

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 8 marzo 2021, n. 350

DETERMINAZIONE DEL FONDO UNICO DI REMUNERAZIONE PER L'ANNO 2021, PER IL RICONOSCIMENTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE DA EROGARSI IN REGIME AMBULATORIALE DA PARTE DELLE STRUTTURE SANITARIE ISTITUZIONALMENTE ACCREDITATE, INSISTENTI NELL'AMBITO TERRITORIALE DELLA REGIONE PUGLIA. MODIFICA DGR n.1400/2007 e DD.GG.RR. : n.482, n. 483 e n. 484 del 20.03.2017.

L'Assessore, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente dal Dirigente del Servizio "Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera" e confermata dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue:

VISTO il decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, recante «Ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese, giustizia e sicurezza, connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19»;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 13 ottobre 2020, recante «Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»;

Visto il decreto-legge 14 gennaio 2021, recante «Ulteriori disposizioni urgenti in materia di contenimento e prevenzione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e di svolgimento delle elezioni per l'anno 2021»;

VISTA la nota circolare prot. n.005/0001035 del 2/5/2020 avente ad oggetto: *"Attività di specialistica ambulatoriale istituzionale, accreditata ed autorizzata – Misure per la prevenzione, il contrasto e il contenimento dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 - Erogazione prestazioni sanitarie e accesso alle strutture sanitarie del servizio Sanitario di Puglia – DISPOSIZIONE"*.

Premesso che:

- 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"* e, in particolare, l'art. 8, ha regolamentato la materia concernente la contrattazione con le strutture erogatrici di prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale.
- l'art. 8 — quater — comma 1) del D.L. vo 229/1999 ha previsto che la Regione, competente per territorio, definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano Sanitario Regionale (PSR), al fine di garantire i livelli essenziali e uniformi di assistenza;
- l'art. 8 — quinquies — comma 2) del D.L. vo 229/1999, in attuazione del comma 1, ha previsto che la Regione e le AA.SS.LL. definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, indicando il volume massimo di prestazioni che le strutture si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e modalità di assistenza;
- l'art. 8 comma 5 dei decreti di riordino (D.L.vo 502/92 e D.L.vo 517/93) del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che hanno avuto efficacia di Legge fino alla data di entrata in vigore del D.L.vo 229/1999, hanno previsto che l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) assicuri nei confronti dei cittadini, la erogazione delle prestazioni specialistiche, riabilitative, di diagnostica strumentale, di laboratorio e ospedaliere contemplate dai livelli essenziali di assistenza (LEA), secondo gli indirizzi della programmazione e delle disposizioni regionali;
- in ottemperanza a quanto statuito dai suddetti decreti, le AA.SS.LL. si avvalgono, per la erogazione delle prestazioni, dei propri Presidi, delle Aziende e degli Istituti e/o Enti di cui all'art. 4 dello stesso decreto, delle Istituzioni Sanitarie Pubbliche, ivi compresi gli Ospedali Militari, nonché delle Strutture Sanitarie Private e dei Professionisti Accreditati;

- non costituisce vincolo per le Aziende e gli Enti del SSN, corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 - quater — comma 2 del D. L.vo. n. 229/99 e s.m.i.;
- la legge costituzionale 20 aprile 2012 n. 1 di riforma della costituzione ha eretto a principio costituzionale fondamentale l'interesse pubblico finanziario, introducendo il nuovo primo comma all'art. 97 della Costituzione, che segnatamente prevede la necessità che le pubbliche amministrazioni, in coerenza con l'ordinamento dell'U.E., assicurino l'equilibrio dei bilanci e la sostenibilità del debito pubblico, per come, il riformato art. 81 della costituzione e la legge 24 dicembre 2012 n. 243, hanno meglio declinato, in maniera dettagliata. Pertanto, è imposto alle Pubbliche Amministrazioni ed ai soggetti concessionari di pubbliche funzioni e servizi, se destinatari di risorse finanziarie pubbliche, di operare nei limiti dei budget prestabiliti, operando, anche nel settore sanitario, politiche di spesa e scelte redistributive, tenendo conto del vincolo costituito dal cosiddetto "patto di stabilità economica e finanziario";
- ai sensi dell'art. 3 comma 1 bis del D.L.vo n. 502/1992 e dell'art. 1 del D.L.vo n. 229/1999, la ASL è un ente distinto e autonomo (Consiglio di Stato, sez. V, 24 agosto 2007, n. 4484) che disciplina la sua organizzazione e il suo funzionamento disponendo del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata (art. 5, D.L.vo n. 502/1992), con il dovere di uniformare la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità, nonché nel dovere di rispettare il vincolo di bilancio attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie;
- con Legge Regionale (L.R.) n. 9 del 02/05/2017 e ss.mm.ii., la Regione Puglia conferisce al soggetto accreditato soltanto lo "status" di potenziale erogatore di prestazioni sanitarie, che si esplicita solo con la stipula del contratto. In particolare, l'art. 21 comma 4 della predetta L.R. e ss.mm.ii. stabilisce che le AA.SS.LL. non sono obbligate a stipulare i contratti con i soggetti privati accreditati;
- con l'art. 20 — comma 4 della L.R. n. 28/2000, la Regione Puglia ha previsto che "(...) ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.L.vo 502/92 e s.m.i. è competenza dei Direttori Generali delle AA.SS.LL., nell'ambito di quanto definito nella programmazione regionale, definire le attività da potenziare e depotenziare, nonché il volume massimo di prestazioni, distinto per tipologie e modalità di assistenza, che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima ASL, si impegnano ad assicurare";
- Con deliberazione di Giunta Regionale n. 1400 del 3/8/2007 avente ad oggetto: "*Documento di indirizzo Economico – Funzionale del Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2007. Assegnazione alle Aziende Unità Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere, agli Enti Ecclesiastici ed Istituti Ricovero Cura Carattere Scientifico dei limiti di remunerazione a valere sul FSR 2007*", la Regione Puglia ha introdotto delle tariffe a remunerazione regressiva, per quanto riguarda le branche di: patologia clinica (PC), Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT) e per le Branche A Visita (BAV);
- con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1494 del 04/08/2009, la Regione Puglia, tra l'altro, approvava i criteri operativi per le AA.SS.LL. per la definizione degli accordi contrattuali ex art. 8 quinquies del D.L. vo n. 502/92 e s.m.i. come modificato dalla Legge n. 133/2008;
- con DGR n. 2671 del 28/12/2009, al fine di riscontrare unitarietà e conformità da parte delle AA.SS.LL. su tutto il territorio regionale e, in considerazione della specificità e numerosità delle prestazioni erogate dalle strutture che erogano prestazioni specialistiche ambulatoriali, la Regione Puglia provvedeva a predisporre modalità e griglie utili per l'applicazione dei criteri operativi previsti dalla DGR n. 1494/2009;
- con DGR n. 1500 del 25/06/2010 e ss.mm.ii., la Regione Puglia:
 - a) individuava nuove modalità e griglie per l'applicazione dei criteri operativi previsti dalla DGR n. 1494/2009, sostitutive di quelle di cui al punto 3) della DGR n. 2671/09;
 - b) stabiliva che, dal 01/01/2010, il fondo unico aziendale determinato per l'anno 2008, confermato per l'anno 2009, per la remunerazione delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate, doveva essere suddiviso in n. 5 (cinque) sub fondi di branca, con riferimento al fabbisogno di prestazioni rilevato nel proprio territorio e non già come tetto di spesa assegnato al singolo erogatore;

- con DGR n. 2624 del 30/11/2010, la Regione Puglia definiva le iniziative da intraprendere, in materia di assistenza sanitaria in regime ambulatoriale, nei confronti delle Strutture Sanitarie provvisoriamente e istituzionalmente accreditate. Disposizioni, successivamente recepite dalla Giunta Regionale con DGR n. 2866 del 20/12/2010 (DIEF);
- con l'art. 3 comma 2 della Legge Regionale (L.R.) n. 12 del 24/09/2010, la Regione Puglia vietava l'erogazione e la relativa remunerazione con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR) di prestazioni sanitarie effettuate al di fuori dei tetti di spesa massimi di cui al comma 1);
- con L.R. n. 2 del 09/02/2011, la Regione Puglia approvava l'accordo sottoscritto in data 09/11/2010 tra il Ministro della Salute, il Ministro delle Economie e Finanze, in relazione al "piano di rientro" e riqualificazione del SSR 2010-2012 e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1 comma 180 della Legge 30/12/2004 n. 311 del 30/12/2004, deliberato dalla Giunta Regionale con DGR n. 2624 del 30/11/2010;
- con Decreto Legge n. 95 del 06/07/2012, convertito nella Legge n. 135 del 07/08/2012, al comma 14 dell'art. 15, è stato previsto l'obbligo di adeguare tutti i contratti e singoli accordi vigenti per l'acquisto di prestazioni sanitarie erogate da soggetti privati accreditati, con la riduzione del 2% della spesa da sostenersi nell'anno 2014 rispetto a quella consuntivata per l'anno 2011;
- con DGR n. 951 del 13/05/2013, la Regione Puglia approvava il nuovo tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili dal SSR con riferimento al Decreto Ministeriale del 18/10/2012, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale suppl. n. 23 del 28/01/2013, confermando gli sconti del 20% per la Branchia di Patologia Clinica e del 2% per le restanti branche;
- con DGR n. 1304 del 09/07/2013, la Regione Puglia modificava e integrava la DGR n. 951/2013, procedendo all'eliminazione, con effetto dal 01/06/2013, degli sconti del 20% per la Branchia di Patologia Clinica e del 2% per le restanti branche e, al contempo, disponendo alle AA.SS.LL. di rideterminare i fondi unici di remunerazione di branca e i relativi tetti di spesa di ogni singola struttura privata accreditata, secondo le indicazioni fornite dall'Assessorato al Welfare e, comunque, in proporzione all'incidenza al proprio volume di prestazioni rispetto alla maggiore spesa;
- con nota prot. AOO_151 n. 8567 del 29/07/2013, la Regione Puglia comunicava ad ogni singola Azienda, la quota economica da detrarre dal fondo unico di remunerazione con riferimento a ogni singola branca specialistica per un importo complessivo € 2.127.269,12=;
- con nota prot. AOO_151 n. 22 del 02/01/2014, la Regione Puglia evidenziava che, con L.R. n. 4 del 25/04/2010, le prestazioni di Terapia fisica, che tuttavia erano solo alcune e non già tutte quelle previste dal D.M. 22/07/1996 per la branca di Medicina Fisica e Riabilitazione — Recupero e Riabilitazione Funzionale dei Motulesi e Neurolesi, già autorizzate in deroga per effetto della dichiarazione a verbale n. 6 co. 4 dell'ACN Enti FNOOM del 14/07/1973, non erano più erogabili con oneri a carico del SSR. Infatti, le prestazioni ricomprese nell'allegato 2 al DPCM 29/01/2001, venivano escluse dal tariffario regionale, giusta nota regionale prot. AOO_151 n. 2667 del 09/03/2010. Tenuto conto che dette prestazioni non sono più erogabili con oneri a carico del SSR, non è ammissibile la costituzione di un fondo ad hoc denominato Terapia fisica. Pertanto, l'importo assegnato a tale fondo è da ricomprendersi nel fondo della Branchia di Medicina Fisica e Riabilitativa;
- con nota prot. AOO_151 n. 917 del 03/02/2014, la Regione Puglia sottolineava la non corretta applicazione da parte delle AA.SS.LL., di quanto previsto dal comma 14 art. 15 del D.L. n. 95/2012, convertito nella Legge n. 135/2012, stabilendo che *"per l'anno 2014 si dovrà applicare la riduzione del 2% prevista da detta norma sulla spesa consuntivata per l'anno 2011"*;
- con nota prot. AOO_151 n. 1077 del 10/02/2014, il Dirigente del Servizio Programmazione e Assistenza Ospedaliera e Specialistica della Regione Puglia, al fine di garantire uniformità di comportamento a livello regionale per la determinazione dei fondi unici di remunerazione per l'anno 2014 e per l'applicazione dei criteri previsti dalla DGR n. 1500/2010 e s.m.i., convocava i responsabili e/o delegati delle Unità Operative Gestione Amministrativa Personale Convenzionato delle AA.SS.LL.;
- con nota prot. AOO_151 n. 1731 del 24/02/2014, la Regione Puglia trasmetteva le linee guida per l'applicazione della DGR n. 1500/2010 ss.mm.ii. come da verbale n. 1/2014 avente a oggetto

- “Determinazione fondi unici di remunerazione per l’anno 2014”*, a seguito dell’incontro tenutosi in data 13/02/2014 presso l’Assessorato al Welfare della Regione Puglia;
- con nota prot. AOO_151 n. 931 del 28/01/2015, la Regione Puglia nell’evidenziare che *“(…) l’attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, e con il fabbisogno assistenziale aziendale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti del consolidato anno 2014 D l’art. 9 quater comma 7 del D.L. n. 78 del 19/06/2015, convertito nella Legge n. 125 del 06/08/2015, disponeva che “(…) le Regioni o gli Enti del SSN ridefiniscono i tetti di spesa annui degli erogatori privati accreditati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, interessati dall’introduzione delle condizioni e indicazioni di cui al presente articolo e stipulano o rinegoziano i relativi contratti. Per l’anno 2015 le regioni o gli enti del SSN rideterminano il valore degli stessi contratti in modo da ridurre la spesa per l’assistenza specialistica ambulatoriale complessiva annua da privato accreditato di almeno l’1% del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l’anno 2014 (...)”*; giusto art. 9 quater comma 7 del D.L. n. 78/2015 convertito nella Legge n. 125/2015;
 - a seguito di apposita intesa sancita in data 02/07/2015, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano e, in particolare, al punto B.1. *“Riduzione delle prestazioni inappropriate di assistenza specialistica ambulatoriale”*, con decreto del Ministro della Salute del 09/12/2015, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale in data 20/01/2016, si provvedeva a individuare le condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell’ambito del SSN, ai sensi del D.M. 22/07/1996, disponendo, altresì, che le prestazioni erogate al di fuori delle condizioni di erogabilità previste dal D.M. sono a totale carico dell’assistito, nonché l’obbligo dei medici di conformare il proprio comportamento prescrittivo alle condizioni e indicazioni di cui al medesimo decreto ministeriale;
 - con nota prot. AOO_151 n. 1527 del 17/02/2016, la Regione Puglia comunicava, che:
 - gli accordi contrattuali 2016 dovevano prevedere che l’attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e il fabbisogno assistenziale aziendale, fosse finanziata nel rispetto dei vincoli di bilancio e, comunque, nei limiti del consolidato anno 2014 che teneva conto degli adeguamenti di cui all’art. 15 comma 14 del D.L. n. 95/2012, convertito nella Legge n. 135/2012, in aggiunta alle misure già adottate con il piano di rientro di cui alla L.R. n. 12/2010 e approvato con L.R. n. 2/2011. Detto importo, come determinato anche per l’anno 2015, andava assoggettato alle prescrizioni di cui all’art. 9 quater comma 7 del D.L. n. 78/2015, convertito nella Legge n. 125/2015;
 - per l’anno 2016, le AA.SS.LL., dovevano procedere, sul consuntivato anno 2015 e con riferimento alle sole branche interessate, in cui dovevano essere ricondotte le prestazioni assoggettate alle particolari condizioni di erogabilità:
 - a) a determinare l’incidenza percentuale che le prestazioni di specialistica ambulatoriale interessate dall’introduzione delle “condizioni di erogabilità”, hanno sull’intero sub fondo di branca;
 - b) ad effettuare la decurtazione del relativo sub fondo nella misura percentuale determinatasi, che comunque non poteva essere inferiore all’1% per ogni sub fondo né tantomeno superiore al 5%;
 - con nota prot. AOO_151 n. 3562 del 21/04/2016, la Regione Puglia, in riferimento ai chiarimenti richiesti in ordine all’applicazione delle decurtazioni di cui all’art. 9 quater comma 7 del D.L. n. 78/2015, convertito nella Legge n. 125/2015, considerata la necessità manifestata da alcune AA.SS.LL. di prevedere un percorso che contemperasse l’obbligo di eseguire le decurtazioni previste per Legge, con l’obiettivo di mantenere i livelli assistenziali e non compromettere le liste di attesa che, in alcuni casi, superano i limiti previsti per Legge, comunicava alle Direzioni generali, che nella loro piena autonomia e, in considerazione del proprio fabbisogno, nei casi in cui le decurtazioni superino il 2%,

- che in ogni caso rappresenterà una economia di gestione, potevano riallocare la parte residua, fino al 5%, per l'acquisto di prestazioni che afferiscono a discipline diverse nella stessa branca, ovvero a branche diverse, nel rispetto della determinazione del fondo unico di remunerazione;
- nell'anno 2015, le branche con prestazioni interessate dall'introduzione delle "condizioni di erogabilità" di cui al D.M. 09/12/2015 sono state quelle di Medicina Fisica e Riabilitativa, Medicina di Laboratorio, Radiodiagnostica per Immagini e Odontostomatologia;
 - con nota prot. AOO_005 n. 110 del 28/03/2017, la Regione Puglia comunicava, di avviare e definire i tetti di spesa da assegnarsi per l'anno 2017, tenendo conto ai fini della determinazione del Fondo unico di remunerazione, del volume economico già assegnato nel corso dell'anno 2016, al netto delle decurtazioni previste dall'art. 9 quater comma 7 del D.L. n. 78/2015, convertito nella Legge n. 125/2015, in ragione delle direttive e delle prime indicazioni emanate dal Ministero della Salute giusta Circolare n. 3012-P-25 del 25/03/2016 e nel rispetto delle indicazioni regionali di cui alle note prot. AOO_151 n. 1527 del 17/02/2016 e AOO_151 n. 3562 del 21/04/2016;
 - giuste note regionali prot. AOO_183 n. 191 e prot. AOO_183 n. 193 del 09/01/2018, anche per l'anno 2018, in merito alla definizione e consistenza del Fondo unico di remunerazione, nonché dei limiti di spesa da sostenersi nei confronti dei pazienti non residenti nel territorio di competenza della regione Puglia, restavano confermate le disposizioni di cui alle note prot. AOO_005 n. 110 del 28/03/2017, prot. AOO_151 n. 1527 del 17/02/2016 e prot. AOO_151 n. 3562 del 21/04/2016;
 - con nota prot. AOO_183 n. 2714 del 27/02/2019, la Regione Puglia comunicava, la conferma, per l'anno 2019, del Fondo Unico di remunerazione già definito nel corso dell'anno 2018, senza nulla innovare rispetto alle disposizioni impartite con note prot. AOO_005 n. 110 del 28/03/2017, prot. AOO_151 n. 1527 del 17/02/2016 e prot. AOO_151 n. 3562 del 21/04/2016;

VISTA la dichiarazione dell'OMS del 11/03/2020 con la quale l'epidemia da COVID-19 è stata valutata come pandemia in considerazione dei livelli di diffusione e gravità raggiunti.

RISCONTRATO CHE:

- con nota prot. AOO_183 n. 4151 del 12/03/2020, la Regione Puglia ha disposto, a far data dal 13/03/2020 al 03/04/2020, la sospensione delle attività delle strutture private accreditate a qualsiasi titolo che erogano prestazioni ambulatoriali riconducibili alle discipline di Medicina Fisica e Riabilitativa, Radiodiagnostica per Immagini e Medicina Nucleare, Medicina di Laboratorio e Branche a Visita, ad eccezione delle prestazioni contrassegnate con classe di priorità "U" e "B";
- con nota prot. AOO_005 n. 282 del 03/04/2020, la Regione Puglia ha disposto la proroga, fino al 13/04/2020, della sospensione delle attività di cui alla nota prot. AOO_183 n. 4151 del 12/03/2020;
- con nota prot. AOO_005 n. 319 del 10/04/2020, la Regione Puglia ha disposto la proroga, fino a ulteriore e contraria disposizione, della sospensione delle attività di cui alle note prot. AOO_183 n. 4151 del 12/03/2020 e prot. AOO_005 n. 282 del 03/04/2020;
- con nota prot. AOO_005 n. 1035 del 02/05/2020, la Regione Puglia ha previsto per le strutture private accreditate per la specialistica ambulatoriale che:
 - a far tempo dal 04/05/2020, la possibilità di riattivare le attività sospese con le disposizioni innanzi menzionate, nel rispetto dei protocolli sanitari di cui all'allegato A) della medesima nota prot. AOO_005 n. 1035 del 02/05/2020 e agli allegati n. 4, n. 5 e n. 6 del DPCM 26/04/2020;
 - che l'erogazione delle prestazioni debba avvenire nei limiti dei tetti di spesa assegnati nell'anno 2020, nel rispetto delle griglie compilate e autocertificate dagli erogatori, mentre in favore di pazienti extraregionali, le prestazioni debbano essere erogate nel rispetto del volume finanziario prodotto e riconosciuto a ciascuna struttura nel corso dell'anno 2011, decurtato del 2%;
 - la possibilità di trasferire nell'esercizio 2021, la quota del tetto di spesa assegnato nel corso dell'anno 2020 e non fatturato, in ragione della sospensione dell'attività determinata dal periodo emergenziale;

- che limitatamente all'anno 2020, l'erogazione delle prestazioni non è vincolata all'obbligo del rispetto del dodicesimo dei tetti mensili, come previsto dall'art. 1 dello schema tipo di accordo contrattuale, con la conseguenza che non si applicano le penalizzazioni previste all'art. 2 dello schema tipo di accordo contrattuale;
- che le indicazioni formulate si riferiscono a un modello organizzativo dinamico che sarà oggetto di eventuali modificazioni e integrazioni, anche sulla base delle evidenze che dovessero emergere nella fase di applicazione pratica nonché dal confronto con le organizzazioni rappresentative di settore;

Di procedere a determinare, per l'anno 2021, il fondo unico di remunerazione regionale, per le prestazioni da erogarsi in regime ambulatoriale da parte degli erogatori privati accreditati, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti del consolidato anno 2020, così come di seguito si riporta:

AA.SS.LL.	TETTO INTRAREGIONALE	TETTO EXTRAREGIONALE	PRESTAZIONI DI DIALISI	TOTALE
ASL BA	32.038.030,95	1.069.015,73	18.084.988,79	51.192.035,47
ASL BR	8.900.305,97	36.284,31	2.220.000,00	11.156.590,28
ASL BT	10.930.682,52	76.420,33	2.766.530,59	13.773.633,44
ASL FG	7.922.174,42	494.875,65		8.417.050,07
ASL LE	26.914.192,00	181.998,87	6.852.064,03	33.948.254,90
ASL TA	15.862.191,17	73.207,24	9.900.000,00	25.835.398,41
TOTALE	102.567.577,03	1.931.802,13	39.823.583,41	144.322.962,57

Preso atto:

- degli effetti prodotti da tutte le disposizioni statali e regionali nel corso dell'anno 2020 in materia di emergenza sanitaria da COVID-19, con particolare riferimento a tutte le indicazioni di sorveglianza sanitaria fornite in ordine alle azioni da intraprendere per contrastare la diffusione dell'infezione, qui da intendersi tutte integralmente richiamate e riportate, che hanno ingenerato una serie di criticità di carattere gestionale per le strutture private accreditate che risultano essersi accentuate in questa fase pandemica;
- degli esiti delle interlocuzioni e degli incontri avutisi con le OO.RR. nelle sedute del 18/12/2020 e del 28/1/2021, in cui è emersa la volontà e la necessità di:
 1. confermare per l'anno 2021, ad ogni singola struttura, i tetti di spesa già attribuiti nell'anno 2020;
 2. trascinare nell'anno 2021 la quota non utilizzata, di tetto di spesa, assegnata nel 2020;
 3. ridistribuire le risorse che non saranno utilizzate nel corso dell'anno 2021, secondo quanto definito in sede di concertazione;
 4. valorizzare nelle "griglie" le figure professionali ultrasettantenni a causa della difficoltà di reperire adeguate figure professionali in questo periodo;
 5. eliminare le regressioni tariffarie ove previste;

6. abolire la quota "fuori ASL", -DGR 1500/2010, All. A, punto 6 -, congelando il volume economico a quanto erogato e consolidato nel 2019;
7. inserire le categorie professionali in organico nelle strutture private accreditate nei piani di vaccinazione Covid-19, equiparandole al personale sanitario ospedaliero.

VERIFICA AI SENSI DEL D. Lgs. 196/03

Garanzie alla riservatezza

La pubblicazione dell'atto all'Albo, salve le garanzie previste dalla legge 241/90 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela alla riservatezza dei cittadini, secondo quanto disposto dal D.Lgs n. 196/03 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal vigente regolamento regionale n. 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari.

Ai fini della pubblicità legale, l'atto destinato alla pubblicazione è redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento a dati sensibili, qualora tali dati fossero indispensabili per l'adozione dell'atto, essi sono trasferiti in documenti separati, esplicitamente richiamati.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.Lgs n. 118/2011 E ss.mm.ii.

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 trattandosi di ricognizione dei fondi assegnati all'interno della specialistica ambulatoriale privata accreditata.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi dell'art 4 lett. d) della LR. N. 7/97, propone alla Giunta:

1. di stabilire, per l'anno 2021, il fondo unico di remunerazione regionale, per le prestazioni da erogarsi in regime ambulatoriale da parte degli erogatori privati accreditati, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti del consolidato anno 2020, è così di seguito ripartito:

AA.SS.LL.	TETTO INTRAREGIONALE	TETTO EXTRAREGIONALE	PRESTAZIONI DI DIALISI	TOTALE
ASL BA	32.038.030,95	1.069.015,73	18.084.988,79	51.192.035,47
ASL BR	8.900.305,97	36.284,31	2.220.000,00	11.156.590,28
ASL BT	10.930.682,52	76.420,33	2.766.530,59	13.773.633,44
ASL FG	7.922.174,42	494.875,65		8.417.050,07
ASL LE	26.914.192,00	181.998,87	6.852.064,03	33.948.254,90
ASL TA	15.862.191,17	73.207,24	9.900.000,00	25.835.398,41
TOTALE	102.567.577,03	1.931.802,13	39.823.583,41	144.322.962,57

Fermo restando la facoltà demandata ai DD.GG. delle AA.SS.LL. di stabilire, sulla base del proprio fabbisogno, volumi e tipologie di prestazioni da acquistare, si propone:

2. di confermare per l'anno 2021, per le Branche a visita (BAV), Radiodiagnostica, e Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT), ad ogni singola struttura, i singoli tetti di spesa già assegnati nel corso dell'anno 2020. Le griglie già acquisite agli atti, a valere per l'anno 2021, formeranno oggetto di informativa e non saranno utilizzate ai fini dell'attribuzione del budget di struttura;
 3. di confermare, per la sola branca di patologia clinica, la valorizzazione delle griglie a valere per l'anno 2021. Per le strutture che, per qualsiasi motivo, non possono confluire in aggregazioni di reti, ai fini della contrattualizzazione si deve fare riferimento al volume di prestazioni erogate nel corso dell'anno precedente alla contrattualizzazione stessa e non già all'anno 2015. Resta inteso che le strutture interessate devono essere in grado di produrre autonomamente le 200.000 prestazioni, quale soglia minima per erogare prestazioni con oneri a carico del SSN;
 4. di trascinare nell'anno 2021 la quota non utilizzata di tetto di spesa assegnata nel 2020;
 5. di ridistribuire, all'interno di ogni singola branca (FKT, BAV, RX e PC) le risorse non utilizzate nel corso dell'anno 2021, secondo quanto definito in sede di concertazione: *"Fermo restando che i tetti di spesa vanno utilizzati per dodicesimi, al 1° di settembre le AA.SS.LL. dovranno rilevare, all'interno di ogni singola branca) il fatturato già prodotto nei primi due quadrimestri. Qualora rispetto ai valori economici che le strutture avrebbero dovuto erogare e l'effettivo erogato (es. 80 nei primi otto mesi dell'anno e l'effettivo prodotto pari a 60, il delta tra 80 e 60=20 sarà prelevato nella misura del 50% = 10, ed assegnato alle strutture presenti nello stesso Comune, ovvero nel Comune più vicino della medesima ASL, anche se di Distretto diverso. Le risorse così individuate saranno assegnate all'interno di ogni branca agli aventi titolo dal 1° di Ottobre successivo "*;
 6. la valorizzazione nelle "griglie" delle figure professionali ultrasettantenni a causa della difficoltà di reperire figure professionali in questo periodo. Tale disposizione si applica dall'anno 2021, per la patologia clinica, e dall'anno 2022 per le altre branche (BAV, FKT e RX), a condizione che il personale risulti già in organico rispettivamente nel 2020 e nel 2021 e contrattualizzato come dipendente, ovvero come consulente a partita iva e con debito orario;
 7. di eliminare le regressioni tariffarie ove previste e, quindi di espungere - dalla deliberazione di Giunta Regionale del 3/8/2007 n. 1400 quanto riportato nella Sezione: Prestazioni specialistiche settore privato, e di seguito riportato:
 - A) **Branche a visite:** *"Fermo restando tale limite, sul 20% delle prestazioni notulate viene praticato uno sconto del 20% "*;
 - C) **Patologia clinica:** *"... le prestazioni sono remunerate con tariffa in vigore fino all'85% del tetto e il rimanente 15% è remunerato con lo sconto del 20% (80% dell'80% =64%;*
 - D) **Branca Medicina Fisica e Riabilitazione:** *"All' interno del suddetto tetto, così come sopra determinato, le prestazioni sono remunerate con tariffa intera fino all'80% dello stesso, mentre l'ulteriore 20% è remunerato con lo sconto del 30% fino alla concorrenza di detto limite".*
- Di conseguenza, a far tempo dal 1° gennaio 2021, tutte le prestazioni, saranno pagate a tariffa intera secondo il tariffario regionale vigente (DGR n. 2111/2020), e comunque fino alla concorrenza dei tetti di spesa assegnati ad ogni singola struttura. Tale disposizione si applica anche alle prestazioni extraregionali, che non sono da assoggettarsi a regressione tariffaria.
8. di congelare la quota "fuori ASL", - DGR 1500/2010, All. A, punto 6, correlandola al volume economico corrispondente a quanto erogato nel corso dell'anno 2019. Tale quota nel corso degli anni non potrà essere superata. In caso di superamento le strutture erogatrici, destinatarie di tale quota, subiranno una decurtazione percentuale in relazione all' eccedenza prodotta;

9. inserire le figure professionali delle strutture private accreditate nei piani di vaccinazione Covid-19, equiparandole al personale sanitario ospedaliero;
10. di confermare il tetto di spesa complessivo regionale per le prestazioni ambulatoriali 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 2011;
11. di espungere, dai contratti tipo, recepiti con:
 - i. con DGR del 20.03.2017 n.482;
 - ii. con DGR del 20.03.2017 n.483;
 - iii. con DGR del 20.03.2017 n.484.

le accezioni, riportate al comma 2) lett. a) e b) dell'art. 3), di ogni singolo contratto tipo, in ordine alle tariffe regressive, che si intenderanno interamente cassate.

12. di prevedere, limitatamente all'anno 2021, che l'erogazione delle prestazioni non è vincolata all'obbligo del rispetto del dodicesimo dei tetti mensili, come previsto dall'art. 1 dello schema tipo di accordo contrattuale, con la conseguenza che non si applicano le penalizzazioni previste all'art. 2 dello schema tipo di accordo contrattuale. Resta in capo agli erogatori l'obbligo di garantire le prestazioni per l'intero anno;
13. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e governo dell'Offerta ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. ed alle strutture ambulatoriali private accreditate, per il tramite dei Direttori Generali delle ASL territorialmente competenti;
14. di notificare il presente provvedimento al Dirigente della Sezione "Amministrazione, Finanza e Controllo in Sanità - Sport per tutti";
15. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

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

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO "Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera"

Vito CARBONE

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE "Strategie e Governo dell'Offerta"

Giovanni CAMPOBASSO

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

Vito MONTANARO

L'Assessore: Pietro Luigi **LOPALCO**

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dall'Assessore
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal dirigente di Servizio e dal dirigente di Sezione;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge.

DELIBERA

1. di stabilire, per l'anno 2021, il fondo unico di remunerazione regionale, per le prestazioni da erogarsi in regime di ricovero, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti del consolidato anno 2020, è così di seguito ripartito:

AA.SS.LL.	TETTO INTRAREGIONALE	TETTO EXTRAREGIONALE	PRESTAZIONI DI DIALISI	TOTALE
ASL BA	32.038.030,95	1.069.015,73	18.084.988,79	51.192.035,47
ASL BR	8.900.305,97	36.284,31	2.220.000,00	11.156.590,28
ASL BT	10.930.682,52	76.420,33	2.766.530,59	13.773.633,44
ASL FG	7.922.174,42	494.875,65		8.417.050,07
ASL LE	26.914.192,00	181.998,87	6.852.064,03	33.948.254,90
ASL TA	15.862.191,17	73.207,24	9.900.000,00	25.835.398,41
TOTALE	102.567.577,03	1.931.802,13	39.823.583,41	144.322.962,57

Fermo restando la facoltà demandata ai DD.GG. delle AA.SS.LL. di stabilire, sulla base del proprio fabbisogno, volumi e tipologie di prestazioni da acquistare, si propone:

2. di confermare per l'anno 2021, per le Branche a visita (BAV), Radiodiagnostica, e Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT), ad ogni singola struttura, i singoli tetti di spesa già assegnati nel corso dell'anno 2020. Le griglie già acquisite agli atti, a valere per l'anno 2021, formeranno oggetto di informativa e non saranno utilizzate ai fini dell'attribuzione del budget di struttura;
3. di confermare per la sola branca di patologia clinica la valorizzazione delle griglie a valere per l'anno 2021. Per le strutture che, per qualsiasi motivo, non possono confluire in aggregazioni di reti, ai fini della contrattualizzazione si deve fare riferimento al volume di prestazioni erogate nel corso dell'anno precedente alla contrattualizzazione stessa e non già all'anno 2015. Resta inteso che le strutture interessate devono essere in grado di produrre autonomamente le 200.000 prestazioni, quale soglia minima per erogare prestazioni con oneri a carico del SSN;
4. di trascinare nell'anno 2021 la quota non utilizzata di tetto di spesa assegnata nel 2020;
5. di ridistribuire, all'interno di ogni singola branca (FKT, BAV, RX e PC) le risorse non utilizzate nel corso dell'anno 2021, secondo quanto definito in sede di concertazione: *"Fermo restando che i tetti di spesa vanno utilizzati per dodicesimi, al 1° di settembre le AA.SS.LL. dovranno rilevare, all'interno di ogni singola*

branca) il fatturato già prodotto nei primi due quadrimestri. Qualora rispetto ai valori economici che le strutture avrebbero dovuto erogare e l'effettivo erogato (es. 80 nei primi otto mesi dell'anno e l'effettivo prodotto pari a 60, il delta tra 80 e 60=20 sarà prelevato nella misura del 50% = 10, ed assegnato alle strutture presenti nello stesso Comune, ovvero nel Comune più vicino della medesima ASL, anche se di Distretto diverso. Le risorse così individuate saranno assegnate all'interno di ogni branca agli aventi titolo dal 1° di Ottobre successivo “;

6. la valorizzazione nelle “griglie” delle figure professionali ultrasessantenni, a causa della difficoltà di reperire figure professionali in questo periodo. Tale disposizione si applica dall'anno 2021, per la patologia clinica, e dall'anno 2022 per le altre branche (BAV, FKT e RX), a condizione che il personale risulti già in organico rispettivamente nel 2020 e nel 2021 e contrattualizzato come dipendente, ovvero come consulente a partita iva e con debito orario;
7. di eliminare le regressioni tariffarie ove previste e, quindi di espungere - dalla deliberazione di Giunta Regionale del 3/8/2007 n. 1400 quanto riportato nella Sezione: Prestazioni specialistiche settore privato, e di seguito riportato:

A) Branche a visite: “Fermo restando tale limite, sul 20% delle prestazioni notulate viene praticato uno sconto del 20% “;

B) Patologia clinica: “... le prestazioni sono remunerate con tariffa in vigore fino all'85% del tetto e il rimanente 15% è remunerato con lo sconto del 20% (80% dell'80% =64%;

C) Branca Medicina Fisica e Riabilitazione: “All' interno del suddetto tetto, così come sopra determinato, le prestazioni sono remunerate con tariffa intera fino all'80% dello stesso, mentre l'ulteriore 20% è remunerato con lo sconto del 30% fino alla concorrenza di detto limite”.

Di conseguenza, a far tempo dal 1° gennaio 2021, tutte le prestazioni, saranno pagate a tariffa intera secondo il tariffario regionale vigente (DGR n. 2111/2020), e comunque fino alla concorrenza dei tetti di spesa assegnati ad ogni singola struttura. Tale disposizione si applica anche alle prestazioni extraregionali, che non sono da assoggettarsi a regressione tariffaria.

8. di congelare la quota “fuori ASL”, - DGR 1500/2010, All. A, punto 6, correlandola al volume economico corrispondente a quanto erogato nel corso dell'anno 2019. Tale quota nel corso degli anni non potrà essere superata. In caso di superamento le strutture erogatrici, destinatarie di tale quota, subiranno una decurtazione percentuale in relazione all' eccedenza prodotta;
9. di inserire le figure professionali delle strutture private accreditate nei piani di vaccinazione Covid-19, equiparandole al personale sanitario ospedaliero;
10. di confermare il tetto di spesa complessivo regionale per le prestazioni ambulatoriali 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 2011;
11. di espungere, dai contratti tipo, recepiti con:

- i. con DGR del 20.03.2017 n.482;
- ii. con DGR del 20.03.2017 n.483;
- iii. con DGR del 20.03.2017 n.484;

le accezioni, riportate al comma 2) lett. a) e b) dell'art. 3), di ogni singolo contratto tipo, in ordine alle tariffe regressive, che si intenderanno interamente cassate.

12. di prevedere, limitatamente all'anno 2021, che l'erogazione delle prestazioni non è vincolata all'obbligo

del rispetto del dodicesimo dei tetti mensili, come previsto dall'art. 1 dello schema tipo di accordo contrattuale, con la conseguenza che non si applicano le penalizzazioni previste all'art. 2 dello schema tipo di accordo contrattuale. Resta in capo agli erogatori l'obbligo di garantire le prestazioni per l'intero anno;

13. 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 ultime sentenze C.d.S. n. 2075/2019, n. 2076/2019 e n. 2077/2019);
14. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e governo dell'Offerta ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. ed alle strutture ambulatoriali private accreditate, per il tramite dei Direttori Generali delle AA.SS.LL. territorialmente competenti;
15. di notificare il presente provvedimento al Dirigente della Sezione "Amministrazione, Finanza e Controllo in Sanità - Sport per tutti";
16. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

Il Segretario della Giunta
Giovanni Campobasso

Il Presidente della Giunta
Michele Emiliano