

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 16 luglio 2020, n. 1105

**MODIFICHE ALLE DGR N. 1494/2009, DGR N. 951/2013, N. DGR N. 881/2019 - APPROVAZIONE MODIFICHE DA INTRODURRE NELLO SCHEMA TIPO - ACCORDO CONTRATTUALE EX ART. 8 QUINQUIES DEL D.L. VO 502/92 E SS.MM.II. – STRUTTURE ISTITUZIONALMENTE ACCREDITATE PER ATTIVITÀ IN REGIME DI RICOVERO (CASE DI CURA). MODIFICA DELLA D.G.R. N. 525/2020.**

Il Presidente, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente del Servizio e confermata dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'offerta 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, così come modificata dalla L.R. n.9/2017, ha disciplinato la materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e alla stipula degli accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private nella Regione Puglia.
- Con la delibera n. 1494 del 4 agosto 2009 (*Accordi contrattuali per l'anno 2009-Linee guida*), la Giunta Regionale ha regolamentato i criteri per le Aziende Sanitarie Locali, per definire, con le strutture private accreditate, gli accordi contrattuali ex art. 8 *quinquies* del D. L.vo 502/92 e s.m.i..
- La L. R. del 9 febbraio 2011, n. 2, ha approvato il *“Piano di rientro e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012”*. Detto Piano, tra l'altro, ha richiamato e confermato, per tutto il periodo di validità dello stesso, le regole definite con la D.G.R. n. 1494/2009. Il piano di rientro ha, altresì, disposto tra le iniziative da intraprendere da parte della Regione, il monitoraggio degli accordi contrattuali stipulati dalle Aziende Sanitarie Locali con le strutture private accreditate, oltre al monitoraggio dei tetti di spesa fissati per le stesse strutture private accreditate, ivi comprese quelle che erogano prestazioni in regime di ricovero.
- Con provvedimento di Giunta Regionale n. 1454 del 25 settembre 2017, pubblicata sul Burp n. 114 del 2/10/2017, si disponeva il perimetro di efficacia della DGR n. 1299/2017, espungendo dal relativo ambito, i punti 6) e 7) della DGR 910/2017, e, dunque il regime di prestazioni UTIC ed il vincolo finanziario per le prestazioni extraregionali.
- Con provvedimento di G.R. n. 673/2019, è stata adottata la deliberazione avente ad oggetto : *“ Modifica ed integrazione della DGR 1494/2009 e revoca dei provvedimenti giuntali: DGR n. 981/2016; DGR n. 910/2017. Determinazione dei criteri di ripartizione del fondo unico di remunerazione anno 2019 per pazienti residenti nella Regione Puglia ed extraregionali - : STRUTTURE ISTITUZIONALMENTE ACCREDITATE PER ATTIVITÀ IN REGIME DI RICOVERO (CASE DI CURA) – “.*
- Con deliberazione di giunta regionale del 15 maggio 2019 n. 881 si è proceduto ad approvare e riproporre lo Schema tipo - dell' accordo contrattuale ex art. 8 *quinquies* del d.l. vo 502/92 e ss.mm.ii. – strutture istituzionalmente accreditate per attività in regime di ricovero (CASE DI CURA) -
- Nella seduta del 18/12/2019, a conclusione di una serie di incontri finalizzati a definire, con le OO.RR. datoriali, la programmazione per l'anno 2020 (cfr: verbali del 5.2.2019, del 7.8.2019; dell' 8.11.2019) si concordava di prevedere :

a) che per l'anno 2020, ad ogni Casa di Cura, venissero assegnati gli stessi valori economici già attribuiti nel corso dell'anno 2019, ivi compresi i limiti di finanziamento e le modalità di erogazione e di liquidazione delle prestazioni extraregionali. Tanto si rendeva necessario in attesa di istituire un tavolo tecnico che potesse definire un nuovo percorso di assegnazione, preferibilmente per più anni, al fine di consentire una programmazione a lungo termine. Nella suddetta prospettiva, la scelta conservativa, condivisa dalle OO.RR. datoriali ( cioè quella di confermare per il 2020 i tetti di spesa già assegnati nell'anno 2019, che altro non erano che quelli attribuiti negli anni 2018 e 2017, rivenienti dai volumi economici assegnati nel corso dell'anno 2016) si giustificava in funzione della circostanza che l'anno 2016, costituiva l'ultimo esercizio utile di riferimento, in cui era stata applicata la DGR n. 1494/2009 (cfr.: C.d.S. 28/10/2019 n. 2076). .

b) un incremento del 2% delle tariffe DRG per fascia previa modifica della Deliberazione di Giunta Regionale n. 951/2013, e quindi una rimodulazione delle tariffe rapportata alla seguente declaratoria:

- 1) Classe A) al 100%
- 2) Classe B) al 94%
- 3) Classe C) al 87%

Resta inteso che dette tariffe sono applicate al 100% per le AA.OO, gli IRCCS pubblici, gli Enti Ecclesiastici e l'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza

c) Disapplicazione dell'istituto relativo alla regressione tariffaria prevista dalla DGR n. 1494/2009 ( 15% sulla parte del fatturato dall'80% al 100% del dodicesimo mensile).

Per quanto sopra rappresentato, si manifesta le volontà emerse in sede di confronto con le Organizzazioni datoriali :

1. di confermare, per l'anno 2020 e per ogni singola casa di Cura, i volumi economici già assegnati nel corso dell'anno 2019, fermo restando la facoltà demandata ai DD.GG. delle ASL di stabilire, sulla base del proprio fabbisogno, volumi e tipologie di prestazioni da acquistare. Inoltre, i DD.GG. delle ASL potranno tener conto del rispetto delle pre intese sottoscritte con le Case di Cura private, recepite con il R.R. n. 23/2019, e della conseguente rimodulazione dell'offerta sanitaria a livello regionale. Per quanto riguarda le modalità erogative e l'utilizzo del tetto di spesa, che rimane svincolato, limitatamente all'anno 2020, dal dodicesimo e dall'attribuzione per disciplina, si rimanda a quanto già disciplinato dalla D.G.R. n. 525/2020, che qui si intende interamente richiamata;

2. di confermare il tetto di spesa complessivo regionale per le prestazioni rese dalle strutture private accreditate a favore dei pazienti extraregionali, tale da ridurre la spesa annua del 2% rispetto a quella consuntivata nel corso dell'anno 2015, che ammonta, per le Case di Cura, a complessivi € 36.156.337,00 di cui quanto a € 23.558.868,00 per prestazioni di Alta Complessità (con riferimento ai DRG così come definiti nell'Accordo Interregionale per la Compensazione della Mobilità Sanitaria anni 2014/2015/2016 ) e quanto ad € 12.597.469,00 per prestazioni di media e bassa complessità. L'importo di € 12.597.469,00 abbattuto del 2% equivale a € 12.345.519,62;

3. di espungere dalla deliberazione di Giunta Regionale n. 951 del 13.05.2013, nella Sezione - Prestazioni Assistenza Ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero diurno -, la parte relativa alla valorizzazione delle prestazioni a favore degli Ospedali degli IRCCS privati e delle Case di Cura Private, che si intenderà così ritrascritta :

" .....Per quanto attiene invece, gli Ospedali degli IRCCS privati e delle Case di Cura Private, la valorizzazione delle tariffe dei DRG, comprensivi di protesi, di dispositivi medici e del relativo impianto, sarà commisurata in relazione alla classificazione delle strutture, secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento, secondo la seguente declaratoria :

1. Classe A) al 100%
2. Classe B) al 94%
3. Classe C) al 87% "

Resta inteso che dette tariffe sono applicate al 100% per le AA.OO, gli IRCCS pubblici, gli Enti Ecclesiastici e l'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza.

4. di espungere - in conformità alla Legge regionale n.4/2003, art. 30 - dalla deliberazione di Giunta Regionale del 4/8/2009 n. 1494 quanto riportato nell'allegato **1)** - Criteri Accordi Contrattuali CASE DI CURA PRIVATE Istituzionalmente o Provvisoriamente Accreditate -, e precisamente dopo il punto 5)" l'accezione : " *Nell'ambito del tetto di spesa assegnato a ciascuna Casa di Cura, alle prestazioni erogate tra l'80% ed il 100% del volume stabilito con i criteri di cui innanzi, si applica una regressione tariffaria pari al 15% ai sensi dell'art. 17 della L.R. n. 26/2006*", deve intendersi cassata. Di conseguenza tutte le prestazioni, comprensive di protesi o di ausili, saranno pagate a tariffa intera secondo il tariffario regionale, e comunque

*fino alla concorrenza dei tetti di spesa assegnati per singola disciplina. Tale disposizione si applica anche alle prestazioni extraregionali, che non sono da assoggettarsi a regressione tariffaria;*

5. di espungere, dal contratto tipo, recepito con DGR del 15.5.2019 n.881 pubblicata sul BURP n. 64 dell'11/6/2019, l'accezione riportata al comma 2) dell'art. 3) in ordine alle tariffe regressive che si intenderà così ritrascritto: *“L'azienda ASL xxxxxxxxxx, retribuisce le prestazioni in base alla tariffe regionali vigenti per la fascia di appartenenza dell'erogatore senza l'applicazione dell'istituto delle tariffe regressive previsto dal disposto dalla DGR n. 1494/2009 (tra l'80% ed il 100% del volume stabilito, si applica una regressione tariffaria pari al 15%). Pertanto, le prestazioni saranno remunerate senza regressioni tariffarie, fino al raggiungimento del relativo*

*“tetto annuo di remunerazione a tariffa intera” corrispondente al 100% del tetto di spesa invalicabile, distinto per ogni singola disciplina;*

6. di confermare il tetto di spesa complessivo regionale per le prestazioni rese dalle strutture private accreditate a favore dei pazienti extraregionali, nonché i criteri di liquidazione richiamati nella DGR n. 1454/2017 e confermati nelle DD.GG.RR. n. 673/2019 e n. 881/2019. Tale spesa, ridotta del 2% (limitatamente alle prestazioni di media e bassa complessità) rispetto a quella consuntivata nel corso dell'anno 2015, ammonta, per le Case di Cura, a complessivi € 36.156.337,00 di cui quanto a € 23.558.868,00 per prestazioni di Alta Complessità (con riferimento ai DRG così come definiti nell'Accordo Interregionale per la Compensazione della Mobilità Sanitaria anni 2014/2015/2016) e quanto ad € 12.597.469,00 per prestazioni di media e bassa complessità. L'importo di € 12.597.469,00 abbattuto del 2% equivale a € 12.345.519,62;

7. di confermare tutto il contenuto del contratto tipo che non è stato modificato dal presente provvedimento, ivi compresa la clausola di salvaguardia di cui all'art. 8 del contratto che ha superato il vaglio della giustizia amministrativa di I° e II° grado (cfr. per ultimo sentenze C.d.S n. 2075/2019, n. 2076/2019 e n. 2077/2019);

8. di stabilire che tutte le modifiche introdotte con il presente provvedimento trovano applicazione a far tempo dall'1/1/2020;

9. di stabilire che i Direttori Generali, dovranno predisporre gli addendum entro il 31/8/2020 con riferimento alla contrattazione annuale (già definita), in conformità alle disposizioni di cui al presente provvedimento, dandone successiva comunicazione alla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, circa l'avvenuta ovvero mancata sottoscrizione;

10. di stabilire a far tempo dall'1/8/2020 la disapplicazione di quanto previsto nella D.G.R. n. 525/2020, in ordine alla anticipazione alle strutture private accreditate dell'acconto del 95% del dodicesimo, avendo a riferimento i tetti di spesa per i pazienti residenti nella Regione Puglia, essendo venuta meno la ratio della sospensione delle attività sanitarie nel periodo emergenziale SARS- CoV- 2. Tale previsione potrà essere ripristinata qualora dovesse mutare il quadro epidemiologico ed a seguito di precise disposizioni nazionali in materia;

11. di prendere atto dell'art. 45 co. 1 ter della Legge n. 157 del 19/12/2019 che dispone: “A decorrere dall'anno 2020, il limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e' rideterminato nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale”. Tale disposizione troverà piena attuazione a seguito dei chiarimenti che il Ministero della Salute fornirà in merito, richiesti dal Dipartimento “Promozione della Salute, del Benessere sociale e Sport per Tutti” in data 9 luglio 2020, anche in considerazione della circostanza che “l'equilibrio di bilancio” viene comunque soddisfatto dalla Regione Puglia utilizzando risorse del proprio bilancio autonomo.

12. di prevedere che la redistribuzione delle risorse aggiuntive, rivenienti dall'applicazione delle disposizioni di cui all'art. 45 co. 1 ter della Legge n. 157 del 19/12/2019, saranno definiti, sentite le OO.RR. datoriali;

#### **COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. n. 118/2011 E SS.MM.II**

La presente deliberazione NON COMPORTA implicazioni dirette e/o indirette, di natura economico – finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

La presente deliberazione NON COMPORTA implicazioni di natura finanziaria sul Fondo sanitario Regionale.

Il Presidente sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale ai sensi dell'art. 4, co. 4 lett. K) della L.R. n.7/1997 :

1. di confermare, per l'anno 2020 e per ogni singola casa di Cura, i volumi economici già assegnati nel corso dell'anno 2019, fermo restando la facoltà demandata ai DD.GG. delle ASL di stabilire, sulla base del proprio fabbisogno, volumi e tipologie di prestazioni da acquistare. Inoltre, i DD.GG. delle ASL potranno tener conto del rispetto delle pre intese sottoscritte con le Case di Cura private, recepite con il R.R. n. 23/2019, e della conseguente rimodulazione dell'offerta sanitaria a livello regionale. Per quanto riguarda le modalità erogative e l'utilizzo del tetto di spesa, che rimane svincolato, limitatamente all'anno 2020, dal dodicesimo e dall'attribuzione per disciplina, si rimanda a quanto già disciplinato dalla D.G.R. n. 525/2020, che qui si intende interamente richiamata;

2. di confermare il tetto di spesa complessivo regionale per le prestazioni rese dalle strutture private accreditate a favore dei pazienti extraregionali, tale da ridurre la spesa annua del 2% rispetto a quella consuntivata nel corso dell'anno 2015, che ammonta, per le Case di Cura, a complessivi € 36.156.337,00 di cui quanto a € 23.558.868,00 per prestazioni di Alta Complessità (con riferimento ai DRG così come definiti nell'Accordo Interregionale per la Compensazione della Mobilità Sanitaria anni 2014/2015/2016) e quanto ad € 12.597.469,00 per prestazioni di media e bassa complessità. L'importo di € 12.597.469,00 abbattuto del 2% equivale a € 12.345.519,62;

3. di espungere dalla deliberazione di Giunta Regionale n. 951 del 13.05.2013, nella Sezione - Prestazioni Assistenza Ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero diurno -, la parte relativa alla valorizzazione delle prestazioni a favore degli Ospedali degli IRCCS privati e delle Case di Cura Private, che si intenderà così ritrascritta :

" .....Per quanto attiene invece, gli Ospedali degli IRCCS privati e delle Case di Cura Private, la valorizzazione delle tariffe dei DRG, comprensivi di protesi, di dispositivi medici e del relativo impianto, sarà commisurata in relazione alla classificazione delle strutture, secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento, secondo la seguente declaratoria :

1. Classe A) al 100%
2. Classe B) al 94%
3. Classe C) al 87% "

Resta inteso che dette tariffe sono applicate al 100% per le AA.OO, gli IRCCS pubblici, gli Enti Ecclesiastici e l'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza.

4. di espungere - in conformità alla Legge regionale n.4/2003, art. 30 - dalla deliberazione di Giunta Regionale del 4/8/2009 n. 1494 quanto riportato nell'allegato 1) - Criteri Accordi Contrattuali CASE DI CURA PRIVATE Istituzionalmente o Provvisoriamente Accreditate -, e precisamente dopo il punto 5) l'accezione : " Nell'ambito del tetto di spesa assegnato a ciascuna Casa di Cura, alle prestazioni erogate tra l'80% ed il 100% del volume stabilito con i criteri di cui innanzi, si applica una regressione tariffaria pari al 15% ai sensi dell'art. 17 della L.R. n. 26/2006", deve intendersi cassata. Di conseguenza tutte le prestazioni, comprensive di protesi o di ausili, saranno pagate a tariffa intera secondo il tariffario regionale, e comunque fino alla concorrenza dei tetti di spesa assegnati per singola disciplina. Tale disposizione si applica anche alle prestazioni extraregionali, che non sono da assoggettarsi a regressione tariffaria;

5. di espungere, dal contratto tipo, recepito con DGR del 15.5.2019 n.881 pubblicata sul BURP n. 64 dell'11/6/2019, l'accezione riportata al comma 2) dell'art. 3) in ordine alle tariffe regressive che si intenderà così ritrascritto : " L'azienda ASL xxxxxxxxxx, retribuisce le prestazioni in base alle tariffe regionali vigenti per la fascia di appartenenza dell'erogatore senza l'applicazione dell'istituto delle tariffe regressive previsto dal disposto dalla DGR n. 1494/2009 ( tra l'80% ed il 100% del volume stabilito, si applica una regressione tariffaria pari al 15%). Pertanto, le prestazioni saranno remunerate senza regressioni tariffarie, fino al raggiungimento del relativo

“ tetto annuo di remunerazione a tariffa intera” corrispondente al 100% del tetto di spesa invalicabile, distinto per ogni singola disciplina;

6. di confermare il tetto di spesa complessivo regionale per le prestazioni rese dalle strutture private accreditate a favore dei pazienti extraregionali, nonché i criteri di liquidazione richiamati nella DGR n. 1454/2017 e confermati nelle DD.GG.RR. n. 673/2019 e n. 881/2019. Tale spesa, ridotta del 2% ( limitatamente alle prestazioni di media e bassa complessità) rispetto a quella consuntivata nel corso dell'anno 2015, ammonta, per le Case di Cura, a complessivi € 36.156.337,00 di cui quanto a € 23.558.868,00 per prestazioni di Alta Complessità (con riferimento ai DRG così come definiti nell'Accordo Interregionale per la Compensazione della Mobilità Sanitaria anni 2014/2015/2016) e quanto ad € 12.597.469,00 per prestazioni di media e bassa complessità. L'importo di € 12.597.469,00 abbattuto del 2% equivale a € 12.345.519,62;

7. di confermare tutto il contenuto del contratto tipo che non è stato modificato dal presente provvedimento, ivi compresa la clausola di salvaguardia di cui all'art. 8 del contratto che ha superato il vaglio della giustizia amministrativa di I° e II° grado ( cfr. per ultimo sentenze C.d.S n. 2075/2019, n. 2076/2019 e n. 2077/2019);

8. di stabilire che tutte le modifiche introdotte con il presente provvedimento trovano applicazione a far tempo dall'1/1/2020;

9. di stabilire che i Direttori Generali, dovranno predisporre gli addendum entro il 31/8/2020 con riferimento alla contrattazione annuale (già definita), in conformità alle disposizioni di cui al presente provvedimento, dandone successiva comunicazione alla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, circa l'avvenuta ovvero mancata sottoscrizione;

10. di stabilire a far tempo dall'1/8/2020 la disapplicazione di quanto previsto nella D.G.R .. n. 525/2020, in ordine alla anticipazione alle strutture private accreditate dell'acconto del 95% del dodicesimo, avendo a riferimento i tetti di spesa per i pazienti residenti nella Regione Puglia, essendo venuta meno la ratio della sospensione delle attività sanitarie nel periodo emergenziale SARS-CoV-2. Tale previsione potrà essere ripristinata qualora dovesse mutare il quadro epidemiologico ed a seguito di precise disposizioni nazionali in materia;

11. di prendere atto dell'art. 45 co. 1 ter della Legge n. 157 del 19/12/2019 che dispone: “A decorrere dall'anno 2020, il limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e' rideterminato nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale”. Tale disposizione troverà piena attuazione a seguito dei chiarimenti che il Ministero della Salute fornirà in merito, richiesti dal Dipartimento “Promozione della Salute, del Benessere sociale e Sport per Tutti” in data 9 luglio 2020, anche in considerazione della circostanza che “l'equilibrio di bilancio” viene comunque soddisfatto dalla Regione Puglia utilizzando risorse del proprio bilancio autonomo.

12. di prevedere che la redistribuzione delle risorse aggiuntive, rivenienti dall'applicazione delle disposizioni di cui all'art. 45 co. 1 ter della Legge n. 157 del 19/12/2019, saranno definiti, sentite le OO.RR. datoriali;

13. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia sul sito [www.regione.puglia.it](http://www.regione.puglia.it) e sul portale regionale sanitario [www.sanita.puglia.it](http://www.sanita.puglia.it) ;

14. di NOTIFICARE il presente provvedimento a cura della Sezione SGO a tutte le rappresentanze e associazioni di categoria interessate nonché a tutti i soggetti interessati.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato è stato espletato nel rispetto della normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, dagli stessi predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

**Il Responsabile P.O.**

(Antonella Caroli)

**Dirigente del Servizio***(Vito Carbone)***Il Dirigente della Sezione Strategia e Governo dell'Offerta***(Giovanni Campobasso)*

Il Direttore del Dipartimento per la Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti  
Ai sensi dell'art. 18, co. 1, Decreto del Presidente della Giunta Regionale 31 luglio 2015, n.443 e ss.mm.ii.

NON RAVVISA

Il DIRETTORE di Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport

per Tutti: **Vito MONTANARO**

IL PRESIDENTE: **dott. Michele EMILIANO**

**LA GIUNTA**

- Udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce alla proposta di deliberazione;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge.

**DELIBERA**

di confermare, per l'anno 2020 e per ogni singola casa di Cura, i volumi economici già assegnati nel corso dell'anno 2019, fermo restando la facoltà demandata ai DD.GG. delle ASL di stabilire, sulla base del proprio fabbisogno, volumi e tipologie di prestazioni da acquistare. Inoltre, i DD.GG. delle ASL potranno tener conto del rispetto delle pre intese sottoscritte con le Case di Cura private, recepite con il R.R. n. 23/2019, e della conseguente rimodulazione dell'offerta sanitaria a livello regionale. Per quanto riguarda le modalità erogative e l'utilizzo del tetto di spesa, che rimane svincolato, limitatamente all'anno 2020, dal dodicesimo e dall'attribuzione per disciplina, si rimanda a quanto già disciplinato dalla D.G.R. n. 525/2020, che qui si intende interamente richiamata;

2. di confermare il tetto di spesa complessivo regionale per le prestazioni rese dalle strutture private accreditate a favore dei pazienti extraregionali, tale da ridurre la spesa annua del 2% rispetto a quella consuntivata nel corso dell'anno 2015, che ammonta, per le Case di Cura, a complessivi € 36.156.337,00 di cui quanto a € 23.558.868,00 per prestazioni di Alta Complessità (con riferimento ai DRG così come definiti nell'Accordo Interregionale per la Compensazione della Mobilità Sanitaria anni 2014/2015/2016 ) e quanto ad € 12.597.469,00 per prestazioni di media e bassa complessità. L'importo di € 12.597.469,00 abbattuto del 2% equivale a € 12.345.519,62;

3. di espungere dalla deliberazione di Giunta Regionale n. 951 del 13.05.2013, nella Sezione - Prestazioni Assistenza Ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero diurno - , la parte relativa alla valorizzazione delle prestazioni a favore degli Ospedali degli IRCCS privati e delle Case di Cura Private, che si intenderà così ritrascritta :

“ .....Per quanto attiene invece, gli Ospedali degli IRCCS privati e delle Case di Cura Private, la valorizzazione delle tariffe dei DRG, comprensivi di protesi, di dispositivi medici e del relativo impianto, sarà commisurata in relazione alla classificazione delle strutture, secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento, secondo la seguente declaratoria :

1. Classe A) al 100%
2. Classe B) al 94%
3. Classe C) al 87% ”

Resta inteso che dette tariffe sono applicate al 100% per le AA.OO, gli IRCCS pubblici, gli Enti Ecclesiastici e l'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza.

4. di espungere - in conformità alla Legge regionale n.4/2003, art. 30 - dalla deliberazione di Giunta Regionale del 4/8/2009 n. 1494 quanto riportato nell'allegato 1) - Criteri Accordi Contrattuali CASE DI CURA PRIVATE Istituzionalmente o Provvisoriamente Accreditate - , e precisamente dopo il punto 5)” l'accezione : “ Nell'ambito del tetto di spesa assegnato a ciascuna Casa di Cura, alle prestazioni erogate tra l'80% ed il 100% del volume stabilito con i criteri di cui innanzi, si applica una regressione tariffaria pari al 15% ai sensi dell'art. 17 della L.R. n. 26/2006”, deve intendersi cassata. Di conseguenza tutte le prestazioni, comprensive di protesi o di ausili, saranno pagate a tariffa intera secondo il tariffario regionale, e comunque fino alla concorrenza dei tetti di spesa assegnati per singola disciplina. Tale disposizione si applica anche alle prestazioni extraregionali, che non sono da assoggettarsi a regressione tariffaria;

5. di espungere, dal contratto tipo, recepito con DGR del 15.5.2019 n.881 pubblicata sul BURP n. 64 dell'11/6/2019, l' accezione riportata al comma 2) dell'art. 3 ) in ordine alle tariffe regressive che si intenderà così ritrascritto : “ L'azienda ASL xxxxxxxxxx, retribuisce le prestazioni in base alla tariffe regionali vigenti per la fascia di appartenenza dell'erogatore senza l'applicazione dell'istituto delle tariffe regressive previsto dal disposto dalla DGR n. 1494/2009 ( tra l'80% ed il 100% del volume stabilito, si applica una regressione tariffaria pari al 15%). Pertanto, le prestazioni saranno remunerate senza regressioni tariffarie, fino al raggiungimento del relativo

“ tetto annuo di remunerazione a tariffa intera” corrispondente al 100% del tetto di spesa invalicabile, distinto per ogni singola disciplina;

6. di confermare il tetto di spesa complessivo regionale per le prestazioni rese dalle strutture private accreditate a favore dei pazienti extraregionali, nonché i criteri di liquidazione richiamati nella DGR n. 1454/2017 e confermati nelle DD.GG.RR. n. 673/2019 e n. 881/2019. Tale spesa, ridotta del 2% (limitatamente alle prestazioni di media e bassa complessità) rispetto a quella consuntivata nel corso dell'anno 2015, ammonta, per le Case di Cura, a complessivi € 36.156.337,00 di cui quanto a € 23.558.868,00 per prestazioni di Alta Complessità (con riferimento ai DRG così come definiti nell'Accordo Interregionale per la Compensazione della Mobilità Sanitaria anni 2014/2015/2016 ) e quanto ad € 12.597.469,00 per prestazioni di media e bassa complessità. L'importo di € 12.597.469,00 abbattuto del 2% equivale a € 12.345.519,62;

7. di confermare tutto il contenuto del contratto tipo che non è stato modificato dal presente provvedimento, ivi compresa la clausola di salvaguardia di cui all'art. 8 del contratto che ha superato il vaglio della giustizia amministrativa di I° e II° grado ( cfr. per ultimo sentenze C.d.S n. 2075/2019, n. 2076/2019 e n. 2077/2019);

8. di stabilire che tutte le modifiche introdotte con il presente provvedimento trovano applicazione a far tempo dall'1/1/2020;

9. di stabilire che i Direttori Generali, dovranno predisporre gli addendum entro il 31/8/2020 con riferimento alla contrattazione annuale (già definita), in conformità alle disposizioni di cui al presente provvedimento, dandone successiva comunicazione alla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, circa l'avvenuta ovvero mancata sottoscrizione;

10. di stabilire a far tempo dall'1/8/2020 la disapplicazione di quanto previsto nella D.G.R.. n. 525/2020, in ordine alla anticipazione alle strutture private accreditate dell'acconto del 95% del dodicesimo, avendo a riferimento i tetti di spesa per i pazienti residenti nella Regione Puglia, essendo venuta meno la ratio della sospensione delle attività sanitarie nel periodo emergenziale SARS- CoV- 2. Tale previsione potrà essere ripristinata qualora dovesse mutare il quadro epidemiologico ed a seguito di precise disposizioni nazionali in materia;

11. di prendere atto dell'art. 45 co. 1 ter della Legge n. 157 del 19/12/2019 che dispone: “A decorrere dall'anno 2020, il limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e' rideterminato nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario

del Servizio sanitario regionale". Tale disposizione troverà piena attuazione a seguito dei chiarimenti che il Ministero della Salute fornirà in merito, richiesti dal Dipartimento "Promozione della Salute, del Benessere sociale e Sport per Tutti" in data 9 luglio 2020, anche in considerazione della circostanza che "l'equilibrio di bilancio" viene comunque soddisfatto dalla Regione Puglia utilizzando risorse del proprio bilancio autonomo.

12. di prevedere che la redistribuzione delle risorse aggiuntive, rivenienti dall'applicazione delle disposizioni di cui all'art. 45 co. 1 ter della Legge n. 157 del 19/12/2019, saranno definiti, sentite le OO.RR. datoriali;

15. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia sul sito [www.regione.puglia.it](http://www.regione.puglia.it) e sul portale regionale sanitario [www.sanita.puglia.it](http://www.sanita.puglia.it);

16. di NOTIFICARE il presente provvedimento a cura della Sezione SGO a tutte le rappresentanze e associazioni di categoria interessate nonché a tutti i soggetti interessati.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA  
GIOVANNI CAMPOBASSO

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA  
ANTONIO NUNZIANTE