

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 dicembre 2023, n. 1924

**DETERMINAZIONE DEL FONDO UNICO DI REMUNERAZIONE PER L'ANNO 2024, PER IL RICONOSCIMENTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE DA EROGARSI IN REGIME AMBULATORIALE DA PARTE DELLE STRUTTURE SANITARIE ISTITUZIONALMENTE ACCREDITATE, INSISTENTI NELL'AMBITO TERRITORIALE DELLA REGIONE PUGLIA - MODIFICHE DGR n. 350 dell'8.3.2021e DGR n. 2263 del 21.12.2017**

L'Assessore alla Sanità, Benessere Animale, Controlli interni, Controlli connessi alla gestione emergenza Covid -19, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente dal Dirigente del Servizio "Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera – Gestioni rapporti convenzionali" e confermata dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue:

VISTO il decreto-legge 24 marzo 2022, n. 24 (in Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n. 70 del 24 marzo 2022), coordinato con la legge di conversione 19 maggio 2022, n. 52 recante: «Disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza, e altre disposizioni in materia sanitaria.». ((GU Serie Generale n.119 del 23-05-2022);

Premesso che:

- Il D. Lgs. del 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*" e, in particolare, l'art. 8, ha regolamentato la materia concernente la contrattazione con le strutture erogatrici di prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale.
- l'art. 8 — quater — comma 1) del D.L. vo 229/1999 ha previsto che la Regione, competente per territorio, definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano Sanitario Regionale (PSR), al fine di garantire i livelli essenziali e uniformi di assistenza;
- l'art. 8 — quinquies — comma 2) del D.L. vo 229/1999, in attuazione del comma 1, ha previsto che la Regione e le AA.SS.LL. definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, indicando il volume massimo di prestazioni che le strutture si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e modalità di assistenza;
- l'art. 8 comma 5 dei decreti di riordino (D.L.vo 502/92 e D.L.vo 517/93) del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che hanno avuto efficacia di Legge fino alla data di entrata in vigore del D.L.vo 229/1999, hanno previsto che l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) assicuri nei confronti dei cittadini, la erogazione delle prestazioni specialistiche, riabilitative, di diagnostica strumentale, di laboratorio e ospedaliera 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 n. 9 del 02/05/2017 e ss.mm.ii., la Regione Puglia conferisce al soggetto accreditato soltanto lo “status” di potenziale erogatore di prestazioni sanitarie, che si esplicita solo con la stipula del contratto. In particolare, l’art. 21 comma 4 della predetta L.R. e ss.mm.ii. stabilisce che le AA.SS.LL. non sono obbligate a stipulare i contratti con i soggetti privati accreditati;
- con l’art. 20 — comma 4 della L.R. n. 28/2000, la Regione Puglia ha previsto che “(...) ai sensi dell’art. 8 quinquies del D.L.vo 502/92 e s.m.i. è competenza dei Direttori Generali delle AA.SS.LL., nell’ambito di quanto definito nella programmazione regionale, definire le attività da potenziare e depotenziare, nonché il volume massimo di prestazioni, distinto per tipologie e modalità di assistenza, che le strutture presenti nell’ambito territoriale della medesima ASL, si impegnano ad assicurare”;
- Con deliberazione di Giunta Regionale n. 1400 del 3/8/2007 avente ad oggetto: “Documento di indirizzo Economico – Funzionale del Sistema Sanitario Regionale per l’anno 2007. Assegnazione alle Aziende Unità Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere, agli Enti Ecclesiastici ed Istituti Ricovero Cura Carattere Scientifico dei limiti di remunerazione a valere sul FSR 2007”, la Regione Puglia ha introdotto delle tariffe a remunerazione regressiva, per quanto riguarda le branche di: patologia clinica (PC), Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT) e per le Branche A Visita (BAV);
- con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1494 del 04/08/2009, la Regione Puglia, tra l’altro, approvava i criteri operativi per le AA.SS.LL. per la definizione degli accordi contrattuali ex art. 8 quinquies del D.L. vo n. 502/92 e s.m.i. come modificato dalla Legge n. 133/2008;
- con DGR n. 2671 del 28/12/2009, al fine di riscontrare unitarietà e conformità da parte delle AA.SS. LL. su tutto il territorio regionale e, in considerazione della specificità e numerosità delle prestazioni erogate dalle strutture che erogano prestazioni specialistiche ambulatoriali, la Regione Puglia provvedeva a predisporre modalità e griglie utili per l’applicazione dei criteri operativi previsti dalla DGR n. 1494/2009;
- con DGR n. 1500 del 25/06/2010 e ss.mm.ii., la Regione Puglia:
  - a) individuava nuove modalità e griglie per l’applicazione dei criteri operativi previsti dalla DGR n. 1494/2009, sostitutive di quelle di cui al punto 3) della DGR n. 2671/09;
  - b) stabiliva che, dal 01/01/2010, il fondo unico aziendale determinato per l’anno 2008, confermato per l’anno 2009, per la remunerazione delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate, doveva essere suddiviso in n. 5 (cinque) sub fondi di branca, con riferimento al fabbisogno di prestazioni rilevato nel proprio territorio e non già come tetto di spesa assegnato al singolo erogatore;
- con DGR n. 2624 del 30/11/2010, la Regione Puglia definiva le iniziative da intraprendere, in materia di assistenza sanitaria in regime ambulatoriale, nei confronti delle Strutture Sanitarie provvisoriamente e istituzionalmente accreditate. Disposizioni, successivamente recepite dalla Giunta Regionale con DGR n. 2866 del 20/12/2010 (DIEF);
- con l’art. 3 comma 2 della Legge Regionale (L.R.) n. 12 del 24/09/2010, la Regione Puglia vietava l’erogazione e la relativa remunerazione con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR) di prestazioni sanitarie effettuate al di fuori dei tetti di spesa massimi di cui al comma 1);
- con L.R. n. 2 del 09/02/2011, la Regione Puglia approvava l’accordo sottoscritto in data 09/11/2010 tra il Ministro della Salute, il Ministro delle Economie e Finanze, in relazione al “piano di rientro” e riqualificazione del SSR 2010-2012 e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell’equilibrio economico ai sensi dell’art. 1 comma 180 della Legge 30/12/2004 n. 311 del 30/12/2004,

- deliberato dalla Giunta Regionale con DGR n. 2624 del 30/11/2010;
- con Decreto Legge n. 95 del 06/07/2012, convertito nella Legge n. 135 del 07/08/2012, al comma 14 dell'art. 15, è stato previsto l'obbligo di adeguare tutti i contratti e singoli accordi vigenti per l'acquisto di prestazioni sanitarie erogate da soggetti privati accreditati, con la riduzione del 2% della spesa da sostenersi nell'anno 2014 rispetto a quella consuntivata per l'anno 2011;
  - con DGR n. 951 del 13/05/2013, la Regione Puglia approvava il nuovo tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili dal SSR con riferimento al Decreto Ministeriale del 18/10/2012, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale suppl. n. 23 del 28/01/2013, confermando gli sconti del 20% per la Branchia di Patologia Clinica e del 2% per le restanti branche;
  - con DGR n. 1304 del 09/07/2013, la Regione Puglia modificava e integrava la DGR n. 951/2013, procedendo all'eliminazione, con effetto dal 01/06/2013, degli sconti del 20% per la Branchia di Patologia Clinica e del 2% per le restanti branche e, al contempo, disponendo alle AA.SS.LL. di rideterminare i fondi unici di remunerazione di branca e i relativi tetti di spesa di ogni singola struttura privata accreditata, secondo le indicazioni fornite dall'Assessorato al Welfare e, comunque, in proporzione all'incidenza al proprio volume di prestazioni rispetto alla maggiore spesa;
  - con nota prot. AOO\_151 n. 8567 del 29/07/2013, la Regione Puglia comunicava ad ogni singola Azienda, la quota economica da detrarre dal fondo unico di remunerazione con riferimento a ogni singola branca specialistica per un importo complessivo € 2.127.269,12=;
  - con nota prot. AOO\_151 n. 22 del 02/01/2014, la Regione Puglia evidenziava che, con L.R. n. 4 del 25/04/2010, le prestazioni di Terapia fisica, che tuttavia erano solo alcune e non già tutte quelle previste dal D.M. 22/07/1996 per la branca di Medicina Fisica e Riabilitazione — Recupero e Riabilitazione Funzionale dei Motulesi e Neurolesi, già autorizzate in deroga per effetto della dichiarazione a verbale n. 6 co. 4 dell'ACN Enti FNOOM del 14/07/1973, non erano più erogabili con oneri a carico del SSR. Infatti, le prestazioni ricomprese nell'allegato 2 al DPCM 29/01/2001, venivano escluse dal tariffario regionale, giusta nota regionale prot. AOO\_151 n. 2667 del 09/03/2010. Tenuto conto che dette prestazioni non sono più erogabili con oneri a carico del SSR, non è ammissibile la costituzione di un fondo ad hoc denominato Terapia fisica. Pertanto, l'importo assegnato a tale fondo è da ricomprendersi nel fondo della Branchia di Medicina Fisica e Riabilitativa;
  - con nota prot. AOO\_151 n. 917 del 03/02/2014, la Regione Puglia sottolineava la non corretta applicazione da parte delle AA.SS.LL., di quanto previsto dal comma 14 art. 15 del D.L. n. 95/2012, convertito nella Legge n. 135/2012, stabilendo che *“per l'anno 2014 si dovrà applicare la riduzione del 2% prevista da detta norma sulla spesa consuntivata per l'anno 2011”*;
  - con nota prot. AOO\_151 n. 1077 del 10/02/2014, il Dirigente del Servizio Programmazione e Assistenza Ospedaliera e Specialistica della Regione Puglia, al fine di garantire uniformità di comportamento a livello regionale per la determinazione dei fondi unici di remunerazione per l'anno 2014 e per l'applicazione dei criteri previsti dalla DGR n. 1500/2010 e s.m.i., convocava i responsabili e/o delegati delle Unità Operative Gestione Amministrativa Personale Convenzionato delle AA.SS.LL.;
  - con nota prot. AOO\_151 n. 1731 del 24/02/2014, la Regione Puglia trasmetteva le linee guida per l'applicazione della DGR n. 1500/2010 ss.mm.ii. come da verbale n. 1/2014 avente a oggetto *“Determinazione fondi unici di remunerazione per l'anno 2014”*, a seguito dell'incontro tenutosi in data 13/02/2014 presso l'Assessorato al Welfare della Regione Puglia;
  - con nota prot. AOO\_151 n. 931 del 28/01/2015, la Regione Puglia nell'evidenziare che *“(...) l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, e con il fabbisogno assistenziale aziendale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti del consolidato anno 2014 D l'art. 9 quater comma 7 del D.L. n. 78 del 19/06/2015, convertito nella Legge n. 125 del 06/08/2015, disponeva che “(...) le Regioni o gli Enti del SSN ridefiniscono i tetti di spesa annui degli erogatori privati accreditati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, interessati dall'introduzione delle condizioni e indicazioni di cui al presente articolo e stipulano o rinegoziano i relativi contratti. Per l'anno 2015 le regioni o gli enti del SSN rideterminano*

*il valore degli stessi contratti in modo da ridurre la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale complessiva annua da privato accreditato di almeno l'1% del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014 (...)*"; giusto art. 9 quater comma 7 del D.L. n. 78/2015 convertito nella Legge n. 125/2015;

- a seguito di apposita intesa sancita in data 02/07/2015, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano e, in particolare, al punto B.1. *"Riduzione delle prestazioni inappropriate di assistenza specialistica ambulatoriale"*, con decreto del Ministro della Salute del 09/12/2015, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale in data 20/01/2016, si provvedeva a individuare le condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN, ai sensi del D.M. 22/07/1996, disponendo, altresì, che le prestazioni erogate al di fuori delle condizioni di erogabilità previste dal D.M. sono a totale carico dell'assistito, nonché l'obbligo dei medici di conformare il proprio comportamento prescrittivo alle condizioni e indicazioni di cui al medesimo decreto ministeriale;
- con nota prot. AOO\_151 n. 1527 del 17/02/2016, la Regione Puglia comunicava, che:
  - gli accordi contrattuali 2016 dovevano prevedere che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e il fabbisogno assistenziale aziendale, fosse finanziata nel rispetto dei vincoli di bilancio e, comunque, nei limiti del consolidato anno 2014 che teneva conto degli adeguamenti di cui all'art. 15 comma 14 del D.L. n. 95/2012, convertito nella Legge n. 135/2012, in aggiunta alle misure già adottate con il piano di rientro di cui alla L.R. n. 12/2010 e approvato con L.R. n. 2/2011. Detto importo, come determinato anche per l'anno 2015, andava assoggettato alle prescrizioni di cui all'art. 9 quater comma 7 del D.L. n. 78/2015, convertito nella Legge n. 125/2015;
  - per l'anno 2016, le AA.SS.LL., dovevano procedere, sul consuntivato anno 2015 e con riferimento alle sole branche interessate, in cui dovevano essere ricondotte le prestazioni assoggettate alle particolari condizioni di erogabilità:
    - a) a determinare l'incidenza percentuale che le prestazioni di specialistica ambulatoriale interessate dall'introduzione delle "condizioni di erogabilità", hanno sull'intero sub fondo di branca;
    - b) ad effettuare la decurtazione del relativo sub fondo nella misura percentuale determinatasi, che comunque non poteva essere inferiore all'1% per ogni sub fondo né tantomeno superiore al 5%;
- con nota prot. AOO\_151 n. 3562 del 21/04/2016, la Regione Puglia, in riferimento ai chiarimenti richiesti in ordine all'applicazione delle decurtazioni di cui all'art. 9 quater comma 7 del D.L. n. 78/2015, convertito nella Legge n. 125/2015, considerata la necessità manifestata da alcune AA.SS.LL. di prevedere un percorso che contemperi l'obbligo di eseguire le decurtazioni previste per Legge, con l'obiettivo di mantenere i livelli assistenziali e non compromettere le liste di attesa che, in alcuni casi, superano i limiti previsti per Legge, comunicava alle Direzioni generali, che nella loro piena autonomia e, in considerazione del proprio fabbisogno, nei casi in cui le decurtazioni superino il 2%, che in ogni caso rappresenterà una economia di gestione, potevano riallocare la parte residua, fino al 5%, per l'acquisto di prestazioni che afferiscono a discipline diverse nella stessa branca, ovvero a branche diverse, nel rispetto della determinazione del fondo unico di remunerazione;
- nell'anno 2015, le branche con prestazioni interessate dall'introduzione delle "condizioni di erogabilità" di cui al D.M. 09/12/2015 sono state quelle di Medicina Fisica e Riabilitativa, Medicina di Laboratorio, Radiodiagnostica per Immagini e Odontostomatologia;
- con nota prot. AOO\_005 n. 110 del 28/03/2017, la Regione Puglia comunicava, di avviare e definire i tetti di spesa da assegnarsi per l'anno 2017, tenendo conto ai fini della determinazione del Fondo unico di remunerazione, del volume economico già assegnato nel corso dell'anno 2016, al netto delle decurtazioni previste dall'art. 9 quater comma 7 del D.L. n. 78/2015, convertito nella Legge n. 125/2015, in ragione delle direttive e delle prime indicazioni emanate dal Ministero della Salute giusta Circolare n. 3012-P-25 del 25/03/2016 e nel rispetto delle indicazioni regionali di cui alle note prot. AOO\_151 n. 1527 del 17/02/2016 e AOO\_151 n. 3562 del 21/04/2016;

- giuste note regionali prot. AOO\_183 n. 191 e prot. AOO\_183 n. 193 del 09/01/2018, anche per l'anno 2018, in merito alla definizione e consistenza del Fondo unico di remunerazione, nonché dei limiti di spesa da sostenersi nei confronti dei pazienti non residenti nel territorio di competenza della regione Puglia, restavano confermate le disposizioni di cui alle note prot. AOO\_005 n. 110 del 28/03/2017, prot. AOO\_151 n. 1527 del 17/02/2016 e prot. AOO\_151 n. 3562 del 21/04/2016;
- con nota prot. AOO\_183 n. 2714 del 27/02/2019, la Regione Puglia comunicava, la conferma, per l'anno 2019, del Fondo Unico di remunerazione già definito nel corso dell'anno 2018, senza nulla innovare rispetto alle disposizioni impartite con note prot. AOO\_005 n. 110 del 28/03/2017, prot. AOO\_151 n. 1527 del 17/02/2016 e prot. AOO\_151 n. 3562 del 21/04/2016;

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

#### RISCONTRATO CHE:

- con nota prot. AOO\_183 n. 4151 del 12/03/2020, la Regione Puglia ha disposto, a far data dal 13/03/2020 al 03/04/2020, la sospensione delle attività delle strutture private accreditate a qualsiasi titolo che erogano prestazioni ambulatoriali riconducibili alle discipline di Medicina Fisica e Riabilitativa, Radiodiagnostica per Immagini e Medicina Nucleare, Medicina di Laboratorio e Branche a Visita, ad eccezione delle prestazioni contrassegnate con classe di priorità "U" e "B";
- con nota prot. AOO\_005 n. 282 del 03/04/2020, la Regione Puglia ha disposto la proroga, fino al 13/04/2020, della sospensione delle attività di cui alla nota prot. AOO\_183 n. 4151 del 12/03/2020;
- con nota prot. AOO\_005 n. 319 del 10/04/2020, la Regione Puglia ha disposto la proroga, fino a ulteriore e contraria disposizione, della sospensione delle attività di cui alle note prot. AOO\_183 n. 4151 del 12/03/2020 e prot. AOO\_005 n. 282 del 03/04/2020;
- con nota prot. AOO\_005 n. 1035 del 02/05/2020, la Regione Puglia ha previsto per le strutture private accreditate per la specialistica ambulatoriale che:
  - a far tempo dal 04/05/2020, la possibilità di riattivare le attività sospese con le disposizioni innanzi menzionate, nel rispetto dei protocolli sanitari di cui all'allegato A) della medesima nota prot. AOO\_005 n. 1035 del 02/05/2020 e agli allegati n. 4, n. 5 e n. 6 del DPCM 26/04/2020;
  - che l'erogazione delle prestazioni debba avvenire nei limiti dei tetti di spesa assegnati nell'anno 2020, nel rispetto delle griglie compilate e autocertificate dagli erogatori, mentre in favore di pazienti extraregionali, le prestazioni debbano essere erogate nel rispetto del volume finanziario prodotto e riconosciuto a ciascuna struttura nel corso dell'anno 2011, decurtato del 2%;
  - la possibilità di trasferire nell'esercizio 2021, la quota del tetto di spesa assegnato nel corso dell'anno 2020 e non fatturato, in ragione della sospensione dell'attività determinata dal periodo emergenziale;
  - che limitatamente all'anno 2020, l'erogazione delle prestazioni non era vincolata all'obbligo del rispetto del dodicesimo dei tetti mensili, come previsto dall'art. 1 dello schema tipo di accordo contrattuale, con la conseguenza che non si applicavano le penalizzazioni previste all'art. 2 dello schema tipo di accordo contrattuale;
  - che le indicazioni formulate si riferiscono a un modello organizzativo dinamico che sarà oggetto di eventuali modificazioni e integrazioni, anche sulla base delle evidenze che dovessero emergere nella fase di applicazione pratica nonché dal confronto con le organizzazioni rappresentative di settore;
  - con deliberazione di giunta regionale n. 350 dell'8.3.2021 si disponeva l'eliminazione delle tariffe regressive ove previste e, quindi di espungere - dalla deliberazione di Giunta Regionale del 3/8/2007 n. 1400 quanto riportato nella Sezione: Prestazioni specialistiche settore privato;
  - che per l'anno 2022 e 2023 si applicavano gli stessi criteri di attribuzione dei sub fondi di branca con i limiti finanziari previsti rispettivamente nella DGR n. 350 dell'8.3.2021 e DGR n. 1946 del 22.12.2022;

Di procedere a determinare, per l'anno 2024, il fondo unico di remunerazione regionale, per le prestazioni da erogarsi in regime ambulatoriale da parte degli erogatori privati accreditati, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti finanziari di quanto assegnato nel corso dell'anno 2023, così come di seguito si riporta:

AA.SS.LL.	TETTO INTRAREGIONALE	TETTO EXTRAREGIONALE	PRESTAZIONI DI DIALISI	TOTALE
ASL BA	32.038.030,95	1.069.015,73	18.084.988,79	51.189.035,47
ASL BR	8.900.305,97	36.284,31	2.220.000,00	11.156.590,28
ASL BT	10.932.694,59	76.420,33	2.766.530,59	13.775.645,51
ASL FG	7.922.174,42	494.875,65		8.417.050,07
ASL LE	26.914.192,00	181.998,87	6.852.064,03	33.948.254,90
ASL TA	15.862.191,17	73.207,24	9.900.000,00	25.835.398,41
<b>TOTALE</b>	<b>102.569.589,10</b>	<b>1.931.802,13</b>	<b>39.823.583,41</b>	<b>144.324.974,57</b>

- dagli esiti delle interlocuzioni e degli incontri avviati con le OO.RR. nelle sedute: del 30.11.2023, del 5/12/2023, del 12.12.2023 e del 13.12.2023, pur nella consapevolezza di dover apportare modifiche alla c.d. griglia di valorizzazione delle strutture, anche per gli effetti del D.M. 19.12.2022 recepito con DGR n. 1602/2023, è emersa la volontà e la necessità, per tutte le branche specialistiche (BAV-PC-RX e FKT) di confermare le griglie di valutazione già in uso, in attesa di procedere nel corso dell'anno 2024 ad apportare le opportune modifiche in linea con l'allegato B) al D.M. 19.12.2022;
  - nella seduta del 13.12.2023, si è convenuto con le OO.SS rappresentative della branca della medicina di laboratorio (PC) che per le strutture già evolute o che si evolveranno verso il modello B1), di utilizzare, in via transitoria, la stessa griglia già in uso per la valorizzazione delle strutture attualmente configurate come modello A).
1. di prendere atto della sentenza del TAR Puglia n. 1207/23, che prevede per la Regione Puglia "la possibilità di rideterminarsi ora per allora". A tale riguardo si rileva che gli anni 2022 e 2023 sono anni in cui gli esercizi risultano in parte già chiusi, ed annualità in cui le strutture, sul principio del legittimo affidamento, hanno erogato le prestazioni nei limiti dei tetti di spesa assegnati. Pertanto, la rideterminazione "ora per allora" come concordato con le delegazioni trattanti nelle sedute del 30.11.2023, 5/12/2023, 12.12.2023 e 13.12.2023 non può che avere come riferimento la programmazione riferita all'anno 2024;
  2. di procedere, in ottemperanza alle prescrizioni della sentenza del TAR Puglia n. 1207/23 e per le branche RX, BAV e FKT, ad abolire la quota "fuori ASL DGR n. 1500 All. A. punto 6) e conseguentemente di espungere il punto 8) della DGR n. 350 dell'8.3.2021. Per la branca di medicina di laboratorio tale previsione era già stata cassata a seguito della DGR n. 736/2017;
  3. a seguito delle intese sottoscritte con OO.SS. nelle sedute del 30.11.2023 del 5/12/2023, del 12.12.2023 e del 13.12.2023:
    - a) di procedere, per le branche RX, BAV e FKT, a far confluire nel fondo unico di remunerazione la quota fuori ASL "sterilizzata" rispetto al volume finanziario prodotto nell'anno 2019, da attribuirsi con i criteri di cui ai rispettivi allegati A) e B) di branca;
    - b) di confermare, un fondo unico per la mobilità extra regionale, nella misura di € 1.931.802,13, equivalente al fatturato prodotto nel 2011-2%, secondo le assegnazioni distinte per AA.SS.LL. e

- richiamate nella precedente tabella;
- c) di prevedere, limitatamente alle branche di FKT, RX e BAV, che in caso di superamento del limite invalicabile, tutte le strutture subiranno una decurtazione percentuale della quota eccedente in relazione al volume di prestazioni erogato;
  - d) di prevedere, per la branca di Medicina di Laboratorio (PC), che l'assegnazione delle quote mobilità extraregionale, nei limiti del fondo assegnato, vengano attribuite alle strutture erogatrici con le modalità previgenti;
  - e) di procedere, per la branca BAV – odontostomatologia a rimodulare le percentuali da assegnarsi nei rispettivi fondi modificando le lettere a) e b) di cui alle DD.GG.RR. n. 2263 del 21.12.2017e n. 2150 del 16.12.2021 e secondo la declaratoria di seguito riportata:
    - il 25% del sub fondo totale destinato alle Branche a Visita da attribuirsi dai Direttori Generali delle AA.SS.LL., in ragione del proprio fabbisogno, per singola disciplina, e successivamente diviso in parti uguali, all'interno dei sub fondi per disciplina, fra tutte le strutture accreditate per la stessa disciplina, nel territorio di ciascuna ASL, superando i criteri di ripartizione previsti dalla DGR 2263/2017;
    - il restante 75% del sub fondo totale destinato alle Branche a Visita da attribuirsi con la griglia specifica per ogni singola branca;
  4. di procedere, per tutte le branche, a confermare il mantenimento della penalizzazione del 5% e dell'1% nel caso di mancato rispetto degli obblighi di cui all'art.2, co.1, lett. d) del contratto tipo;
  5. di prevedere che la sanzione dell'1% si applica solo in caso di scostamento nella misura superiore al 10% dei valori economici da garantire nell'arco di un quadrimestre;
  6. di disapplicare la valorizzazione nelle "griglie" delle le figure professionali ultrasessantenni a seguito della cessazione dello stato di emergenza dichiarato al 31 marzo 2022. Fatte salve le ulteriori pronunce giurisprudenziali che dovessero intervenire in materia.

#### **Verifica ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento (UE) 2016/679**

##### **Garanzie di riservatezza**

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o 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. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo 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, qualora tali dati fossero indispensabili per l'adozione dell'atto, essi sono trasferiti in documenti separati, esplicitamente richiamati. Non vi sono adempimenti di pubblicazione e notifica in ottemperanza alla normativa sulla privacy.

<b>Valutazione di impatto di Genere</b>
<p>La presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di Impatto di Genere ai sensi della D.G.R. n. 302 del 07/03/2022.</p> <p>L'impatto di genere stimato è:</p> <p><input type="checkbox"/> diretto</p> <p><input type="checkbox"/> indiretto</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> neutro</p>

#### **COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.lgs. n. 118/2011 E ss.mm.ii.**

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria, sia di entrata che di spesa e dalla

stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale trattandosi di ricognizione dei fondi assegnati all'interno della specialistica ambulatoriale privata accreditata.

Il presente provvedimento assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di Bilancio di cui al d.lgs. n. 118/2011.

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

1. di stabilire, per l'anno 2024, il fondo unico di remunerazione regionale, per le prestazioni da erogarsi in regime ambulatoriale da parte degli erogatori privati accreditati, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti finanziari di quanto già assegnato nell'anno 2023, è così di seguito ripartito:

AA.SS.LL.	TETTO INTRAREGIONALE	TETTO EXTRAREGIONALE	PRESTAZIONI DI DIALISI	TOTALE
ASL BA	32.038.030,95	1.069.015,73	18.084.988,79	51.189.035,47
ASL BR	8.900.305,97	36.284,31	2.220.000,00	11.156.590,28
ASL BT	10.932.694,59	76.420,33	2.766.530,59	13.775.645,51
ASL FG	7.922.174,42	494.875,65		8.417.050,07
ASL LE	26.914.192,00	181.998,87	6.852.064,03	33.948.254,90
ASL TA	15.862.191,17	73.207,24	9.900.000,00	25.835.398,41
<b>TOTALE</b>	<b>102.569.589,10</b>	<b>1.931.802,13</b>	<b>39.823.583,41</b>	<b>144.324.974,57</b>

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, propone:

1. per tutte le branche specialistiche (BAV-PC-RX e FKT) di confermare le griglie di valutazione già in uso, in attesa di procedere nel corso dell'anno 2024 ad apportare le opportune modifiche in linea con l'allegato B) al D.M. 19.12.2022;
2. di confermare, per le strutture già evolute o che si evolveranno verso il modello B1), nell'ambito, della medicina di laboratorio (PC), l'utilizzo, in via transitoria, della stessa griglia già in uso per la valorizzazione delle strutture attualmente configurate come modello A) ;
3. di procedere, in ottemperanza alle prescrizioni della sentenza del TAR Puglia n. 1207/23 e per le branche RX, BAV e FKT, ad abolire la quota "fuori ASL DGR n. 1500 All. A. punto 6) e conseguentemente di espungere il punto 8) della DGR n. 350 dell'8.3.2021. Per la branca di medicina di laboratorio (PC) tale previsione era già stata cassata a seguito della DGR n. 736/2017;
4. di procedere, per le branche RX, BAV e FKT, a far confluire nel fondo unico di remunerazione la quota fuori ASL "sterilizzata" rispetto al volume finanziario prodotto nell'anno 2019, da attribuirsi con i criteri di cui ai rispettivi allegati A) e B) di branca;
5. di confermare, un fondo unico per la mobilità extra regionale, nella misura di € 1.931.802,13, equivalente al fatturato prodotto nell'anno 2011-2%, secondo le assegnazioni distinte per AA.SS.LL. e richiamate nella precedente tabella di riparto;
6. di prevedere, limitatamente alle branche di FKT, RX e BAV, che in caso di superamento del limite invalicabile, tutte le strutture subiranno una decurtazione percentuale della quota eccedente in relazione al volume di prestazioni erogato;
7. di prevedere per la branca di Medicina di Laboratorio (PC) che l'assegnazione delle quote mobilità extraregionale, nei limiti del fondo assegnato, vengano attribuite alle strutture erogatrici con le modalità previgenti e diverse dai punti 5 e 6;
8. di procedere, per la branca BAV – odontostomatologia a rimodulare le percentuali da assegnarsi



nei rispettivi fondi modificando le lettere a) e b) di cui alle DD.GG.RR. n. 2263 del 21.12.2017 e n. 2150 del 16.12.2021 e secondo la declaratoria di seguito riportata:

- a) il 25% del sub fondo totale destinato alle Branche a Visita da attribuirsi dai Direttori Generali delle AA.SS.LL., in ragione del proprio fabbisogno, per singola disciplina, e successivamente diviso in parti uguali, all'interno dei sub fondi per disciplina, fra tutte le strutture accreditate per la stessa disciplina, nel territorio di ciascuna ASL, superando i criteri di ripartizione previsti dalla DGR n. 2263/2017;
  - b) il restante 75% del sub fondo totale destinato alle Branche a Visita da attribuirsi con la griglia specifica per ogni singola branca;
9. di confermare tutto il contenuto dei contratti 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);
  10. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e governo dell'Offerta ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. ed alle strutture ambulatoriali private accreditate, per il tramite dei Direttori Generali delle ASL territorialmente competenti;
  11. di notificare il presente provvedimento al Dirigente della Sezione "Amministrazione, Finanza e Controllo in Sanità - Sport per tutti";
  12. 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 Direttore di Dipartimento ai sensi dell'art. 18, comma 1, Decreto del Presidente della Giunta regionale 31 luglio 2015, n. 443 e ss.mm.ii. non ravvisa la necessita di esprimere sulla proposta di delibera osservazioni ai sensi del combinato disposto degli artt. 18 e 20 del DPGR n.443/2015.

**IL Direttore di Dipartimento Vito MONTANARO**

L'Assessore: **Rocco PALESE**

#### LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente schema di provvedimento, dal Dirigente del Servizio "Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera - Gestione rapporti convenzionali" e dal Dirigente della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta";
- a voti unanimi espressi nei modi di legge

**DELIBERA**

1. di stabilire, per l'anno 2024, il fondo unico di remunerazione regionale, per le prestazioni da erogarsi in regime ambulatoriale da parte degli erogatori privati accreditati, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti finanziari di quanto già assegnato nell'anno 2023, è così di seguito ripartito:

AA.SS.LL.	TETTO INTRAREGIONALE	TETTO EXTRAREGIONALE	PRESTAZIONI DI DIALISI	TOTALE
ASL BA	32.038.030,95	1.069.015,73	18.084.988,79	51.189.035,47
ASL BR	8.900.305,97	36.284,31	2.220.000,00	11.156.590,28
ASL BT	10.932.694,59	76.420,33	2.766.530,59	13.775.645,51
ASL FG	7.922.174,42	494.875,65		8.417.050,07
ASL LE	26.914.192,00	181.998,87	6.852.064,03	33.948.254,90
ASL TA	15.862.191,17	73.207,24	9.900.000,00	25.835.398,41
<b>TOTALE</b>	<b>102.569.589,10</b>	<b>1.931.802,13</b>	<b>39.823.583,41</b>	<b>144.324.974,57</b>

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

2. per tutte le branche specialistiche (BAV-PC-RX e FKT) di confermare le griglie di valutazione già in uso, in attesa di procedere nel corso dell'anno 2024 ad apportare le opportune modifiche in linea con l'allegato B) al D.M. 19.12.2022;
3. di confermare, per le strutture già evolute o che si evolveranno verso il modello B1), nell'ambito, della medicina di laboratorio (PC), l'utilizzo, in via transitoria, della stessa griglia già in uso per la valorizzazione delle strutture attualmente configurate come modello A);
4. di procedere, in ottemperanza alle prescrizioni della sentenza del TAR Puglia n. 1207/23 e per le branche RX, BAV e FKT, ad abolire la quota "fuori ASL DGR n. 1500 All. A. punto 6) e conseguentemente di espungere il punto 8) della DGR n. 350 dell'8.3.2021. Per la branca di medicina di laboratorio (PC) tale previsione era già stata cassata a seguito della DGR n. 736/2017;
5. di procedere, per le branche RX, BAV e FKT, a far confluire nel fondo unico di remunerazione la quota fuori ASL "sterilizzata" rispetto al volume finanziario prodotto nell'anno 2019, da attribuirsi con i criteri di cui ai rispettivi allegati A) e B) di branca;
6. di confermare, un fondo unico per la mobilità extra regionale, nella misura di € 1.931.802,13, equivalente al fatturato prodotto nell'anno 2011-2%, secondo le assegnazioni distinte per AA.SS.LL. e richiamate nella precedente tabella di riparto;
7. di prevedere, limitatamente alle branche di FKT, RX e BAV, che in caso di superamento del limite invalicabile, tutte le strutture subiranno una decurtazione percentuale della quota eccedente in relazione al volume di prestazioni erogato;
8. di prevedere per la branca di Medicina di Laboratorio (PC) che l'assegnazione delle quote mobilità extraregionale, nei limiti del fondo assegnato, vengano attribuite alle strutture erogatrici con le modalità previgenti e diverse dai punti 5 e 6;
9. di procedere, per la branca BAV – odontostomatologia a rimodulare le percentuali da assegnarsi nei rispettivi fondi modificando le lettere a) e b) di cui alle DD.GG.RR. n. 2263 del 21.12.2017 e n. 2150 del 16.12.2021 e secondo la declaratoria di seguito riportata:
  - c) il 25% del sub fondo totale destinato alle Branche a Visita da attribuirsi dai Direttori Generali

delle AA.SS.LL., in ragione del proprio fabbisogno, per singola disciplina, e successivamente diviso in parti uguali, all'interno dei sub fondi per disciplina, fra tutte le strutture accreditate per la stessa disciplina, nel territorio di ciascuna ASL, superando i criteri di ripartizione previsti dalla DGR n. 2263/2017;

- d) il restante 75% del sub fondo totale destinato alle Branche a Visita da attribuirsi con la griglia specifica per ogni singola branca;
10. di confermare tutto il contenuto dei contratti 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);
  11. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e governo dell'Offerta ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. ed alle strutture ambulatoriali private accreditate, per il tramite dei Direttori Generali delle ASL territorialmente competenti;
  12. di notificare il presente provvedimento al Dirigente della Sezione "Amministrazione, Finanza e Controllo in Sanità - Sport per tutti";
  13. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

**Il Segretario della Giunta**

ANNA LOBOSCO

**Il Presidente della Giunta**

MICHELE EMILIANO