



**REGIONE  
PUGLIA**

Il Presidente, sulla base dell'istruttoria espletata dal Funzionario responsabile A.P. e confermata dal Dirigente della Sezione Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento, 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.
- 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 delibera n. 1773 del 7 settembre 2012 avente ad oggetto : "*DD.GG.RR. n. 1494/2009 – Approvazione Schema tipo Accordo Contrattuale- strutture istituzionalmente accreditate attività in regime di ricovero – ex art. 8 quinquies del D. L.vo 502/92 così come modificato dalla Legge 6 agosto 2008, n. 133*", 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 sanitarie erogate in regime di ricovero dal settore privato, già predefinite in termini di volumi e di tipologie, in relazione al proprio fabbisogno, anche sulla base di quanto previsto dall'art. 22 della L.R. 28/5/2004 n. 8. Il tutto anche 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 erogate in regime di ricovero, distinti per disciplina.
- Con delibera n. 1798 del 6/8/2014 pubblicata sul BURP n. 135 del 29/9/2014, in virtù della normativa generale 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 è reso necessario apportare alcune modifiche allo "schema contrattuale tipo" già approvato con la medesima D.G.R. n. 1773/2012.
- La deliberazione 1773/2012, altresì, era stata oggetto di impugnativa da parte della A.G. adita, giuste sentenze n. 1442/2013 del TAR Bari sez. II, n. 193/2015, n. 249/2015, n.255/2015 e n. 237/2015, con le quali si disponeva per il rigetto del ricorso proposto dalle ricorrenti - strutture istituzionalmente accreditate - .
- La stessa deliberazione 1773/2012, è stata oggetto di impugnativa, da parte di altre strutture istituzionalmente accreditate, innanzi alla A.G. adita, la quale disponeva con pronunce/sentenze (cfr. TAR Bari sez. II n. 216/2015, n. 215/2015 n. 118/2015), ed in modo diametralmente opposto alle precedenti pronunce, l'accoglimento dei ricorsi e per effetto

l'annullamento del provvedimento impugnato, in relazione alla censura esaminata “di mancato confronto con le organizzazioni rappresentative” .

- Avverso le suddette sentenze veniva proposto appello innanzi al Consiglio di Stato. Nelle more della definizione del giudizio di appello, a modifica della DGR 1773/2012 e della DGR 1798/2014, la Regione Puglia, adottava ed approvava con la DGR 1365/2015, il nuovo schema di contratto tipo frutto di apposito confronto con le Organizzazioni Rappresentative delle parti datoriali delle Case di Cura private. Tale modus procedendi, che non costituiva acquiescenza, si rendeva necessario al solo fine di evitare ulteriori contenziosi, pur in presenza di pronunce giurisprudenziali contrastanti.
- Il C.d.S. con le ultime pronunce ( cfr. n. 77 n. ,78 e n. 436 tutte del 2016 e relative all' attività di ricovero), 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 facolta' 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..... “.*
- 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 di ricovero, si è ritenuto opportuno avviare una fase negoziale mediante confronto con le Organizzazioni Rappresentative datoriali delle Case di Cura, al fine di valutare “ criticità ignorate, soluzioni alternative e condivise e possibili correttivi ”, senza alcun vicolo di addivenire ad un accordo d'intesa con le parti, ma per ottemperare all'autovincolo derivante dalla DGR 1494/09 – punti 11,12 e 13 - .
- Le parti venivano debitamente convocate con nota prot. n. A00/151/1858 del 25/02/2016.
- Nella seduta del 14/3/2016, veniva redatto apposito verbale, in cui si prospettavano alle Organizzazioni datoriali rappresentative, che era intenzione apportare una serie di modifiche allo schema contrattuale tipo adottato con DGR 1365/2015, intervenendo sulla definizione del contenuto :

- dell' Art. 1 co.2 allegato A ) con riferimento alla definizione a livello regionale del concetto di "indice di valorizzazione del posto letto ". In via preliminare si rilevava che in precedenza non era stato mai definito negli atti regionali, un criterio unico e matematico di determinazione di detto indice, da rendere omogeneo sull'intero territorio regionale, tanto che ogni Azienda Sanitaria, in piena autonomia ha sperimentato diverse ipotesi di valorizzazione del posto letto.
- Pertanto, si proponeva di ripartire il sub fondo distinto per singola disciplina, tenendo conto dei seguenti parametri :
  - 1) peso medio ponderato della casistica trattata per struttura e per disciplina;
  - 2) indice di turnover o degenza media ;
  - 3) tasso di appropriatezza.
- dell'art. 1 co. 5 allegato A) con 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. ( a titolo di esempio percorso cuore : cardiocirurgia, cardiologia interventistica, riabilitazione cardiologica). Resta inteso che lo scorrimento delle risorse è una esigenza del committente e non già dell'erogatore. Le eventuali liste d'attesa da parte degli erogatori, vanno documentate con le allegate prescrizioni;
- sul presupposto che l'UTIC non genera DRGs, se non per esiti infausti, si ritiene che detta "Funzione" debba essere valorizzata come "costi" in relazione al numero dei posti letto in dotazione per ciascuna Casa di cura dotata di UTIC. La valorizzazione dei suddetti costi dovrà essere sottratta inizialmente dal Fondo Unico di remunerazione;
- la inappropriata erogativa accertata dalla ASL a fine esercizio, costituisce una penalità per la casa di cura da scontarsi sull'esercizio successivo. Tali risorse comunque, non costituiscono 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;
- di prevedere, ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) l'obbligo per l'erogatore di una dichiarazione circa l'applicazione delle norme di cui al Decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 - in materia di responsabilità amministrativa delle persone giuridiche - .
- 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.
  - Nella seduta del 14/3/2016 i rappresentanti delle Organizzazioni Rappresentative datoriali delle Case di Cura, nel prendere atto delle proposte succitate, rappresentavano alcune osservazioni che si riservano di formalizzare ed inviare entro il 18/3/2016.
  - A seguito delle osservazioni formulate dalle Organizzazioni Rappresentative datoriali delle Case di Cura, si tenevano altri due incontri, e precisamente in data 30/3/2016 e 6/4/2016, di cui venivano redatti i relativi verbali agli atti della Sezione Paosa e comunque trasmessi alle parti. Nel verbale del 6/4/2016, conclusivo delle operazioni di confronto, si registravano, su alcuni punti della proposta regionale, posizioni divergenti fra le Organizzazioni Rappresentative datoriali delle Case di Cura. Infatti, mentre l'AIOP (seppur con qualche precisazione di cui alla nota inviata via mail del 12/4/2016 acquisita al prot. generale al n. 3376 del 14/4/2016) e ARIS approvavano in pieno le modifiche proposte dalla Sezione PAOSA , Confindustria Puglia Commissione Sanità – limitatamente alla definizione "dell'indice di valorizzazione del posto

letto”- , dichiarava di non condividere quanto proposto dalla Regione, in quanto i criteri individuati erano difforni da quanto previsto dalla DGR 1494/2009, allegato 1) punto 4 - dalla lett. a) alla lett. l)”. Pertanto, in vigenza della succitata deliberazione nessun'altra modalità di “valorizzazione del posto letto” poteva essere presa in considerazione.

A tale riguardo l’AIOP, rappresentava che in relazione al primo punto, le linee di indirizzo per la ripartizione dei tetti di spesa, previste dalla DGR 1494/2009, avevano carattere provvisorio, in attesa della conclusione dei lavori demandati ai tavoli tecnici paritetici composti dai rappresentanti della Regione e dai rappresentanti degli erogatori privati, pertanto la succitata deliberazione poteva essere modificata, anche alla luce delle valutazioni fatte nelle precedenti riunioni, e tenuto conto della genericità delle prescrizioni in essa contenute, che di fatto non consentono di valorizzare la “qualità” delle prestazioni erogate. Ad ogni modo, ad oggi non essendoci proposte alternative rispetto a quella presentata dalla Regione, che a giudizio dell’AIOP è meritevole di accoglimento, in quanto introducendo elementi oggettivi, garantisce uniformità di regole e scongiura atteggiamenti a dir poco “fantasiosi” da parte di alcune AA.SS.LL. nell’applicazione dei criteri di riparto previsti dalla DGR 1494/2009. Per ultimo e non ultimo, qualora la proposta regionale fosse ritenuta dirompente rispetto alla metodica fin qui utilizzata, in modo non univoco dalle AA.SS.LL., si può pensare a differire l’applicazione della nuova metodica, magari a far tempo dall’anno 2017, prendendo come anno di riferimento la produzione anno 2016. Questo consentirebbe alle Strutture accreditate di non trovarsi impreparate rispetto ai nuovi criteri che la Regione intende introdurre, e che sono condivisi dalla stessa AIOP.

- 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. 22 della L.R. 28/5/2004 n. 8, giusto quanto previsto dalla D.G.R. n. 1494/2009, si propone :

1. *di procedere a modificare la DGR 1494/2009 introducendo allegato 1) punto 3 – il concetto di valorizzazione del posto letto. Pertanto, il punto 3 - allegato 1) sarà così ritrascritto :*

*“ all’attribuzione dei volumi di attività in ragione dei posti letto da contrattualizzare per singola disciplina accreditata provvisoriamente o istituzionalmente nel rispetto “dell’algoritmo” per la definizione del “peso medio ponderato” e della “degenza media indicizzata”, così come richiamato nell’ allegato B) parte integrante del presente provvedimento.*

2. di proporre di valorizzare il posto letto UTIC in maniera uniforme su tutto il territorio regionale secondo i criteri che stabiliti per il punto 3). Resta inteso che, i posti letto UTIC, in quanto “funzione” rispetto ai posti letto della cardiologia e/o cardiocirurgia, non potevano e non possono essere utilizzati per ricoveri in regime ordinario e quindi programmati, ma possono essere utilizzati soltanto per ricoveri provenienti dal circuito “emergenza urgenza (118)”, ovvero per quelli “autodeterminatisi” all’interno della struttura, nonché per i “trasferimenti” disposti da altre strutture pubbliche e/o private. Tale circostanza dovrà emergere ed essere documentata nella cartella clinica del paziente, anche ai fini dei controlli delle UVARP aziendali.

- Le Organizzazioni datoriali delle Case di Cura propongono a modifica di quanto disposto nella DGR 1365/2015, le modifiche di seguito riportate, che valutate dalla tecnostruttura regionale e previa ritrascrizione del nuovo testo, possono essere accolte così come di seguito riportato :

a) **modifica Art. 1 co.5 allegato A ).** Si chiede di ampliare la possibilità di scorrimento tra le discipline elevando il limite massimo prestabilito dal 10% al 20% o addirittura al 30 % del tetto di spesa . Tale proposta di modifica può essere parzialmente accolta consentendo la possibilità di scorrimento tra le discipline e comunque nell'ambito di percorsi diagnostici terapeutici condivisi, elevando il limite massimo - dal 10% al 20% e comunque nell'ambito dei seguenti percorsi diagnostici terapeutici condivisi e di seguito riportati :

- 1) - Area cuore ( cardiocirurgia, Tic, cardiologia, U.T.I.C.); in presenza della sola cardiologia rientra in area medica;
- 2) - Area chirurgica;
- 3) - Area medica;
- 4) - Area materno- neonatale
- 5) - Area riabilitativa: in presenza di una sola riabilitazione rientra nell'area medica
- 6) - Area dell'emergenza urgenza

- Si propone che il limite di cui alla lett. a) non si applica alle strutture dotate di pronto soccorso tenuto conto che le stesse possono essere indotte ad erogare prestazioni non programmate e non concordate con la ASL committente :

b) **modifica Art. 1 co.7.** Le Organizzazioni datoriali delle Case di Cura propongono di modificare il richiamo all'indice occupazionale dei posti letto pro die sostituendolo con un indice occupazionale mensile. Tale richiesta non può essere accolta in quanto l'attività dell'Erogatore dev'essere necessariamente commisurata alle discipline ed ai posti letto accreditati. Infatti, la proposta del superamento del limite dell'indice pro die dei posti letto accreditati, da compensarsi con altri giorni in cui l'indice occupazionale è al di sotto del 100% comporterebbe come conseguenza il ricovero dei pazienti su posti letto di altre discipline, snaturando l'obbligo dell'erogatore di commisurare la propria attività in relazione alle discipline e posti letto accreditati, nonché nel rispetto dell'indice occupazionale per ogni singola disciplina, su base giornaliera.

c) **modifica Art. 1 co.9 allegato A).** Le Organizzazioni datoriali delle Case di Cura propongono di rendere meno rigido l'obbligo di erogare le prestazioni per dodicesimi con oscillazioni mensili ragionevoli, non superiori al 10%, con l'obbligo per l'erogatore di recuperare la maggiore erogazione, rispetto al valore economico del dodicesimo, nel bimestre successivo. Tale proposta di modifica può essere accolta nei termini concordati nella seduta del 6/4/2016. Pertanto, si propone la modifica del nuovo testo che 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”.

d) **modifica art. 3 co. 2** . Le Organizzazioni datoriali delle Case di Cura propongono di eliminare l'istituto delle tariffe regressive previsto dal disposto dalla DGR n° 1494/2009 (tra l'80% ed il 100% del volume stabilito, si applica una regressione tariffaria pari al 15%). Tale richiesta **non può essere accolta** per la motivazione che a tutt'oggi la Regione Puglia risulta in Piano Operativo, e quindi sottoposta alla vigilanza del Ministero della Salute, dell'Economia e delle Finanze (MEF).

e) Si propone di prevedere, ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) e comunque prima della sottoscrizione del contratto, l'obbligo per l'erogatore, di trasmettere alla ASL territorialmente competente, il proprio bilancio di esercizio redatto secondo 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;

f) Si propone 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 -.

g) Le altre proposte formulate dall' AIOP nel proprio documento che vanno dal punto 8) al punto 10) non sono condivisibili in quanto non in linea con il quadro normativo nazionale e regionale.

➤ 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 e 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 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..... “ e fermo restando che il confronto con le Organizzazioni datoriali rappresentative, costituisce un metodo di lavoro da privilegiare, si propone :

1. di 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. di 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*”.

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. 22 della L.R. 28/5/2004 n. 8, giusto quanto previsto dalla D.G.R. n. 1494/2009 limitatamente alla determinazione dei criteri :
2. di procedere a modificare la DGR 1494/2009 introducendo allegato 1) punto 3 – il concetto di valorizzazione del posto letto. Pertanto il punto 3 sarà così ritrascritto : “ all'attribuzione dei volumi di attività in ragione dei posti letto da contrattualizzare per singola disciplina accreditata provvisoriamente o istituzionalmente nel rispetto “dell’algoritmo” per la definizione del “peso medio ponderato” e della “degenza media indicizzata”, così come richiamato nell' allegato B) parte integrante del presente provvedimento.
3. di stabilire di valorizzare il posto letto UTIC in maniera uniforme su tutto il territorio regionale secondo i criteri stabiliti per al precedente punto 4). Resta inteso che, i posti letto UTIC, in quanto “funzione” rispetto ai posti letto della cardiologia e/o cardiocirurgia, non potevano e non possono essere utilizzati per ricoveri in regime ordinario e quindi programmati, ma possono essere utilizzati soltanto per ricoveri provenienti dal circuito “emergenza urgenza (118)”, ovvero per quelli “autodeterminatisi” all'interno della struttura, nonché per i “trasferimenti” disposti da altre strutture pubbliche e/o private. Tale circostanza dovrà emergere ed essere documentata nella cartella clinica del paziente, anche ai fini dei controlli delle UVARP.

Di approvare le modifiche di seguito riportate, previa ritrascrizione del nuovo testo del contratto tipo allegato A ) alla deliberazione 1365/2015, così come di seguito riportato :

- a) **l'art. 1 co.5 - allegato A)**, sarà così ritrascritto : *"Il limite finanziario ripartito per ogni singola disciplina, di cui al precedente punto 2), può intendersi modificabile, esclusivamente, a seguito di esplicita formale richiesta del committente, con possibilità di scorrimento, nei limiti massimi del 20% del tetto di spesa invalicabile di remunerazione di ogni singola disciplina e nei limiti del numero dei posti letto accreditati, e comunque nell'ambito dei seguenti percorsi diagnostici terapeutici condivisi e di seguito riportati :*
- 1) - Area cuore ( cardiochirurgia, Tic, cardiologia, U.T.I.C.); in presenza della sola cardiologia rientra in area medica;
  - 2) - Area chirurgica;
  - 3) - Area medica;
  - 4) - Area materno- neonata le
  - 5) - Area riabilitativa: in presenza di una sola riabilitazione rientra nell'area medica
  - 6) - Area dell'emergenza urgenza
- b) **l'art. 1 co.9 - allegato A)**, 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".*
- c) **Art. 6 lett. v) allegato A)** *Di approvare, dopo la lettera u) ai sensi del D.M. 70/2015 art. 1 co.5 lett. b) e comunque prima della sottoscrizione del contratto, l'obbligo per l'erogatore, di trasmettere alla ASL territorialmente competente, il proprio bilancio di esercizio redatto secondo 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;*
- d) **Art. 6 lett. w) allegato A).** *Di approvare, dopo la lettera v) - 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 -.*
- e) **Art. 6 lett. z) allegato A).** *Di approvare, dopo la lettera w) " 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.*

4. 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. 11 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 2016,**
5. Di disporre che la "determinazione dell'indice di valorizzazione del posto letto" nel rispetto dell'algoritmo" per la definizione del "peso medio ponderato" e della "degenza media indicizzata", così come richiamato nell' allegato B) parte integrante del presente provvedimento, troverà la sua applicazione concreta **a far tempo dall'esercizio 2017;**
6. *di 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 ";*
7. *di 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";*
8. 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;
9. di stabilire che i Direttori Generali, dovranno concludere la contrattazione annuale entro il 30/6/2016, dandone successiva comunicazione al Sezione Programmazione Assistenza Ospedaliera Specialistica e Accredimento, circa l'avvenuta o mancata sottoscrizione;
10. 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

(Giovanni Gorgoni )

\_\_\_\_\_

IL Presidente proponente  
(Michele Emiliano )

\_\_\_\_\_

