



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL
BENESSERE**

SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

**SERVIZIO ORGANIZZAZIONE ASSISTENZA OSPEDALIERA E
SPECIALISTICA**

**PROPOSTA DI DELIBERAZIONE
DELLA GIUNTA REGIONALE**

Codice CIFRA: SGO/DEL/2016_____

OGGETTO: Approvazione schema tipo di accordo contrattuale per l'erogazione e l'acquisto di prestazioni sanitarie da parte di Residenze Socio Sanitarie Assistenziali per anziani di cui all'art. 66 del regolamento regionale 18 gennaio 2007, n.4 e s.m.i.

Il Presidente sulla base dell'istruttoria espletata dalla Responsabile della A.P. "Riabilitazione - Strutture residenziali e semiresidenziali, centri diurni e ambulatoriali – Strutture sociosanitarie", confermata dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue:

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

Il comma 1 dell'art. 17 della L.R. n. 14/2004 prevede che a norma dell'articolo 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m. la Giunta regionale procede a definire accordi con gli erogatori di prestazioni sanitarie pubbliche ed equiparate, fissare le risorse finanziarie destinate annualmente ad assicurare i Livelli essenziali di assistenza (LEA), emanare indirizzi per la definizione degli accordi contrattuali con i soggetti privati accreditati da parte delle AUSL, indicare le funzioni e le attività da potenziare e depotenziare secondo le linee della programmazione regionale nel rispetto delle priorità indicate dalla programmazione sanitaria.

L'art. 20 della L.R. n. 1/2005 prevede che "i contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e successive modificazioni, devono tenere conto, oltre a quelli già previsti, dei seguenti ulteriori elementi:

b) a norma dell'articolo 8-quater, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende ed enti del Servizio sanitario regionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali.

Inoltre, il citato articolo al comma 3 prevede che ai fini della stipula dei contratti e della garanzia della libera scelta fra strutture pubbliche e private, anche ai fini della determinazione delle tariffe, dei tetti di spesa e delle regressioni tariffarie, si tenga conto della tipologia e complessità delle strutture nonché dell'andamento storico complessivo della domanda con la relativa ripartizione fra settore pubblico e privato.

L'art. 10 della legge regionale n. 4 del 25 febbraio 2010 "Norme in materia di residenze socio-sanitarie assistenziali – Modifiche all'articolo 8 della L.R. n. 26/2006", ha disciplinato i rapporti tra le Aziende sanitarie locali e le RSSA per anziani introducendo gli accordi contrattuali.

Il comma 3 bis del novellato art. 8 della L.R. n. 26/2006 ha stabilito che, nel limite dei posti letto stabiliti in base al fabbisogno per le Residenze Socio-Sanitarie Assistenziali (RSSA), gli accordi contrattuali con le RSSA per le attività di carattere sanitario siano stipulati dal Direttore generale dell'ASL di competenza territoriale, che ne dà informazione alla conferenza dei sindaci competente per territorio.

Il comma 3 ter dello stesso art. 8 ha disposto che i Direttori generali delle AA.SS.LL. pervengano alla stipula degli accordi contrattuali con le strutture aventi i requisiti previsti dalla Legge regionale 10 luglio 2006, n. 19 (Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia) e dal relativo Regolamento regionale di attuazione 18 gennaio 2007, n. 4, e successive modificazioni, a seguito di valutazione delle esigenze territoriali e tenuto conto della localizzazione delle strutture nonché della pubblicizzazione aggiornata semestralmente della invalicabile disponibilità dei posti letto.

Il Regolamento Regionale 18 gennaio 2007, n.4 e s.m.i. all'art.66 ha disciplinato l'organizzazione e il funzionamento delle Residenze socio sanitarie Assistenziali (RSSA).

L'art.8 della Legge regionale n. 26/2006 e s.m.i. "Disposizioni in materia di attività residenziali extra-ospedaliere" ha stabilito il fabbisogno per le Residenze Socio Sanitarie Assistenziali per anziani.

La Legge regionale 24 settembre 2010, n. 12, all'art. 3 "Tetti di spesa", abrogando l'articolo 17, commi 2 e 3, della legge regionale n. 14/2004 e l'art.18, comma 2, della legge regionale n. 26/2006, ha previsto che in attuazione dell'articolo 8 quinquies, comma 2, lettera e-bis), e del comma 2-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., negli accordi contrattuali stipulati con gli erogatori privati, provvisoriamente e/o istituzionalmente accreditati, deve essere garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture in base al tetto di spesa e ai volumi di attività predeterminati annualmente. Pertanto, a partire dalla data di entrata in vigore della stessa legge, è vietata l'erogazione e la relativa remunerazione con oneri a carico del Servizio sanitario regionale di prestazioni sanitarie effettuate al di fuori dei tetti di spesa massimi.

Con Deliberazione 8 marzo 2011, n. 359 ad oggetto: "Legge regionale n. 4/2010, art.10 " Norme in materia di residenze socio sanitarie assistenziali- Modifiche all'articolo 8 della l.r. 26/2006-Schema di accordo contrattuale" la Giunta regionale ha approvato lo schema tipo di contratto per l'acquisto da parte della ASL delle medesime prestazioni sanitarie.

La normativa generale legislativa e regolamentare sopravvenuta ha imposto l'opportunità e la necessità di apportare alcune modifiche allo "schema contrattuale tipo" approvato con la D.G.R. n. 359/2011, tra le quali prevedere l'obbligo al rispetto della normativa a carattere nazionale e regionale in materia di flussi informativi e di sanità elettronica e l'obbligo ad osservare le modalità tecniche stabilite dalla Regione e dall'ASL per il collegamento tra il proprio sistema informativo ed il sistema informativo regionale e quello aziendale nonché ad osservare le modalità tecniche stabilite dalla Regione e dall'ASL per il collegamento con il CUP Aziendale e/o con il sistema CUP regionale ai fini della riduzione delle liste e dei tempi di attesa e loro monitoraggio.

Il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), nel corso della riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, con verbale del 4 aprile 2014 hanno evidenziato che gli schemi di contratto tipo predisposti dalla Regione, e nello specifico lo schema di contratto tipo di cui alla D.G.R. n. 1669/2012 devono prevedere:

1. una specificazione dei volumi di prestazioni contrattati e non solo del volume finanziario delle varie tipologie di prestazioni così come previsto dall'art. 8-quinquies del D. Lgs. 502/92;
2. una clausola di salvaguardia che ponga la Regione e la ASL al riparo dai possibili contenziosi successivi alla sottoscrizione dello stesso. In merito all'inserimento di una clausola di salvaguardia nei contratti da sottoscrivere con gli erogatori privati accreditati, Tavolo e Comitato segnalano "che è pervenuto un parere dell'Avvocatura generale dello Stato che, su richiesta dell'Ufficio legislativo del Ministero della salute, si è espressa in merito alla previsione di una clausola di salvaguardia nei contratti, affermando la validità della predetta clausola. Tavolo e Comitato, visto il parere dell'Avvocatura, chiedono alla Regione di inserire nei contratti 2014 e successivi la seguente formulazione: *"Con la sottoscrizione del presente accordo la struttura accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto. In considerazione dell'accettazione dei suddetti provvedimenti (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili"*.

Per quanto innanzi riportato, con Deliberazione di Giunta regionale 6 agosto 2014, n. 1797 è stato riapprovato lo schema tipo di accordo contrattuale per l'erogazione e l'acquisto di prestazioni sanitarie da parte di RSSA per anziani alla luce delle osservazioni proposte dal Tavolo Tecnico e dal Comitato Permanente.

La DGR n. 1797/2014 è stata impugnata con ricorso proposto al TAR Bari il quale, con sentenza n. 1006/2016, pubblicata in data 28/07/2016, ne ha annullato gli effetti per il mancato confronto con le associazioni di categoria ritenendo assorbiti gli ulteriori rilievi formulati dalla parte ricorrente. Il richiamo nella predetta sentenza alle pronunce n. 77, 436 e 78/2016 del Consiglio di Stato ha portato alla considerazione di non ravvisare l'opportunità di proporre appello per la riforma.

Occorre precisare che il mancato confronto con le associazioni di categoria è derivato dalla necessità di recepire le formulazioni del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, scaturite dai vincoli imposti dalla sottoscrizione da parte della Regione del Piano Operativo 2013-2015, il cui recepimento era obbligato anche in presenza del confronto preliminare con le associazioni di categoria.

Pertanto, alla luce dell'annullamento della DGR n. 1797/2014, si rende necessaria la riapprovazione dello schema tipo di accordo contrattuale in oggetto.

Tenuto conto della previsione del giudice di primo grado, in data 19/12/2016 sono state sentite le principali Associazioni di categoria rappresentative delle strutture sociosanitarie sulla bozza di schema tipo di contratto, alle stesse consegnato, e che, con il presente provvedimento, di propone di approvare.

Le Associazioni che hanno preso parte all'incontro sono:

AIOP, UNEBA, FAC PUGLIA (comprendente l'ASSOAP, l'ANSDIPP e l'AGESPI), CONFCOOPERATIVE Puglia Federsolidarietà - CONFCOOPERATIVE Puglia Federazionesanità ed AIRP.

Le richieste avanzate dalle Associazioni nel corso del predetto incontro hanno riguardato:

1. l'esclusione della clausola di salvaguardia dall'art. 22 dello schema tipo ;
2. la modifica della previsione di cui all'art 5 dello schema tipo in riferimento alla possibilità da parte del Direttore generale di rinnovare l'accordo contrattuale allo scadere del triennio ai fini della continuità assistenziale, previa verifica della permanenza dei requisiti di cui ai R.R. n.4/2007. Le associazioni chiedono di inserire l'obbligo di rinnovo dell'accordo contrattuale in quanto previsto dal comma 3 sexies dell'art. 8 della L.R. 26/2006, così come introdotto dalla L.R. n. 21/2013;
3. il richiamo nell'art.14, comma 1 dello schema tipo, delle deliberazioni di giunta regionale n. 1037/2012 e n.736/2010 di determinazione, rispettivamente, delle tariffe regionali di riferimento per le RSSA di fascia alta e di fascia media.

In riferimento al predetto **punto 1)**, così come chiarito nel corso dell'incontro e riportato nel relativo verbale, si precisa che la richiesta non può essere accolta per le seguenti motivazioni:

- Il TAR Puglia-sede di Bari nel corso del precedente giudizio relativo alla DGR n. 1797/2014 (ex schema tipo di accordo contrattuale) aveva in via cautelare sospeso l'efficacia della clausola di salvaguardia;
- Il predetto giudizio si è concluso con la sentenza n. 1006/2016 con la quale è stata accolta la censura riguardante il mancato confronto con le organizzazioni di categoria, assorbente di tutte le altre censure ivi compresa l'illegittimità della clausola di salvaguardia;
- Con la sentenza n. 1006/2016 il TAR Bari, comunque, non è entrato nel merito della presunta illegittimità della predetta clausola;
- Oramai è presente una copiosa giurisprudenza a riguardo che si è espressa in senso favorevole alla clausola di salvaguardia già in sede cautelare (TAR Lazio ordinanze nn. 88/2016, 85/2016, 101/2016, 1116/2016, 1734/2016, 1735/2016), nonché in sede di merito (TAR Abruzzo sent. n. 526/2015; TAR Lazio sentt. nn. 2091/2016, 2232/2016 e 2822/2016);
- La questione è stata, di recente, risolta dal Consiglio di Stato con plurime ordinanze, come l'ordinanza n. 906/2015 nella quale ha statuito che " *si è in presenza di oggettivi vincoli e stati di necessità rigorosamente quantitativi conseguenti al piano di rientro* (per la Regione Puglia - Piano operativo) *al cui rispetto la Regione è tenuta ai sensi della normativa vigente confermata da una consolidata e univoca giurisprudenza della Corte costituzionale, gli operatori privati non possono ritenersi estranei a tali vincoli e stati di necessità, che derivano da flussi di spesa che hanno determinato in passato uno stato di disavanzo eccessivo nella regione e che riguardano l'essenziale interesse pubblico alla corretta ed appropriata fornitura del primario servizio della salute*

della popolazione della medesima regione per la quale gli stessi operatori sono dichiaratamente impegnati; le autorità competenti operano in diretta attuazione delle esigenze cogenti del piano di rientro e del programma operativo per tutti gli aspetti quantitativi e pertanto i medesimi non sono sostanzialmente negoziabili dalle parti come ha riconosciuto l'amplissima e univoca giurisprudenza. In questo contesto la sottoscrizione della clausola di salvaguardia (art. 8 dello schema negoziale della Regione Puglia) è imposta dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e dal Ministero della Salute per esigenze di programmazione finanziaria. Tale clausola di conseguenza equivale ad un impegno della parte privata contraente al rispetto ed accettazione dei vincoli di spesa essenziali in un regime come quello esistente in Abruzzo sottoposto al piano di rientro; d'altro conto, in caso di mancata sottoscrizione, l'autorità politico – amministrativa non avrebbe alcun interesse a contrarre a meno di non rendere incerti i tetti di spesa preventivati, né potrebbe essere obbligata in altro modo alla stipula...; pertanto si può escludere ad un primo esame la violazione del diritto costituzionale ad agire in giudizio a tutela dei propri diritti e interessi legittimi limitatamente agli aspetti quantitativi relativi alle concrete fattispecie in essere, dal momento che:

- a) la clausola è limitata a definire un conflitto già in essere o potenziale relativo a concrete e definite questioni;
- b) chi intende operare nell'ambito della sanità pubblica deve accettare i limiti in cui la stessa sanità pubblica è costretta, dovendo comunque e in primo luogo assicurare, pur in presenza di restrizioni finanziarie, beni costituzionali di superiore valore quale i livelli essenziali relativi al diritto di salute;
- c) c) in alternativa, agli operatori resta la scelta di agire come privati nel privato; in tali circostanze dominate dalla esistenza di un grave disavanzo e dalla necessità di corrispondere comunque a superiori diritti costituzionali facenti capo alla generalità della popolazione, la clausola di salvaguardia, in quanto sia limitata ai rapporti già in essere o che vengano contestualmente stipulati e ai loro aspetti quantitativi, possa equivalere ad una formula transattiva necessaria in presenza di fattori e vincoli di ordine costituzionale e finanziario che sovrastano la volontà delle parti".

In riferimento al predetto **punto 2)**, così come chiarito nel corso dell'incontro e riportato nel relativo verbale, si precisa che la richiesta può essere accolta per le seguenti motivazioni:

- l'art. 10 della L.R. n. 4/2010 ha introdotto nuovi commi all'art. 8 della L.R. n.26/2006 ad oggetto "Disposizioni in materia di attività residenziali extra ospedaliere", riguardanti disposizioni in tema di accordi contrattuali con le RSSA anziani (dal comma 3 bis al comma 3 undecies);
- il comma 3 sexies del predetto art. 8 prevede che "l'accordo contrattuale si rinnova con cadenza triennale, rinnovabile ai fini della continuità assistenziale, a seguito della verifica di cui all'art. 52 della L.R. n. 19/2006";
- l'art.1 della L.R. n. 21/2013 ha ulteriormente integrato l'art. 8 della L.R. n.26/2006, introducendo al comma 3 sexies, dopo il punto, il seguente periodo: "L'accordo contrattuale continua a produrre effetti ed efficacia nelle more della nuova sottoscrizione. Ai fini di assicurare la continuità assistenziale, il rinnovo è dovuto alla sola condizione della permanenza dei requisiti minimi di autorizzazione di cui all'art. 52 della L.R. 10 luglio 2006, n. 19".

Pertanto, poiché il legislatore regionale ha inteso prevedere un obbligo per il Direttore generale di rinnovare, alla scadenza triennale, gli accordi contrattuali con le RSSA anziani condizionandolo alla sola verifica dei requisiti minimi per l'autorizzazione al funzionamento, l'art. 5 dello schema tipo di accordo contrattuale che si propone di riapprovare con il presente provvedimento viene riscritto nel seguente modo:

- 1) Il presente contratto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua avvenuta sottoscrizione, ha la durata triennale e viene trasmesso dalla ASL alla Regione Puglia - Assessorato alla Sanità– Sezione Strategie e governo dell'Offerta.
- 2) L'Accordo contrattuale come espressamente disposto dall'art. 8 della L.R. n. 26/2006, si rinnova allo scadere del triennio ai fini della continuità assistenziale, previa verifica della permanenza dei requisiti di cui ai R.R. n.4/2007 e s.m.i con oneri vincolati al fondo unico di remunerazione aziendale riveriente dal fondo unico regionale approvato con il DIEF da destinare all'acquisto di prestazioni sanitarie di RSSA da strutture private ai sensi dell'art.10, L.R. n.4/2010 e s.m.i.,

- 3) *A tal fine le parti manifestano tale volontà per iscritto dandone comunicazione mediante lettera racc. A/R almeno 3 mesi prima della naturale scadenza contrattuale. A tal riguardo, verificato il fondo unico di remunerazione Aziendale ed effettuata la dovuta verifica da parte del Dipartimento di Prevenzione, la ASL _____ formalizza il nuovo contratto.*
- 4) *In caso di mancato rinnovo, gli utenti rimarranno comunque in assistenza alle condizioni in atto, finchè la ASL, d'intesa con i Comuni di residenza dell'assistito, non avrà provveduto a trovare altra idonea soluzione.*

In riferimento al predetto **punto 3**), così come chiarito nel corso dell'incontro e riportato nel relativo verbale, si precisa che la richiesta non può essere accolta per le seguenti motivazioni:

- La richiesta delle Associazioni di categoria di non citare nell'accordo contrattuale le deliberazioni di determinazione delle tariffe è avanzata sul presupposto che le tariffe vanno aggiornate periodicamente al tasso di inflazione;
- In materia di obbligo o meno di aggiornamento delle tariffe è opportuno citare la sentenza del TAR Cagliari sez.I n. 1432/2010 che prevede:
*"....Questi elementi già forniscono chiari elementi per smentire, in radice, la tesi sostenuta dalla ricorrente in ordine alla "doverosità" nel tempo di procedere ad aggiornamenti tariffari "in aumento". Non esiste, in realtà, in questa materia un "obbligo" di assegnare alle tariffe valori aggiuntivi, in "diretta ed automatica applicazione" di indici Istat come fattori di incrementi di costo, dovendosi tener conto di una varietà di fattori di diversa natura (livelli uniformi di assistenza e loro previsioni di spesa - migliorie organizzative - elevazione dell'efficienza strutturale).....
 In definitiva:
 - innanzitutto non è condivisibile la richiesta fondamentale che sorregge il ricorso, di applicazione automatica e diretta dell'indice ISTAT (mera rivalutazione nominalistica degli importi corrispondenti alle tariffe in precedenza stabilite);
 - l'analisi economica regionale non necessariamente deve sfociare in aggiornamenti "in aumento", in considerazione del fatto che le prestazioni ben possono "beneficiare" (sotto il profilo economico) anche di economie derivanti da miglioramenti organizzativi e/o strutturali che possono determinare anche diminuzioni di costi;....."*
- Sul tema, inoltre, dell'impossibilità per le Regioni in Piano di Rientro/Piano Operativo, come peraltro trovasi la Regione Puglia, di poter far fronte agli aggiornamenti delle tariffe del settore sociosanitario si cita la sentenza del Consiglio di Stato, sez. III, 07/12/2015, n. 5539:
*"La delibera impugnata, pertanto, al fine di "contemperare le rigidità della congiuntura economico-finanziaria sopra descritta e il fine pubblico di garantire la fruibilità delle prestazioni dell'area socio-sanitaria residenziali e semiresidenziali, inserite nei Livelli Essenziali di assistenza di cui all'Allegato 1 C del D.P.C.M. del 29.11.2001", ha ritenuto di dover sospendere l'applicazione di tutte le norme regionali che prevedono un adeguamento delle tariffe-rette per prestazioni erogate in strutture accreditate, pubbliche e private, al tasso di inflazione programmata o, comunque, altri adeguamenti automatici, ed ha stabilito che le ASL non possano riconoscere per gli anni 2012 e 2013 tariffe superiori a quelle corrisposte al 31 dicembre 2011.....
 Anche con riferimento all'annualità 2012, il fabbisogno finanziato è stato di gran lunga inferiore rispetto a quello previsto dal conto economico programmatico contenuto nell'Addendum, per effetto delle varie misure di razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria di cui all'[art. 15, commi 15-20, D.L. 95 del 6.7.2012](#).
 3.1. - Per inciso, le norme da ultimo richiamate, ferma restando l'efficacia delle disposizioni vigenti in materia di piani di rientro dai disavanzi sanitari di cui all'articolo 2, commi da 75 a 96, della [legge 23 dicembre 2009, n. 191](#), al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, hanno introdotto misure urgenti per l'efficienza nell'uso delle risorse destinate al settore sanitario, anche in materia tariffaria, prevedendo, in deroga alla procedura prevista dall'[articolo 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), la determinazione di tariffe massime che possono essere corrisposte alle strutture accreditate, tenuto conto dell'esigenza di recuperare, anche tramite la determinazione tariffaria, margini di inappropriata ancora esistenti a livello locale e nazionale (comma 15 dell'art. 15 D.L. 95/212).
 Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime di cui al comma 15, restano a carico dei bilanci regionali (comma 17).*

In funzione delle disposizioni recate dall'articolo 15 citato, il livello del fabbisogno del servizio sanitario nazionale e del correlato finanziamento, previsto dalla vigente legislazione, è stato ridotto di 900 milioni di euro per l'anno 2012 (art. 15, comma 22).

3.2. - Così riassunto il contenuto del provvedimento ed il suo fondamento normativo, è evidente che la sua motivazione, contrariamente a quanto ritenuto dal primo giudice, non appare lacunosa, essendo posto a fondamento della misura adottata il mutamento delle circostanze finanziarie presupposte alle previsioni contenute nell'Addendum al piano di rientro, determinate dalle sopravvenute leggi n. 111 del 15.7.2011 (che ha convertito il [D.L. 6.7.2011, n. 98](#)) e n. 135 del 7.8.2012 (che ha convertito il [D.L. 95/2012](#)), che hanno comportato la riduzione delle entrate effettive in sede di riparto del FSN.

Essendo mutato il quadro normativo di riferimento ed essendo state esternate le ragioni connesse al rispetto del piano di rientro ed alla garanzia, al tempo stesso, della fruibilità delle prestazioni, la motivazione dell'atto appare sufficiente e non in contrasto con le esigenze di garanzia del diritto costituzionale alla salute.

3.3. - Neppure può ritenersi violato il principio dell'affidamento.

Come è stato deciso da questa Sezione (Sentenza n. 1582 del 2.4.2012) non vi è violazione dell'affidamento in presenza delle esigenze della programmazione finanziaria e sanitaria.

Come si è visto, in virtù delle esigenze di controllo e riduzione della spesa pubblica, l'[art. 15, comma 15, del D.L. 95/2012](#) ha previsto la determinazione da parte del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni, di tariffe massime che possono essere corrisposte alle strutture accreditate a prescindere dall'indagine sul costo medio della prestazione per efficienza/appropriatezza/qualità, in deroga alla procedura di cui all'art. 8-sexties, comma 5, del [D.Lgs. n. 502/1999](#) (che rimette al Ministro della salute la fissazione di tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate sulla base dei costi standard di produzione e di quote standard di costi generali).

3.4. - Peraltro, con la recente [sentenza n. 604 del 6.2.2015](#), questa Sezione ha compiutamente esaminato la disciplina concernente i LEA ed i rapporti con la recente normativa in materia di vincoli nascenti dai piani di rientro in materia sanitaria.

La Sezione è pervenuta alla conclusione, alla luce di recentissime pronunce della Corte Costituzionale, che nel bilanciamento di interessi, tutti di pari rango costituzionale, la tutela del diritto alla salute può trovare accoglimento nei limiti delle risorse finanziarie disponibili, cosicché la limitazione delle risorse impedisce legittimamente di coprire interamente la spesa per prestazioni di carattere socio - sanitario, che pur avendo carattere di essenzialità, siano assicurate ad un livello maggiore rispetto al rimanente territorio nazionale.

Trova applicazione anche nella fattispecie in esame il principio secondo cui "nei sistemi costituzionali contemporanei, è certo che non vi è garanzia di effettività e di rispetto per i diritti fondamentali fuori da un determinato equilibrio di bilancio democraticamente fissato (entrate, spese, e indebitamento autorizzato), che garantisca la sostenibilità e la durata dei diritti medesimi, che coordini in vario modo i conti, tra risorse e prestazioni, e tra le generazioni presenti e quelle future, come spiega la giurisprudenza costituzionale.

Questa dialettica tra i valori più alti del nostro sistema costituzionale, tutti inderogabili e al tempo tutti necessariamente attenti alle condizioni della loro effettiva implementazione e sostenibilità, si manifesta nel settore sanitario e socio-assistenziale con maggiore evidenza e con alta valenza simbolica e sostanziale."

Occorre, a questo punto, evidenziare che nello schema tipo di accordo contrattuale che si propone di approvare con il presente provvedimento, è necessario eliminare ogni riferimento alle RSSA di fascia media per le seguenti motivazioni:

- Il regolamento regionale n. 4/2007, in riferimento alle RSSA per anziani di cui all'art. 66, prevedeva due tipologie di RSSA classificate in fascia alta o in fascia media in base ai requisiti di accoglienza alberghiera.
- In particolare, l'art. 66, sezione modulo abitativo, prevedeva:
"RSSA di fascia media (seconda categoria):
camere da letto singole con uno spazio notte individuale di non meno di mq. 9, o doppie con uno spazio notte individuale non inferiore a mq. 14 per due posti letto, o triple con uno spazio complessivamente non inferiore a mq. 18 per tre posti letto. Le succitate dimensioni escludono il servizio igienico, anche esterno, che deve essere assistito per la non autosufficienza e in misura di uno ogni 3 assistiti. Per ogni modulo abitativo, almeno due stanze devono essere attrezzate con servizio igienico per portatori di handicap."
- Il successivo regolamento regionale 10 febbraio 2010, n. 7, che ha modificato l'originario R.R. n.4/2007, con l'art. 4 ha eliminato l'intero capoverso relativo alle RSSA di fascia media innanzi

riportato. Pertanto, dalla modifica introdotta dal R.R. n.7/2010, l'unico riferimento alle RSSA di fascia media è nella parte introduttiva dell'art. 66 che prevede:

“Le RSSA sono classificate di fascia alta e di fascia media in base ai requisiti di accoglienza alberghiera.”

- Il successivo regolamento regionale 7 aprile 2015, n. 11, che ha nuovamente modificato il R.R. n.4/2007, con l'art. 31 ha soppresso dall'originario art. 66 del reg. reg. 4/07: la frase *“Le RSSA sono classificate di fascia alta e di fascia media in base ai requisiti di accoglienza alberghiera.”*; al paragrafo “Modulo abitativo” le parole *“RSSA di fascia alta (prima categoria)”*.

Fatta la preliminare ricostruzione della normativa regionale in tema di RSSA di fascia media, dalla lettura interpretativa della stessa, se ne deduce che il legislatore regionale dall'entrata in vigore del regolamento regionale 10 febbraio 2010, n. 7 ha inteso eliminare la previsione di poter autorizzare al funzionamento le RSSA anziani come fascia media, mantenendo la fascia media alle strutture che a quella data fossero già state destinatarie di provvedimenti autorizzativi in via definitiva di tale natura.

Tant'è che, ad integrazione di quanto approvato con DGR 2 febbraio 2010, n. 279 in tema di tariffe regionali di riferimento per le strutture residenziali socioassistenziali e sociosanitarie per anziani di cui al R.R. n. 4/2007, la DGR 15 marzo 2010, n. 736 introduce la tariffa per le RSSA in fascia media autorizzate in via definitiva prima dell'entrata in vigore del R.R. n. 7/2010, pari ad € 83,61 (ovvero pari alla tariffa per la fascia alta di € 92,90 decurtata del 10%).

In aggiunta, il legislatore regionale dall'entrata in vigore del regolamento regionale 7 aprile 2015, n. 11 ha inteso sopprimere definitivamente le RSSA in fascia media, per cui, in assenza di riferimenti normativi per il mantenimento delle RSSA in fascia media autorizzate in via definitiva prima dell'entrata in vigore del R.R. n. 7/2010, le stesse devono essere obbligatoriamente riclassificate tenuto conto dei requisiti del R.R. 4/2007, come modificato dai successivi R.R. n. 19/2008, n. 7/2010 e n. 11/2015, che prevede una sola tipologia di struttura (ex RSSA anziani di fascia alta).

Inoltre, occorre evidenziare che la Regione Puglia ha avviato un processo di riorganizzazione dell'intero settore sociosanitario, riveniente dalla necessità di integrare la normativa regionale di riferimento, nonché di valutare le necessità della popolazione pugliese in termini di bisogno di assistenza per le macrocategorie di pazienti quali gli anziani non autosufficienti, i soggetti affetti da demenza, i soggetti affetti da disabilità fisiche, psichiche, sensoriali e miste, i soggetti psichiatrici stabilizzati.

Quale atto propedeutico e sostanziale per dare avvio a tale percorso, la Giunta regionale ha approvato il disegno di legge n. 107 del 28/06/2016 ad oggetto: *“Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private”* che detta i principi e le basi per la riorganizzazione dell'intero sistema sociosanitario. Il predetto schema di legge è all'esame da parte del Consiglio regionale.

Pertanto, considerato che

- la nuova normativa regionale in tema di strutture sociosanitarie, ivi comprese le Residenze Socio Sanitarie Assistenziali (RSSA) di cui all'art. 66 del R.R. n.4/2007, entrerà in vigore verosimilmente entro la fine dell'anno 2017;
- il comma 3 sexies dell'art. 8 della L.R. n. 26/2006 prevede che *“l'accordo contrattuale si rinnova con cadenza triennale, rinnovabile ai fini della continuità assistenziale, a seguito della verifica di cui all'art. 52 della L.R. n. 19/2006. L'accordo contrattuale continua a produrre effetti ed efficacia nelle more della nuova sottoscrizione. Ai fini di assicurare la continuità assistenziale, il rinnovo è dovuto alla sola condizione della permanenza dei requisiti minimi di autorizzazione di cui all'art. 52 della L.R. 10 luglio 2006, n. 19”*

al fine di non incorrere nella possibilità che i Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali sottoscrivano o rinnovino gli accordi contrattuali con le RSSA per un ulteriore triennio, sul presupposto che la sottoscrizione dei contratti si fondi su un articolo di legge regionale destinato all'abrogazione, è necessario prevedere nello schema tipo di accordo contrattuale una condizione risolutiva dello stesso, ai sensi dell'art. 1353 del codice civile.

Pertanto, si propone che l'art. 19 dello schema tipo di accordo contrattuale in via di approvazione con il presente provvedimento, sia integrato dal seguente comma:

“3. Il presente contratto si intende risolto di diritto a seguito di modifiche sostanziali alla normativa di cui all'art. 8 della legge regionale 9 agosto 2006, n. 26, così come integrato dall'art. 10 della L.R. n. 4/2010 e dall'art. 1 della L.R. n. 21/2013. In tal caso, l'erogatore, ai fini della continuità assistenziale, garantirà le prestazioni alle condizioni previste dal presente contratto. Tale regime di proroga persisterà fino alla sottoscrizione dei nuovi accordi contrattuali secondo l'intervenuta normativa regionale.”

Premesso tutto quanto innanzi, tenuto conto delle modifiche da apportare allo schema tipo di accordo contrattuale in oggetto così come innanzi motivate, si propone di approvare il nuovo schema tipo di accordo contrattuale per l'erogazione e l'acquisto di prestazioni sanitarie da parte di RSSA per anziani di cui all'art. 66 del R.R. n.4/2007, che costituisce l'allegato A al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, composto da n.14 pagine.

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R. n.28/2001 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONE ED INTEGRAZIONI

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.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del seguente atto finale ai sensi della L. R. n. 7/97, art. 4, lett. k.

LA GIUNTA

- 1* Udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- 2* Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente schema di provvedimento dalla Responsabile della A.P. “Riabilitazione - Strutture residenziali e semiresidenziali, centri diurni e ambulatoriali – Strutture sociosanitarie” e dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;
- 3* A voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa che quivi si intendono integralmente riportate:

- di approvare lo schema tipo di accordo contrattuale per l'erogazione e l'acquisto di prestazioni sanitarie da parte di RSSA per anziani di cui all'art. 66 del R.R. n.4/2007, che costituisce l'allegato A al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, composto da n.14 pagine;
- di stabilire che i Direttori Generali utilizzino il predetto schema tipo di accordo contrattuale per:
 - la contrattualizzazione dei posti letto disponibili di RSSA anziani di cui all'art. 66 del R.R. n.4/2007 rientranti nel fabbisogno regionale di cui all'art. 26 della L.R. n. 26/2006 e s.m.i.;
 - il rinnovo degli accordi contrattuali con le RSSA anziani di cui all'art. 66 del R.R. n.4/2007 giunti a naturale scadenza nel limite dei posti letto già oggetto dei precedenti contratti e rientranti nel fabbisogno regionale;
- di stabilire che i Direttori generali, in presenza di accordi contrattuali sottoscritti secondo lo schema tipo di cui alla DGR n. 1797/2014 con le RSSA di cui all'art. 66 del R.R. n.4/2007 in data successiva alla pubblicazione della sentenza del TAR Bari n. 1006/2016 di annullamento della DGR n. 1797/2014, avvenuta in data 28/07/2016, procedano a :

- predisporre e sottoscrivere gli addendum integrativi ai contratti già sottoscritti con le strutture erogatrici secondo le novità di cui allo schema tipo allegato al presente provvedimento, con particolare riferimento alla condizione risolutiva di cui all'art. 19;
- di trasmettere gli addendum di cui innanzi alla competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;
- di stabilire che i Direttori Generali provvedano alla sottoscrizione e/o rinnovo degli accordi contrattuali di cui innanzi nel rispetto di quanto stabilito dall'art. 26 della L.R. n. 26/2006, così come integrata dall'art. 10 della L.R. n.4/2010, dall'art. 15 della L.R. n. 7/2013, dall'art. 1 della L.R. n. 21/2013, con oneri vincolati al fondo unico di remunerazione destinato per l'acquisto delle predette prestazioni approvato con il DIEF;
- di stabilire che i Direttori Generali trasmettano copia degli accordi contrattuali sottoscritti alla competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;
- di stabilire che, ai sensi dell' art. 11 della L.R. n.4/2010, la quota di spesa sanitaria per l'assistenza fornita alle persone parzialmente o del tutto non autosufficienti ospitate nelle RSSA anziani è pari al 50 per cento delle tariffe stabilite dall'art. 32 del R.R. n.4/2007;
- di notificare il presente provvedimento alle Aziende Sanitarie Locali della Regione a cura della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;
- di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 13/94.

Il Segretario della Giunta

Il Presidente della Giunta

1 I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato e' 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, e' conforme alle risultanze istruttorie.

2

La Responsabile della A.P.: **Elena MEMEO**

Il Dirigente della Sezione: **Giovanni CAMPOBASSO**

Il sottoscritto Direttore di Dipartimento non ravvisa la necessità di esprimere, sulla proposta di delibera, osservazioni, ai sensi del combinato disposto degli artt. 18 e 20 del DPGR n.443/2015.

1

Il Direttore di Dipartimento Promozione della Salute,

2

del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti: **Giancarlo RUSCITTI**

3

Il Presidente della Giunta regionale: **Michele EMILIANO**



**REGIONE
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E
DELLO SPORT PER TUTTI**

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

SERVIZIO ORGANIZZAZIONE ASSISTENZA OSPEDALIERA E SPECIALISTICA

ALLEGATO A

Il presente allegato è composto
di n. 14 (quattordici) pagine escluso il presente

SGO

**IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE
(GIOVANNI CAMPOBASSO)**