



REGIONE PUGLIA

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

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Codice CIFRA: SGO/DEL/2017/_____

**OGGETTO: DGR 1494/2009 e D.G.R. n. 1793 del 6/8/2014- MODIFICHE
SCHEMA TIPO ACCORDO CONTRATTUALE STRUTTURE ISTITUZIONALMENTE ACCREDITATE
ATTIVITÀ AMBULATORIALE EX ART. 8 QUINQUIES DEL D.L. VO 502/92 E SS.MM.II. -
BRANCA DI RADIODIAGNOSTICA E MEDICINA NUCLEARE**

Il Presidente, sulla base dell'istruttoria espletata dal Funzionario responsabile A.P. e confermata dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue:

- 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*" ed, in particolare, l'art. 8, ha regolamentato la materia concernente la contrattazione con le strutture erogatrici di prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale.
- La L. R. del 28 maggio 2004, n. 8, ha disciplinato la materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e alla stipula degli accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private nella Regione Puglia.
- Il comma 171 dell'art. 1, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311 "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)*", ha precisato, in tema di tariffe, che è vietata, nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intra-regionale che interregionale, ed ha altresì sanzionato con la nullità i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio.
- Il comma 14, dell'art. 15 del D.L. n. 95 del 6 luglio 2012, "*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario*", come modificato dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, ha disposto una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione, tale da ridurre la spesa complessiva annua, consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento nell'anno 2012, dell'1 per cento nell'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014.
- La Direttiva 2011/7/UE ed il relativo D. Lgs. 9 novembre 2012, n. 192 "*Modifiche al decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, per l'integrale recepimento della direttiva 2011/7/UE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, a norma dell'articolo 10, comma 1, della legge 11 novembre 2011, n. 180*", hanno introdotto modifiche alle disposizioni vigenti in materia di lotta contro i ritardi di pagamento.
- Con delibera n. 1494 del 4 agosto 2009 (Accordi contrattuali per l'anno 2009-Linee guida), successivamente modificata con la delibera n. 2671/2009 e con la delibera n. 1500/2010, la Giunta Regionale ha dettato direttive in ordine all'acquisto di prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale, da parte delle strutture private accreditate.
- La L. R. del 9 febbraio 2011, n. 2, ha approvato il "*Piano di rientro e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012*". Detto Piano, tra l'altro, ha richiamato e confermato, per tutto il periodo di validità dello stesso, le regole definite con la D.G.R. n. 1494/2009. Il piano di rientro ha, altresì, disposto tra le iniziative da intraprendere da parte della Regione, il monitoraggio degli accordi contrattuali stipulati dalle Aziende Sanitarie Locali con le strutture private accreditate, oltre al monitoraggio dei tetti di spesa fissati per le stesse strutture private accreditate, ivi comprese quelle che erogano prestazioni in regime di ricovero.
- Con delibera n. 888 del 9 maggio 2012 relativa alle "*DD.GG.RR. n. 1494/2009, n. 2671/2009 e n. 1500/2010 - Precisazioni - Presa d'atto Schema tipo Accordo Contrattuale - strutture istituzionalmente accreditate attività ambulatoriale - ex art. 8 quinquies del D. L.vo 502/92 così*

come modificato dalla L. 133/08 – *Branca di Patologia Clinica*”, la Giunta Regionale ha deliberato di approvare, giusto quanto previsto dalla precedente D.G.R. 1494/2009, lo schema tipo di contratto per l’acquisto da parte della ASL committente delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, definite prioritariamente in termini di volumi e di tipologie, e la conseguente erogazione da parte dei Professionisti e delle Strutture sanitarie private in regime di accreditamento istituzionale, anche sulla base di quanto previsto dall’art. 22 della L.R. 28/5/2004 n. 8. Il tutto, al fine di rendere uniforme sul territorio regionale le disposizioni relative all’attribuzione dei tetti di spesa ed alla contrattualizzazione dei volumi e tipologie di prestazioni erogate in regime ambulatoriale.

- Con delibera n. 1793 del 6/8/2014 pubblicata sul BURP n. 133 del 24/9/2014, in virtù della normativa legislativa e regolamentare, sopravvenuta, nonché delle osservazioni formulate dal Ministero della Salute, dell’Economia e delle Finanze (MEF), con nota prot. n. 160-23-12-2013-0000124 - A, e recepite nello schema di contratto tipo, si rendeva necessario apportare alcune modifiche allo “schema contrattuale tipo” già approvato con la medesima D.G.R. n. 888/2012, pur in assenza di un preventivo confronto con le OO.SS., trattandosi di clausole che non erano soggette a “concertazione”, ma imposte dalla legislazione sopravvenuta ovvero dal Ministero della Salute, Economia e Finanze (MEF). Tale interpretazione era suffragata anche da alcune pronunce giurisprudenziali, che per altre fattispecie analoghe (cfr. deliberazione 1773/2012), giuste sentenze n. 1442/2013 del TAR Bari sez. II, n. 193/2015, n. 249/2015, n.255/2015 e n. 237/2015, disponevano per il rigetto dei ricorsi proposti dai ricorrenti - strutture istituzionalmente accreditate.
- Il Ministero della Salute, dell’Economia e delle Finanze (MEF) aveva imposto l’opportunità e la necessità di apportare alcune modifiche allo “schema contrattuale tipo” approvato con la medesima D.G.R. n. 888/2012. In particolare, in materia di implementazione del sistema informatizzato CUP, si riscontrava la necessità di integrare lo schema tipo di contratto recepito con D.G.R. n. 1793/2014, prevedendo - tra l’altro - tra gli obblighi della struttura erogatrice, di:
 1. concordare con la Azienda Sanitaria Locale (ASL) le agende di prenotazioni da inserirsi nel Sistema informatizzato aziendale CUP;
 2. garantire l’offerta delle agende stesse nel rispetto della programmazione sanitaria negoziata, senza alcuna distinzione tra pazienti utenti esenti e non esenti;
 3. rispettare le disposizioni tecniche ed organizzative stabilite dalla Regione e dalla ASL ai fini dell’attuazione del processo di dematerializzazione della ricetta medica, nel rispetto della normativa vigente;
 4. garantire, senza intralciarle, le attività di verifica della ASL, esperite per il tramite delle strutture UVARP e NIR, finalizzate ad accertare l’appropriatezza delle prestazioni erogate e la congruenza tra le prescrizioni e le prestazioni rese, correlate ai requisiti strutturali e tecnologici in possesso ed in uso, oltre che alle relative tariffe.
 5. Ai fini dell’applicazione della griglia di cui alla D.G.R. n. 1500/2010, si precisava che la valorizzazione della dotazione strumentale e tecnologica ivi richiamata, doveva essere effettuata e commisurata a quella in uso, senza alcuna possibilità di estensione alle scorte di magazzino. Analogamente, la dotazione in uso doveva essere rapportata al numero degli ambienti adibiti ad ogni specifica attività.

- Il Ministero della Salute, dell'Economia e delle Finanze (MEF), con nota prot. n. 160-23-12-2013-0000119 - A, con riferimento all'art. 1 dello schema di contratto tipo di cui alla D.G.R. n. 888/2012 aveva evidenziato di:
 - a *“prevedere 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;*
 - b *quantificare e predeterminare (anche con riferimento all'art. 4) il budget anche per i residenti extraregionali, considerando che il volume indicato attiene unicamente alle prestazioni per i residenti della Regione Puglia;*
 - c *specificare che il budget è al lordo di tutte le eventuali compartecipazioni (ticket e quota ricetta);*
 - d *chiarire che quanto affermato al comma 2 non rappresenta una possibile compensazione tra le varie tipologie di prestazioni, poiché il budget corrisponde a determinati fabbisogni sanitari che devono essere garantiti”.*
- Inoltre il MEF aveva altresì osservato, con riferimento *“agli artt. 3 e 4, riguardo alla remunerazione delle prestazioni contrattualizzate, che non possono prevedersi disparità tra quanto retribuito dalla ASL per le prestazioni erogate ai residenti della regione (applicazione della tariffa in vigore scontata del 20% per le prestazioni dall'85,01% al 100% del tetto di spesa), rispetto a quanto remunerato per gli extra residenti (non è prevista alcuna scontistica). A tale proposito si precisa non può essere offerta al soggetto erogatore privato la possibilità di ottenere remunerazioni diverse a seconda della provenienza del paziente, come esplicitamente previsto dall'articolo 1, comma 171, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311 che testualmente recita: “ferma restando la facoltà delle singole regioni di procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, è vietata, nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale. Sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio”.* Pertanto, con riferimento alla liquidazione delle remunerazioni delle prestazioni erogate in favore dei soggetti non residenti, si disponeva di assoggettare le stesse *“alla scontistica”* per ogni branca specialistica così come previsto nella DGR 1400/2007 e che, in caso di incapienza dei fondi, i conguagli dovevano essere effettuati a compensazione nel corso dell'anno sulle prestazioni erogate a favore dei residenti della Regione Puglia, ovvero sui tetti di spesa dell'anno successivo.
- La stessa deliberazione 1793/2014, è stata, successivamente, oggetto di impugnativa, innanzi alla A.G. adita, la quale con sentenze diverse e per fattispecie analoghe (cfr. TAR Bari sez. II cfr. nn. 996-997-998-999-1004-1007-1008-1009-1010 e 1011, tutte del 2016), in modo diametralmente opposto alle precedenti pronunce, ha disposto l'accoglimento dei ricorsi, e per effetto, l'annullamento del provvedimento impugnato, in relazione alla censura esaminata *“di mancato confronto con le organizzazioni rappresentative”, considerando quest'ultima assorbente rispetto alle altre censure prospettate dalle deducenti.*
- Avverso le suddette sentenze non veniva proposto appello innanzi al Consiglio di Stato, in ragione di quanto statuito dallo stesso con le ultime pronunce (cfr. n. 77 n. ,78 e n. 436 tutte del 2016

seppur relative all'attività di ricovero), il quale, pur rilevando "l'intervenuta sostituzione integrale della disciplina oggetto del giudizio (prima con DGR 1798/2014 e poi con DGR 1365/2015) che costituisce una indubbia modificazione della situazione di fatto e di diritto esistente al momento della proposizione dell'originario ricorso afferente la deliberazione DGR 1773/2012", ha rigettato l'appello proposto dall'appellante Regione Puglia, sul presupposto della mancata osservanza della scansione dell'iter procedimentale previsto dal combinato disposto dei punti 11,12 e 13 del dispositivo della deliberazione n. 1494/2009. "Trattasi di un iter, che, è frutto di un autovincolo che l'Amministrazione regionale si è imposto ai fini della disciplina dei rapporti di cui all'art. 8 quinquies del D.Lgs n. 502/92 che introduce nel relativo procedimento garanzie di partecipazione, che non possono essere disattese senza una solida motivazione a tutela degli interessati, che su quel autovincolo giuridicamente rilevante avevano fatto affidamento. Il riferimento del Consiglio di Stato è da riferirsi espressamente alle locuzioni richiamate al punto 12) della DGR 1494/2009 che prevede nella fase negoziale un "autovincolo", da esercitarsi mediante "confronto con le organizzazioni rappresentative regionali", nonché a quanto richiamato al punto 13 della DGR 1494/2009 e precisamente alla locuzione "tenendo conto degli esiti del percorso di consultazione e/o delle intese di cui al punto precedente". Entrambe le locuzioni sono in discordanza con quanto previsto dall'art. 8 quinquies 2 co. del D.L.gs 502/92, che prevede non già un obbligo ma una facoltà in capo alla Amministrazione regionale, prevedendo ai fini della consultazione la espressione "anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale , che indicano.....".

- In considerazione di quanto richiamato dallo stesso C.d.S. con le ultime pronunce (cfr. n. 77 n. ,78 e n. 436 tutte del 2016 seppur relative all'attività di ricovero), e tenuto conto che le locuzioni di cui ai punti 12) e 13) della DGR 1494/2009 sono in discordanza con quanto previsto dall'art. 8 quinquies 2 co. del D.L.gs 502/92, che presume non già "un obbligo" ma "una facoltà" in capo alla Amministrazione regionale, prevedendo ai fini della consultazione l' espressione "anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale , che indicano....." e fermo restando che il confronto con le Organizzazioni rappresentative, costituisce un metodo di lavoro da privilegiare, con la deliberazione di Giunta Regionale n. 981 /2016 si è provveduto:
 1. ad espungere dal punto 12) della DGR 1494/2009 la locuzione " a realizzare il confronto con le organizzazioni rappresentative a livello regionale e/o a definire le intese finalizzate " ;
 2. ad espungere dal punto 13) della DGR 1494/2009 la locuzione " tenendo conto degli esiti del percorso di consultazione e/o delle intese di cui al punto precedente".
- Alla luce delle ultime pronunce del C.d.S., seppur in una fase autoritativa di definizione da parte della Regione del nuovo schema tipo di accordo contrattuale finalizzato all'acquisto delle prestazioni da erogarsi in regime ambulatoriale, l'Amministrazione Regionale ha ritenuto opportuno (senza che tutto ciò costituisca un disconoscimento di quanto previsto con la DGR 981/2016, né tantomeno un obbligo futuro per la parte pubblica), avviare una fase negoziale mediante confronto con le Organizzazioni Rappresentative delle strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali, al fine di valutare " criticità ignorate, soluzioni alternative e condivise e possibili correttivi ", senza alcun vicolo per le parti.
- Le OO.RR. venivano debitamente convocate con nota prot. n. A00/151/9696 del 10/10/2016.

- Nella seduta del 27/10/2016 si prospettava alle stesse Organizzazioni Rappresentative, che era intenzione da parte dell'Amministrazione Regionale avviare tavoli di confronto, al fine di far emergere eventuali criticità e valutare la loro accoglibilità, rispetto al quadro normativo di riferimento e la loro coerenza con gli obiettivi di piano, con la possibilità di poter apportare modifiche allo schema contrattuale tipo adottato con delibera n. 1793 del 6/8/2014 pubblicata sul BURP n. 133 del 24/9/2014. Della seduta, veniva redatto apposito verbale firmato dai rappresentati delle OO.RR., in cui le stesse avanzavano ipotesi di modifiche, che l'Amministrazione regionale, si riservava di valutare.
- Successivamente le OO.RR. venivano nuovamente debitamente convocate, giusta nota prot. n. A00/151/11768 del 02/12/2016, per la valutazione delle proposte formulate nella seduta del 27/10/2016.
- Nella seduta del 7/12/2016, nel confronto con le OO.RR. si concordava e si stabiliva di accogliere solo alcune delle loro richieste, che avrebbero trovato applicazione nel nuovo contratto tipo a valere dall'anno 2017, previa approvazione da parte della Giunta Regionale;
- Pertanto, **si propongono** le seguenti modifiche da apportarsi allo schema del contratto - tipo, adottato con delibera n. 1793 del 6/8/2014, che risultano coerenti con gli obiettivi di piano e con il quadro normo - regolamentare di riferimento, così come di seguito si riporta :
 1. ai fini dell'applicazione della griglia di cui alla D.G.R. n. 1500/2010, la valorizzazione della dotazione strumentale e tecnologica ivi richiamata, deve essere effettuata dagli erogatori e dichiarata in correlazione a quella in uso, senza alcuna possibilità di estensione alle scorte di magazzino, che di conseguenza non potranno essere valorizzate. Analogamente, la dotazione in uso deve essere rapportata al numero degli ambienti adibiti ad ogni specifica attività;
 2. in ragione della necessità per gli erogatori di poter programmare la propria attività, si concorda di invitare i Direttori Generali a definire la sottoscrizione dei contratti entro il 31.3. di ogni anno;
 3. modifica art. 1 co. 2, del contratto tipo, che sarà così ritrascritto: “ l'importo di €
....., costituisce il limite onnicomprensivo ed invalicabile di remunerazione per l'anno corrente a carico del SSR, riferito alle prestazioni da erogarsi in favore di residenti della Regione Puglia, da ripartirsi in dodicesimi, con quota mensile pari ad €....., con la possibilità di scorrimento tra le singole tipologie, nella misura massima del 10% ed in ragione di espresse richieste da parte della ASL committente per mutate esigenze assistenziali” . L'accoglimento parziale della richiesta delle OO.SS., trova il suo fondamento nell'esigenza di rispettare una puntuale e specifica programmazione della spesa sanitaria, nonché della disposizione contenuta nell'art. 8 quinquies co. 2 lett. b) del d.lgs. n. 502/92, che rinvia alla distinzione per gruppi, delle prestazioni sanitarie da potenziare e/o depotenziare, stabilendo così un distinto separato acquisto di prestazioni dagli operatori accreditati, anche senza la possibilità di interscambio dei relativi volumi di acquisto, tanto che risulterebbe anche legittimo il divieto di eventuali compensazioni. Una percentuale più alta vanificherebbe la programmazione aziendale. Per quanto attiene la libertà d'impresa, il Consiglio di Stato, giusta sentenza n. 1252 del 28/2/2011 ha stabilito un principio importante: “ Nella propria azione di programmazione, la Regione deve avere mani libere rispetto ai propri fornitori. Un principio in base al quale è il

fornitore ad adeguarsi alla domanda di servizi della Regione, e non già la Regione a doversi adeguare all'offerta di servizi dei fornitori, come era sempre accaduto quando le spese per la sanità, pubblica e privata, si pagavano a piè di lista".

4. modifica Art. 2 co.1 lett. a) e b) del contratto tipo, che sarà così ritrascritto : "L'erogatore si 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 suddiviso per dodicesimi, con oscillazioni mensili ragionevoli (massimo 15%), con l'obbligo per l'erogatore di recuperare la maggiore o minore erogazione, rispetto al valore economico del dodicesimo, nell'ambito del quadrimestre di riferimento, che convenzionalmente s'intende : 1) Gennaio - Aprile; 2) Maggio - Agosto; 3) Settembre - Dicembre .
5. modifica Art. 2 co.1 lett. d) del contratto tipo, che sarà così ritrascritto: ad osservare le prescrizioni di cui ai punti a) e b), al fine di non incorrere nella sanzione, rispettivamente del 5% in meno, per ogni mensilità non garantita, nonché in aggiunta, la sanzione dell'1%, in caso di mancato rispetto del volume economico delle prestazioni riferite al quadrimestre. Le sanzioni nella misura del 5% e dell'1% sono da calcolarsi sull'imponibile del tetto annuale dell'anno di riferimento in cui si è verificata l'infrazione e comunque da scontarsi sul tetto assegnato per l'anno successivo;
6. per una maggiore trasparenza, si propone , che costituisce obbligo per le AA.SS.LL. pubblicare le risultanze delle valutazioni delle griglie di cui alla DGR 1500/2010, utilizzando lo schema di seguito allegato, da adattarsi ad ogni singola branca;
7. Di recepire quanto concordato nella seduta del 12/7/2016, che prevedeva: "Ai fini della contrattualizzazione anno 2016, quanto riportato nei contratti tipo - al punto 7) dell'art. 5 - Obblighi, adempimenti dell' Erogatore e Sanzioni - deve intendersi così modificato - *"L'Erogatore si obbliga a consegnare alla data di sottoscrizione dell'accordo contrattuale copia del DURC, attestante la regolare posizione previdenziale nei confronti dei propri dipendenti, nonché la certificazione, equipollente al DURC (nдр : anche ricevuta di avvenuto versamento all'ENPAM), attestante il regolare assolvimento degli obblighi contributivi di cui all'art. 1, co. 39 della L. 23 agosto 2004, n. 243"*.
8. Di prevedere che i soggetti che non hanno l'obbligo di effettuare versamenti in favore dell'ENPAM, potranno attestare tale prerogativa autocertificando il proprio status ai sensi della DPR 445/2000.
9. Di riproporre la clausola di salvaguardia richiamata e trasfusa nell'art. 8 della proposta di contratto di cui all'allegato A), così come osservato e richiesto dal Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e dal Comitato Permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, giusta verbale relativo alla riunione del 4 aprile 2014, con 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".

10. La riproposizione della clausola viene effettuata nonostante le ordinanze cautelari n. 594/2014, n.44/2014, n.652/2014, n. 654/2014, n.655 e n. 658/2014, con le quali il giudice adito - TAR Puglia - Bari , ha sospeso l'efficacia dello schema di contratto nella parte in cui esso prevedeva la c.d. " clausola di salvaguardia" in quanto finalizzata a " ledere il diritto alla difesa istituzionalmente garantito ". La riproposizione della succitata clausola viene disposta su impulso dello stesso MEF che ha segnalato pronunce giurisprudenziali (cfr. sentenza n. 526/2015 Tar Abruzzo) di senso diametralmente opposto a quelle del Tar Bari, ed in ragione anche dell'orientamento risolutivo del Consiglio di Stato, che con plurime ordinanze, non ultima la ordinanza n. 906/2015, ha statuito che " *si è in presenza di oggettivi vincoli e stati di necessità rigorosamente quantitativi conseguenti al piano di rientro (ndr: per la Regione Puglia - Piano operativo) al cui rispetto al 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 (n.d.r: 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 (ndr: per la Regione Puglia - piano operativo); 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" ...*

11. di prevedere, in conformità all'art. 15, co. 14 primo periodo del d.l. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni nella legge 7 agosto 2012, n. 135, un limite di spesa nei confronti dei pazienti non residenti nella Regione Puglia, pari al volume finanziario prodotto e riconosciuto ad ogni singola struttura nel corso dell'anno 2011 decurtato del 2%.
12. Preso atto che il presente provvedimento riveste carattere di estrema urgenza, al fine di consentire, per tempo, il normale svolgimento delle attività sinallagmatiche fra committenti ed erogatori.

COPERTURA FINANZIARIA L.r. 16/11/2011, n. 28/01 e s.m.i.
--

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 conseguente atto finale ai sensi dell'art. 4, co. 4 lett. K) della L.R. n.7/1997 :

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal funzionario istruttore, dal responsabile A.P. e dal Direttore della Sezione;
- a voti unanimi espressi nei termini di legge:

DELIBERA

per le motivazioni riportate in narrativa quale parte sostanziale del presente provvedimento, e preso atto delle risultanze emerse dal confronto con le Organizzazioni rappresentative consultate in data 27/10/2016 e nel 7/12/2016, in ottemperanza all'art. 22 della L.R. 28/5/2004 n. 8, giusto quanto previsto dalla D.G.R. n. 1494/2009 e della DGR 981/2016, a modifica ed integrazione della DGR 1793/2014, si dispone :

1. Di stabilire che ai fini dell'applicazione della griglia di cui alla D.G.R. n. 1500/2010, la valorizzazione della dotazione strumentale e tecnologica ivi richiamata, deve essere effettuata dagli erogatori e dichiarata in correlazione a quella in uso, senza alcuna possibilità di estensione alle scorte di magazzino, che di conseguenza non potranno essere valorizzate. Analogamente, la dotazione in uso deve essere rapportata al numero degli ambienti adibiti ad ogni specifica attività.
2. Di stabilire che i Direttori Generali dovranno stipulare e sottoscrivere i relativi contratti con gli erogatori ambulatoriali privati accreditati entro il 31 Marzo di ogni anno. Limitatamente all'anno 2017 il termine deve intendersi 15/ maggio 2017;
3. Di stabilire che costituisce obbligo per le AA.SS.LL. pubblicare le risultanze delle valutazioni delle griglie di cui alla DGR 1500/2010, utilizzando lo schema di seguito allegato, da adattarsi ad ogni singola branca (all. B);
4. Di approvare le modifiche di seguito riportate, previa ritrascrizione del nuovo testo del contratto tipo allegato A) alla deliberazione 1793/2014, così come di seguito riportato :
 - a) Di modificare l'art. 1 co. 2, del contratto tipo, che sarà così ritrascritto: " l'importo di €, costituisce il limite onnicomprensivo ed invalicabile di remunerazione per l'anno corrente a carico del SSR, riferito alle prestazioni da erogarsi in favore di residenti della Regione Puglia, da ripartirsi in dodicesimi, con quota mensile pari ad €....., con la possibilità di scorrimento tra le singole tipologie, nella misura massima del 10% ed in ragione di espresse richieste da parte della ASL committente per mutate esigenze assistenziali".
 - b) Di modificare l' art. 2 co.1 lett. a) e b) del contratto tipo, che sarà così ritrascritto : "L'erogatore si 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 suddiviso per dodicesimi, con oscillazioni mensili ragionevoli (massimo 15%), con l'obbligo per l'erogatore di recuperare la maggiore o minore erogazione, rispetto al valore economico del dodicesimo, nell'ambito del quadrimestre di riferimento, che convenzionalmente s'intende : 1) Gennaio - Aprile; 2) Maggio - Agosto; 3) Settembre - Dicembre .
 - c) Di modificare l'art. 2 co.1 lett. d) del contratto tipo, che sarà così ritrascritto: ad osservare le prescrizioni di cui ai punti a) e b), al fine di non incorrere nella sanzione, rispettivamente del 5% in meno, per ogni mensilità non garantita, nonché in aggiunta, la sanzione dell'1%, in caso di mancato rispetto del volume economico delle prestazioni riferite al quadrimestre. Le sanzioni

nella misura del 5% e dell'1% sono da calcolarsi sull'imponibile del tetto annuale dell'anno di riferimento in cui si è verificata l'infrazione e comunque da scontarsi sul tetto assegnato per l'anno successivo;

- d) di modificare l'art. 4 co. 1, prevedendo, in conformità all'art. 15, co. 14 primo periodo del d.l. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni nella legge 7 agosto 2012, n. 135, un limite di spesa nei confronti dei pazienti non residenti nella Regione Puglia, pari al volume finanziario prodotto e riconosciuto ad ogni singola struttura nel corso dell'anno 2011 decurtato del 2%.
 - e) Di modificare il punto 7) dell'art. 5 - Obblighi, adempimenti dell'Erogatore e Sanzioni - deve intendersi così ritrascritto modificato - L'Erogatore si obbliga a consegnare alla data di sottoscrizione dell'accordo contrattuale copia del DURC, attestante la regolare posizione previdenziale nei confronti dei propri dipendenti, nonché la certificazione, equipollente al DURC (ndr : anche ricevuta di avvenuto versamento all'ENPAM), attestante il regolare assolvimento degli obblighi contributivi di cui all'art. 1, co. 39 della L. 23 agosto 2004, n. 243".
5. Di disporre che i soggetti che non hanno l'obbligo di effettuare versamenti in favore dell'ENPAM, potranno attestare tale prerogativa autocertificando il proprio status e posizione contributiva ai sensi della DPR 445/2000.
 6. Di disporre la riproposizione della **clausola di salvaguardia richiamata e trasfusa nell'art. 8 della proposta di contratto di cui all'allegato A) con 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".**
 7. Di disporre che le modifiche approvate con il presente provvedimento vengano riportate nello schema tipo di contratto allegato sotto la lettera A) composto da n. 10 fogli, per farne parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, per l'acquisto da parte della ASL committente delle prestazioni sanitarie erogate in regime di ricovero, **a far tempo dall'anno 2017,**
 8. Di disporre che i Direttori Generali non potranno sottoscrivere contratti con le strutture erogatrici, qualora non vengano contemplati, oltre i volumi finanziari complessivi, anche le singole tipologie di prestazioni erogate. I contratti sottoscritti in violazione delle su richiamate prescrizioni sono da considerarsi nulli.
 9. Di stabilire che i Direttori Generali, a conclusione della contrattazione annuale, dovranno provvedere (comunque entro il 30/6/2017), ad inviare alla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, apposito elenco con la indicazione delle strutture che hanno provveduto a sottoscrivere

i contratti, ovvero i motivi della mancata sottoscrizione. Nell'elenco distinto per branca, dovranno essere riportati i tetti assegnati ad ogni erogatore.

10. Di stabilire, in attesa di determinare criteri oggettivi di ripartizione, che le somme inutilizzate a fine esercizio da parte dei singoli erogatori, per ogni singolo sub fondo, non possono essere utilizzate per l'acquisto di ulteriori prestazioni, ma costituiranno economie di gestione.

11. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

IL SEGRETARIO

IL PRESIDENTE

Il Direttore del Dipartimento per la Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti

(Giancarlo Ruscitti)

IL Presidente proponente
(Michele Emiliano)
