

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 25 luglio 2022, n. 1045

Determinazione del fondo unico di remunerazione per l'anno 2022, per il riconoscimento delle prestazioni sanitarie da erogarsi in regime di ricovero (case di cura) da parte delle strutture sanitarie istituzionalmente accreditate, insistenti nell'ambito territoriale della Regione Puglia.

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:

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 n. 502/92 e D.L.vo n.517/93) del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che hanno avuto efficacia di Legge fino alla data di entrata in vigore del D.L.vo n. 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. 1494 del 04/08/2009, la Regione Puglia ha approvato i nuovi criteri operativi per definire gli accordi contrattuali con le Case di Cura private istituzionalmente accreditate e, nel contempo, ha imposto alle AA.SS.LL. di determinare un “fondo unico” da destinare alla remunerazione delle prestazioni sanitarie in regime di ricovero. Tali criteri operativi hanno, di fatto, sovvertito il metodo di applicazione tradizionale della c.d. “spesa storica”, stabilendo altresì che “(...) nell’ambito del tetto di spesa assegnato a ciascuna Casa di Cura, per le prestazioni erogate tra l’80% e il 100% del volume stabilito con i criteri di cui innanzi enunciati, si applichi una regressione tariffaria pari al 15%, ai sensi dell’art. 17 della L.R. n. 26/2006”;
- con l’art. 3 — commi 2 e 3 della L.R. n. 12 del 24/09/2010, la Regione Puglia ha abrogato i commi 2 e 3 dell’art. 17 della L.R. n. 14 del 04/08/2004, nonché la lettera c) dell’art. 16 della L.R. n. 26 del 09/08/2006, con la conseguenza che, a far data dall’entrata in vigore della L.R. n. 12/2010, le prestazioni sanitarie effettuate in surplus ai tetti di spesa invalicabili di remunerazione, non sono ammesse alle procedure di liquidazione;
- con DGR n. 673 del 09/04/2019 avente a oggetto, la modifica e l’integrazione della DGR 1494/2009 e revoca dei provvedimenti giuntali: DGR n. 981/2016; DGR n. 910/2017, sono stati determinati i criteri di ripartizione del fondo unico di remunerazione anno 2019 sia per i pazienti residenti nella Regione Puglia sia per i pazienti extraregionali. Con il suddetto provvedimento si procedeva, tra l’altro, ad approvare lo schema di accordo contrattuale ex art. 8 quinquies del D.L. vo 502/92 e s.m.i., da utilizzarsi per la definizione, dell’acquisto di prestazioni erogate dalle strutture istituzionalmente accreditate per le attività svolte in regime di ricovero;
- con deliberazione di giunta regionale del 15 maggio 2019 n. 881 si è proceduto ad approvare e riproporre lo Schema tipo - dell’accordo contrattuale ex art. 8 quinquies del D.L. vo 502/92 e ss.mm.ii. – strutture istituzionalmente accreditate per attività in regime di ricovero (CASE DI CURA);
- nella seduta del 18/12/2019, a conclusione di una serie di incontri finalizzati a definire, con le OO.RR. datoriali, la programmazione per l’anno 2020 (cfr.: verbali del 5.2.2019, del 7.8.2019; dell’8.11.2019) si concordava di prevedere:

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

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, con deliberazione di Giunta Regionale n.16 luglio 2020 n. 1105, avente ad oggetto: Modifiche alle D.G.R. N. 1494/2009, D.G.R. N. 951/2013, N. D.G.R. N. 881/2019 - Approvazione

Modifiche da introdurre nello Schema Tipo - Accordo Contrattuale Ex Art. 8 Quinquies Del D.L. Vo 502/92 e ss.mm.ii. – Strutture Istituzionalmente Accreditate per attività in regime di ricovero (Case Di Cura). Modifica della D.G.R. N. 525/2020, si disponeva:

1. *di confermare, per l'anno 2020 e per ogni singola casa di Cura, i volumi economici già assegnati nel corso dell'anno 2019, fermo restando la facoltà demandata ai DD.GG. delle ASL di stabilire, sulla base del proprio fabbisogno, volumi e tipologie di prestazioni da acquistare. Inoltre, i DD.GG. delle ASL potranno tener conto del rispetto delle pre intese sottoscritte con le Case di Cura private, recepite con il R.R. n. 23/2019, e della conseguente rimodulazione dell'offerta sanitaria a livello regionale. Per quanto riguarda le modalità erogative e l'utilizzo del tetto di spesa, che rimane svincolato, limitatamente all'anno 2020, dal dodicesimo e dall'attribuzione per disciplina, si rimanda a quanto già disciplinato dalla D.G.R. n. 525/2020, che qui si intende interamente richiamata;*
2. *di confermare il tetto di spesa complessivo regionale per le prestazioni rese dalle strutture private accreditate a favore dei pazienti extraregionali, tale da ridurre la spesa annua del 2% rispetto a quella consuntivata nel corso dell'anno 2015, che ammonta, per le Case di Cura, a complessivi€ 36.156.337,00 di cui quanto a € 23.558.868,00 per prestazioni di Alta Complessità (con riferimento ai DRG così come definiti nell'Accordo Interregionale per la Compensazione della Mobilità Sanitaria anni 2014/2015/2016) e quanto ad € 12.597.469,00 per prestazioni di media e bassa complessità. L'importo di€ 12.597.469,00 abbattuto del 2% equivale a € 12.345.519,62;*
3. *di espungere dalla deliberazione di Giunta Regionale n. 951 del13.05.2013, nella Sezione - Prestazioni Assistenza Ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero diurno - , la parte relativa alla valorizzazione delle prestazioni a favore degli Ospedali degli IRCCS privati e delle Case di Cura Private, che si intenderà così ritrascritta : “Per quanto attiene invece, gli Ospedali degli IRCCS privati e delle Case di Cura Private, la valorizzazione delle tariffe dei DRG, comprensivi di protesi, di dispositivi medici e del relativo impianto, sarà commisurata in relazione alla classificazione delle strutture, secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento, secondo la seguente declaratoria :*
 - a) *Classe A) al 100%*
 - b) *Classe B) al 94%*
 - c) *Classe C) al 87%*

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

4. *di espungere - in conformità alla Legge regionale n.4/2003, art. 30 - dalla deliberazione di Giunta Regionale del 4/8/2009 n. 1494 quanto riportato nell'allegato 1) - Criteri Accordi Contrattuali CASE DI CURA PRIVATE Istituzionalmente o Provvisoriamente Accreditate - , e precisamente dopo il punto 5)“ l'accezione : “ Nell'ambito del tetto di spesa assegnato a ciascuna Casa di Cura, alle prestazioni erogate tra l'80% ed il 100% del volume stabilito con i criteri di cui innanzi, si applica una regressione tariffaria pari al 15% ai sensi dell'art. 17 della L.R. n. 26/2006”, deve intendersi cassata. Di conseguenza tutte le prestazioni, comprensive di protesi o di ausili, saranno pagate a tariffa intera secondo il tariffario regionale, e comunque fino alla concorrenza dei tetti di spesa assegnati per singola disciplina. Tale disposizione si applica anche alle prestazioni extraregionali, che non sono da assoggettarsi a regressione tariffaria;*
5. *di espungere, dal contratto tipo, recepito con DGR del 15.5.2019 n.881 pubblicata sul BURP n. 64 dell'11/6/2019, l' accezione riportata al comma 2) dell'art. 3) in ordine alle tariffe regressive che si intenderà così ritrascritto : “ L'azienda ASL xxxxxxxxxx, retribuisce le prestazioni in base alla tariffe regionali vigenti per la fascia di appartenenza dell'erogatore senza l'applicazione dell'istituto delle tariffe regressive previsto dal disposto dalla DGR n. 1494/2009 (tra l'80% ed il 100% del volume stabilito, si applica una regressione tariffaria pari al 15%). Pertanto, le prestazioni saranno remunerate*

- senza regressioni tariffarie, fino al raggiungimento del relativo “tetto annuo di remunerazione a tariffa intera” corrispondente al 100% del tetto di spesa invalicabile, distinto per ogni singola disciplina;
6. di confermare il tetto di spesa complessivo regionale per le prestazioni rese dalle strutture private accreditate a favore dei pazienti extraregionali, nonché i criteri di liquidazione richiamati nella DGR n. 1454/2017 e confermati nelle DD.GG.RR. n. 673/2019 e n. 881/2019. Tale spesa, ridotta del 2% (limitatamente alle prestazioni di media e bassa complessità) rispetto a quella consuntivata nel corso dell'anno 2015, ammonta, per le Case di Cura, a complessivi € 36.156.337,00 di cui quanto a € 23.558.868,00 per prestazioni di Alta Complessità (con riferimento ai DRG così come definiti nell'Accordo Interregionale per la Compensazione della Mobilità Sanitaria anni 2014/2015/2016) e quanto ad € 12.597.469,00 per prestazioni di media e bassa complessità. L'importo di € 12.597.469,00 abbattuto del 2% equivale a € 12.345.519,62;
 7. di confermare tutto il contenuto del contratto tipo che non è stato modificato dal presente provvedimento, ivi compresa la clausola di salvaguardia di cui all'art. 8 del contratto che ha superato il vaglio della giustizia amministrativa di I° e II° grado (cfr. per ultime sentenze C.d.S. n. 2075/2019, n. 2076/2019 e n. 2077/2019);
 8. di stabilire che tutte le modifiche introdotte con il presente provvedimento trovano applicazione a far tempo dall'1/1/2020;

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale 29 novembre 2021 n. 1941, avente ad oggetto: “ Art. 29 Decreto Legge 14 agosto 2020, n. 104 – DGR n. 2143 del 22/12/2020 Piano Liste d'attesa – rimodulazione fondo unico regionale di remunerazione e determinazione dei criteri di ripartizione delle risorse – Strutture private accreditate (Case di Cura) – Rettifica “, con la quale si determinava il fondo unico di remunerazione regionale a valere per l'anno 2021 per l'acquisto di prestazioni in regime di ricovero da parte delle strutture private accreditate, secondo lo schema di seguito riportato :

Col. A	Col. B	Col. C		Col. D	Col. E	Totale
AA.SS.LL.	FONDO REGIONALE CITTADINI RESIDENTI Case di Cura Private	Altri	Note altri	FONDO REGIONALE CITTADINI NON RESIDENTI ALTA COMPLESSITA'	FONDO REGIONALE CITTADINI NON RESIDENTI MEDIA E BASSA COMPLESSITA'	
ASL BA	€ 109.092.672,00	€ 7.500.000,00	P.S. Mater DEI	€ 18.591.379,00	€ 5.917.281,00	€ 141.101.332,00
ASL BR	€ 8.374.192,00	€ 11.000.000,00	Fondazione S. Raffaele	€ 50.419,00	€ 99.697,00	€ 19.524.308,00
ASL BT		€ 9.417.657,00	Universo Salute			€ 9.417.657,00
ASL FG	€ 19.996.944,00	€ 8.143.000,00	Universo Salute	€ 316.263,00	€ 2.018.299,00	€ 30.474.506,00
ASL LE	€ 57.171.393,00			€ 1.081.991,00	€ 1.225.325,00	€ 59.478.709,00
ASL TA	€ 67.534.149,00			€ 3.518.815,00	€ 3.084.915,00	€ 74.137.869,00
Totale	€ 262.169.350,00	€ 36.060.657,00		€ 23.558.867,00	€ 12.345.518,00	€ 334.134.391,00

Visto l'art.15 co.14 del D. L. 6 luglio 2012 n.95, convertito nella L. 7 agosto 2012 n.135, che dispone:

“14. A tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014. Qualora nell'anno 2011 talune strutture private accreditate siano rimaste inoperative a causa di eventi sismici o per effetto di situazioni di insolvenza, le indicate percentuali di riduzione della spesa possono

tenere conto degli atti di programmazione regionale riferiti alle predette strutture rimaste inoperative, purché la regione assicuri, adottando misure di contenimento dei costi su altre aree della spesa sanitaria, il rispetto dell'obiettivo finanziario previsto dal presente comma. La misura di contenimento della spesa di cui al presente comma è aggiuntiva rispetto alle misure eventualmente già adottate dalle singole regioni e province autonome di Trento e Bolzano e trova applicazione anche in caso di mancata sottoscrizione dei contratti e degli accordi, facendo riferimento, in tale ultimo caso, agli atti di programmazione regionale o delle province autonome di Trento e Bolzano della spesa sanitaria. Il livello di spesa determinatosi per il 2012 a seguito dell'applicazione della misura di contenimento di cui al presente comma costituisce il livello su cui si applicano le misure che le regioni devono adottare, a decorrere dal 2013, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, lettera a), terzo periodo del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111".

Visto l'art. 45 comma 1 -ter del D.L. 26 ottobre 2019, n. 124 convertito, con modificazioni, nella legge 19 dicembre 2019 n. 157 che dispone:

"A decorrere dall'anno 2020, il limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, è rideterminato nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale."

Preso atto che i tetti di spesa rilevati nell'anno 2011 ed assegnati, dalle singole Aziende Sanitarie locali, alle strutture private accreditate, per effetto dell'art.15 co.14 del D. L. 6 luglio 2012 n.95, convertito nella L. 7 agosto 2012 n.135, hanno subito, nel triennio 2012-2014, a regime, le seguenti decurtazioni nella misura del 2%:

ASL BA	Tetti 2011	Decurtazione 2%	Quota integrazione Fondo ASL BA	TOTALE quota integrazione
ANTHEA	18.915.740,84 €	- 378.314,82 €		
CBH	51.284.459,63 €	- 1.025.689,19 €		
SANTA MARIA	31.080.776,30 €	- 621.615,53 €		
MEDICOL CONVERSANO **	3.922.765,70 €	- 78.455,31 €		
CASA BIANCA CASSANO **	5.827.100,14 €	- 116.542,00 €		
MONT IMPERATORE	6.605.977,09 €	- 132.119,54 €		
TOTALE	117.636.819,70 €	- 2.352.736,39 €	2.352.736,39 €	2.352.736,39 €

ASL BR	Tetti 2011	Decurtazione 2%	Quota integrazione Fondo ASL BR	
CASA ICURA Salus	8.694.094,63 €	- 173.881,89 €	173.881,79 €	173.881,79 €

ASL FG	Tetti 2011	Decurtazione 2%	Quota integrazione Fondo ASL FG	
DAUNIA TURATI	962.255,00 €	- 19.245,10 €		
DE LUCA	2.174.412,00 €	- 43.488,24 €		
BRODETTI	6.354.210,00 €	- 127.084,20 €		
CASA DI CURA RIUNITE	10.613.066,00 €	- 212.261,32 €		
CASA DI CURA SAN MICHELE	1.200.000,00 €	- 24.000,00 €		
TOTALE	21.303.943,00 €	- 426.078,86 €	426.078,86 €	426.078,86 €

ASL LE	Tetti 2011	Decurtazione 2%	Quota integrazione Fondo ASL LE	
CITTA DI LECCE	31.393.131,00 €	- 627.862,62 €		
VILLA BIANCA	5.269.327,00 €	- 105.386,54 €		
PETRUCCIANI	6.076.174,00 €	- 121.523,48 €		
VILLA VERDE	2.401.764,00 €	- 48.035,28 €		
SAN FRANCESCO	5.128.457,00 €	- 102.569,14 €		
EUROITALIA	5.574.278,00 €	- 111.485,56 €		
TOTALE	55.843.131,00 €	- 1.116.862,62 €	1.116.862,62 €	1.116.862,62 €

ASL TA	Tetti 2011	Decurtazione 2%	Quota integrazione Fondo ASL TA	
BERNARDINI	12.901.899,00	- 258.037,98 €		
D'AMORE	4.083.777,00	- 81.675,54 €		
SAN CAMILLO	10.853.579,00	- 217.071,58 €		
S. RITA	3.381.234,00	- 67.624,68 €		
VILLA VERDE	25.507.571,00	- 510.151,42 €		
VILLA BIANCA	4.859.750,00	- 97.195,00 €		
CMR	5.279.306,00	- 105.586,12 €		
CITTADELLA DELA CARITA	5.920.850,00	- 118.417,00 €		
Totale	72.787.966,00	- 1.455.759,32 €	1.455.759,32 €	1.455.759,32 €
Totale complessivo				5.525.319,08 €

Preso atto che lo stato di emergenza legata al COVID, seppur cessato alla data del 31.3.2022, per effetto del DL 24.12.2021 convertito in legge 18.2.2022, continua a produrre i suoi effetti anche sull'esercizio 2022;

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 e trattandosi di una mera ricognizione dei fondi assegnati all'interno della ospedalità privata accreditata, si propone:

- di assegnare, ad ogni singola struttura erogatrice, per l'anno 2022, il tetto di spesa già attribuito per l'anno 2021, integrato dalla quota parte riveniente dalla riassegnazione ex L.157/2019 con riferimento ai pazienti residenti nella Regione Puglia, svincolato dal limite del dodicesimo e dall'attribuzione per disciplina. Resta in capo agli erogatori l'obbligo di garantire le prestazioni per l'intero arco dell'anno;
- di determinare il fondo unico di remunerazione regionale per l'anno 2022, per le prestazioni da erogarsi in regime di ricovero, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti del consolidato anno 2021 al netto delle quote di trascinarsi rivenienti dall'esercizio 2020, così come di seguito si riporta:

Col. A	Col. B	Col. C		Col. D	Col. E	Col. F	Col. G
AA.SS.LL.	FONDO REGIONALE CITTADINI RESIDENTI CASE DI CURA PRIVATE	Altri	Note altri	Quota integrazione fondo 2% L. 19 dicembre 2019 n. 157	FONDO REGIONALE CITTADINI NON RESIDENTI ALTA COMPLESSITA'	FONDO REGIONALE CITTADINI NON RESIDENTI MEDIA E BASSA COMPLESSITA'	Totale Fondo
ASL BA	€ 109.092.672,00	7.500.000,00 €	P.S. Mater DEI	2.352.736,39 €	18.591.379,00 €	5.917.281,16 €	143.454.068,55 €
ASL BR	€ 8.374.192,00	11.000.000,00 €	Fondazione S. Raffaele	173.881,89 €	50.419,00 €	99.697,36 €	19.698.190,25 €
ASL BT		9.417.657,00 €	Universo Salute	- €	- €	- €	9.417.657,00 €
ASL FG	€ 19.996.944,00	8.143.000,00 €	Universo Salute	426.078,86 €	316.263,00 €	2.018.299,22 €	30.900.585,08 €
ASL LE	€ 57.171.393,00			1.116.862,62 €	1.081.991,00 €	1.225.325,36 €	60.595.571,98 €
ASL TA	€ 67.534.149,00			1.455.759,32 €	3.518.815,00 €	3.084.914,56 €	75.593.637,88 €
	€ 262.169.350,00	36.060.657,00 €			23.558.867,00 €	12.345.517,66 €	339.659.710,74 €

Si prende atto che la spesa necessaria si riferisce a prestazioni LEA, e che l'incremento del fondo rientra nei limiti delle risorse disponibili nell'ambito del Fondo Sanitario Regionale e dell'incremento della quota di FSN prevista.

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 Dlgs 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.

Valutazione di impatto di genere

La presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di impatto di genere ai sensi della DGR n. 302 del 07/03/2022. L'impatto di genere stimato è:

- diretto
 indiretto
 neutro

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

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

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:

- di approvare l'allegato A "Parere tecnico" che si intende parte integrante;
- di stabilire il fondo unico di remunerazione regionale per l'anno 2021, 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:

Col. A	Col. B	Col. C		Col. D	Col. E	Col. F	Col. G
AA.SS.LL.	FONDO REGIONALE CITTADINI RESIDENTI CASE DI CURA PRIVATE	Altri	Note altri	Quota integrazione fondo 2% L. 19 dicembre 2019 n. 157	FONDO REGIONALE CITTADINI NON RESIDENTI ALTA COMPLESSITA'	FONDO REGIONALE CITTADINI NON RESIDENTI MEDIA E BASSA COMPLESSITA'	Totale Fondo
ASL BA	€ 109.092.672,00	7.500.000,00 €	P.S. Mater DEI	2.352.736,39 €	18.591.379,00 €	5.917.281,16 €	143.454.068,55 €
ASL BR	€ 8.374.192,00	11.000.000,00 €	Fondazione S. Raffaele	173.881,89 €	50.419,00 €	99.697,36 €	19.698.190,25 €
ASL BT		9.417.657,00 €	Universo Salute	- €	- €	- €	9.417.657,00 €
ASL FG	€ 19.996.944,00	8.143.000,00 €	Universo Salute	426.078,86 €	316.263,00 €	2.018.299,22 €	30.900.585,08 €
ASL LE	€ 57.171.393,00			1.116.862,62 €	1.081.991,00 €	1.225.325,36 €	60.595.571,98 €
ASL TA	€ 67.534.149,00			1.455.759,32 €	3.518.815,00 €	3.084.914,56 €	75.593.637,88 €
	€ 262.169.350,00	36.060.657,00 €			23.558.867,00 €	12.345.517,66 €	339.659.710,74 €

- di confermare il contenuto della Deliberazione di Giunta Regionale 16 luglio 2020 n. 1105, avente ad oggetto: Modifiche alle D.G.R. N. 1494/2009, D.G.R. N. 951/2013, N. D.G.R. N. 881/2019 – Approvazione Modifiche da Introdurre nello Schema Tipo - Accordo Contrattuale Ex Art. 8 Quinquies Del D.L. Vo 502/92 e ss.mm.ii. – Strutture Istituzionalmente Accreditate per attività in regime di ricovero (Case Di Cura). Modifica della D.G.R. N. 525/2020;

4. di confermare, ad ogni singola struttura erogatrice, per l'anno 2022, il tetto di spesa già attribuito per l'anno 2021, integrato dalla quota parte riveniente dalla riassegnazione ex L.157/2019, con riferimento ai pazienti residenti nella Regione Puglia, svincolato dal limite del dodicesimo e dall'attribuzione per disciplina, ma con l'obbligo di garantire le prestazioni per l'intero arco dell'anno;
5. di confermare per l'anno 2022 il tetto di spesa complessivo regionale per le prestazioni rese dalle strutture private accreditate a favore dei pazienti extraregionali, nonché i criteri di liquidazione richiamati nella DGR n. 1454/2017 e confermati nelle DD.GG.RR. n. 673/2019 e n. 881/2019 e n. 1105/2020. Tale spesa, ridotta del 2% (limitatamente alle prestazioni di media e bassa complessità) rispetto a quella consuntivata nel corso dell'anno 2015, ammonta, per le Case di Cura, a complessivi € 36.156.337,00 di cui quanto a € 23.558.868,00 per prestazioni di Alta Complessità (con riferimento ai DRG così come definiti nell'Accordo Interregionale per la Compensazione della Mobilità Sanitaria anni 2014/2015/2016) e quanto ad € 12.597.469,00 per prestazioni di media e bassa complessità. L'importo di € 12.597.469,00 abbattuto del 2% equivale a € 12.345.519,62;
6. 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);
7. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e governo dell'Offerta ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. e alle Case di Cura private accreditate, per il tramite dei Direttori Generali delle ASL territorialmente competenti;
8. 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"

Mauro NICASTRO

Il sottoscritto DIRETTORE di Dipartimento Promozione non ravvisa la necessità di esprimere sulla proposta di delibera osservazioni ai sensi del combinato disposto degli artt. 18 e 20 del DPGR n. 22/2021.

Vito MONTANARO

L'Assessore: **Rocco PALESE**

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 approvare l'allegato A "Parere tecnico" che si intende parte integrante;
2. di stabilire il fondo unico di remunerazione regionale per l'anno 2022, per le prestazioni da erogarsi in regime di ricovero, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti del consolidato anno 2021, al netto delle quote di trascinarsi rivenienti dall'esercizio 2020 ed integrato dalla parte riveniente dalla riassegnazione ex L.157/2019, è così di seguito ripartito:

Col. A	Col. B	Col. C		Col. D	Col. E	Col. F	Col. G
AA.SS.LL.	FONDO REGIONALE CITTADINI RESIDENTI CASE DI CURA PRIVATE	Altri	Note altri	Quota integrazione fondo 2% L. 19 dicembre 2019 n. 157	FONDO REGIONALE CITTADINI NON RESIDENTI ALTA COMPLESSITA'	FONDO REGIONALE CITTADINI NON RESIDENTI MEDIA E BASSA COMPLESSITA'	Totale Fondo
ASL BA	€ 109.092.672,00	7.500.000,00 €	P.S. Mater DEI	2.352.736,39 €	18.591.379,00 €	5.917.281,16 €	143.454.068,55 €
ASL BR	€ 8.374.192,00	11.000.000,00 €	Fondazione S. Raffaele	173.881,89 €	50.419,00 €	99.697,36 €	19.698.190,25 €
ASL BT		9.417.657,00 €	Universo Salute	- €	- €	- €	9.417.657,00 €
ASL FG	€ 19.996.944,00	8.143.000,00 €	Universo Salute	426.078,86 €	316.263,00 €	2.018.299,22 €	30.900.585,08 €
ASL LE	€ 57.171.393,00			1.116.862,62 €	1.081.991,00 €	1.225.325,36 €	60.595.571,98 €
ASL TA	€ 67.534.149,00			1.455.759,32 €	3.518.815,00 €	3.084.914,56 €	75.593.637,88 €
Totale	€ 262.169.350,00	36.060.657,00 €			23.558.867,00 €	12.345.517,66 €	339.659.710,74 €

3. Di confermare il contenuto della Deliberazione di Giunta Regionale 16 luglio 2020 n. 1105, avente ad oggetto: Modifiche alle D.G.R. N. 1494/2009, D.G.R. N. 951/2013, N. D.G.R. N. 881/2019 – Approvazione Modifiche da introdurre nello Schema Tipo - Accordo Contrattuale ex Art. 8 quinquies Del D.L. Vo 502/92 e ss.mm.ii. – Strutture Istituzionalmente Accreditate per attività in regime di ricovero (Case Di Cura). Modifica della D.G.R. N. 525/2020.
4. di confermare, ad ogni singola struttura erogatrice, per l'anno 2022, il tetto di spesa già attribuito per l'anno 2021, integrato dalla quota parte riveniente dalla riassegnazione ex L.157/2019, con riferimento ai pazienti residenti nella Regione Puglia, svincolato dal limite del dodicesimo e dall'attribuzione per disciplina, ma con l'obbligo di garantire le prestazioni per l'intero arco dell'anno;
5. Di confermare per l'anno 2022 il tetto di spesa complessivo regionale per le prestazioni rese dalle strutture private accreditate a favore dei pazienti extraregionali, nonché i criteri di liquidazione richiamati nella DGR n. 1454/2017 e confermati nelle DD.GG.RR. n. 673/2019 e n. 881/2019 e n. 1105/2020. Tale spesa, ridotta del 2% (limitatamente alle prestazioni di media e bassa complessità) rispetto a quella consuntivata nel corso dell'anno 2015, ammonta, per le Case di Cura, a complessivi € 36.156.337,00 di cui quanto a € 23.558.868,00 per prestazioni di Alta Complessità (con riferimento ai DRG così come definiti nell'Accordo Interregionale per la Compensazione della Mobilità Sanitaria anni 2014/2015/2016) e quanto ad € 12.597.469,00 per prestazioni di media e bassa complessità. L'importo di € 12.597.469,00 abbattuto del 2% equivale a € 12.345.519,62;
6. 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);
7. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e governo dell'Offerta ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. e alle Case di Cura private accreditate, per il tramite dei Direttori Generali delle ASL territorialmente competenti;
8. Di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta
ANNA LOBOSCO

Il Presidente della Giunta
MICHELE EMILIANO

ALLEGATO A

PARERE TECNICO

L'art. 45 comma 1 -ter del D.L. 26 ottobre 2019, n. 124 convertito, con modificazioni, nella legge 19 dicembre 2019 n. 157 che dispone:

“A decorrere dall'anno 2020, il limite di spesa indicato all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, è rideterminato nel valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale.”

Preso atto che i tetti di spesa rilevati nell'anno 2011 ed assegnati, dalle singole Aziende Sanitarie locali, alle strutture private accreditate, per effetto dell'art.15 co.14 del D. L. 6 luglio 2012 n.95, convertito nella L. 7 agosto 2012 n.135, hanno subito, nel triennio 2012-2014, a regime, decurtazioni nella misura del 2%.

Preso atto che lo stato di emergenza legata al COVID, seppur cessato alla data del 31.3.2022, per effetto del DL 24.12.2021 convertito in legge 18.2.2022, continua a produrre i suoi effetti anche sull'esercizio 2022;

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 e trattandosi di una mera ricognizione dei fondi assegnati all'interno della ospedalità privata accreditata, si propone:

- di assegnare, ad ogni singola struttura erogatrice, per l'anno 2022, il tetto di spesa già attribuito per l'anno 2021, integrato dalla quota parte riveniente dalla riassegnazione ex L.157/2019 con riferimento ai pazienti residenti nella Regione Puglia, svincolato dal limite del dodicesimo e dall'attribuzione per disciplina. Resta in capo agli erogatori l'obbligo di garantire le prestazioni per l'intero arco dell'anno;
- di determinare il fondo unico di remunerazione regionale per l'anno 2022, per le prestazioni da erogarsi in regime di ricovero, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti del consolidato anno 2021 al netto delle quote di trascinamento rivenienti dall'esercizio 2020.

Si dà atto che la spesa necessaria si riferisce a prestazioni LEA, e che l'incremento del fondo rientra nei limiti delle risorse disponibili nell'ambito del Fondo Sanitario Regionale e dell'incremento della quota di FSN prevista.

La proposta riguarda prestazioni rientranti nel LEA e COMPORTA implicazioni finanziarie sul Fondo Sanitario Regionale. Tuttavia non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il Dirigente del Servizio proponente _____

Firmato digitalmente da:
VITO CARBONE
Regione Puglia
Firmato il: 20-06-2022 17:59:56
Seriale certificato: 644121
Valido dal 02-04-2020 al 02-04-2023

Il Dirigente della Sezione proponente _____

Firmato digitalmente da:
MAURO NICASTRO
Regione Puglia
Firmato il: 20-06-2022 18:37:59
Seriale certificato: 644715
Valido dal 03-04-2020 al 03-04-2023

**PRESA D'ATTO DEGLI EFFETTI FINANZIARI DELLA PROPOSTA DI DELIBERAZIONE
SUL FONDO SANITARIO REGIONALE (D.LGS. 118/2011 – Art. 9 c. 4 LL.GG. approvate con DGR 2100/2019)
IL RESPONSABILE DELLA GSA**

Firmato digitalmente da
BENEDETTO GIOVANNI PACIFICO
Regione Puglia
Firmato il 23/06/2022 12:52
Seriale certificato : 819214