

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 22 dicembre 2021, n. 2185

**DGR n. 1412/2021 “Fondo di remunerazione regionale per l’acquisto di prestazioni da Presidi di Riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali valevole per l’anno 2021” - INTEGRAZIONE - AGGIORNAMENTO TARIFFE**

Il Presidente, sulla base dell’istruttoria espletata e confermata dalla Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell’Assistenza alle persone in condizioni di fragilità – Assistenza Sociosanitaria e dal Dirigente della Sezione Strategia e Governo dell’Offerta, riferisce quanto segue:

L’art. 32, comma 8, della L. 449/1997 e l’art. 72, comma 3 della L. 448/1998 dispongono che le Regioni individuano preventivamente per ciascuna istituzione sanitaria pubblica e privata i limiti massimi annuali di spesa sostenibili con il Fondo sanitario nonché gli indirizzi e le modalità per la definizione degli accordi contrattuali.

VISTO il comma 9 dello stesso art. 32 della Legge n. 449 del 1997, secondo cui le Regioni e le Aziende Unità Sanitarie Locali devono assicurare l’attività di vigilanza e controllo sull’uso corretto ed efficace delle risorse, in particolare, secondo quanto rappresentato nello stesso comma.

VISTO il Decreto Legge 7.10.2008, n. 154 recante “Disposizioni urgenti per il contenimento della spesa sanitaria e in materia di regolazioni contabili con le autonomie locali”.

VISTO il D.L. 25 giugno 2008, n. 112 “Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria” Convertito in legge, con modificazioni, dall’art. 1, comma 1, L. 6 agosto 2008, n. 133.

CONSIDERATO che la legge costituzionale 20 aprile 2012 n. 1 introducendo il primo comma all’art. 97 della Costituzione, 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; tale principio ha trovato attuazione con la legge 24 dicembre 2012 n. 243. Pertanto, la Costituzione e la Legislazione ordinaria attribuiscono alla Pubblica Amministrazione di operare, anche nel settore sanitario, politiche di spesa e scelte redistributive tenendo conto del vincolo costituito dal cosiddetto “patto di stabilità economica e finanziario”, imponendo 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, ivi compreso il settore sanitario.

RILEVATO che le misure di cui sopra sono riconosciute fondamentali anche dalla Giurisprudenza del Consiglio di Stato che ha stabilito la fissazione dei limiti dei tetti di spesa costituisce oggetto di atto autoritativo di esclusiva competenza delle Regioni e rappresenta, nell’ambito delle attività funzionali ad assicurare i Livelli essenziali di Assistenza, un preciso ed ineludibile obbligo dettato da insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica.

CONSIDERATO che l’art. 8 bis, comma 1, del D.Lgs. 502/1992, e successive modificazioni e integrazioni, stabilisce che “le Regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all’art. 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalla aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell’art. 8 quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all’art. 8-quinquies.”

L’art. 8 quater, comma 1 del D.Lgs. 502/1992 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.Lgs. 502/1992, 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. 11 della legge regionale n. 32/2001 contiene norme in materia di verifica dei volumi di attività e qualità dei risultati delle strutture private, verifica del fabbisogno e stipula degli accordi contrattuali.

CONSIDERATO pertanto che il Budget e lo sottoscrizione dell'accordo influiscono unicamente, nel rapporto con l'erogatore, assegnando allo stesso un Budget massimo di prestazioni ai fini del mantenimento del tetto programmato di acquisto dei servizi sanitari da privato finalizzato al contenimento della spesa.

VISTA la L.R. 24 settembre 2010, n. 12 che all'art. 3 "Tetti di spesa" prevede:

*"1. In attuazione dell'articolo 8 quinquies, comma 2, lettera e-bis), e del comma 2-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e successive modificazioni e integrazioni, negli accordi contrattuali stipulati con gli erogatori privati, provvisoriamente e/o istituzionalmente accreditati, deve essere garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture in base al tetto di spesa e ai volumi di attività predeterminati annualmente.*  
*2. A partire dalla data di entrata in vigore della presente legge è vietata l'erogazione e la relativa remunerazione con oneri a carico del Servizio sanitario regionale di prestazioni sanitarie effettuate al di fuori dei tetti di spesa massimi di cui al comma 1."*

EVIDENZIATO che la L.R. n. 9/2017 all'art. 1 "Finalità" prevede che la Regione, con gli istituti dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio dell'attività sanitaria e socio-sanitaria, dell'accreditamento istituzionale e degli accordi contrattuali, garantisce l'attuazione dell'articolo 32 della Costituzione attraverso l'erogazione di prestazioni efficaci e sicure, il miglioramento della qualità delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, nonché lo sviluppo sistematico e programmato del servizio sanitario regionale.

La medesima legge regionale stabilisce che la Regione e le aziende sanitarie locali (AASSLL) mediante gli accordi contrattuali definiscono, con i soggetti accreditati pubblici e privati, la tipologia e la quantità delle prestazioni erogabili agli utenti del servizio sanitario regionale, nonché la relativa remunerazione a carico del servizio sanitario medesimo, nell'ambito di livelli di spesa determinati in corrispondenza delle scelte della programmazione regionale.

All'art. 21 "Rapporti con i soggetti accreditati" la LR n. 9/2017 prevede che:

- 1. La Giunta regionale, sentiti i direttori generali delle AASSLL e le rappresentanze dei soggetti accreditati, detta gli indirizzi per la formulazione dei piani annuali preventivi di attività, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare nel rispetto della programmazione regionale, compatibilmente con le risorse finanziarie, e dei criteri per l'individuazione dei soggetti erogatori, tra quelli accreditati, con i quali stipulare i contratti.
- 2. La Giunta regionale disciplina i rapporti di cui all'articolo 8- quinquies del d.lgs. 502/1992 mediante uno schema tipo di accordo contrattuale con il quale si stabiliscono l'indicazione delle quantità, delle tipologie di prestazioni da erogare, delle tariffe e le modalità delle verifiche e dei controlli rispetto alla qualità delle prestazioni erogate.
- 3. La Regione e le AASSLL, anche sulla base di eventuali intese con le organizzazioni rappresentative a livello regionale, stipulano rispettivamente: a) accordi con gli enti ecclesiastici e gli istituti di ricerca e cura a carattere scientifico (IRCSS) privati; b) contratti con le strutture private e professionisti accreditati.
- 4. Le AASSLL non sono obbligate a stipulare i contratti di cui al comma 3 con i soggetti accreditati.

Tenuto conto che la medesima LR n. 9/2017 all'art. 26 "Revoca e sospensione dell'accreditamento. Sanzioni" prevede che l'accreditamento sia revocato, con conseguente risoluzione dell'accordo contrattuale di cui all'articolo 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 stipulato con l'azienda sanitaria locale, in caso di violazione grave dell'accordo contrattuale o contratto di cui all'articolo 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 e di violazione

degli obblighi retributivi e contributivi nei confronti del personale dipendente e di quelli stabiliti in sede di contrattazione collettiva nazionale, decentrata e integrativa a tutela dei lavoratori. In tal caso, il dirigente della sezione regionale competente assegna un termine non superiore a novanta giorni entro il quale il soggetto accreditato rimuove le carenze o le cause della violazione, pena la revoca dell'accreditamento. La revoca dell'accreditamento può essere disposta immediatamente, senza invito alla rimozione, qualora le violazioni o le carenze di cui innanzi siano gravi e continuative, oppure siano state reiterate. L'accreditamento è sospeso in caso di:

- a) mancata stipula degli accordi o contratti i cui schemi siano stati definiti sentite le organizzazioni rappresentative a livello regionale di cui all'articolo 8-quinquies del d.lgs. 502/1992, fino alla loro stipula;
- b) sospensione dell'autorizzazione all'esercizio ai sensi dell'articolo 14.

Per le fattispecie di cui innanzi (violazione grave dell'accordo contrattuale o violazione degli obblighi retributivi e contributivi nei confronti del personale dipendente) si applica la sanzione pecuniaria compresa tra un minimo di euro 4 mila e un massimo di euro 40 mila.

VISTI gli articoli 27 "Assistenza Sociosanitaria alle persone con Disabilità" e 34 "Assistenza Sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con Disabilità" del DPCM 12 gennaio 2017 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza nei quali è previsto che il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali trattamenti riabilitativi a carattere intensivo, estensivo e di mantenimento definendo anche le quote a carico del SSN.

VISTO il R.R. n. 3/2005 e s.m.i. nella parte in cui disciplina "D.01. PRESIDI DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI SOGGETTI PORTATORI DI DISABILITA' FISICHE, PSICHICHE E SENSORIALI" e "B.02.01 CENTRI AMBULATORIALI DI RIABILITAZIONE"

VISTO il RR n. 16/2010, modificato dal RR n. 20/2011 ad oggetto "Art. 8 della L.R. n. 4/2010. Regolamento dell' Assistenza domiciliare per trattamenti riabilitativi ex art. 26 della l. n. 833/78"

Visto il RR n. 12/2015 "Regolamento regionale sui Presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste: fabbisogno, autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all'esercizio, accreditamento, requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici" che determina i nuovi requisiti per le strutture di riabilitazione in regime residenziale e semiresidenziale prevedendo l'approvazione di un piano di conversione da parte della Giunta regionale a seguito di sottoscrizione di preintese con le strutture già autorizzate ed accreditate ai sensi del RR 3/2005

Visto il RR n. 22/2019 "Regolamento regionale sulle prestazioni ambulatoriali erogate dai Presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste - Modifica al regolamento regionale 16 aprile 2015, n. 12" che determina i nuovi requisiti per le strutture di riabilitazione in regime ambulatoriale prevedendo l'approvazione di un piano di conversione da parte della Giunta regionale a seguito di sottoscrizione di preintese con le strutture già autorizzate ed accreditate ai sensi del RR 3/2005

Tenuto conto che il Programma Operativo 2016-2018 approvato con Deliberazione della Giunta regionale 6 febbraio 2018, n. 129 ha previsto tra le azioni da avviare e le misure da attuare il monitoraggio e adeguamento degli schemi di accordi contrattuali con gli erogatori privati oltre all'approvazione delle deliberazioni di determinazione dei fondi unici di remunerazione assegnati alle Aziende Sanitarie Locali per la contrattualizzazione delle strutture accreditate.

Considerato che il processo di conversione dei posti già autorizzati ed accreditati in regime residenziale, semiresidenziale ed ambulatoriale ai sensi dei nuovi RR n. 12/2015 e RR n. 22/2019 è in procinto di essere avviato, percorso che vedrà anche la rideterminazione delle tariffe di riferimento, allo stato attuale si

applicano ancora il RR 3/2005 (prestazioni residenziali, semiresidenziali ed ambulatoriali) ed il RR 16/2010 e s.m.i. (prestazioni domiciliari) le cui tariffe di riferimento sono quelle determinate con DGR n. 1400/2007, DGR n. 2185/2010 e DGR n. 2336/2010.

RICHIAMATE le sentenze n. 838/2021, 839/2021, 840/2021 e 841/2021 del TAR Puglia- Sezione Seconda, pubblicate il 12/05/2021, relativi ai ricorsi sulla richiesta di aggiornamento delle tariffe di riabilitazione, che hanno ribadito: *“si evince dunque la mancanza di un meccanismo di automatismo legato ad una precisa scansione temporale e relativo all’aggiornamento delle tariffe, dovendo piuttosto essere riconosciuto, in capo alle regioni, un potere discrezionale nel procedere all’aggiornamento che può giungere a giustificare il mancato adeguamento delle tariffe e addirittura, nel caso, ad esempio, in cui innovazioni tecnologiche od organizzative consentano un abbattimento di costi, una rideterminazione in diminuzione delle stesse. Il tema della revisione delle tariffe per le prestazioni riabilitative è stato oggetto, altresì, della recente pronuncia del Consiglio di Stato, n. 301/2020, con la quale è stata confermata l’insussistenza dell’obbligo di aggiornamento dei tariffari da parte delle regioni. In particolare, il Consiglio di Stato, chiamato a decidere in merito alla richiesta di aggiornamento delle rette formulata da un’associazione deputata all’assistenza di persone con disabilità, ha affermato che “(...) le norme vigenti non impongono alcuna tempistica né alcun automatismo per la revisione delle tariffe .....Il Giudice d’appello ha altresì osservato che “la stessa formulazione della norma lega l’aggiornamento della “relativa tariffa” alla riclassificazione della prestazione, residuando al di fuori di tale fattispecie solo il principio generale di sinallagmaticità del rapporto negoziale, che prevede una variazione del corrispettivo solo in caso di comprovata e sensibile variazione del costo della prestazione. La necessità che la domanda di variazione sia corredata dalla documentazione dei nuovi o maggiori costi fa venire meno in radice la possibilità di ritenere obbligatoria una rivalutazione periodica a scadenze temporali prefissate, mentre la conseguente non spettanza di una rivalutazione tariffaria a seguito di una domanda non corredata, come nella fattispecie, da una dimostrazione della avvenuta levitazione di costi, impedisce di configurare la sussistenza di un diritto di credito o di un danno da ristorare”.*

RICHIAMATA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1494 del 04/08/2009 con la quale la Regione Puglia ha approvato 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;

Ai sensi della DGR n.1494/2009 i Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali, tra gli adempimenti propedeutici alla sottoscrizione degli accordi contrattuali, devono provvedere:

1. alla determinazione del fondo unico di remunerazione;
2. alla individuazione dei volumi di prestazioni da contrattualizzare ed alla ripartizione del fondo per le diverse tipologie di setting assistenziale in relazione ai suddetti volumi di prestazioni;
3. alla assegnazione del tetto di spesa per ciascuna struttura, tenendo conto di una serie di parametri, nei limiti della potenzialità erogativa delle singole strutture.

Richiamata la DGR n. 831/2016 con la quale è stato approvato lo schema-tipo di accordo contrattuale per l'erogazione e l'acquisto di prestazioni sanitarie in regime riabilitativo residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare ( ex art 26 L. 833/78 )

Vista la sentenza del TAR-Bari – Sezione Seconda n. 1678/2019 relativo al ricorso per l’annullamento della DGR n. 831/2016 secondo cui *“In ordine all’efficacia di una siffatta clausola di rinuncia (cd. Clausola di salvaguardia), la giurisprudenza ha già avuto modo di pronunciarsi per la piena validità della stessa, in quanto comporta l’acquiescenza, manifestata in modo espresso e inequivocabile, alle determinazioni dell’amministrazione, che la coinvolgono, avendo invero dichiarato di rinunciare, sul piano sostanziale, alla posizione giuridica ritenuta in via assertiva come lesa e, sul correlato piano processuale, al proprio diritto a ricorrere (cfr. T.A.R. Puglia, sez. II, 27 settembre 2019 n. 1231; T.A.R. Puglia, sez. II, 27 settembre 2019 n. 1236; T.A.R. Puglia, sez. II, 27 settembre 2019 n. 1237; T.A.R. Puglia, sez. II, 27 settembre 2019 n. 1238; Cons. St., sez. III, 28 marzo 2019 n. 2075; T.A.R. Puglia, sez. II, 22 febbraio 2019 n. 293; Cons. St., sez. III, 25 settembre 2018 n. 5511; Cons. St.,*

sez. III, 23 agosto 2018 n. 5039; Cons. St., sez. III, 13 agosto 2018 n. 4936; T.A.R. Puglia, sez. st. di Lecce, 13 settembre 2018 n. 1342; Cons. St., sez. III, 18 gennaio 2018 n. 321; Cons. St., sez. III, 1° gennaio 2018 n. 137 e n. 138; Cons. St., sez. III, 1° febbraio 2017 n. 430). Segnatamente, la richiamata giurisprudenza ha ben ritenuto legittima la c.d. clausola di salvaguardia, ovverosia quella particolare clausola, che preveda l'accettazione, da parte degli operatori privati, dei tetti di spesa con la rinuncia alla impugnazioni dei relativi provvedimenti di determinazione. Una simile clausola è invero presente in numerosi schemi-tipo di contratto, ai sensi dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, predisposti da diverse Regioni, già soggette a piano di rientro. Peraltro, l'eventuale apposizione di riserve a siffatte clausole - come avvenuto nel caso di specie - non è consentita e le eventuali riserve vanno intese come per non apposte, in quanto finiscono per contraddire l'atto di adesione manifestato (Cons. St., sez. III, 28 marzo 2019 n. 2075), sempreché le strutture accreditate non preferiscano prescindere e operare come semplici strutture private. Chi intende operare nell'ambito della sanità pubblica deve, infatti, accettare i limiti a cui la stessa è stata costretta, dovendo comunque e, in primo luogo, assicurare, pur in presenza di restrizioni finanziarie, beni costituzionali di superiore valore, quale i livelli essenziali relativi al diritto alla salute. Per cui alle strutture private, seppure accreditate con il S.S.N., si pone l'alternativa di accettare le condizioni derivanti dalle esigenze di programmazione pubblica finanziaria e, dunque, il budget che è stato possibile assegnare, onde permanere nel campo della sanità pubblica, oppure, di collocarsi esclusivamente nel mercato della sanità privata ed agire quindi come soggetti privati nel mercato sanitario. Ergo, il ricorso introduttivo è infondato. Sul punto, va infine rilevato come la legge costituzionale 20 aprile 2012 n. 1 di riforma della Costituzione abbia eretto a principio fondamentale l'interesse pubblico finanziario, introducendo il nuovo primo comma all'art. 97 della Costituzione, che segnatamente prevede la necessità per le pubbliche amministrazioni, in coerenza con l'ordinamento dell'U.E., di assicurare l'equilibrio dei bilanci e la sostenibilità del debito pubblico, così come il novellato art. 81 della Costituzione e la legge 24 dicembre 2012 n. 243 hanno declinato in maniera dettagliata il principio del pareggio di bilancio. Pertanto, è imposto alle pubbliche amministrazioni e ai soggetti concessionari di pubbliche funzioni e servizi, se destinatari di risorse finanziarie pubbliche, di operare nei limiti dei budget prestabiliti. Detta ratio della clausola de qua deve ravvisarsi a prescindere dalla situazione in cui versa la Regione (nel caso di specie la fase successiva al piano di rientro, ovvero la fase del c.d. piano operativo che comunque ha la stessa finalità di contenimento della spesa sanitaria, con la conseguenza che devono ritenersi operanti sempre e comunque i principi di cui alle menzionate sentenze). Ne consegue la piena di legittimità della clausola di salvaguardia."

Richiamata la sentenza della Corte Costituzionale n. 236/2012 relativa all'acquisto di prestazioni da strutture extraregionali, secondo cui "...in linea di massima, le priorità stabilite dal legislatore regionale con la normativa censurata, privilegiando innanzitutto le strutture pubbliche e, di seguito, quelle private insistenti nel territorio della ASL, appaiono legittime e dotate di una base razionale. L'elevato e crescente deficit della sanità e le esigenze di bilancio e di contenimento della spesa pubblica, nonché di razionalizzazione del sistema sanitario, infatti, esigono una programmazione. In particolare, appare ragionevolmente individuato, in linea con le direttrici stabilite dal legislatore statale, un assetto caratterizzato, tra l'altro, «dalla programmazione del numero e dell'attività dei soggetti erogatori, in modo da evitare il rischio di una sottoutilizzazione delle strutture pubbliche; dalla ripartizione preventiva della domanda tra un numero chiuso di soggetti erogatori e dalla facoltà di scelta dell'assistito solo all'interno del novero delle strutture accreditate» (sentenza n. 94 del 2009).

Richiamate, ad ulteriore chiarimento della questione relativa all'acquisto di prestazioni da strutture extraregionali, le sentenze del TAR Lecce n. 2337/2013 e n. 2329/2013, intervenute a posteriori rispetto alla sentenza della Corte Costituzionale secondo cui:

"3.2 Così motivata e circoscritta nella portata la decisione della Corte Costituzionale, deve allora osservarsi che, anche venuta meno la limitazione alle <<strutture insistenti in [...] ambiti territoriali regionali>>, il sistema resta in ogni caso incentrato sul principio per il quale le ASL stipulano prioritariamente gli accordi contrattuali in oggetto con i presidi privati insistenti nel proprio territorio, essendo l'ipotesi di concluderli con <<strutture insistenti in altri ambiti territoriali>> subordinata alla circostanza che <<il fabbisogno non

*possa essere soddisfatto attraverso gli accordi contrattuali con i soggetti insistenti nel territorio dell'ASL di riferimento>>.....*

*Nel caso in esame, appunto, la ASL intimata privilegiava l'opzione indicata come prioritaria dalla norma, così affidando lo svolgimento delle prestazioni di riabilitazione a una struttura accreditata con sede in OMISSIS e, quindi, nel proprio territorio di riferimento; poiché quest'ultima era in grado di soddisfare integralmente il fabbisogno territoriale -circostanza che la società ricorrente, in effetti, non confuta-, inoltre, veniva meno il presupposto, normativamente fissato, per rinnovare il rapporto -all'epoca scaduto- con OMISSIS (e cioè, come già più volte scritto, l'impossibilità di soddisfare il fabbisogno attraverso gli accordi contrattuali con i soggetti insistenti nel territorio della Azienda).*

*In questa prospettiva, dunque, l'intervento della Corte Costituzionale rimane, per così dire, sullo sfondo, poiché l'esistenza di una struttura accreditata operante nell'ambito territoriale della ASL e idonea a soddisfare il fabbisogno di prestazioni riabilitative residenziali era circostanza per cui, in effetti, la questione della possibilità di ricorrere a presidi extra-regionali neppure si poneva in termini attuali e concreti."*

Premesso che

Con DGR n. 1412 del 9 agosto 2021 è stato approvato il *"Fondo di remunerazione regionale per l'acquisto di prestazioni da Presidi di Riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali valevole per l'anno 2021"*.

Il predetto fondo, per le motivazioni ampiamente riportate nella DGR n. 1412/2021, è stato integrato mediante implementazione del fondo storico, assegnato dalla Regione alle Aziende Sanitarie Locali negli anni dal 2010 al 2020, con le somme rivenienti dall'acquisto di prestazioni da Centri extraregionali; ciò in ragione del principio sancito anche dalla giurisprudenza (cfr. sentenza Corte Costituzionale n. 236/2012 - sentenze TAR Lecce n. 2337/2013 e n. 2329/2013) secondo il quale le Aziende Sanitarie Locali devono garantire l'erogazione delle prestazioni LEA ricorrendo in primis alle proprie strutture pubbliche ed, in subordine, mediante contrattualizzazione delle strutture private accreditate insistenti nel territorio di competenza.

A tal fine, la DGR n. 1412/2021 ha impartito una precisa direttiva ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali i quali, entro la fine dell'anno 2021, devono mettere in atto azioni mirate a trasferire i pazienti assistiti dalle strutture extraregionali presso le strutture accreditate e contrattualizzate insistenti nel territorio di competenza, mediante contestuale assegnazione di budget aggiuntivo rispetto allo storico 2020 assegnato ad ogni singola struttura, nei limiti del fondo assegnato che si attesta in € 128.566.954,82 su base regionale. Pertanto, entro la fine dell'anno 2021, la spesa per l'acquisto di prestazioni da Presidi di riabilitazione extraregionali dovrà essere azzerata, e di conseguenza, aumentato il budget assegnato alle strutture accreditate e contrattualizzate insistenti nel territorio di competenza, nel rispetto della massima capacità erogativa delle medesime.

E' attivo un Tavolo regionale al quale partecipano le Associazioni datoriali del settore della Riabilitazione che sta affrontando a) il tema dell'applicazione dei nuovi regolamenti regionali - RR n. 12/2015 e RR n. 22/2019 - dovendo dare corso alla sottoscrizione delle preintese con gli erogatori privati al fine della conversione dei posti nei nuovi setting assistenziali ed alla rideterminazione delle tariffe di riferimento regionale b) il tema dell'aggiornamento delle attuali tariffe anche alla luce del rinnovo del CCNL Aiop - personale non medico.

Le tariffe di riferimento regionale per il settore della riabilitazione ex art. 26 sono state determinate e/o aggiornate con i seguenti provvedimenti di Giunta regionale: DGR n. 1400/2007 per i setting residenziale - semiresidenziale - ambulatoriale - domiciliare; DGR n. 2185/2010 per il setting residenziale intensivo post acuzie (TRIP); DGR n. 2336/2010 per il setting domiciliare. Si precisa che le tariffe per il TRIP e per l'assistenza domiciliare sono state determinate calcolando la voce di costo "Spesa per il personale" in applicazione del CCNL AIOP sanità privata. Di seguito si riporta la tabella con le vigenti tariffe applicate ai Presidi di Riabilitazione:

Tariffe Presidi di riabilitazione ex art. 26		tariffa vigente
TRIP - internato grave con riabilitazione intensiva post acuzie	DGR 2185/2010	194,95
	DGR 1400/2007	184,73
internato grave	DGR 1400/2007	159,94
internato base	DGR 1400/2007	106,99
assenza terapeutica	DGR 1400/2007	74,79
seminternato grave	DGR 1400/2007	86,86
seminternato base	DGR 1400/2007	66,73
ambulatoriale individuale	DGR 1400/2007	40,84
ambulatoriale piccolo gruppo	DGR 1400/2007	14,38
Domiciliare	DGR 2336/2010 medico	48,73
	DGR 2336/2010 fisioterapista o logopedista	45,81

Dopo una serie di incontri con le Associazioni datoriali in data 22/10/2021 si è pervenuti alla sottoscrizione di un accordo che espressamente prevede:

*“Relativamente al primo argomento, il Capo Dipartimento ricorda che a livello nazionale il tema del rinnovo contrattuale di che trattasi registra una comunicazione del Presidente della Conferenza delle Regioni al Ministro della Salute del 17 ottobre 2019, con la quale, nel quadro delle ipotesi di aumento del fondo sanitario nazionale, si manifesta la disponibilità delle Regioni ad intervenire per la composizione delle istanze connesse al rinnovo del CCNL, attraverso un incremento del budget delle prestazioni da soggetti privati accreditati fino al 50% dei costi determinati dai rinnovi contrattuali; in detta lettera si rimandava a livello regionale ogni successiva verifica e adempimento. Si richiama l’attenzione sulla circostanza per cui a detta comunicazione non sono seguite ulteriori specifiche norme o disposizioni dei Ministeri Salute/MEF, e che pertanto il riconoscimento di quanto in argomento è espressione di una precisa volontà del Governo regionale in ordine alla composizione delle istanze provenienti dal settore. Infatti, il tema attiene per un verso l’aggiornamento tariffario delle prestazioni dei centri di riabilitazione ex-art. 26 della L. 833/1978 (distinte per attività residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare), che da oltre un decennio, per la regione Puglia, non registra alcun intervento di revisione e/o adeguamento; per l’altro il più articolato e complessivo intervento di ridefinizione delle tariffe in relazione all’attuazione dei nuovi requisiti previsti dai Regolamenti regionali su richiamati.*

*In detto quadro, tenendo conto del tempo trascorso dall’ultimo aggiornamento (DGR 1400/2007, DGR n. 2185/2010 e DGR 2336/2010), in ragione dell’incremento dei prezzi al consumo, del rinnovo contrattuale e della necessità di ridurre la mobilità sanitaria passiva ex art. 26 (che com’è noto è a carico dei bilanci delle Aziende Sanitarie territorialmente competenti), si è ritenuto di dover affrontare il tema relativo all’aggiornamento delle tariffe vigenti, nell’ambito del quadro vincolistico che caratterizza il contesto operativo regionale.*

*A tal fine, e con riferimento anche al secondo argomento in discussione, nell’evidenziare che le tariffe sono il portato di una valutazione di costi standard per attività, la cui determinazione richiede tempi tecnici istruttori adeguati, il Capo Dipartimento comunica che saranno avviate, a cura della competente Sezione SGO, le necessarie procedure finalizzate alla determinazione delle tariffe ex-art 26, entro il nuovo quadro definito dai RR.RR n. 12/2015 e 22/2019.*

*Tutto quanto innanzi premesso, con DGR n. 1412 del 12/08/2021, pubblicata nel mese di settembre 2021, è stato approvato il Fondo regionale di remunerazione per l’acquisto di prestazioni dai Presidi di Riabilitazione valevole per l’anno 2021. Detto fondo, che storicamente ammontava a circa 114 mln di euro, non teneva conto*

di ulteriori assegnazioni che negli anni hanno permesso alla ASL TA di potenziare l'offerta di prestazioni di riabilitazione per 3,4 mln di euro attraverso un progetto obiettivo finanziato con DIF; detto progetto, in ragione della valenza rivestita, è stato quindi consolidato con afferenza al tetto programmato. Per altro verso, giova evidenziare che il fondo storico di cui innanzi non è altresì comprensivo dell'ammontare utilizzato per l'acquisto di prestazioni da strutture extraregionali quantificato in 10 mln di euro. Con la medesima Deliberazione è stato fornito indirizzo alle Aziende Sanitarie in ordine al recupero della mobilità sanitaria passiva, dando mandato ai Direttori generali delle AA.SS.LL. di intervenire con tempestività per detto recupero; tanto, in considerazione della circostanza che detta mobilità è riferita a prestazioni a bassa complessità, correntemente fruibili all'interno del territorio regionale. Per quanto innanzi, il fondo di remunerazione delle prestazioni ex art. 26 attualmente ammonta complessivamente a 127,4 mln di euro (114+ 3,4+10).

Tutto quanto innanzi premesso, a conclusione delle sessioni di incontro tenutesi, i presenti concordano e convergono su quanto segue:

- A. di stabilire che con decorrenza dal 1<sup>a</sup> ottobre 2021 le tariffe attualmente vigenti per le attività di riabilitazione ex art. 26 sono incrementate del 7%, con corrispondente aumento dei tetti di spesa per ciascun erogatore, ferma restando l'articolazione per dodicesimi dell'attività erogativa;
- B. che la competente Sezione SGO resta impegnata nella revisione delle tariffe, alla luce dei nuovi requisiti e standard per la concreta attuazione dei più volte richiamati Regolamenti regionali, anche con la consultazione delle organizzazioni di categoria;
- C. che con riferimento ai Regolamenti Regionali nn. 12/2015 e 22/2019 si procederà nell'iter di definizione delle preintese, tanto al fine dell'attuazione dei nuovi standard previsti dai Regolamenti medesimi;
- D. in aggiunta a quanto sopra, per gli erogatori che alla data di sottoscrizione del presente applicano il CCNL AIOP- personale non medico, con decorrenza 1 ottobre 2021, si stabilisce di riconoscere un aumento del budget delle prestazioni pari al 5% del tetto di spesa 2021 rapportato ai dodicesimi, tanto in linea con gli orientamenti della Conferenza delle Regioni di cui alla nota prot. 5974/C1PERS/C7SAN. Tale misura troverà applicazione fino all'entrata in vigore delle nuove tariffe di cui al precedente punto B.

I riconoscimenti di cui innanzi trovano copertura nell'ambito del Fondo di remunerazione stabilito con DGR n. 1412/2021, recante indirizzo della Giunta Regionale alle Aziende Sanitarie Locali in ordine al recupero della mobilità passiva, pari ad euro 10 mln, per attività effettuate da strutture ex-art. 26 fuori regione.

Gli effetti di detti riconoscimenti sono stimabili, per l'ultimo trimestre dell'anno, in complessivi euro 2,7 mln, di cui euro 2 mln per incremento delle tariffe, e circa euro 0,7 mln per incremento tetti agli erogatori che applicano il contratto AIOP- personale non medico.

Le Associazioni datoriali esprimono una valutazione positiva in merito ai suddetti riconoscimenti che danno piena definizione in ordine alle loro istanze, e all'unanimità, concordano e convergono sui contenuti del presente verbale, accettandolo e sottoscrivendolo.

I contenuti dell'accordo di cui al presente verbale saranno proposti all'approvazione della Giunta regionale, al fine degli adempimenti inerenti e conseguenti da parte degli Enti del SSR."

Secondo quanto previsto con DGR 1412/2021 ed a seguito della sottoscrizione di detto accordo, è stata avviata nei confronti delle Aziende Sanitarie locali attività di monitoraggio relativa all'attuazione dell'obiettivo di azzeramento della spesa per acquisto di prestazioni riabilitative da strutture extraregionali, con conseguente attività ricognitiva delle eventuali economie di spesa a valere sul fondo extraregionale di 10 mln utili a compensare gli effetti delle manovre previste nell'accordo (+7% aggiornamento tariffario e +5% del tetto di spesa 2021 rapportato ai dodicesimi per gli erogatori che applicano il contratto AIOP- personale non medico).

Dall'attività ricognitiva è emerso che le Aziende Sanitarie Locali BT e TA, ad integrazione rispetto alla precedente ricognizione relativa alla spesa extraregionale, hanno certificato una spesa storica per acquisto di prestazioni riabilitative da strutture extraregionali rispettivamente pari ad euro 899.356,50 ed euro 1.519.098,67. Pertanto, il fondo extraregionale determinato con la DGR 1412/2021 deve essere integrato con le ulteriori predette somme.

Inoltre, gli esiti di detta attività ricognitiva registrano, a valere sul fondo extraregionale di cui alla DGR n. 1412/2021, una minore spesa pari ad euro 2.489.862,06 ( quanto ad euro 2.337.000,50 per la ASL FG ed euro 152.861,56 per la ASL BT).

In ragione di tali economie e considerato che l'accordo ha previsto che i riconoscimenti di cui innanzi trovassero copertura nell'ambito del Fondo di remunerazione stabilito con DGR n. 1412/2021, recante indirizzo della Giunta Regionale alle Aziende Sanitarie Locali in ordine al recupero della mobilità passiva, pari ad euro 10 mln, per attività effettuate da strutture ex-art. 26 fuori regione, si ritiene di poter procedere con decorrenza dal 1<sup>a</sup> ottobre 2021 al riconoscimento dell'incremento del 7% delle tariffe attualmente vigenti per le attività di riabilitazione ex art. 26 con corrispondente aumento dei tetti di spesa per ciascun erogatore, ferma restando l'articolazione per dodicesimi dell'attività erogativa. Ciò comporta un aumento di budget entro il limite massimo del 7% da applicarsi ai 3/12 (tre/dodicesimi) del tetto di spesa assegnato a ciascun erogatore privato accreditato nell'anno 2021. Tale misura comporta una previsione di spesa aggiuntiva di euro 2.200.000,00 che trova copertura nell'ambito della minore spesa extraregionale pari ad euro 2.489.862,06.

Quanto alla misura aggiuntiva, con decorrenza 1 ottobre 2021, valevole per gli erogatori che alla data di sottoscrizione dell'accordo applicano il CCNL AIOP- personale non medico, relativa al riconoscimento di un addendum sul tetto di spesa pari al 5% del relativo budget assegnato 2021 rapportato ai dodicesimi (da applicarsi ai 3/12 (tre/dodicesimi) del tetto di spesa assegnato a ciascun erogatore privato accreditato nell'anno 2021), la stessa trova applicazione con decorrenza 1 dicembre 2021, in ragione delle certificate economie a valere sul fondo extraregionale. Tale misura comporta una previsione di spesa aggiuntiva di euro 250.000,00 che trova copertura nell'ambito della minore spesa extraregionale pari ad euro 2.489.862,06.

In relazione all'incremento del 7% delle tariffe attualmente vigenti per le attività di riabilitazione ex art. 26, si precisa che agli erogatori che non utilizzano il CCNL Aiop sanità privata per il setting assistenziale TRIP si applicherà la tariffa TRIP di cui alla DGR 1400/2007 rivalutata, fermo restando il rispetto dello standard organizzativo di cui al RR n. 3/2005. Inoltre, in relazione al setting riabilitativo domiciliare, poiché trattasi di nuova disciplina introdotta dal RR n. 16/2010, come modificato dal RR n. 20/2011, che ne ha determinato il relativo standard organizzativo, l'unica tariffa applicabile è quella di cui alla DGR 2336/2010 che ha valorizzato la voce "costo del personale" in l'applicazione del CCNL Aiop - sanità privata. Ne consegue, pertanto, l'obbligo per gli erogatori accreditati per tale setting all'utilizzo di tale tipologia contrattuale per il personale dipendente. Di seguito si riporta la tabella relativa alle tariffe per le prestazioni riabilitative erogate dai Presidi di riabilitazione rideterminate con l'aggiornamento del 7%:

Tariffe Presidi di riabilitazione ex art. 26		tariffa vigente	tariffa con incremento 7%
TRIP - internato grave con riabilitazione intensiva post acuzie	DGR 2185/2010	194,95	208,60
internato grave	DGR 1400/2007	159,94	171,14
internato base	DGR 1400/2007	106,99	114,48
assenza terapeutica	DGR 1400/2007	74,79	80,03
seminternato grave	DGR 1400/2007	86,86	92,94
seminternato base	DGR 1400/2007	66,73	71,40
ambulatoriale individuale	DGR 1400/2007	40,84	43,70
ambulatoriale piccolo gruppo	DGR 1400/2007	14,38	15,39
Domiciliare	DGR 2336/2010 medico	48,73	52,14
	DGR 2336/2010 fisioterapista o logopedista	45,81	49,02

Premesso tutto quanto innanzi, si ritiene necessario, ad integrazione e modifica della DGR n. 1412/2021, rideterminare il fondo unico regionale valevole per l'anno 2021 per l'acquisto di prestazioni residenziali/

semiresidenziali/ambulatoriali/domiciliari dalle strutture private autorizzate ed accreditate per la riabilitazione extraospedaliera - Presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti del consolidato anno 2020, così come riportato nella tabella seguente:

ANNO 2021 FONDO DI REMUNERAZIONE PER ACQUISTO PRESTAZIONE DA PRESIDI DI RIABILITAZIONE	FONDO DI REMUNERAZIONE - ANNO 2020 E PRECEDENTI	SPESA EXTRAREGIONALE	PROGETTI DIEF	<b>FONDO DI REMUNERAZIONE PER AZIENDA SANITARIA VALEVOLE PER L'ANNO 2021</b>
ASL BA	32.958.870,27	3.651.135,92		<b>36.610.006,19</b>
ASL BT	9.005.395,97	899.356,50		<b>9.904.752,47</b>
ASL LE	9.358.813,80	1.055.000,00		<b>10.413.813,80</b>
ASL TA	22.337.211,00	1.519.098,67	3.400.000,00	<b>27.256.309,67</b>
ASL BR	7.761.724,75			<b>7.761.724,75</b>
ASL FG	33.472.240,11	5.566.563,00		<b>39.038.803,11</b>
<b>TOTALE FONDO REGIONALE</b>	<b>114.894.255,90</b>	<b>12.691.154,09</b>	<b>3.400.000,00</b>	<b>130.985.409,99</b>

Si rappresenta che il fondo di remunerazione valevole per l'anno 2021 (il cui apporto in termini di riduzione della mobilità extraregione è calcolato in 2,4M€) e seguenti (il cui apporto in termini di riduzione della mobilità extraregione, cumulato con l'effetto prodotto già a valere sull'esercizio 2021, è quantificato in 12,6M€) per l'acquisto di prestazioni dai Presidi di riabilitazione trova copertura a valere sulla spesa storica consolidata, comprensiva della spesa sostenuta dalle ASL per accordi contrattuali con erogatori regionali, e di quella per erogatori extraregionale, tanto sulla base di espressi indirizzi alle Direzioni ASL giusta DGR 1412/2021.

In ragione degli indirizzi formulati con la citata DGR 1412/2021 le ASL, che già a partire da agosto 2021 hanno iniziato a porre in essere azioni mirate a trasferire i pazienti assistiti dalle strutture extraregionali presso le strutture accreditate e contrattualizzate insistenti nel territorio di competenza, entro il 31/12/2021 sono tenute a completare il rientro dei pazienti di cui innanzi, azzerando la spesa per l'acquisto di prestazioni da Presidi di riabilitazione extraregionali. A tal fine sarà messa a punto una attenta attività di monitoraggio relativa all'attuazione della previsione di cui innanzi da parte del competente Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza alle persone in condizioni di fragilità – Assistenza Sociosanitaria.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi della L.R. n. 7/97, art. 4, lett. K., propone alla Giunta:

1. di integrare e modificare la DGR n. 1412/2021, rideterminando il fondo unico regionale valevole per l'anno 2021 per l'acquisto di prestazioni residenziali/semiresidenziali/ambulatoriali/domiciliari dalle strutture private autorizzate ed accreditate per la riabilitazione extraospedaliera - Presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti del consolidato anno 2020, così come riportato nella tabella seguente:

ANNO 2021 FONDO DI REMUNERAZIONE PER ACQUISTO PRESTAZIONE DA PRESIDI DI RIABILITAZIONE	FONDO DI RE- MUNERAZIONE - ANNO 2020 E PRECEDENTI	SPESA EXTRAREGIONALE	PROGETTI DIEF	<b>FONDO DI REMUNERAZIONE PER AZIENDA SANITARIA VALEVO- LE PER L'ANNO 2021</b>
ASL BA	32.958.870,27	3.651.135,92		<b>36.610.006,19</b>

ASL BT	9.005.395,97	899.356,50		<b>9.904.752,47</b>
ASL LE	9.358.813,80	1.055.000,00		<b>10.413.813,80</b>
ASL TA	22.337.211,00	1.519.098,67	3.400.000,00	<b>27.256.309,67</b>
ASL BR	7.761.724,75			<b>7.761.724,75</b>
ASL FG	33.472.240,11	5.566.563,00		<b>39.038.803,11</b>
TOTALE FONDO REGIONALE	114.894.255,90	12.691.154,09	3.400.000,00	<b>130.985.409,99</b>

2. di recepire l'accordo sottoscritto in data 22/10/2021, tra i rappresentanti regionali del Dipartimento Promozione della Salute e Benessere animale e le Associazioni datoriali dei Presidi di Riabilitazione;
3. di stabilire che con decorrenza 1<sup>a</sup> ottobre 2021 le tariffe attualmente vigenti per le attività di riabilitazione ex art. 26 sono incrementate del 7%, con corrispondente aumento dei tetti di spesa per ciascun erogatore; di stabilire altresì che detti incrementi sono da applicarsi in dodicesimi e fino a successiva rideterminazione tariffe;
4. di stabilire che la competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta proceda alla revisione delle tariffe di cui innanzi, alla luce dei nuovi requisiti e standard determinati dai Regolamenti regionali nn. 12/2015 e 22/2019, anche con la consultazione delle organizzazioni di categoria;
5. di stabilire che con riferimento ai Regolamenti Regionali nn. 12/2015 e 22/2019 si proceda alla sottoscrizione delle preintese con gli erogatori privati, tanto al fine dell'attuazione dei nuovi standard previsti dai Regolamenti medesimi;
6. di stabilire che in aggiunta a quanto innanzi, in ragione della corrispondente copertura finanziaria, per gli erogatori che alla data di sottoscrizione dell'accordo di cui innanzi applicano il CCNL AIOP-personale non medico, è *ricosciuto* un aumento pari al 5% del tetto di spesa 2021 rapportato ai dodicesimi, con effetto dal 01/12/2021, tanto in linea con gli orientamenti della Conferenza delle Regioni di cui alla nota prot. 5974/C1PERS/C7SAN. Tale incremento su base mensile troverà applicazione fino all'entrata in vigore delle nuove tariffe di cui al precedente punto 5;
7. di stabilire che i riconoscimenti di cui innanzi trovano copertura a valere sulla razionalizzazione delle spese conseguente alla DGR 1412/2021, recante indirizzi della Giunta Regionale alle Aziende Sanitarie Locali in ordine al recupero della mobilità passiva, per euro 12.691.154,09, per attività effettuate da strutture ex art. 26 fuori regione;
8. di stabilire che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali entro e non oltre il 31/12/2021 dovranno completare il trasferimento dei pazienti assistiti dalle strutture extraregionali presso le strutture accreditate e contrattualizzate insistenti nel territorio di competenza, mediante il ricorso di quanto previsto al precedente punto 7 e comunque nei limiti del fondo stabilito con il presente provvedimento;
9. di stabilire che per il raggiungimento dell'obiettivo di cui al precedente punto 8 sarà effettuata una puntuale attività di monitoraggio da parte del competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, cui è altresì demandata la rimodulazione del Fondo Regionale per le prestazioni di riabilitazione fra le diverse Aziende Sanitarie, sulla base dell'effettivo fabbisogno;
10. di demandare ai Direttori Generali delle ASL la sottoscrizione degli addendum contrattuali per il 2021 con i Presidi di Riabilitazione tanto al fine di dare concreta applicazione alle misure previste con il presente provvedimento;
11. di approvare la tabella degli aggiornamenti delle tariffe per le prestazioni riabilitative ex art. 26 come di seguito riportata:

Tariffe Presidi di riabilitazione ex art. 26		tariffa vigente	tariffa con incremento 7%
TRIP - internato grave con riabilitazione intensiva post acuzie	DGR 2185/2010	194,95	208,60
	DGR 1400/2007	184,73	197,66
internato grave	DGR 1400/2007	159,94	171,14

internato base	DGR 1400/2007	106,99	114,48
assenza terapeutica	DGR 1400/2007	74,79	80,03
seminternato grave	DGR 1400/2007	86,86	92,94
seminternato base	DGR 1400/2007	66,73	71,40
ambulatoriale individuale	DGR 1400/2007	40,84	43,70
ambulatoriale piccolo gruppo	DGR 1400/2007	14,38	15,39
domiciliare	DGR 2336/2010 medico	48,73	52,14
	DGR 2336/2010 fisioterapista o logopedista	45,81	49,02

12. di demandare alla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta la notifica del presente provvedimento ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali, ai Direttori dei Dipartimenti di Riabilitazione, ai Responsabili delle Aree Gestione Accordi contrattuali ed alle Associazioni di categoria dei Presidi di Riabilitazione per il tramite della competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;
13. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. n. 13/1994

**VERIFICA AI SENSI DEL D.LGS. N. 196/2003 E DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016  
GARANZIE DI RISERVATEZZA**

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo sul sito Istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D. Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

**“COPERTURA FINANZIARIA DI CUI AL D.LGS. 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.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio 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 Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza alle Persone  
in condizioni di Fragilità – Assistenza Sociosanitaria  
(Elena Memeo)

Il Dirigente ad Interim della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta  
(Antonio Mario Lerario)

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO POLITICHE DELLA  
SALUTE E BENESSERE ANIMALE  
(Vito Montanaro)

IL PRESIDENTE  
(Michele Emiliano)

**LA GIUNTA**

- Udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente schema dalla Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza alle persone in condizioni di fragilità - Assistenza sociosanitaria e confermata dal Dirigente ad Interim della Sezione Strategia e Governo dell'Offerta;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge

**D E L I B E R A**

Di approvare la relazione del Presidente, per le motivazioni espresse in premessa, che quivi si intendono integralmente riportate, e per l'effetto:

1. di integrare e modificare la DGR n. 1412/2021, rideterminando il fondo unico regionale valevole per l'anno 2021 per l'acquisto di prestazioni residenziali/semiresidenziali/ambulatoriali/domiciliari dalle strutture private autorizzate ed accreditate per la riabilitazione extraospedaliera - Presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti del consolidato anno 2020, così come riportato nella tabella seguente:

ANNO 2021 FONDO DI REMUNERAZIONE PER ACQUISTO PRESTAZIONE DA PRESIDI DI RIABILITAZIONE	FONDO DI REMUNERAZIONE - ANNO 2020 E PRECEDENTI	SPESA EXTRAREGIONALE	PROGETTI DIEF	<b>FONDO DI REMUNERAZIONE PER AZIENDA SANITARIA VALEVOLE PER L'ANNO 2021</b>
ASL BA	32.958.870,27	3.651.135,92		<b>36.610.006,19</b>
ASL BT	9.005.395,97	899.356,50		<b>9.904.752,47</b>
ASL LE	9.358.813,80	1.055.000,00		<b>10.413.813,80</b>
ASL TA	22.337.211,00	1.519.098,67	3.400.000,00	<b>27.256.309,67</b>
ASL BR	7.761.724,75			<b>7.761.724,75</b>
ASL FG	33.472.240,11	5.566.563,00		<b>39.038.803,11</b>
<b>TOTALE FONDO REGIONALE</b>	<b>114.894.255,90</b>	<b>12.691.154,09</b>	<b>3.400.000,00</b>	<b>130.985.409,99</b>

2. di recepire l'accordo sottoscritto in data 22/10/2021, tra i rappresentanti regionali del Dipartimento Promozione della Salute e Benessere animale e le Associazioni datoriali dei Presidi di Riabilitazione;
3. di stabilire che con decorrenza 1<sup>a</sup> ottobre 2021 le tariffe attualmente vigenti per le attività di riabilitazione ex art. 26 sono incrementate del 7%, con corrispondente aumento dei tetti di spesa per

- ciascun erogatore; di stabilire altresì che detti incrementi sono da applicarsi in dodicesimi e fino a successiva rideterminazione delle tariffe ;
4. di stabilire che la competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta proceda alla revisione delle tariffe di cui innanzi, alla luce dei nuovi requisiti e standard determinati dai Regolamenti regionali nn. 12/2015 e 22/2019, anche con la consultazione delle organizzazioni di categoria;
  5. di stabilire che con riferimento ai Regolamenti Regionali nn. 12/2015 e 22/2019 si proceda alla sottoscrizione delle preintese con gli erogatori privati, tanto al fine dell'attuazione dei nuovi standard previsti dai Regolamenti medesimi;
  6. di stabilire che in aggiunta a quanto innanzi, in ragione della corrispondente copertura finanziaria, per gli erogatori che alla data di sottoscrizione dell'accordo di cui innanzi applicano il CCNL AIOP-personale non medico, è *riconosciuto* un aumento pari al 5% del tetto di spesa 2021 rapportato ai dodicesimi, con effetto dal 01/12/2021, tanto in linea con gli orientamenti della Conferenza delle Regioni di cui alla nota prot. 5974/C1PERS/C7SAN. Tale incremento su base mensile troverà applicazione fino all'entrata in vigore delle nuove tariffe di cui al precedente punto 5;
  7. di stabilire che i riconoscimenti di cui innanzi trovano copertura a valere sulla razionalizzazione delle spese conseguente alla DGR 1412/2021, recante indirizzi della Giunta Regionale alle Aziende Sanitarie Locali in ordine al recupero della mobilità passiva, per euro 12.691.154,09, per attività effettuate da strutture ex art. 26 fuori regione;
  8. di stabilire che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali entro e non oltre il 31/12/2021 dovranno completare il trasferimento dei pazienti assistiti dalle strutture extraregionali presso le strutture accreditate e contrattualizzate insistenti nel territorio di competenza, mediante il ricorso di quanto previsto al precedente punto 7 e comunque nei limiti del fondo stabilito con il presente provvedimento;
  9. di stabilire che per il raggiungimento dell'obiettivo di cui al precedente punto 8 sarà effettuata una puntuale attività di monitoraggio da parte del competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, cui è altresì demandata la rimodulazione del Fondo Regionale per le prestazioni di riabilitazione fra le diverse Aziende Sanitarie, sulla base dell'effettivo fabbisogno;
  10. di demandare ai Direttori Generali delle ASL la sottoscrizione degli addendum contrattuali per il 2021 con i Presidi di Riabilitazione tanto al fine di dare concreta applicazione alle misure previste con il presente provvedimento;
  11. di approvare la tabella degli aggiornamenti delle tariffe per le prestazioni riabilitative ex art. 26 come di seguito riportata:

Tariffe Presidi di riabilitazione ex art. 26		tariffa vigente	tariffa con incremento 7%
TRIP - internato grave con riabilitazione intensiva post acuzie	DGR 2185/2010	194,95	208,60
	DGR 1400/2007	184,73	197,66
internato grave	DGR 1400/2007	159,94	171,14
internato base	DGR 1400/2007	106,99	114,48
assenza terapeutica	DGR 1400/2007	74,79	80,03
seminternato grave	DGR 1400/2007	86,86	92,94
seminternato base	DGR 1400/2007	66,73	71,40
ambulatoriale individuale	DGR 1400/2007	40,84	43,70
ambulatoriale piccolo gruppo	DGR 1400/2007	14,38	15,39
domiciliare	DGR 2336/2010 medico	48,73	52,14
	DGR 2336/2010 fisioterapista o logopedista	45,81	49,02

12. di demandare alla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta la notifica del presente provvedimento ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali, ai Direttori dei Dipartimenti di Riabilitazione, ai Responsabili delle Aree Gestione Accordi contrattuali ed alle Associazioni di categoria dei Presidi di Riabilitazione per il tramite della competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;
13. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. n. 13/1994

Il Segretario della Giunta  
ANNA LOBOSCO

Il Presidente della Giunta  
RAFFAELE PIEMONTESE