



# 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/2019/\_\_\_\_\_

**OGGETTO:** APPROVAZIONE SCHEMA TIPO - ACCORDO CONTRATTUALE EX ART. 8  
QUINQUIES DEL D.L. VO 502/92 E SS.MM.II. - STRUTTURE ISTITUZIONALMENTE  
ACCREDITATE PER ATTIVITÀ IN REGIME DI RICOVERO (CASE DI CURA) -

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, così come modificata dalla L.R. n.9/2017, 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.
- Con la delibera n. 1494 del 4 agosto 2009 (*Accordi contrattuali per l'anno 2009-Linee guida*), la Giunta Regionale ha regolamentato i criteri per le Aziende Sanitarie Locali, per definire, con le strutture private accreditate, gli accordi contrattuali ex art. 8 *quinquies* del D. L.vo 502/92 e s.m.i..
- 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 provvedimento n. 673/2019, è stata adottata la deliberazione avente ad oggetto : " Modifica ed integrazione della DGR 1494/2009 e revoca dei provvedimenti giuntali: DGR n. 981/2016; DGR n. 910/2017. Determinazione dei criteri di ripartizione del fondo unico di remunerazione anno 2019 per pazienti residenti nella Regione Puglia ed extraregionali - : STRUTTURE ISTITUZIONALMENTE ACCREDITATE PER ATTIVITÀ IN REGIME DI RICOVERO (CASE DI CURA) - ";
- la revoca della DGR n. 981/2016, disposta con DGR n. 673/2019, di fatto, ha comportato la revoca dello schema tipo - dell'accordo contrattuale, frutto anche delle risultanze emerse dal confronto con le Organizzazioni rappresentative datoriali delle Case di Cura (consultate in data 14/3/2016, 30/3/2016 e 6/4/2016 ), in ottemperanza all'art. 21 co. 2 della L.R. 02/05/2017 n. 9, ed in conformità all'art.8 *quinquies* co.2 del D.L.vo. n.502/92, nonostante il superamento "dell'autovincolo" imposto dai punti 12 e 13 della DGR 1494/2009, espunti con la DGR n. 981/2016 e con DGR n. 673/2019;
- al fine di rendere uniforme su tutto il territorio regionale le disposizioni relative all'attribuzione dei tetti di spesa ed alla contrattualizzazione dei volumi e tipologie di prestazioni da erogarsi in regime di ricovero, distinti per disciplina, si rende necessario riproporre e confermare - *ex art. 8 quinquies del D. L.vo 502/92, così come modificato dalla Legge 6 agosto 2008, n. 133*", lo schema tipo di contratto per l'acquisto da parte della ASL committente delle prestazioni sanitarie da erogarsi in regime di ricovero dal settore privato, già predefinite dalle stesse AA.SS.LL in termini di volumi e di tipologie, in relazione al proprio fabbisogno. Lo schema tipo proposto di cui all'allegato A) è conforme a quello già utilizzato per gli anni 2016,2017 e 2018, con i correttivi rivenienti dalla disapplicazione del c.d. algoritmo a seguito della revoca delle DGR n. 981/2016 e DGR n. 910/2017;

Si propone :

- la conferma della modifica introdotta **all'art. 1 co. 5 allegato A)** circa la possibilità di scorrimento tra le discipline elevando il limite massimo prestabilito dal 10% al 20%, comunque nell'ambito di percorsi diagnostici terapeutici condivisi, elaborati con le rispettive AA.SS.LL e di seguito riportati :
  - a) Area cuore ( cardiocirurgia, Tic, cardiologia, U.T.I.C.); in presenza della sola cardiologia rientra in area medica;
  - b) Area chirurgica;

- c) Area medica;
- d) Area materno- neonatale
- e) Area riabilitativa: in presenza di una sola riabilitazione rientra nell'area medica
- f) Area dell'emergenza urgenza

Resta inteso che lo scorrimento delle risorse costituisce una esigenza del committente e non già dell'erogatore. Le eventuali liste d'attesa da parte degli erogatori, vanno documentate con le allegate prescrizioni;

- di prevedere che, la inappropriata erogativa, accertata dalla ASL a fine esercizio, costituisca una penalità per la casa di cura da scontarsi sull'esercizio successivo. Tali risorse comunque, non realizzano una economia di gestione, ma dovranno essere riallocate dalle ASL per l'acquisto delle prestazioni che incidono sulla mobilità passiva;
- di prevedere, ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) l'obbligo per l'erogatore di trasmettere alla ASL territorialmente competente, il proprio bilancio annuale redatto secondo i principi civilistici, una relazione sull'ultimo bilancio approvato dalla singola struttura sanitaria e relazione sull'ultimo bilancio consolidato approvato, certificato da un revisore contabile, che attesti in modo esplicito ed inequivocabile la regolarità della continuità gestionale e finanziaria, l'assenza/evidenza di criticità (quali ad esempio stati patrimoniali, esposizione debitoria etc.) a garanzia della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo;
- di prevedere, ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) l'obbligo per l'erogatore di esibire l'estratto sintetico di una relazione annuale dell'organismo di vigilanza previsto dal D. Lgs 8 giugno 2001, n. 231 - in materia di responsabilità amministrativa delle persone giuridiche - da cui risulti in modo esplicito ed inequivocabile l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità - ;
- di prevedere, ai sensi del D.M. 70/2015 allegato 1) punto 4.6) l'obbligo per l'erogatore di garantire le soglie minime di valore di attività, nel rispetto delle discipline accreditate e secondo i criteri e le determinazioni ivi richiamate, che qui s'intendono integralmente trascritte;
- di confermare la non applicabilità del limite massimo dello scorrimento del 20% nei confronti delle strutture dotate di pronto soccorso, tenuto conto che le stesse, in ragione della loro funzione legate all'emergenza-urgenza, possono essere indotte ad erogare prestazioni non programmate e non concordate con la ASL committente.
- di confermare la modifica introdotta **all'art. 1 co. 9 allegato A)** il cui testo sarà così ritrascritto:  
*" 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 suddiviso per dodicesimi, con oscillazioni mensili ragionevoli, con l'obbligo per l'erogatore di recuperare la maggiore o minore erogazione, rispetto al valore economico del dodicesimo, nell'ambito del quadrimestre, che convenzionalmente s'intende : Gennaio - Aprile, Maggio - Agosto, Settembre - Dicembre"*.
- di confermare il contenuto della clausola di salvaguardia di cui all'art. 8 del contratto che ha superato il vaglio della giustizia amministrativa di I° e II° grado ( cfr. per ultimo sentenze C.d.S n. 2075/2019, n. 2076/2019 e n. 2077/2019).

Preso atto che il presente provvedimento riveste carattere di estrema urgenza, al fine di consentire 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

1. per le motivazioni riportate in narrativa quale parte sostanziale del presente provvedimento, e preso atto delle risultanze emerse nel confronto con le Organizzazioni rappresentative datoriali delle Case di Cura, consultate in data 14/3/2016, 30/3/2016 e 6/4/2016, in ottemperanza all'art. 21 co. 2 della L.R. 02/05/2017 n. 9, ed in conformità all'art.8 quinquies co.2 del D.L.vo. n.502/92, stante il superamento "dell'autovincolo" imposto dai punti 12 e 13 della DGR 1494/2009, espunti con la DGR n. 981/2016 e confermati dalla DGR n. 673/2019;
2. in ottemperanza all'art. 21 della L.R. 02/05/2017 n. 9, giusto quanto previsto dalla D.G.R. n. 1494/2009, limitatamente alla determinazione dei criteri;
3. Di prendere atto e conseguentemente di approvare, il testo del contratto tipo allegato A ), composto da n. 11 pagine, che tiene conto delle modifiche già concordate con le OO.RR. datoriali e riportate nella parte narrativa, e che ad ogni buon conto risulta essere conforme a quello già utilizzato per gli anni 2016, 2017 e 2018, con i correttivi rivenienti dalla disapplicazione del c.d. algoritmo, cancellato, con la revoca delle DGR n. 981/2016 e DGR n. 910/2017;
4. di disporre che i Direttori Generali non potranno sottoscrivere accordi contrattuali con le strutture erogatrici, qualora non vengano contemplati, oltre i volumi finanziari complessivi, anche le singole tipologie di prestazioni erogate, i singoli volumi come da tabella riportata all'art. 1 dello schema di "contratto tipo". I contratti sottoscritti in violazione delle su richiamate prescrizioni sono da considerarsi nulli;
5. di stabilire che i Direttori Generali, dovranno concludere la contrattazione annuale entro il 10/5/2019, dandone successiva comunicazione al Sezione Programmazione Assistenza Ospedaliera Specialistica e Accreditamento, circa l'avvenuta o mancata sottoscrizione;
6. 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 - ad interim -

(Angelosante Albanese)

\_\_\_\_\_

IL Presidente proponente  
(Michele Emiliano)

\_\_\_\_\_