

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 19 giugno 2025, n. 858

**Determinazione del fondo unico di remunerazione per il triennio 2025, 2026 e 2027, 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.**

### LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta;

VISTO il documento istruttorio del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, Sezione Strategie e Governo dell'offerta, Servizio Strategie e Governo dell'assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR", concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta del Vicepresidente della Giunta Regionale con delega alla Sanità e Benessere Animale, Sport per Tutti.

PRESO ATTO

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 8 delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374;
- b) della dichiarazione del Direttore di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.;

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

### DELIBERA

1. di prendere atto dell'allegato A – Parere Tecnico, parte integrante della presente deliberazione;
2. di stabilire, per l'anno 2025, per l'anno 2026 e per l'anno 2027, 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, così di seguito ripartito:

| AZIENDA SANITARIA LOCALE | 2025                 |                      |                        |                 |
|--------------------------|----------------------|----------------------|------------------------|-----------------|
|                          | A                    | B                    | C                      | D=A+B+C         |
|                          | TETTO INTRAREGIONALE | TETTO EXTRAREGIONALE | PRESTAZIONI DI DIALISI | TOTALE          |
| BARI                     | 32.265.792,46 €      | 1.057.506,00 €       | 18.084.988,79 €        | 51.408.287,25 € |
| BRINDISI                 | 8.900.305,97 €       | 36.284,31 €          | 2.220.000,00 €         | 11.156.590,28 € |
| BT                       | 10.932.694,6 €       | 76.420,3 €           | 2.766.530,6 €          | 13.775.645,51 € |
| FOGGIA                   | 7.922.174,42 €       | 494.875,65 €         | - €                    | 8.417.050,07 €  |

|               |                         |                       |                        |                         |
|---------------|-------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|
| LECCE         | 26.914.192,00 €         | 181.998,87 €          | 6.852.064,03 €         | 33.948.254,90 €         |
| TARANTO       | 15.862.191,17 €         | 73.207,24 €           | 11.700.000,00 €        | 27.635.398,41 €         |
| <b>TOTALE</b> | <b>102.797.350,61 €</b> | <b>1.920.292,40 €</b> | <b>41.623.583,41 €</b> | <b>146.341.226,42 €</b> |

| <b>2026</b>              |                         |                       |                        |                         |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|
| AZIENDA SANITARIA LOCALE | A                       | B                     | C                      | D=A+B+C                 |
|                          | TETTO INTRAREGIONALE    | TETTO EXTRAREGIONALE  | PRESTAZIONI DI DIALISI | TOTALE                  |
| BARI                     | 32.265.792,46 €         | 1.057.506,00 €        | 18.084.988,79 €        | 51.408.287,25 €         |
| BRINDISI                 | 8.900.305,97 €          | 36.284,31 €           | 2.220.000,00 €         | 11.156.590,28 €         |
| BT                       | 10.932.694,6 €          | 76.420,3 €            | 2.766.530,6 €          | 13.775.645,51 €         |
| FOGGIA                   | 7.922.174,42 €          | 494.875,65 €          | - €                    | 8.417.050,07 €          |
| LECCE                    | 26.914.192,00 €         | 181.998,87 €          | 6.852.064,03 €         | 33.948.254,90 €         |
| TARANTO                  | 15.862.191,17 €         | 73.207,24 €           | 11.700.000,00 €        | 27.635.398,41 €         |
| <b>TOTALE</b>            | <b>102.797.350,61 €</b> | <b>1.920.292,40 €</b> | <b>41.623.583,41 €</b> | <b>146.341.226,42 €</b> |

| <b>2027</b>              |                         |                       |                        |                         |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|
| AZIENDA SANITARIA LOCALE | A                       | B                     | C                      | D=A+B+C                 |
|                          | TETTO INTRAREGIONALE    | TETTO EXTRAREGIONALE  | PRESTAZIONI DI DIALISI | TOTALE                  |
| BARI                     | 32.265.792,46 €         | 1.057.506,00 €        | 18.084.988,79 €        | 51.408.287,25 €         |
| BRINDISI                 | 8.900.305,97 €          | 36.284,31 €           | 2.220.000,00 €         | 11.156.590,28 €         |
| BT                       | 10.932.694,6 €          | 76.420,3 €            | 2.766.530,6 €          | 13.775.645,51 €         |
| FOGGIA                   | 7.922.174,42 €          | 494.875,65 €          | - €                    | 8.417.050,07 €          |
| LECCE                    | 26.914.192,00 €         | 181.998,87 €          | 6.852.064,03 €         | 33.948.254,90 €         |
| TARANTO                  | 15.862.191,17 €         | 73.207,24 €           | 11.700.000,00 €        | 27.635.398,41 €         |
| <b>TOTALE</b>            | <b>102.797.350,61 €</b> | <b>1.920.292,40 €</b> | <b>41.623.583,41 €</b> | <b>146.341.226,42 €</b> |

- di stabilire che rimanga salva la facoltà, demandata ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, sulla base del proprio fabbisogno, di definire i volumi e tipologie di prestazioni da acquistare, con particolare riferimento alle prestazioni per le quali si determina maggiore domanda e, conseguentemente, un incremento delle lista d'attesa;
- di dare atto che, atteso il carattere triennale dell'attuale programmazione e l'ontologica inconciliabilità con una rilevazione annuale delle OO.RR. maggiormente rappresentative, l'attività di concertazione è stata posta in essere con il coinvolgimento e la convocazione di tutte le organizzazioni datoriali, nelle more dell'adozione della ordinaria determinazione dirigenziale di rilevazione;
- di stabilire, in linea con quanto disposto dalla DGR n. 1863 del 23/12/2024, un tetto di spesa di € 1.800.000,00, già incluso nel prospetto di cui al punto 2. del presente provvedimento (col. C), per le prestazioni erogate dal C.A.D. di Castellana, la cui contrattualizzazione rientra nella competenza della ASL Taranto;
- di stabilire che, con riferimento alle strutture istituzionalmente accreditate eroganti prestazioni dialitiche, un eventuale trasferimento dei posti rene non possa essere richiesto né autorizzato senza la preventiva modifica degli atti di programmazione regionale;
- di confermare un fondo unico per la mobilità extra regionale, nella misura di € 1.920.292,40, equivalente al fatturato prodotto nell'anno 2011-2%, secondo le assegnazioni distinte per AA.SS.LL. e richiamate nella precedente tabella di riparto (col. B);
- di confermare, per tutte le branche specialistiche (BAV,PC, RX e FKT), in ottemperanza a quanto convenuto con le OO.RR. e come già comunicato con le note regionali prot. n. 191269/2025 del

- 10.04.2025 (RX) e prot. n. 82196 del 14.02.2025 (BAV e PC), le griglie di valutazione già in uso, fatte salve le precisazioni, per quanto riguarda le griglie FKT, di cui alla nota regionale prot. n. 191269/2025 del 10.04.2025, in attesa di procedere ad apportare le opportune modifiche in linea con l'allegato B) al D.M. 19.12.2022;
9. di stabilire che la rivisitazione delle griglie di valutazione per ogni singola branca avvenga con il coinvolgimento delle OO.RR. maggiormente rappresentative nel singolo anno di riferimento, da individuarsi con determinazione del Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta secondo i criteri vigenti;
10. 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);
11. di procedere, in linea con quanto previsto dalla DGR n. 1924/2023, per la branca BAV – odontostomatologia, a confermare le percentuali da assegnarsi nei rispettivi fondi, 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 n. 2263/2017;
  - il restante 75% del sub fondo totale destinato alle Branche a Visita da attribuirsi con la griglia specifica per ogni singola branca;
12. di stabilire che, giusta nota regionale prot. n. 227548 del 30.04.2025, per le prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale da erogarsi da parte delle strutture sanitarie istituzionalmente accreditate insistenti nell'ambito territoriale della Regione Puglia, come convenuto altresì nel tavolo tenutosi con le OO.RR. e in analogia con quanto stabilito in relazione alle prestazioni di ricovero, a far data dall'annualità 2025, non dovrà tenersi conto del vincolo del dodicesimo per quanto concerne la produzione annuale delle strutture interessate, a condizione che:
- non venga fatto ricorso all'istituto della cassa integrazione per il personale dipendente;
  - venga garantita la costante erogazione delle prestazioni per tutti i mesi dell'anno.
13. di stabilire, al fine di garantire la costante erogazione delle prestazioni per tutti i mesi dell'anno e scongiurare pregiudizi per l'assistenza, che, per ogni mensilità, debba essere prodotta una percentuale almeno pari al 50% del dodicesimo del tetto di spesa annuale assegnato, e che le Aziende sanitarie locali debbano monitorare mensilmente l'andamento della produzione;
14. di stabilire che gli obblighi di cui al precedente punto 13, a carico degli Erogatori e delle AA.SS.LL., andranno previsti nei contratti da sottoscrivere ex art. 8 quinquies D.Lgs. n. 502/1992, secondo la seguente clausola:
- “L'erogatore s'impegna a garantire la regolare e continua erogazione delle prestazioni per tutti i mesi dell'anno e conseguentemente l'equità dell'accesso al SSR da parte di tutti i cittadini, nonché la corretta gestione delle liste d'attesa, e la utilizzazione del tetto annuale di spesa. L'Erogatore si impegna a garantire la produzione di una percentuale almeno pari al 50 % del dodicesimo del tetto di spesa annuale assegnato. L'Azienda sanitaria si impegna a monitorare mensilmente l'andamento della produzione”;*
15. di stabilire di espungere dal contratto ogni riferimento al previgente vincolo del dodicesimo, ivi comprese le sanzioni previste per il mancato rispetto di quest'ultimo;
16. di stabilire che all'art. 8 del contratto-tipo venga inserita la seguente clausola:
- “Le assegnazioni nonché i tetti di spesa possono subire modifiche a seguito di interventi normativi in materia, anche in attuazione del D.L. n. 118/2022, nonché a seguito di intervenute esigenze assistenziali che comportino mutamenti dell'offerta nel corso del triennio. Restano altresì salvi gli effetti dell'applicazione, nel corso del triennio, di disposizioni normative che comportino la perdita di requisiti di accreditamento, anche con riferimento a percorsi di riorganizzazione*

*di rete, con conseguente risoluzione di diritto del presente contratto.*

*Resta salva altresì, in capo all'amministrazione regionale, nel corso del triennio, la facoltà di rimodulare i tetti di spesa assegnati in conseguenza dell'immissione nella rete assistenziale di nuove strutture accreditate da contrattualizzarsi ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992.*

*La rimodulazione del tetto, derivante anche dall'entrata in vigore di nuove griglie di valutazione, comporta l'obbligo di stipulare appositi addendum contrattuali.”;*

17. di stabilire che le Aziende sanitarie locali adeguino il contenuto del contratto-tipo al presente provvedimento, confermando, al contrario, quanto non sia stato modificato dal presente atto, 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 e che dovrà essere espressamente prevista negli accordi, come richiesto dai Ministeri affiancanti;
18. di stabilire che tutte le modifiche introdotte con il presente provvedimento trovino applicazione a far tempo dal 01/01/2025;
19. di stabilire una puntuale osservanza, in materia di esenzione, alle previsioni di cui agli articoli 52 e 53 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 “ Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;
20. di stabilire che i Direttori Generali delle Aziende sanitarie locali procedano alla sottoscrizione dei contratti, che dovrà avvenire, anche da parte delle strutture accreditate, entro e non oltre 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento;
21. di stabilire che la sottoscrizione dei contratti costituisca obiettivo gestionale annuale dei Direttori Generali delle AA.SS.LL.;
22. di stabilire che i contratti sottoscritti dovranno essere trasmessi alla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta entro e non oltre 15 giorni dall'avvenuta sottoscrizione;
23. di stabilire che il presente provvedimento venga notificato, a cura della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, al Servizio Accreditamenti e Qualità, alla Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport, al Direttore Generale dell'A.Re.S.S., alle Organizzazioni Rappresentative, ai Ministeri affiancanti (MINSAL e MEF), alle Aziende Sanitarie Locali e, per il tramite di queste ultime, alle strutture erogatrici già accreditate. Per le strutture autorizzate la pubblicazione sul BURP costituisce notifica;
24. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 18/2023.

**Il Segretario Generale della Giunta**

NICOLA PALADINO

**Il Presidente della Giunta**

MICHELE EMILIANO

**DOCUMENTO ISTRUTTORIO**

**OGGETTO: Determinazione del fondo unico di remunerazione per il triennio 2025, 2026 e 2027, 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.**

**Visti:**

- la deliberazione di Giunta regionale n. 1158 del 31/07/2015, recante "Adozione del modello organizzativo denominato Modello ambidestro per l'innovazione della macchina amministrativa regionale – MAIA. Approvazione atto di alta amministrazione";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1974 del 07/12/2020, recante "Approvazione Atto di Alta Organizzazione. Modello Organizzativo "MAIA 2.0"; la Legge n. 241/1990 recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" e ss.mm.ii.;
- il D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., all'art. 2, co. 1, che attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- il D.Lgs. n. 165/2001 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e ss. mm. ii.;
- il D.Lgs. n. 33/2013 recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- la legge n. 190/2012 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- il Decreto ministeriale n. 279/2001 - Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b) del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124 e s.m.i.;
- il Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 con cui è stato definito il "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", acquisita l'intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni (Rep. Atti n. 198/CSR del 13 gennaio 2015) e come da indicazioni contenute all'articolo 1, comma 2 del DM 70/2015, le Regioni devono adottare un provvedimento di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati pervenendo ad un tasso non superiore al 3,7 posti letto per mille abitanti., comprensivi dello 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie;
- il Decreto Ministeriale 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria";
- la Legge Regionale 28 dicembre 1994, n. 36 "Norme e principi per il riordino del Servizio sanitario regionale in attuazione 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";

- la Legge Regionale 3 agosto 2006, n. 25 “Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale”;
- la L.R. Puglia n. 29/2017 recante “Istituzione dell’Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale (A.Re.S.S.)”;
- il Regolamento regionale 22 novembre 2019, n. 23, con il quale la Regione Puglia ha approvato il “Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n° 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016/2017”, dopo aver acquisito il parere favorevole da parte del Ministero della Salute;
- il Regolamento Regionale 20 agosto 2020, n. 14 recante: “Potenziamento della rete ospedaliera, ai sensi dell’art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34. Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 919 del 3 luglio 2023 recante “Attuazione deliberazione di Giunta regionale n. 412 del 28/03/2023. Approvazione schema di Regolamento recante: “Modifica del Regolamento regionale n. 14/2020 – Aggiornamento Rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015”. Recupero mobilità passiva. Modifica D.G.R. n. 1439/2018”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1924 del 21 dicembre 2023 recante “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”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1384 del 03/10/2024 avente ad oggetto “Approvazione definitiva Regolamento Regionale “Aggiornamento della Rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015– Approvazione Schema di Regolamento avente ad oggetto “Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020””. Modifica ed integrazione deliberazione di Giunta regionale n. 1119 del 31/07/2024”;
- Il Regolamento Regionale 31 ottobre 2024, n. 8 recante “Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020”;
- La DGR n. 1863 del 23.12.2024 “Recepimento D.M. 23 giugno 2023 – avente ad oggetto: “Definizione delle tariffe dell’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica”, ai sensi dell’Accordo Stato – Regioni CSR Rep. n. 204 del 14/11/2024 - Modifica ed integrazione della DGR n. 403 del 15 marzo 2021. Revoca della deliberazione di Giunta regionale n. 1963 del 28 dicembre 2023”;
- la Legge Regionale n. 39 del 29 novembre 2024 avente ad oggetto “Disposizioni di carattere finanziario e diverse. Variazione al Bilancio di Previsione per l’esercizio finanziario 2024 e pluriennale 2024 - 2026”;
- la Legge Regionale n. 42 del 31/12/2024 “Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2025 e bilancio pluriennale 2025-2027 della Regione Puglia (legge di stabilità regionale 2025)”;
- la Legge Regionale n. 43 del 31/12/2024 “Bilancio di previsione della Regione Puglia per l’esercizio finanziario 2025 e bilancio pluriennale 2025-2027”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 26 del 20/01/2025 “Bilancio di previsione per l’esercizio finanziario 2025 e pluriennale 2025-2027. Art. 39, comma 10, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n.118. Documento tecnico di accompagnamento e Bilancio Finanziario Gestionale.

- la deliberazione di Giunta regionale n. 36 del 29/01/2025 recante “Determinazione del risultato di amministrazione presunto dell’esercizio finanziario 2024 sulla base dei dati contabili di preconsuntivo ai sensi dell’articolo 42 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 e ss.mm.ii.”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1466 del 15/09/2021 recante l’approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata “Agenda di Genere”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1295 del 26/09/2024 recante “Valutazione di Impatto di Genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturale”.

**Premesso che:**

- la legge costituzionale 20 aprile 2012 n. 1 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;
- il riformato art. 81 della costituzione e la legge 24 dicembre 2012 n. 243 declinano in maniera dettagliata tale principio. 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.Lgs. n. 502/1992, 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.Lgs. 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;
- l’art. 2 della Legge 23 dicembre 2009, n. 191, con riferimento alla Regione sottoposta al piano di rientro, dispone, al comma 80, che “[...] *Gli interventi individuati dal piano sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro. A tale scopo, qualora, in corso di attuazione del piano o dei programmi operativi di cui al comma 88, gli ordinari organi di attuazione del piano o il commissario ad acta rinvercano ostacoli derivanti da provvedimenti legislativi regionali, li trasmettono al Consiglio regionale, indicandone puntualmente i motivi di contrasto con il Piano di rientro o con i programmi operativi. Il Consiglio regionale, entro i successivi sessanta giorni, apporta le necessarie modifiche alle leggi regionali in contrasto, o le sospende, o le abroga. Qualora il Consiglio regionale non provveda ad apportare le necessarie modifiche legislative entro i termini indicati, ovvero vi provveda in modo parziale o comunque tale da non rimuovere gli ostacoli all’attuazione del piano o dei programmi operativi, il Consiglio dei Ministri adotta, ai sensi dell’articolo 120 della Costituzione, le necessarie misure, anche normative, per il superamento dei predetti ostacoli*”. Al comma 81, che “*la verifica dell’attuazione del piano di rientro avviene con periodicità trimestrale e annuale, ferma*

*restando la possibilità di procedere a verifiche ulteriori previste dal piano stesso o straordinarie ove ritenute necessarie da una delle parti. I provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria, e comunque tutti i provvedimenti aventi impatto sul servizio sanitario regionale indicati nel piano in apposito paragrafo dello stesso, sono trasmessi alla piattaforma informatica del Ministero della salute, a cui possono accedere tutti i componenti degli organismi di cui all'articolo 3 della citata intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012. Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito dell'attività di affiancamento di propria competenza nei confronti delle regioni sottoposte al piano di rientro dai disavanzi, esprime un parere preventivo esclusivamente sui provvedimenti indicati nel piano di rientro”;*

- con l'art. 1 della legge regionale 9 febbraio 2011 n. 2 è stato approvato l'Accordo sottoscritto il 29 novembre 2010 tra il Ministro della salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e il Presidente della Giunta regionale, con l'allegato “Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema sanitario regionale 2010-2012”;
- 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” regola 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.Lgs. n. 502/1992 prevede che la Regione 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. n. 502/1992 prevede 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;
- ai sensi dell'art. 8-quater, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992, la qualità di soggetto accreditato 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-quinquies;
- ai sensi della 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. 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 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 Branca 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 Branca 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. 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 il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" è stato stabilito, tra l'altro, quanto segue:
  - art. 52. *"Persone affette da malattie rare 1. Le persone affette dalle malattie rare indicate nell'allegato 7 al presente decreto hanno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo delle correlate prestazioni di assistenza sanitaria.*
  - art. 53. *Persone affette da malattie croniche e invalidanti 1. Le persone affette dalle malattie croniche e invalidanti individuate dall'allegato 8 al presente decreto hanno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie indicate dal medesimo.*

Pertanto, nei citati allegati 7 e 8 al D.P.C.M. 12 gennaio 2017 sono riportate le prestazioni di specialistica ambulatoriale, per singola patologia, alla quale è assegnato, tra l'altro il relativo codice di esenzione.

- con nota protocollo AOO\_183 n. 7724 del 17/05/2023, venivano forniti chiarimenti applicativi circa l'entità del Fondo da stanziare per la ASL di Bari;
- con DGR n. 1863 del 23.12.2024, veniva recepito, con decorrenza 30 dicembre 2024, ai sensi dell'Accordo Stato – Regioni CSR Rep. n. 204 del 14/11/2024, nelle more dell'emanazione del Decreto Ministeriale e salvo diverse disposizioni nazionali in materia, il nuovo nomenclatore tariffario che prevede tutte le prestazioni ricomprese nell'allegato 4) del DPCM del 12 gennaio 2017, avente ad

oggetto: "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" comprensivo delle note e dei criteri di erogabilità e tariffate nell'allegato 2) al DMS 23 giugno 2023, avente ad oggetto: "Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica".

**Considerato che:**

- come concordato con le OO.RR. nella riunione del 27.05.2025, s'intende procedere ad una programmazione triennale dei limiti di spesa per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale con oneri a carico del SSR;
- considerato il carattere triennale della programmazione e l'ontologica inconciliabilità con una rilevazione annuale delle OO.RR. maggiormente rappresentative, l'attività di concertazione è stata posta in essere con il coinvolgimento e la convocazione di tutte le organizzazioni datoriali, nelle more dell'adozione della ordinaria determinazione dirigenziale di rilevazione;
- la DGR n. 1863 del 23/12/2024 ha stabilito che *"con riferimento alle dialisi, trattandosi di prestazioni salvavita, in analogia con quanto già definito per le altre strutture ospedaliere private accreditate, per quanto attiene l'Ente Ecclesiastico Miulli, le attività rese dal C.A.D. di Castellaneta, a far data dall'1/01/2025, sono da intendersi rimborsate a parte, rispetto al tetto di spesa annualmente assegnato, attraverso una puntuale registrazione delle prestazioni effettivamente rese nel Sistema Informativo Edotto. Resta inteso che la produzione in questione non può essere contabilizzata e, dunque, ricompresa, nell'ambito della produzione ordinaria dell'Ente Ecclesiastico "Miulli" nonché ai fini dell'applicazione dell'art. 17 della Legge regionale n. 34/2023 e dell'art. 10 della L.R. 29 novembre 2024, n. 39"*;
- in linea con quanto disposto dalla citata DGR n. 1863/2024, occorre stabilire un limite di spesa di € 1.800.000,00 per le prestazioni erogate dal C.A.D. Castellaneta, la cui contrattualizzazione rientra nella competenza della ASL Taranto;
- per quanto concerne la quota per la mobilità extra regionale, occorre confermare, allo stato attuale l'istituzione di un fondo unico nella misura di € 1.920.292,40, equivalente al fatturato prodotto nell'anno 2011-2%, secondo le assegnazioni distinte per AA.SS.LL. e richiamate nella precedente tabella di riparto;
- occorre quindi procedere a determinare, per l'anno 2025, per l'anno 2026 e per l'anno 2027, 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, così come di seguito si riporta:

| <u>2025</u>              |                         |                       |                        |                         |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|
| AZIENDA SANITARIA LOCALE | A                       | B                     | C                      | D=A+B+C                 |
|                          | TETTO INTRAREGIONALE    | TETTO EXTRAREGIONALE  | PRESTAZIONI DI DIALISI | TOTALE                  |
| BARI                     | 32.265.792,46 €         | 1.057.506,00 €        | 18.084.988,79 €        | 51.408.287,25 €         |
| BRINDISI                 | 8.900.305,97 €          | 36.284,31 €           | 2.220.000,00 €         | 11.156.590,28 €         |
| BT                       | 10.932.694,6 €          | 76.420,3 €            | 2.766.530,6 €          | 13.775.645,51 €         |
| FOGGIA                   | 7.922.174,42 €          | 494.875,65 €          | - €                    | 8.417.050,07 €          |
| LECCE                    | 26.914.192,00 €         | 181.998,87 €          | 6.852.064,03 €         | 33.948.254,90 €         |
| TARANTO                  | 15.862.191,17 €         | 73.207,24 €           | 11.700.000,00 €        | 27.635.398,41 €         |
| <b>TOTALE</b>            | <b>102.797.350,61 €</b> | <b>1.920.292,40 €</b> | <b>41.623.583,41 €</b> | <b>146.341.226,42 €</b> |

| <u>2026</u>              |                         |                       |                        |                         |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|
| AZIENDA SANITARIA LOCALE | A                       | B                     | C                      | D=A+B+C                 |
|                          | TETTO INTRAREGIONALE    | TETTO EXTRAREGIONALE  | PRESTAZIONI DI DIALISI | TOTALE                  |
| BARI                     | 32.265.792,46 €         | 1.057.506,00 €        | 18.084.988,79 €        | 51.408.287,25 €         |
| BRINDISI                 | 8.900.305,97 €          | 36.284,31 €           | 2.220.000,00 €         | 11.156.590,28 €         |
| BT                       | 10.932.694,6 €          | 76.420,3 €            | 2.766.530,6 €          | 13.775.645,51 €         |
| FOGGIA                   | 7.922.174,42 €          | 494.875,65 €          | - €                    | 8.417.050,07 €          |
| LECCE                    | 26.914.192,00 €         | 181.998,87 €          | 6.852.064,03 €         | 33.948.254,90 €         |
| TARANTO                  | 15.862.191,17 €         | 73.207,24 €           | 11.700.000,00 €        | 27.635.398,41 €         |
| <b>TOTALE</b>            | <b>102.797.350,61 €</b> | <b>1.920.292,40 €</b> | <b>41.623.583,41 €</b> | <b>146.341.226,42 €</b> |

| <u>2027</u>              |                         |                       |                        |                         |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|
| AZIENDA SANITARIA LOCALE | A                       | B                     | C                      | D=A+B+C                 |
|                          | TETTO INTRAREGIONALE    | TETTO EXTRAREGIONALE  | PRESTAZIONI DI DIALISI | TOTALE                  |
| BARI                     | 32.265.792,46 €         | 1.057.506,00 €        | 18.084.988,79 €        | 51.408.287,25 €         |
| BRINDISI                 | 8.900.305,97 €          | 36.284,31 €           | 2.220.000,00 €         | 11.156.590,28 €         |
| BT                       | 10.932.694,6 €          | 76.420,3 €            | 2.766.530,6 €          | 13.775.645,51 €         |
| FOGGIA                   | 7.922.174,42 €          | 494.875,65 €          | - €                    | 8.417.050,07 €          |
| LECCE                    | 26.914.192,00 €         | 181.998,87 €          | 6.852.064,03 €         | 33.948.254,90 €         |
| TARANTO                  | 15.862.191,17 €         | 73.207,24 €           | 11.700.000,00 €        | 27.635.398,41 €         |
| <b>TOTALE</b>            | <b>102.797.350,61 €</b> | <b>1.920.292,40 €</b> | <b>41.623.583,41 €</b> | <b>146.341.226,42 €</b> |

- occorre fare salva la facoltà demandata ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie locali di definire, sulla base del proprio fabbisogno, i volumi e le tipologie di prestazioni da acquistare, con particolare riferimento alle prestazioni per le quali si determina maggiore domanda e, conseguentemente, un incremento delle lista d'attesa.

**Considerato, altresì, che:**

- con specifico riferimento alla definizione dei posti rene, la programmazione regionale assume carattere cogente;

- appare opportuno esplicitare, pertanto, che un eventuale trasferimento dei posti rene istituzionalmente accreditati non potrà essere richiesto né autorizzato senza la preventiva modifica degli atti di programmazione regionale.

**Valutato che:**

- occorre procedere, per tutte le branche specialistiche (BAV-PC-RX e FKT), alla rivisitazione delle griglie di valutazione attualmente in uso, in linea con l'allegato B) al D.M. 19.12.2022;
- la rivisitazione delle griglie di valutazione per ogni singola branca rende necessario il coinvolgimento delle OO.RR. maggiormente rappresentative nel singolo anno di riferimento, da individuarsi con determinazione del Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta secondo i criteri vigenti;
- nelle more della revisione di cui sopra, la parte pubblica e le OO.RR. hanno concordato, nelle sedute del 13.03.2025 (RX), del 06.02.2025 (PC), del 13/03/2025 (FKT) e del 06.02.2025 (BAV), che occorre confermare per tutte le branche specialistiche (BAV-PC-RX e FKT) le griglie di valutazione vigenti, fatte salve le precisazioni, per quanto riguarda le griglie FKT, di cui alla nota regionale prot. n. 191269/2025 del 10.04.2025, a mente della quale *"A seguito del tavolo tecnico tenutosi lo scorso 13 marzo tra lo scrivente Dipartimento e le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative della branca di Medicina fisica e riabilitativa si riporta quanto emerso e concordato all'unanimità in sede di contrattazione in riferimento alla programmazione 2025 e conseguente contrattualizzazione.*

*Considerata l'entrata in vigore del nuovo nomenclatore recepito dal legislatore regionale con DGR n.1863 del 23 dicembre 2024, verificata l'esiguità del valore economico delle prestazioni acquistate dalle Direzioni Generali delle Aziende riconducibili alle dotazioni tecnologiche non più ricomprese nei LEA, si è ritenuto opportuno decidere in merito all'estrapolazione dalle griglie di valutazione della branca in oggetto emarginata (allegate alla DGR n.1946/2022), delle seguenti dotazioni tecnologiche:*

*1. Magnetoterapia*

*2. Infrarossi.*

*Si è concordato, altresì, di rimodulare il punteggio da esse derivante e pari a 2, ripartendolo tra le altre dotazioni tecnologiche ricomprese tra le "modalità e potenzialità erogativa" della griglia, tenuto conto, altresì, che da una verifica dei dati estrapolati dal Sistema Informativo Edotto è emerso che le prestazioni riconducibili alle citate tecnologie non impattano significativamente sull'ammontare complessivo delle risorse finanziarie assegnate";*

- la conferma delle griglie PC, RX e BAV è stata comunicata alle AA.SS.LL. con note regionali prot. n. 191269/2025 del 10.04.2025 (RX) e prot. n. 82196 del 14.02.2025 (BAV e PC);
- nell'ambito della medicina di laboratorio (PC) occorre confermare, per le strutture già evolute o che si evolveranno verso il modello B1), l'utilizzo, in via transitoria, della stessa griglia già in uso per la valorizzazione delle strutture attualmente configurate come modello A);
- con sent. n. 5988/2024 del 05.07.2024, il Consiglio di Stato ha stabilito che *"Come si evince dalla nota regionale citata, infatti, la deroga alla richiamata disciplina, "sia in termini di deroga ai requisiti organizzativi che in termini di valorizzazione del personale ultrasettantenne nelle griglie, è stata disposta, su espressa richiesta delle OO.SS. e accolta dal competente servizio regionale, solo in ragione*

*della intervenuta crisi pandemica. Terminato lo stato di emergenza epidemiologica correlata al Covid-19, che, come evidenziato dalle OO.SS., aveva comportato la "difficoltà di reperire figure professionali", non v'era ragione per mantenere in essere un criterio pensato esclusivamente per far fronte a situazioni eccezionali e straordinarie dettate dal periodo emergenziale. La D.G.R. 1946/2022, pertanto, si è limitata a prendere atto della fine dello stato di emergenza, così come deliberato dal Consiglio dei ministri, ripristinando lo status normativo quo ante e conformandosi nuovamente alla suesposta normativa primaria e secondaria.*

*(...) Nemmeno è condivisibile la tesi attorea, prospettata in forma di rigida alternativa, secondo cui o viene consentito al personale ultrasettantenne di lavorare, e conseguentemente essere valorizzato, ovvero ne deve essere impedito l'accesso alla professione: deve infatti rilevarsi che i due profili non sono necessariamente collegati, ben potendo il personale ultrasettantenne lavorare presso una struttura accreditata, nell'esercizio del suo diritto al lavoro, senza che ciò debba necessariamente tradursi in un vantaggio competitivo per la seconda ai fini della*

*ripartizione del budget. (...) Deve ribadirsi che non è ravvisabile l'aporia logica dedotta dalla parte appellante tra l'ammissione al lavoro presso le strutture accreditate del personale ultrasettantenne e la sua mancata valorizzazione ai fini del riparto del budget, essendo del tutto plausibile che sia consentito alle aziende sanitarie private, nell'esercizio della loro libertà organizzativa e gestionale, di assumere personale ultrasettantenne e che tuttavia lo stesso non rilevi ai fini dell'applicazione delle griglie di valutazione, in quanto non utile ai fini della dimostrazione del possesso dei requisiti di accreditamento né quindi, di conseguenza, ai fini della ripartizione del budget, in quanto limitati al personale che offra piene garanzie di efficienza operativa e prestazionale: ciò, come evidenziato dalla difesa regionale, anche al fine di non attribuire alle strutture accreditate un doppio vantaggio, relativo da un lato al minore carico contributivo relativo ai dipendenti ultrasettantenni, dall'altro lato al riconoscimento della premialità connessa alla valorizzazione degli stessi ai fini della assegnazione del budget" (cfr. altresì Cons. Stato sent. n. 5960/2024);*

- in ottemperanza a quanto previsto dalla recente giurisprudenza (Cons. Stato, sent. n. 5988/2024 del 05.07.2024 e Cons. Stato sent. n. 5960/2024 del 05.07.2024) e in linea con quanto già stabilito dalla DGR n. 1924/2023, occorre disapplicare la valorizzazione nelle "griglie" delle figure professionali ultrasettantenni, a seguito della cessazione dello stato di emergenza al 31 marzo 2022;
- per la branca BAV – odontostomatologia, in linea con quanto previsto dalla DGR n. 1924/2023, occorre confermare le percentuali da assegnarsi nei rispettivi fondi 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;

**Preso atto che:**

- come convenuto con le OO.RR. nella seduta del 13.03.2025 e come esplicitato nella nota regionale prot. n. 227548 del 30.04.2025, in analogia con quanto stabilito in relazione alle prestazioni di ricovero, a far data dall'annualità 2025, per le prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale da erogarsi da parte delle strutture sanitarie istituzionalmente accreditate insistenti nell'ambito della Regione Puglia, non dovrà tenersi conto del vincolo del dodicesimo per quanto concerne la produzione annuale delle strutture interessate, a condizione che:
  - non venga fatto ricorso all'istituto della cassa integrazione per il personale dipendente;
  - venga garantita la costante erogazione delle prestazioni per tutti i mesi dell'anno;

Al fine di garantire la costante erogazione delle prestazioni per tutti i mesi dell'anno e scongiurare pregiudizi per l'assistenza, occorre stabilire che, per ogni mensilità, venga prodotta almeno una percentuale pari al 50% del dodicesimo del tetto di spesa annuale assegnato. Tale obbligo andrà esplicitato nei contratti da sottoscrivere ex art. 8 quinquies D.Lgs. n. 502/1992, mediante l'inserimento della seguente clausola:

*“L'erogatore s'impegna a garantire la regolare e continua erogazione delle prestazioni per tutti i mesi dell'anno e conseguentemente l'equità dell'accesso al SSR da parte di tutti i cittadini, nonché la corretta gestione delle liste d'attesa, e la utilizzazione del tetto annuale di spesa. L'Erogatore si impegna a garantire la produzione di una percentuale almeno pari al 50 % del dodicesimo del tetto di spesa annuale assegnato. L'Azienda sanitaria si impegna a monitorare mensilmente l'andamento della produzione”.*

**Considerato che:**

- atteso il carattere triennale della programmazione, al fine di garantire certezza giuridica, occorre stabilire che all'art. 8 del contratto-tipo venga inserita la seguente clausola:

*“Le assegnazioni nonché i tetti di spesa possono subire modifiche a seguito di interventi normativi in materia, anche in attuazione del D.L. n. 118/2022, nonché a seguito di intervenute esigenze assistenziali che comportino mutamenti dell'offerta nel corso del triennio.*

*Restano altresì salvi gli effetti dell'applicazione, nel corso del triennio, di disposizioni normative che comportino la perdita di requisiti di accreditamento, anche con riferimento a percorsi di riorganizzazione di rete, con conseguente risoluzione di diritto del presente contratto.*

*Resta salva altresì, in capo all'amministrazione regionale, nel corso del triennio, la facoltà di rimodulare i tetti di spesa assegnati in conseguenza dell'immissione nella rete assistenziale di nuove strutture accreditate da contrattualizzare ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992.*

*La rimodulazione del tetto, derivante anche dall'entrata in vigore di nuove griglie di valutazione, comporta l'obbligo di stipulare appositi addendum contrattuali.”*

**Considerato, altresì, che:**

- occorre che le Aziende sanitarie locali procedano ad adeguare il contenuto del contratto-tipo inserendo le sopracitate clausole;

- occorre confermare, viceversa, quanto non risulti oggetto di modifica da parte del 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.

**Valutato, inoltre, che:**

- occorre stabilire che tutte le modifiche introdotte con il presente provvedimento trovino applicazione a far tempo dal 01/01/2025;
- occorre prevedere una tempistica per la sottoscrizione dei contratti con le strutture private accreditate, e che la stessa sia prevista quale obiettivo gestionale annuale dei Direttori generali, stabilendo che:
  - i Direttori Generali delle Aziende sanitarie locali procedano alla sottoscrizione dei contratti, che dovrà avvenire, anche da parte delle strutture accreditate, entro e non oltre 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento. La sottoscrizione è da intendersi quale obiettivo gestionale annuale dei Direttori Generali delle AA.SS.LL.;
  - i contratti sottoscritti dovranno essere trasmessi alla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta entro e non oltre 15 giorni dall'avvenuta sottoscrizione.

**Preso atto che:**

- la spesa per il Fondo di remunerazione per gli anni 2025, 2026 e 2027, volto al riconoscimento delle prestazioni sanitarie da erogarsi in regime ambulatoriale da parte delle strutture sanitarie private accreditate insistenti nella Regione Puglia rientra nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) finanziati dal Fondo Sanitario Nazionale.

Tutto ciò premesso, con il presente provvedimento si intende procedere alla determinazione del 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 per le annualità 2025, 2026 e 2027, nonché ad impartire le conseguenti disposizioni.

**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. 2016/679 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 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.”.

**Esiti Valutazione di impatto di genere:**

L'impatto di genere stimato è: **neutro**



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

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette/indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale, in quanto la spesa riferita al fondo unico di remunerazione per gli anni 2025, 2026 e 2027, volto al riconoscimento delle prestazioni sanitarie da erogarsi in regime ambulatoriale da parte delle strutture sanitarie private accreditate insistenti nella Regione Puglia rientra nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) ed è finanziato dal Fondo Sanitario Nazionale.

**Tutto ciò premesso**, al fine di procedere alla determinazione del fondo unico di remunerazione per gli anni 2025, 2026 e 2027, volto al riconoscimento delle prestazioni sanitarie da erogarsi in regime ambulatoriale da parte delle strutture sanitarie private accreditate insistenti nella Regione Puglia, ai sensi dell'art. 4, lett. d) della L.R. 7/1997 si propone alla Giunta regionale:

1. di prendere atto dell'allegato A – Parere Tecnico, parte integrante della presente deliberazione;
2. di stabilire, per l'anno 2025, per l'anno 2026 e per l'anno 2027, 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, così di seguito ripartito:

| <b>2025</b>              |                         |                       |                        |                         |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|
| AZIENDA SANITARIA LOCALE | A                       | B                     | C                      | D=A+B+C                 |
|                          | TETTO INTRAREGIONALE    | TETTO EXTRAREGIONALE  | PRESTAZIONI DI DIALISI | TOTALE                  |
| BARI                     | 32.265.792,46 €         | 1.057.506,00 €        | 18.084.988,79 €        | 51.408.287,25 €         |
| BRINDISI                 | 8.900.305,97 €          | 36.284,31 €           | 2.220.000,00 €         | 11.156.590,28 €         |
| BT                       | 10.932.694,6 €          | 76.420,3 €            | 2.766.530,6 €          | 13.775.645,51 €         |
| FOGGIA                   | 7.922.174,42 €          | 494.875,65 €          | - €                    | 8.417.050,07 €          |
| LECCE                    | 26.914.192,00 €         | 181.998,87 €          | 6.852.064,03 €         | 33.948.254,90 €         |
| TARANTO                  | 15.862.191,17 €         | 73.207,24 €           | 11.700.000,00 €        | 27.635.398,41 €         |
| <b>TOTALE</b>            | <b>102.797.350,61 €</b> | <b>1.920.292,40 €</b> | <b>41.623.583,41 €</b> | <b>146.341.226,42 €</b> |

| <b>2026</b>              |                         |                       |                        |                         |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|
| AZIENDA SANITARIA LOCALE | A                       | B                     | C                      | D=A+B+C                 |
|                          | TETTO INTRAREGIONALE    | TETTO EXTRAREGIONALE  | PRESTAZIONI DI DIALISI | TOTALE                  |
| BARI                     | 32.265.792,46 €         | 1.057.506,00 €        | 18.084.988,79 €        | 51.408.287,25 €         |
| BRINDISI                 | 8.900.305,97 €          | 36.284,31 €           | 2.220.000,00 €         | 11.156.590,28 €         |
| BT                       | 10.932.694,6 €          | 76.420,3 €            | 2.766.530,6 €          | 13.775.645,51 €         |
| FOGGIA                   | 7.922.174,42 €          | 494.875,65 €          | - €                    | 8.417.050,07 €          |
| LECCE                    | 26.914.192,00 €         | 181.998,87 €          | 6.852.064,03 €         | 33.948.254,90 €         |
| TARANTO                  | 15.862.191,17 €         | 73.207,24 €           | 11.700.000,00 €        | 27.635.398,41 €         |
| <b>TOTALE</b>            | <b>102.797.350,61 €</b> | <b>1.920.292,40 €</b> | <b>41.623.583,41 €</b> | <b>146.341.226,42 €</b> |

| <b>2027</b>              |                         |                       |                        |                         |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|
| AZIENDA SANITARIA LOCALE | A                       | B                     | C                      | D=A+B+C                 |
|                          | TETTO INTRAREGIONALE    | TETTO EXTRAREGIONALE  | PRESTAZIONI DI DIALISI | TOTALE                  |
| BARI                     | 32.265.792,46 €         | 1.057.506,00 €        | 18.084.988,79 €        | 51.408.287,25 €         |
| BRINDISI                 | 8.900.305,97 €          | 36.284,31 €           | 2.220.000,00 €         | 11.156.590,28 €         |
| BT                       | 10.932.694,6 €          | 76.420,3 €            | 2.766.530,6 €          | 13.775.645,51 €         |
| FOGGIA                   | 7.922.174,42 €          | 494.875,65 €          | - €                    | 8.417.050,07 €          |
| LECCE                    | 26.914.192,00 €         | 181.998,87 €          | 6.852.064,03 €         | 33.948.254,90 €         |
| TARANTO                  | 15.862.191,17 €         | 73.207,24 €           | 11.700.000,00 €        | 27.635.398,41 €         |
| <b>TOTALE</b>            | <b>102.797.350,61 €</b> | <b>1.920.292,40 €</b> | <b>41.623.583,41 €</b> | <b>146.341.226,42 €</b> |

3. di stabilire che rimanga salva la facoltà, demandata ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, sulla base del proprio fabbisogno, di definire i volumi e tipologie di prestazioni da acquistare, con particolare riferimento alle prestazioni per le quali si determina maggiore domanda e, conseguentemente, un incremento delle lista d'attesa;
4. di dare atto che, atteso il carattere triennale dell'attuale programmazione e l'ontologica inconciliabilità con una rilevazione annuale delle OO.RR. maggiormente rappresentative, l'attività di concertazione è stata posta in essere con il coinvolgimento e la convocazione di tutte le organizzazioni datoriali, nelle more dell'adozione della ordinaria determinazione dirigenziale di rilevazione;
5. di stabilire, in linea con quanto disposto dalla DGR n. 1863 del 23/12/2024, un tetto di spesa di € 1.800.000,00, già incluso nel prospetto di cui al punto 2. del presente provvedimento (col. C), per le prestazioni erogate dal C.A.D. di Castellaneta, la cui contrattualizzazione rientra nella competenza della ASL Taranto;
6. di stabilire che, con riferimento alle strutture istituzionalmente accreditate eroganti prestazioni dialitiche, un eventuale trasferimento dei posti rene non possa essere richiesto né autorizzato senza la preventiva modifica degli atti di programmazione regionale;
7. di confermare un fondo unico per la mobilità extra regionale, nella misura di € 1.920.292,40, equivalente al fatturato prodotto nell'anno 2011-2%, secondo le assegnazioni distinte per AA.SS.LL. e richiamate nella precedente tabella di riparto (col. B);
8. di confermare, per tutte le branche specialistiche (BAV,PC, RX e FKT), in ottemperanza a quanto convenuto con le OO.RR. e come già comunicato con le note regionali prot. n. 191269/2025 del 10.04.2025 (RX) e prot. n. 82196 del 14.02.2025 (BAV e PC), le griglie di valutazione già in uso, fatte salve le precisazioni, per quanto riguarda le griglie FKT, di cui alla nota regionale prot. n. 191269/2025 del 10.04.2025, in attesa di procedere ad apportare le opportune modifiche in linea con l'allegato B) al D.M. 19.12.2022;
9. di stabilire che la rivisitazione delle griglie di valutazione per ogni singola branca avvenga con il coinvolgimento delle le OO.RR. maggiormente rappresentative nel singolo anno di riferimento, da individuarsi con determinazione del Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta secondo i criteri vigenti;
10. 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);
11. di procedere, in linea con quanto previsto dalla DGR n. 1924/2023, per la branca BAV – odontostomatologia, a confermare le percentuali da assegnarsi nei rispettivi fondi, 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 n. 2263/2017;

- il restante 75% del sub fondo totale destinato alle Branche a Visita da attribuirsi con la griglia specifica per ogni singola branca;
12. di stabilire che, giusta nota regionale prot. n. 227548 del 30.04.2025, per le prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale da erogarsi da parte delle strutture sanitarie istituzionalmente accreditate insistenti nell'ambito territoriale della Regione Puglia, come convenuto altresì nel tavolo tenutosi con le OO.RR e in analogia con quanto stabilito in relazione alle prestazioni di ricovero, a far data dall'annualità 2025, non dovrà tenersi conto del vincolo del dodicesimo per quanto concerne la produzione annuale delle strutture interessate, a condizione che:
- non venga fatto ricorso all'istituto della cassa integrazione per il personale dipendente;
  - venga garantita la costante erogazione delle prestazioni per tutti i mesi dell'anno.
13. di stabilire, al fine di garantire la costante erogazione delle prestazioni per tutti i mesi dell'anno e scongiurare pregiudizi per l'assistenza, che, per ogni mensilità, debba essere prodotta una percentuale almeno pari al 50% del dodicesimo del tetto di spesa annuale assegnato, e che le Aziende sanitarie locali debbano monitorare mensilmente l'andamento della produzione;
14. di stabilire che gli obblighi di cui al precedente punto 13, a carico degli Erogatori e delle AA.SS.LL., andranno previsti nei contratti da sottoscrivere ex art. 8 quinquies D.Lgs. n. 502/1992, secondo la seguente clausola:
- “L'erogatore s'impegna a garantire la regolare e continua erogazione delle prestazioni per tutti i mesi dell'anno e conseguentemente l'equità dell'accesso al SSR da parte di tutti i cittadini, nonché la corretta gestione delle liste d'attesa, e la utilizzazione del tetto annuale di spesa. L'Erogatore si impegna a garantire la produzione di una percentuale almeno pari al 50 % del dodicesimo del tetto di spesa annuale assegnato. L'Azienda sanitaria si impegna a monitorare mensilmente l'andamento della produzione”;*
15. di stabilire di espungere dal contratto ogni riferimento al previgente vincolo del dodicesimo, ivi comprese le sanzioni previste per il mancato rispetto di quest'ultimo;
16. di stabilire che all'art. 8 del contratto-tipo venga inserita la seguente clausola:
- “Le assegnazioni nonché i tetti di spesa possono subire modifiche a seguito di interventi normativi in materia, anche in attuazione del D.L. n. 118/2022, nonché a seguito di intervenute esigenze assistenziali che comportino mutamenti dell'offerta nel corso del triennio.*
- Restano altresì salvi gli effetti dell'applicazione, nel corso del triennio, di disposizioni normative che comportino la perdita di requisiti di accreditamento, anche con riferimento a percorsi di riorganizzazione di rete, con conseguente risoluzione di diritto del presente contratto.*
- Resta salva altresì, in capo all'amministrazione regionale, nel corso del triennio, la facoltà di rimodulare i tetti di spesa assegnati in conseguenza dell'immissione nella rete assistenziale di nuove strutture accreditate da contrattualizzarsi ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992.*
- La rimodulazione del tetto, derivante anche dall'entrata in vigore di nuove griglie di valutazione, comporta l'obbligo di stipulare appositi addendum contrattuali.”;*

17. di stabilire che le Aziende sanitarie locali adeguino il contenuto del contratto-tipo al presente provvedimento, confermando, al contrario, quanto non sia stato modificato dal presente atto, 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 e che dovrà essere espressamente prevista negli accordi, come richiesto dai Ministeri affiancanti;
18. di stabilire che tutte le modifiche introdotte con il presente provvedimento trovino applicazione a far tempo dal 01/01/2025;
19. di stabilire una puntuale osservanza, in materia di esenzione, alle previsioni di cui agli articoli 52 e 53 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
20. di stabilire che i Direttori Generali delle Aziende sanitarie locali procedano alla sottoscrizione dei contratti, che dovrà avvenire, anche da parte delle strutture accreditate, entro e non oltre 15 giorni dalla notifica del presente provvedimento;
21. di stabilire che la sottoscrizione dei contratti costituisca obiettivo gestionale annuale dei Direttori Generali delle AA.SS.LL.;
22. di stabilire che i contratti sottoscritti dovranno essere trasmessi alla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta entro e non oltre 15 giorni dall'avvenuta sottoscrizione;
23. di stabilire che il presente provvedimento venga notificato, a cura della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, al Servizio Accreditamenti e Qualità, alla Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport, al Direttore Generale dell'A.Re.S.S., alle Organizzazioni Rappresentative, ai Ministeri affiancanti (MINSAL e MEF), alle Aziende Sanitarie Locali e, per il tramite di queste ultime, alle strutture erogatrici già accreditate. Per le strutture autorizzate la pubblicazione sul BURP costituisce notifica;
24. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 18/2023.

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374.

IL RESPONSABILE E.Q. "Gestione e monitoraggio degli accordi contrattuali rivenienti dal d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i.":

**Emanuele CARBONARA**

 Emanuele Carbonara  
10.06.2025 09:31:09  
GMT+02:00

IL RESPONSABILE E.Q. "Nuovo Sistema di Garanzia ed Attività di Monitoraggio":

**Nicola GIRARDI**

 Nicola Girardi  
10.06.2025  
09:28:27  
GMT+02:00

La DIRIGENTE di Servizio "Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale- Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR":

**Antonella CAROLI**

 ANTONELLA  
CAROLI  
10.06.2025  
08:03:48 UTC

IL DIRIGENTE di Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta":

**Mauro NICASTRO**

 Mauro  
Nicastro  
10.06.2025  
14:05:52  
GMT+02:00

Il Direttore di Dipartimento, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISA osservazioni alla presente proposta di DGR.

Il DIRETTORE di Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale:

**Vito MONTANARO**

 Vito Montanaro  
10.06.2025  
20:47:58  
GMT+02:00

Il Vicepresidente della Giunta Regionale con delega alla Sanità e Benessere Animale, Sport per Tutti, ai sensi del vigente Regolamento della Giunta Regionale,

**propone**

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

**Raffaele PIEMONTESE**

 Raffaele  
Piemontese  
17.06.2025  
19:49:30  
GMT+02:00

ALLEGATO A

Codice CIFRA: SGO/DEL/2025/00068

## PARERE TECNICO

**OGGETTO:** Determinazione del fondo unico di remunerazione per il triennio 2025, 2026 e 2027, 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.

Il D.Lgs. del 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii. recante *“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 prevedendo che la Regione definisca 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. n. 502/1992 prevede che la Regione e le AA.SS.LL. definiscano accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulino 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.

Si procede, pertanto, alla definizione del fondo unico di remunerazione regionale da attribuirsi agli enti privati accreditati per le prestazioni da erogarsi in regime ambulatoriale, nel rispetto dei vincoli di bilancio.

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette/indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale in quanto la spesa riferita al fondo unico di remunerazione per gli anni 2025, 2026 e 2027, volto al riconoscimento delle prestazioni sanitarie da parte delle strutture sanitarie private accreditate insistenti nella Regione Puglia rientra nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) ed è finanziato dal Fondo Sanitario Nazionale.

LA PRESENTE PROPOSTA DI DELIBERAZIONE COMPORTA IMPLICAZIONI DI NATURA FINANZIARIA SUL FONDO SANITARIO REGIONALE

SI ☒ NO ☐

FIRMA DEL DIRIGENTE DELLA SEZIONE

PROPONENTE

Dott. Mauro Nicastro



Mauro Nicastro  
10.06.2025  
14:05:52  
GMT+02:00

PRESA D'ATTO DEGLI EFFETTI FINANZIARI DELLA PROPOSTA DI DELIBERAZIONE

SUL FONDO SANITARIO REGIONALE (D.LGS. 118/2011 – Art. 5 comma 6 e art. 7 LL.GG. approvate con DGR

1161/2024)

FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA GSA

(NEL CASO IN CUI COMPORTI IMPLICAZIONI SUL FSR)Dott. Benedetto Giovanni Pacifico

Benedetto  
Giovanni  
Pacifico  
10.06.2025  
15:08:29  
GMT+01:00