriali — Strutture sociosanitarie", confermata dal Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale e dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue:

Con deliberazione n. 745 del 05/05/2009 la Giunta regionale ha dettato i *"Criteri e procedure per l'attivazione progetti di sperimentazione gestionale (art 9 bis del D.lgs . n. 502/92 e s. m. i.) e dell'istituto dell'in house providing."*

L'art. 9 bis del d.lgs.502/92, così come modificato dall'art. 11 del Dlgs 517/93 e n. 10 del D.lgs n. 229/99, al comma 1, *autorizza programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedono forme di collaborazione tra strutture del servizio sanitario nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato.*

Da rilevare che al di fuori dei programmi di sperimentazione gestionale, le Aziende del Servizio Sanitario Nazionale non possono costituire società di capitali finalizzate allo svolgimento di compiti di tutela della salute

Con la modifica apportata al predetto art. 9 bis dall'art. 10 del D.lgs. 229/99, particolare attenzione è rivolta alle sperimentazioni gestionali implicanti una collaborazione pubblico-privato attraverso la costituzione di enti di diritto privato con fini di lucro. Al fine di garantire il servizio pubblico dai possibili pregiudizi che potrebbero derivare dal ricorso a tale strumento, il decreto in parola, infatti, privilegia il coinvolgimento di organizzazioni non lucrative di utilità sociale, oltre a prevedere la maggioranza pubblica ed altre specifiche disposizioni sull'organizzazione e sull'attività delle società.

Il decreto, inoltre, riconosce alle Regioni il potere di proposta dei progetti e attribuisce alla Conferenza Stato-Regioni il potere di autorizzarli. Dette competenze con la promulgazione della legge 16 novembre 2001, n. 405 (cfr., art. 3) a modificazione del D.lvo 30/12/92 n. 502, e s.m i, sono assegnate alle Regioni e alle Province autonome.

I programmi regionali possono elaborare forme molteplici e alternative di collaborazione pubblico/privato rispondenti, nella sua articolazione, ai criteri individuati dal comma 2 dell'art. 9 bis del Dlgs 502/92. Forme che devono ritenersi funzionali all'obiettivo di migliorare, in coerenza con le previsioni del piano sanitario regionale, la qualità dell'assistenza e la convenienza economica.

La citata DGR n. 745/2009 prevede, quindi, la realizzazione di progetti di sperimentazione gestionale attraverso la costituzione di società miste.

I progetti, predisposti in coerenza con la programmazione regionale e redatti nel rispetto delle normative nazionali e regionali, devono riportare le seguenti indicazioni:

- a) tipologia della struttura sanitaria, patrimonio con valutazione del bene ed il suo reddito, situazione territoriale, analisi della domanda e dell'offerta;
- b) tipo di attività e obiettivo finale del programma con la precisazione se l'attività, che si intende attivare, risulti non disponibile nelle strutture pubbliche e private presenti nel territorio di riferimento o si riferisca

- a riconversione di servizi;
- c) definizione dell'oggetto sociale e composizione societaria in caso di proposta o costituzione di società miste pubblico-privato;
- d) motivazioni della scelta di collaborazione con soggetti privati partner finanziario (partner con specifiche competenze tecnico-professionali e/o gestionali, partner finanziario) con l'indicazione della modalità e della valutazione effettuata rispetto alle altre opzioni possibili previste dalla normativa vigente. In caso di acquisizione di capitale finanziario occorre una valutazione comparativa della economicità della soluzione proposta con riguardo alla valorizzazione di risorse proprie dell'azienda;
- e) benefici economici organizzativi, gestionali e di qualità alla base della scelta;
- f) definizione del piano economico con riferimenti a:
  - 1) fonti di finanziamento
  - 2) entità degli investimenti e piano degli ammortamenti
  - 3) necessità di capitalizzazione
  - 4) stima dei costi e dei benefici indiretti
  - 5) stima del volume di attività in relazione anche alla domanda inclusa la quota derivante dalla mobilità infro e interregionale
  - 6) valutazione dell'impatto di modificazione delle condizioni in relazione al sistema tariffario ed agli indirizzi di programmazione sanitaria nazionale e regionale ed in particolare in relazione all'equilibrio economico del sistema sanitario e della finanza pubblica
- g) modalità di utilizzazione e/o di riconversione del personale coinvolto nel progetto.

L'ingresso del partner privato – da scegliere con procedure ad evidenza pubblica – a fianco dell'ente pubblico nella gestione del servizio comporta l'elaborazione di un progetto o la costituzione di una compagine societaria i cui partner presentano interessi eterogenei. Questo richiede la puntuale definizione di ulteriori elementi di reciproca garanzia rispetto a quelli già previsti dalla normativa vigente, alcuni dei quali sono indicati (in modo non esaustivo e con riferimento a forme diverse di collaborazione) nel comma 2 dell'art. 9 bis. Gli obiettivi generali del sistema delle garanzie, che dovranno essere tradotti in appropriate forme di governo societarie riguardano essenzialmente: la tutela della continuità del pubblico servizio, la puntuale distribuzione delle responsabilità e dei rischi fra partecipanti alla sperimentazione, la prevenzione del rischio di conflitti di interesse e/o riduzione della contendibilità della offerta.

Con deliberazione n. 1164 del 30/06/2009 la Giunta regionale ha autorizzato l'Azienda ASL BR ad avviare la sperimentazione gestionale del Centro di riabilitazione di Ceglie Messapica, ai sensi dell'art. 9 bis del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i e della legge 405/2001 e sulla base di quanto indicato nella propria deliberazione n. 745/2009, a condizione che

- a) il partner sia individuato con le procedure ad evidenza pubblica di cui alla vigente normativa;
- b) la gestione riguardi le attività dei codici DRG 56, 75 e 28 nelle previsioni e nei limiti dei posti letto del "Piano regionale della salute 2008-2010" di cui alla L. R. n. 23/2008 e del relativo Piano Attuativo Locale dell'Azienda;
- c) la validità della gestione sia triennale con possibilità di proroga a seguito di positivo riscontro dei risultati raggiunti;
- d) sia rispettata la normativa nazionale e regionale circa il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi relativi all'autorizzazione e all'accreditamento istituzionale;
- e) le tariffe da applicare, coerentemente con le prestazioni riabilitative anche di alta specialità praticate, rispettino quanto a proposito stabilito dagli annuali *Documenti di indirizzo Economico - Funzionale del Servizio Sanitario Regionale* approvati dalla Giunta regionale.

Con deliberazione del Direttore generale n. 1803 del 21/06/2011 la ASL BR ha approvato il progetto redatto ai sensi delle DGR n. 745/2009 e n. 1164/2009 innanzi citate.

Con deliberazione del Direttore generale n. 2115 del 13/12/2016 la ASL BR approva un atto ricognitivo riguardante i provvedimenti concernenti la gestione del Presidio di Riabilitazione di Ceglie Messapica. In tale provvedimento la ASL BR riporta che in data 11/06/2012 il Nucleo regionale per la verifica degli appalti e contratti ha esaminato gli atti della procedura di gara predisposti in esecuzione della citata deliberazione del Direttore generale n. 1803 del 21/06/2011 riscontrando criticità connesse alla scelta del modello della società mista pubblico/privato a capitale prevalentemente pubblico.

Inoltre, la predetta deliberazione riporta che ad oggi il Presidio di Riabilitazione di Ceglie Messapica, in virtù di un contratto sottoscritto in data 05/02/2008 tra la ASL BR e l'attuale gestore, continua ad essere gestito temporaneamente e provvisoriamente fino a conclusione delle nuove procedure da mettersi in atto in virtù dell'autorizzazione concessa alla ASL BR con DGR n. 1164/2009.

Nella stessa DG ASL BR n. 2115/2016 si rappresenta, inoltre, che, in riferimento all'autorizzazione per la realizzazione di un "Centro Risvegli" di afferenza delle aree ricomprese nei territori delle AA.SS.LL. di Brindisi, Lecce e Taranto, in attuazione del regolamento regionale n. 24 del 02/11/2011:

- è prevista la realizzazione di un Centro Risvegli Extraospedaliero finanziato con fondi regionali;
- tale intervento è qualificato di interesse prioritario per la Regione;
- l'Area gestione tecnica della ASL BR ha manifestato la possibilità di realizzazione del Centro Risvegli Extraospedaliero nell'area di proprietà dell'Azienda ASL BR, adiacente al Presidio di Riabilitazione di Ceglie Messapica.

Pertanto, riportato quanto innanzi, il Direttore generale della ASL BR con la DG n. 2115/2016 chiede alla Giunta regionale:

- una nuova autorizzazione, alla luce del D.Lgs. n. 50/2016 negli ambiti di propria competenza, a procedere con gara pubblica ad una procedura aperta per:
  1. la concessione di servizio per la gestione del Presidio di Riabilitazione di Ceglie Messapica;
  2. la realizzazione del Centro Risvegli Extraospedaliero nell'area di proprietà dell'Azienda ASL BR, ove insiste il Presidio di Riabilitazione di Ceglie Messapica;
  3. la concessione di servizio per la gestione del Centro Risvegli.

In relazione al punto 1): Richiesta novella autorizzazione a procedere con gara pubblica ad una procedura aperta per la concessione di servizio per la gestione del Presidio di Riabilitazione di Ceglie Messapica

Il Consiglio di Stato, Adunanza plenaria, 03/03/2008 n. 1 ha chiarito alcuni principi in riferimento alle società miste di sperimentazione gestionale.

a) Anche per le prestazioni socio-sanitarie è necessario effettuare una gara

In riferimento specifico alle società miste di sperimentazione gestionale, essa ha tenuto a precisare che le prestazioni sociosanitarie, intese come attività atte a soddisfare bisogni di salute della persona, ossia di cura e assistenza delle persone iscritte al Servizio sanitario nazionale (art. 3- septies, commi 1 e 2, del d.lgs. n. 502/1992), ivi comprese le attività di riabilitazione, devono rispettare le regole generali di diritto interno e i principi del diritto comunitario.

L'adunanza plenaria ha, inoltre, evidenziato che la diretta erogazione delle prestazioni da parte del gestore del servizio in favore della collettività, ossia degli utenti del Servizio sanitario nazionale, potrebbe indurre anche a configurare l'attività espletata come un servizio pubblico, anziché un appalto di servizi. Tale rilievo, tuttavia, non modifica il problema di fondo. Trattandosi di attività di rilevanza economica oggetto

di contratto da stipulare con una pubblica amministrazione, devono sempre applicarsi le regole della Comunità europea sulla concorrenza e, in particolare, gli obblighi di parità di trattamento e di trasparenza. Anche nell'ambito dei servizi pubblici, infatti, deve essere assicurata l'apertura alla concorrenza. Ogni interessato ha diritto di avere accesso alle informazioni adeguate prima che venga attribuito un servizio pubblico, di modo che, se lo avesse desiderato, sarebbe stato in grado di manifestare il proprio interesse a conseguirlo. Inoltre, trasparenza e pubblicità devono essere date alla notizia dell'indizione della procedura di affidamento; imparzialità o non discriminatorietà devono determinare le regole di conduzione di questa. In ogni caso, per le attività inerenti il Servizio sanitario nazionale affidate da una ASL, non si applicano le disposizioni relative ai servizi pubblici locali, riferite, nel loro ambito soggettivo, alle sole amministrazioni di cui al d.lgs. n. 267/2000 (testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali)

b) La società mista è una forma di partenariato pubblico privato istituzionalizzato

Il fenomeno delle società miste rientra nel concetto di partenariato pubblico privato (PPP), la cui codificazione risale al "libro verde" della Commissione CE relativo al PPP e al diritto comunitario degli appalti e delle concessioni. Nel "libro verde" del 2004, la Commissione ha affermato che il termine PPP si riferisce in generale a "forme di cooperazione tra le autorità pubbliche e il mondo delle imprese che mirano a garantire il finanziamento, la costruzione, il rinnovamento, la gestione o la manutenzione di un'infrastruttura o la fornitura di un servizio".

La Commissione, nel citato "libro verde", ha ritenuto di potere individuare due tipi di partenariato pubblico-privato: il tipo "puramente contrattuale" e quello "istituzionalizzato".

Il PPP di tipo "puramente contrattuale" è quello "basato esclusivamente su legami contrattuali tra i vari soggetti. Esso definisce vari tipi di operazioni, nei quali uno o più compiti più o meno ampi, tra cui la progettazione, il finanziamento, la realizzazione, il rinnovamento o lo sfruttamento di un lavoro o di un servizio, vengono affidati al partner privato".

I modelli di partenariato di tipo puramente contrattuale più conosciuti sono l'appalto e la concessione.

Oltre ai partenariati di tipo contrattuale, la Commissione europea ha teorizzato i partenariati pubblico privato di tipo istituzionalizzato: quelli cioè che implicano una cooperazione tra il settore pubblico e il settore privato in seno a un'entità distinta e che comportano, quindi, la creazione di un'entità detenuta congiuntamente dal partner pubblico e dal partner privato, la quale ha la "missione" di assicurare la fornitura di un'opera o di un servizio a favore del pubblico.

Il modello di partenariato di tipo istituzionalizzato più conosciuto è quello della società mista.

La Commissione europea tende ad assimilare il partenariato pubblico-privato di tipo "istituzionalizzato" a quello di tipo "puramente contrattuale" e, perciò, a considerare applicabile anche al primo tipo di partenariato il "diritto comunitario degli appalti pubblici e delle concessioni".

Ciò ha delle ovvie ricadute sulle modalità di scelta del partner privato, essendo chiaro che anche in tal caso, pur in assenza di norme specifiche, devono applicarsi, come avviene per l'affidamento a terzi di servizi mediante concessioni, le norme del Trattato sulla libera prestazione dei servizi e sulla libertà di stabilimento, nonché i principi di trasparenza, non discriminazione, parità di trattamento, proporzionalità e reciproco riconoscimento.

c) Nella società mista il solo fatto che il socio privato sia scelto tramite procedura di evidenza pubblica non legittima l'affidamento diretto del servizio

La questione della possibilità di affidare direttamente il servizio a società partecipate dall'ente pubblico, quando le esigenze di tutela della concorrenza siano state rispettate a monte, col previo esperimento della pubblica gara indetta per l'individuazione del partner privato, trova in giurisprudenza soluzioni non univoche. Ad atteggiamenti di totale chiusura nei confronti della possibilità di affidare direttamente a società miste la gestione dei servizi che postulerebbero, invece, l'esperimento di una specifica gara (diversa e successiva rispetto a quella necessaria all'individuazione del socio privato di minoranza), fa da contraltare la tesi sostenuta da una parte della dottrina e della giurisprudenza, secondo cui la società mista

a prevalente partecipazione pubblica può essere sempre affidataria diretta dei servizi, alla sola condizione che la scelta del contraente privato sia avvenuta mediante trasparenti procedure selettive. Una posizione intermedia tra i due riferiti orientamenti è stata espressa dal Consiglio di Stato - sezione seconda con il parere n. 456/2007, che si incentra sulla ritenuta ampia fungibilità tra lo schema funzionale della società mista e quello dell'appalto. In altri termini, secondo la sezione consultiva, la gestione del servizio può essere indifferentemente affidata con apposito contratto di appalto, o con lo strumento alternativo del contratto di società, costituendo apposita società a capitale misto. In particolare, con il citato parere n. 456/2007, si è affermato che:

- non è condivisibile la posizione "estrema" secondo la quale, per il solo fatto che il socio privato sia scelto tramite procedura di evidenza pubblica, sarebbe in ogni caso possibile l'affidamento diretto;
- il ricorso a tale figura deve comunque avvenire a condizione che sussistano, oltre alla specifica previsione legislativa che ne fonda la possibilità, alle motivate ragioni e alla scelta del socio con gara, garanzie tali da fugare gli ulteriori dubbi e ragioni di perplessità in ordine alla restrizione della concorrenza;
- laddove vi siano giustificate ragioni per non ricorrere a un affidamento esterno integrale, è legittimo configurare, quantomeno, un modello organizzativo in cui ricorrano due garanzie:
  - 1) che vi sia una sostanziale equiparazione tra gara per l'affidamento del servizio pubblico e gara per la scelta del socio, in cui quest'ultimo si configuri come un "socio industriale od operativo", il quale concorre materialmente allo svolgimento del servizio pubblico o di fasi dello stesso; il che vuol dire effettuazione di una gara che con la scelta del socio definisca anche l'affidamento del servizio operativo;
  - 2) che si preveda un rinnovo della procedura di selezione "alla scadenza del periodo di affidamento", evitando così che il socio divenga "socio stabile" della società mista, possibilmente prescrivendo che sin dagli atti di gara per la selezione del socio privato siano chiarite le modalità per l'uscita del socio stesso (con liquidazione della sua posizione), per il caso in cui all'esito della successiva gara egli risulti non più aggiudicatario.

Con riguardo allo specifico dettato normativo, costituito dall'art. 9-bis, comma 1, del d.lgs. n. 502/1992, secondo cui "Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, autorizzano programmi di sperimentazione aventi a oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra strutture del Servizio sanitario nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato", la normativa richiamata non permette certo l'affidamento diretto del servizio alla società stessa. Diversamente opinando, si tratterebbe di norma da disapplicare siccome contraria ai principi del Trattato. E' sufficiente, al riguardo, rilevare che l'oggetto sociale esclusivo non va inteso come divieto delle società così dette multiutilities, ma rafforza la regola dell'esclusività evitando che dopo l'affidamento la società possa andare a fare altro (Cons. Stato, sez. III, 25 settembre 2007, n. 322 e sez. II, 18 aprile 2007, n. 456). Pertanto, contestualmente alla scelta con gara del socio gestore il servizio, occorre definire quanto meno le caratteristiche principali della gestione stessa (ossia condizioni, modalità e durata) e cioè che al momento della scelta del socio mediante procedure a evidenza pubblica fosse stata definita e precisata, contrariamente a quanto accaduto, anche la gestione del servizio. Il che vuol dire che si deve stabilire, contestualmente alla scelta (previa gara) del socio che deve gestire il servizio, anche le caratteristiche della gestione stessa (ossia condizioni, modalità e durata).

Pertanto, alla luce dei principi chiariti dall'Adunanza plenaria del Consiglio di Stato n. 1 del 03/03/2008, tenuto conto che la Commissione CE ha ritenuto di individuare due tipi di partenariato pubblico-privato: il tipo "puramente contrattuale" e quello "istituzionalizzato" (coincidente con la società mista pubblico-privato), preso atto delle criticità rilevate in sede di analisi degli atti relativi alla procedura di gara predisposti in esecuzione delle DGR n. 745/2009 e DGR n. 1164/2009

si propone alla Giunta regionale, in sostituzione dell'autorizzazione concessa con la DGR n.1164/2009, di:

- autorizzare la ASL BR a procedere con gara pubblica, secondo le modalità previste nel D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 "Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture", per la concessione di servizio per la gestione del Presidio di Riabilitazione di Ceglie Messapica;
- stabilire che la gestione del Presidio ospedaliero di Riabilitazione di Ceglie Messapica, ai sensi del R.R. n. 7/2017 relativo al Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle leggi di stabilità 2016-2017, riguarda:
  - n. 40 p.l. di neuroriabilitazione cod. 75;
  - n. 45 p.l. di recupero e riabilitazione cod. 56;
  - n. 20 p.l. di unità spinale cod. 28;
- stabilire che le tariffe da applicare per la remunerazione delle prestazioni sono quelle di cui alla DGR 951/2013 "D.M. 18 OTTOBRE 2012 Remunerazione delle Prestazioni di assistenza Ospedaliera, di riabilitazione, di lungodegenza e di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili dal SSR-Approvazione del nuovo tariffario regionale", ovvero quelle che dovessero essere approvate successivamente dalla Giunta regionale a seguito della revisione del tariffario nazionale;-
- stabilire che sia rispettata la normativa nazionale e regionale circa il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi relativi all'autorizzazione e all'accREDITAMENTO istituzionale dei predetti posti letto di riabilitazione.

In relazione ai punti 2) e 3): autorizzazione alla realizzazione del Centro Risvegli Extraospedaliero ed autorizzazione a procedere con gara pubblica ad una procedura aperta per la concessione di servizio per la gestione del Centro Risvegli

Il regolamento regionale n. 24 del 02/11/2011 ha disciplinato il Modello assistenziale riabilitativo e di presa in carico dei soggetti in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza, determinando, al contempo, il fabbisogno territoriale e i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'autorizzazione ed accREDITAMENTO delle strutture di riabilitazione extraospedaliera\_Centro Risvegli.

L'art. 9 del R.R. n. 24/2011 ad oggetto "Fabbisogno e localizzazione regionale delle strutture" ha previsto che:

*"Il fabbisogno regionale, nella prima fase di attuazione del presente provvedimento, deve prevedere l'attivazione di una struttura dotata di tutti i livelli assistenziali previsti per assicurare l'intero percorso riabilitativo, come precedentemente descritto, e dotate di un modulo per ciascun livello, per ciascuna macroarea in cui è ripartito l'intero territorio regionale, come individuate dalla l.r. n.23/2008, e, specificamente, una per la macroarea FG e BT, una per la macroarea BA ed una per la macroarea BR, LE e TA.*

*L'alloCuzione delle strutture può prevedere anche la riconversione di strutture già accREDITATE o in esercizio nella regione, secondo le procedure previste dall'art. 5 della l.r. n. 8/2005 e s.m.i..*

*Per la scelta del soggetto da autorizzare ed accREDITARE, fermo restando il rispetto di tutti i requisiti indicati nel presente regolamento, si devono considerare i seguenti criteri:*

- *localizzazione in area facilmente raggiungibile rispetto all'ambito territoriale di riferimento ed in posizione vicinore ad ospedali dotati di rianimazione, con facile accessibilità viaria;*
- *eventuali processi di riconversione di strutture accREDITATE o in esercizio in eccesso rispetto al fabbisogno."*



Il successivo regolamento regionale n. 11 del 7 giugno 2012 *"Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012 — Modifica ed Integrazione al Regolamento Regionale 16 dicembre 2010, n. 18 e s.m.i. di riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia."* ha previsto che all'art. 4 del R.R. n. 18/2010 fosse aggiunto il comma 2 ter che stabilisce:

*"2ter. Il fabbisogno territoriale delle strutture di riabilitazione extraospedaliera Centri Risveglio sarà soddisfatto attraverso l'attivazione delle stesse, da parte delle Aziende Sanitarie Locali, in strutture pubbliche allocate nei territori interessati dalla disattivazione degli ospedali di cui alle lettere b) e c) del precedente comma 1 nonché di cui alla lettera e) del precedente comma 1bis nel rispetto dei requisiti disposti dal Regolamento Regionale 2 novembre 2011, n. 24."*

Pertanto, considerato che:

- il Centro Risvegli Extraospedaliero, da fabbisogno regionale, deve essere attivato in strutture pubbliche e, nel caso specifico, uno per la macroarea BR, LE e TA;
- ogni Centro Risvegli deve essere dotato di un modulo per ciascun livello assistenziale, così come previsto nel R.R. n. 24/2011;
- il Centro Risvegli Extraospedaliero per la macroarea BR, LE e TA è stato ammesso a finanziamento con fondi regionali per l'ambito provinciale relativo alla ASL BR; tale intervento è qualificato di interesse prioritario per la Regione;
- la ASL BR ha manifestato la possibilità di realizzazione del Centro Risvegli Extraospedaliero nell'area di proprietà dell'Azienda ASL BR, adiacente al Presidio di Riabilitazione di Ceglie Messapica;
- che l'ubicazione del Centro Risvegli in prossimità di una struttura ospedaliera di riabilitazione ben si coniuga con l'esigenza di garantire ai pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza, dopo la dimissione dalle U.O. di rianimazione, tutta la filiera di assistenza e di prestazioni riabilitative che partono dalla riabilitazione cod. 75, cod. 28 e cod. 56 per giungere alla riabilitazione extraospedaliera, propria del Centro risvegli, declinata in Unità di Riabilitazione post acuta Intensiva, Unità di Riabilitazione post acuta Estensiva e Speciali Unità di Accoglienza Permanente per GCA (SUAP\_GCA)

si propone alla Giunta regionale di:

- autorizzare la ASL BR a procedere con gara pubblica, secondo le modalità previste nel D.lgs. 18 aprile 2016, n. 50, per la realizzazione del Centro Risvegli Extraospedaliero;
- autorizzare la ASL BR a procedere con gara pubblica, secondo le modalità previste nel D.lgs. 18 aprile 2016, n. 50, per la concessione di servizio per la gestione del Presidio di Riabilitazione di Ceglie Messapica;
- stabilire che il Centro Risvegli Extraospedaliero, ai sensi del R.R. n. 24/2011, sia composto da:
  - n. 1 modulo pari a n. 10 p.l. di Unità di Riabilitazione post acuta Intensiva per soggetto con grave cerebrolesione acquisita GCA (URI\_GCA) *in regime residenziale*;
  - n. 1 modulo pari a n. 10 p.l. di Unità di Riabilitazione post acuta Estensiva per GCA (URE\_GCA) *in regime residenziale*;
  - n. 1 modulo pari a n. 10 posti utente di Unità di Riabilitazione Estensiva per GCA (URE\_GCA) *in regime semi residenziale* ;
  - n. 1 modulo pari a n. 15 p.l. di Speciale Unità di Accoglienza Permanente per GCA (SUAP\_GCA).
- stabilire che le tariffe da applicare per la remunerazione delle prestazioni erogate all'interno delle Unità riabilitative del Centro risvegli sono quelle stabilite con il presente provvedimento e di cui si dirà innanzi;
- stabilire che sia rispettato il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi relativi all'autorizzazione e all'accreditamento istituzionale dei posti letto/posti utente di unità Centro Risvegli previsti dal R.R. n. 24/2011.

Occorre, a questo punto, nel rispetto della previsione di cui alla legge regionale n.9/2017, art. 3, comma 2, ovvero che con atto deliberativo la Giunta regionale determina il corrispettivo delle prestazioni per gli

accreditati/contrattualizzati, procedere a determinare le tariffe di riferimento regionale per le varie Unità di Riabilitazione presenti all'interno del Centro Risvegli.

Per la determinazione delle tariffe si utilizzano i criteri di calcolo dei costi così come esplicitati di seguito. Si ribadisce che i costi sono stati ricavati tenendo conto dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi esplicitati nel Regolamento regionale n. 24/2011.

#### **Definizione delle tariffe per la Struttura Residenziale Extraospedaliera SRE Centro Risvegli.**

Le tariffe sono calcolate per ciascuna tipologia assistenziale di cui è costituita la Struttura Residenziale Extraospedaliera Centro Risvegli.

Il costo del personale è determinato in applicazione del vigente CCNL AIOP RSA per il personale sanità privata.

I costi generali riferiti alle strutture a maggiore complessità (URI ed URE residenziale) costituiscono il 30% del costo totale, in considerazione del fatto che nel calcolo dei costi generali di tali strutture è inclusa la maggior quota delle spese per consulenze specialistiche, guardia medica notturna/festiva ed assistenza sociale.

I costi generali riferiti alle strutture a minore complessità (URE semiresidenziale Centro Diurno e SUAP) costituiscono il 20% del costo totale.

Nei costi generali sono comprese le seguenti voci:

- direzione sanitaria
- consulenze
- guardia medica
- assistenza sociale
- personale amministrativo
- fitto catering
- pulizia
- materiale di consumo
- utenze
- manutenzioni attrezzature e impianti tecnologici

Si allegano le tabelle con il calcolo analitico dei costi e con la determinazione delle tariffe.

CENTRO RISVEGLI - UNITA' DI RIABILITAZIONE INTENSIVA_GCA residenziale modulo da 10 p.l.		
	COSTO UNITARIO	COSTO TOTALE
3 MEDICI	58.594,98	175.784,94
1 PSICOLOGO	35.962,51	35.962,51
1 LOGOPEDISTA	28.313,15	28.313,15
6 FISIOTERAPISTI	28.313,15	169.878,90
7 INFERMIERI	28.313,15	198.192,05
12 OSS	25.717,29	308.607,48
TOTALE costo del personale		916.739,03
TOTALE costi generali 30%		392.888,15
TOTALE costi URI residenziale		1.309.627,18
<b>tariffa per utente per 365 gg.deg./anno</b>		<b>€ 358,80</b>



CENTRO RISVEGLI - UNITA' DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA_GCA residenziale modulo da 10 p.l.		
	COSTO UNITARIO	COSTO TOTALE
1 MEDICI	58.594,98	58.594,98
1 LOGOPEDISTA	28.313,15	28.313,15
3 FISIOTERAPISTI	28.313,15	84.939,45
2 INFERMIERI	28.313,15	56.626,30
8 OSS	25.717,29	205.738,32
TOTALE costo del personale		434.212,20
TOTALE costi generali 30%		186.090,94
TOTALE costi URE residenziale		620.303,14
<b>tariffa per utente per 365 gg.deg./anno</b>		<b>€ 169,94</b>

CENTRO RISVEGLI - UNITA' DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA_GCA semiresidenziale modulo da 10 posti		
	COSTO UNITARIO	COSTO TOTALE
1 EDUCATORE PROF.	28.313,15	28.313,15
1 LOGOPEDISTA	28.313,15	28.313,15
1 FISIOTERAPISTI	28.313,15	28.313,15
3 OSS	25.717,29	75.513,87
TOTALE costo del personale		160.453,32
TOTALE costi generali 20%		40.113,33
TOTALE costi URE semiresidenziale		200.566,65
<b>tariffa per utente per 280 gg.deg./anno</b>		<b>€71,63</b>

CENTRO RISVEGLI - SPECIALE UNITA' DI ACCOGLIENZA PERMANENTE PER GCA residenziale modulo da 15 posti letto		
	COSTO UNITARIO	COSTO TOTALE
2 FISIOTERAPISTI	28.313,15	56.626,30
10 OSS	25.717,29	257.172,90
TOTALE costo del personale		313.799,20
TOTALE costi generali 20%		78.449,80
TOTALE costi URE semiresidenziale		392.249,00
<b>tariffa per utente per 365 gg.deg./anno</b>		<b>€ 71,64</b>

Si precisa che, secondo il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" sono esclusi dal calcolo dei posti letto ospedalieri considerati equivalenti i posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, comunque classificate e denominate, per i quali le regioni coprono un costo giornaliero a carico del Servizio sanitario regionale pari o superiore ad un valore soglia pari alla tariffa regionale giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera, ad eccezione dei posti presso: le strutture sanitarie con specifica finalità assistenziale di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38 per le cure palliative e la terapia del dolore, le strutture sanitarie territoriali per la salute mentale, le strutture extra-ospedaliere di cui al capitolo 4, lettera c), paragrafo Riabilitazione intensiva del documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione, allegato all'Accordo sancito il 10 febbraio 2011 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano (repertorio 30/CSR-2011), nonché le strutture sanitarie residenziali territoriali per i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 5 maggio 2011 (repertorio n. 44/CU-2011).

Pertanto, i posti letto di URI\_GCA residenziale e URE\_GCA residenziale, per i quali si propone una tariffa giornaliera di degenza pari rispettivamente ad € 358,80 ed € 169,94, che supera la tariffa regionale giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera, sono esclusi dal calcolo dei posti letto ospedalieri considerati equivalenti.

#### **COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R. n.28/2001 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONE ED INTEGRAZIONI**

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.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del seguente atto finale ai sensi della L. R. n. 7/97, art. 4, lett. k.

#### **LA GIUNTA**

- Udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente schema di provvedimento dai Responsabili delle A.P "Riabilitazione - Strutture residenziali e semiresidenziali, centri diurni e ambulatoriali — Strutture sociosanitarie", dal Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale e dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge;

#### **DELIBERA**

Per le motivazioni espresse in premessa che quivi si intendono integralmente riportate:

- di autorizzare la ASL BR a procedere con gara pubblica, secondo le modalità previste nel D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 *Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture*", per la concessione di servizio per la gestione del Presidio di Riabilitazione di Ceglie Messapica;
- di stabilire che la gestione del Presidio ospedaliero di Riabilitazione di Ceglie Messapica, ai sensi del R.R. n. 7/2017 relativo al Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle leggi di stabilità 2016-2017, riguarda:
  - n. 40 p.l. di neuroriabilitazione cod. 75;
  - n. 45 p.l. di recupero e riabilitazione cod. 56;
  - n. 20 p.l. di unità spinale cod. 28;
- di stabilire che le tariffe da applicare per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera sono quelle di cui alla DGR 951/2013 *"D.M. 18 OTTOBRE 2012 Remunerazione delle Prestazioni di assistenza Ospedaliera, di riabilitazione, di lungodegenza e di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili dal SSR-Approvazione del nuovo tariffario regionale"*, ovvero quelle che dovessero essere approvate successivamente dalla Giunta regionale a seguito della revisione del tariffario nazionale;
- di stabilire che sia rispettata la normativa nazionale e regionale circa il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi relativi all'autorizzazione e all'accreditamento istituzionale dei predetti posti letto di riabilitazione;

- di autorizzare la ASL BR a procedere con gara pubblica, secondo le modalità previste nel D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50, per la realizzazione del Centro Risvegli Extraospedaliero;
- di autorizzare la ASL BR a procedere con gara pubblica, secondo le modalità previste nel D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50, per la concessione di servizio per la gestione del Presidio di Riabilitazione di Ceglie Messapica;
- di stabilire che il Centro Risvegli Extraospedaliero, ai sensi del R.R. n. 24/2011, sia composto da:
  - n. 1 modulo pari a n. 10 p.l. di Unità di Riabilitazione post acuta Intensiva per soggetto con grave cerebrolesione acquisita GCA (URI\_GCA) *in regime residenziale*;
  - n. 1 modulo pari a n. 10 p.l. di Unità di Riabilitazione post acuta Estensiva per GCA (URE\_GCA) *in regime residenziale*;
  - n. 1 modulo pari a n. 10 posti utente di Unità di Riabilitazione Estensiva per GCA (URE\_GCA) *in regime semi residenziale* ;
  - n. 1 modulo pari a n. 15 p.l. di Speciale Unità di Accoglienza Permanente per GCA (SUAP\_GCA).
- di stabilire che le tariffe da applicare per la remunerazione delle prestazioni erogate all'interno delle Unità riabilitative del Centro risvegli sono le seguenti:

tariffa giornaliera URI_GCA residenziale	€ 358,80
tariffa giornaliera URE_GCA residenziale	€ 169,94
tariffa giornaliera URE_GCA semiresidenziale	€ 71,63
tariffa giornaliera SUAP_GCA residenziale	€ 71,64

- di precisare che i posti letto di URI\_GCA residenziale e URE\_GCA residenziale, per i quali si è stabilita una tariffa giornaliera di degenza pari rispettivamente ad € 358,80 ed € 169,94, che supera la tariffa regionale giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera, sono esclusi dal calcolo dei posti letto ospedalieri considerati equivalenti;
- stabilire che sia rispettato il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi relativi all'autorizzazione e all'accreditamento istituzionale dei posti letto/posti utente di unità Centro Risvegli previsti dal R.R. n. 24/2011;
- di notificare il presente provvedimento ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali e alla Sezione Amministrazione, Finanze e Controlli;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 13/94, e sul Portale regionale della Salute [www.sanita.puglia.it](http://www.sanita.puglia.it);

Il segretario della Giunta  
dott.a Carmela Moretti

Il Presidente della Giunta  
dott. Michele Emiliano