



# BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE ABRUZZO



Direzione, Redazione e Amministrazione: Ufficio BURA

**Speciale n. 129 del 19 Novembre 2014**

**Decreti Commissario ad acta**

## Vendita e Informazioni

**UFFICIO BURA  
L'AQUILA  
Via Leonardo Da Vinci n° 6**

Bura: Tel. **0862/363264 - 363206**  
Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>  
e-mail: [bura@regione.abruzzo.it](mailto:bura@regione.abruzzo.it)  
**Servizi online: Tel. 0862/363264 - 363217 - 363206**

dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00 ed il martedì e giovedì pomeriggio dalle 15.30 alle 17.30

## Avviso per gli abbonati

In applicazione della **L.R. n. 51 del 9.12.2010** il Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo dall' 1.1.2011 viene redatto in forma digitale e diffuso gratuitamente in forma telematica, con validità legale. Gli abbonamenti non dovranno pertanto più essere rinnovati.

**Il Bollettino Ufficiale viene pubblicato nei giorni di Mercoledì e Venerdì**

## Articolazione del BURAT

Il BURAT serie "ORDINARIO" si articola in due parti:

### PARTE PRIMA

- a) Lo Statuto regionale e le leggi di modifica dello Statuto, anche a fini notiziali ai sensi dell'articolo 123 della Costituzione;
- b) le leggi ed i regolamenti regionali e i testi coordinati;
- c) il Piano regionale di sviluppo ed i relativi aggiornamenti, il Documento di Programmazione Economica e Finanziaria nonché tutti gli atti di programmazione degli organi di direzione politica disciplinati dalla normativa regionale in materia di programmazione;
- d) gli atti relativi ai referendum da pubblicarsi in base alle previsioni della normativa in materia;
- e) le sentenze e ordinanze della Corte costituzionale relative a leggi della Regione Abruzzo o a leggi statali o a conflitti di attribuzione coinvolgenti la Regione Abruzzo, nonché le ordinanze di organi giurisdizionali che sollevano questioni di legittimità di leggi della Regione Abruzzo e i ricorsi del Governo contro leggi della Regione Abruzzo;
- f) gli atti degli organi politici e di direzione amministrativa della Regione che determinano l'interpretazione delle norme giuridiche o dettano disposizioni per loro applicazione;
- g) le ordinanze degli organi regionali.

### PARTE SECONDA

- a) Le deliberazioni adottate dal Consiglio regionale e non ricomprese fra quelle di cui al comma 2;
- b) gli atti di indirizzo politico del Consiglio regionale;
- c) i decreti del Presidente della Giunta regionale concernenti le nomine e gli altri di interesse generale;
- d) i decreti del Presidente del Consiglio regionale concernenti le nomine e gli altri di interesse generale;
- e) i provvedimenti degli organi di direzione amministrativa della Regione aventi carattere organizzativo generale;
- f) gli atti della Giunta regionale e dell'ufficio di Presidenza del Consiglio regionale di interesse generale;
- g) gli atti della Regione e degli enti locali la cui pubblicazione è prevista da leggi e regolamenti statali e regionali;
- h) i bandi e gli avvisi di concorso della Regione, degli enti locali e degli altri enti pubblici e i relativi provvedimenti di approvazione;
- i) i bandi e gli avvisi della Regione, degli enti locali e degli altri enti pubblici per l'attribuzione di borse di studio, contributi, sovvenzioni, benefici economici o finanziari e i relativi provvedimenti di approvazione;
- j) i provvedimenti di approvazione delle graduatorie relative ai procedimenti di cui alle lettere h) e i);
- k) gli atti di enti privati e di terzi che ne facciano richiesta conformemente alle previsioni normative dell'ordinamento.

1. Gli atti particolarmente complessi, i bilanci ed i conti consuntivi, sono pubblicati sui BURAT serie "SPECIALE".
2. Gli atti interni all'Amministrazione regionale sono pubblicati sui BURAT serie "SUPPLEMENTO".
3. I singoli fascicoli del BURAT recano un numero progressivo e l'indicazione della data di pubblicazione.

### NOTA:

Le determinazioni direttoriali e dirigenziali per le quali non sia espressamente richiesta la pubblicazione integrale sul BURAT, ancorché non aventi rilevanza esterna o che siano meramente esecutive di precedenti determinazioni, sono pubblicate per estratto contenente la parte dispositiva, l'indicazione del servizio competente, il numero d'ordine, la data e l'oggetto del provvedimento.

Sul Bollettino Ufficiale sono altresì pubblicati tutti i testi la cui pubblicazione è resa obbligatoria dall'ordinamento nazionale e comunitario, anche se richiesti da privati.

# Sommario

## PARTE I

### Leggi, Regolamenti, Atti della Regione e dello Stato

#### ATTI DELLA REGIONE

#### DECRETI

#### IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

*(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014)*

DECRETO 15.10.2014, n. 122

**Decreto Commissariale n. 73/2013 recante "Approvazione del Manuale per l'autorizzazione/accreditamento delle strutture trasfusionali, delle unità di raccolta fisse e mobili gestite dalle Organizzazioni di Donatori e relative procedure" - Rettifica dell'allegato 2....** 5

DECRETO 20.10.2014, n. 125

**Recepimento dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" Rep. Atti n. 36 del 7 febbraio 2013.** ..... 17

DECRETO 20.10.2014, n. 126

**Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete termale privata provvisoriamente accreditata biennio 2014 - 2015 - Approvazione schema di contratto e relativi tetti di spesa annuali per singolo stabilimento termale.**.....28

DECRETO 20.10.2014, n. 127

**Accreditamento Istituzionale Casa di Cura Privata "L'Immacolata" sita nel Comune di Celano (AQ).** .....45

DECRETO 20.10.2014, n. 128

**Accreditamento Istituzionale Casa di Cura Privata INI S.R.L. Divisione Canistro, sita nel Comune di Canistro (AQ)**..... 59

DECRETO 20.10.2014, n. 129

**Accreditamento Istituzionale Casa di Cura Privata San Francesco** .....72

DECRETO 20.10.2014, n. 132

**Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni in residenze assistenziali erogate dalla rete privata provvisoriamente accreditata per l'anno 2014. Ottemperanza alla ordinanza del TAR Abruzzo n°123/2014 del 30 aprile 2014.** .....82

DECRETO 29.10.2014, n. 133

**Attuazione Decreti commissariali n. 52/2012 e n. 20/2014 recanti rispettivamente "Determinazione del fabbisogno di assistenza residenziale e semiresidenziale" ed "Avvio del procedimento di riorganizzazione della rete territoriale dei servizi a carattere residenziale e semiresidenziale" - Provvedimenti in ordine all'eccesso di offerta di prestazioni a carattere riabilitativo in regime residenziale e semiresidenziale.**..... 95

DECRETO 29.10.2014, n. 134

**Recepimento dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane su "Le strutture residenziali psichiatriche" Rep. Atti n.116/CU del 17/10/2013.**..... 100

DECRETO 29.10.2014, n. 135

**Recepimento dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i comuni e le Comunità Montane sul "Piano di azioni nazionale per la salute mentale" Rep. Atti n.4/CU del 24/01/2013..... 118**

DECRETO 29.10.2014, n. 142

**Recepimento dell'accordo Stato - Regioni CSR 87 del 10 luglio 2014 recante Indirizzi per l'individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore. .... 145**

DECRETO 31.10.2014, n. 143

**Rinnovo Comitato per il Percorso Nascita Regionale (C.P.N.R.) ..... 173**

DECRETO 30.10.2014, n. 146

**Criteri regionali per il dimensionamento delle dotazioni organiche delle unità operative di medicina penitenziaria delle Aziende Unità Sanitarie Locali della Regione Abruzzo..... 180**

DECRETO 30.10.2014, n. 148

**Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete ospedaliera privata accreditata per l'anno 2014..... 187**

## PARTE I

**Leggi, Regolamenti, Atti della Regione e dello Stato**

## ATTI DELLA REGIONE

## DECRETI

**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO  
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA  
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del  
23 luglio 2014)**

DECRETO 15.10.2014, n. 122

**Decreto Commissariale n. 73/2013 recante "Approvazione del Manuale per l'autorizzazione/accreditamento delle strutture trasfusionali, delle unità di raccolta fisse e mobili gestite dalle Organizzazioni di Donatori e relative procedure" - Rettifica dell'allegato 2.**

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014, con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo dott. Luciano D'Alfonso è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo, secondo i programmi Operativi di cui all'articolo 2, comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni;

**VISTO** il decreto commissariale n° 90/2014 del 12 agosto 2014 d'insediamento del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012, con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del servizio sanitario abruzzese, avviato nell'anno 2007 e proseguito con i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88, della L. n. 191/2009;

**VISTO** il decreto commissariale n° 20/2012 dell'11.06.2012, di presa d'atto dell'insediamento del Dott. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario, con decorrenza dell'incarico dall'11.06.2012;

**ATTESO** che la riferita deliberazione del 07.06.2012 incarica il Sub Commissario di collaborare con il Commissario ad Acta "all'attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni ed accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale";

**VISTA** la L.R. 31.07.2007 n. 32 recante "Norme generali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private";

**VISTA** la deliberazione di Giunta regionale n° 591/P del 01.07.2008 e ss.mm.ii. "Approvazione manuali di autorizzazione ed accreditamento, nonché delle procedure delle strutture sanitarie e socio-sanitarie";

**RICHIAMATO** il Decreto Commissariale n° 73/2013 del 07.10.2013, recante "Approvazione del Manuale per l'autorizzazione/accreditamento delle strutture trasfusionali, delle unità di raccolta fisse e mobili gestite dalle Organizzazioni di Donatori e relative procedure. Modifica Deliberazione di Giunta Regionale n. 591/P del 01.07.2008 : sostituzione Allegato n. 3) ed allegato n. 4)".

**ATTESO CHE** da una verifica del testo dell'allegato 2 del citato decreto commissariale n. 73/2013, sono stati rinvenuti errori materiali nel richiamo di alcuni capitoli e paragrafi dell'allegato stesso;

**RITENUTO** di dover provvedere alla rettifica degli errori materiali contenuti nel predetto allegato 2, fermo restando, per il resto, l'integrale contenuto del citato decreto commissariale n. 73/2013 e relativi allegati 1 e 2.

**PRECISATO CHE** i richiami erronei si rinvergono nei paragrafi 4.2 - 6.1- 6.3 - 7.3 - 8.1 - 8.2 dell'allegato 2, da rettificarsi come di seguito puntualmente indicato:

- Paragrafo 4.2: "... nel punto 7) dell'Allegato B della Delibera di Giunta Regionale n.314 del 9 maggio 2011,..." è sostituito da "...nel punto 6) dell'Allegato B della Delibera di Giunta Regionale n.314 del 9 maggio 2011,..."
- Paragrafo 6.1 "... Alla scadenza dei cinque anni si procede al rinnovo secondo le modalità di cui al successivo capitolo 8 ..." è

sostituito da "... Alla scadenza dei cinque anni si procede al rinnovo secondo le modalità di cui al successivo capitolo 7..."

- Paragrafo 6.3 "... L'integrazione dell'autorizzazione/accreditamento disciplinata nei paragrafi 7.1 e 7.2..." è sostituito da "...L'integrazione dell'autorizzazione/accreditamento disciplinata nei paragrafi 6.1 e 6.2..."
- Paragrafo 7.3 "...Dopo l'invio della comunicazione, il procedimento per il rinnovo, attuato con le modalità di cui al capitolo 5.", è sostituito da "...Dopo l'invio della comunicazione, il procedimento per il rinnovo, attuato con le modalità di cui al capitolo 4, ..."
- Paragrafo 8.1 "... A tal fine, le Aziende sanitarie interessate devono comunicare alla Direzione regionale politiche della salute le modifiche realizzate, producendo la documentazione di cui al paragrafo 4.3. La Direzione regionale politiche della salute attiva il procedimento di cui al capitolo 5,..." è sostituito da "... A tal fine, le Aziende sanitarie interessate devono comunicare alla Direzione regionale politiche della salute le modifiche realizzate, producendo la documentazione di cui al paragrafo 3.3. La Direzione regionale politiche della salute attiva il procedimento di cui al capitolo 4,..."
- Paragrafo 8.2 "... Qualora le modifiche di cui al paragrafo 9.1 vengano realizzate nell'ultimo semestre di validità dell'autorizzazione/accreditamento in vigore, la Direzione regionale politiche della salute valuta l'opportunità di effettuare le relative verifiche nell'ambito del procedimento per il rinnovo di cui al precedente capitolo 8..." è sostituito da "... Qualora le modifiche di cui al paragrafo 8.1 vengano realizzate nell'ultimo semestre di validità dell'autorizzazione/accreditamento in vigore, la Direzione regionale politiche della salute valuta l'opportunità di effettuare le relative verifiche nell'ambito del procedimento per il rinnovo di cui al precedente capitolo 7..."

**DATO ATTO** della necessità di procedere urgentemente all'adozione del presente provvedimento al fine di dare avvio alle procedure di verifica delle strutture trasfusionali e delle unità di raccolta gestite dalle organizzazioni di donatori e di completare il percorso di autorizzazione-

accreditamento entro il termine inderogabile del 31 dicembre 2014, così come previsto dall'art.88, comma 3 della legge regionale n. 64/2012 e dalle vigenti direttive nazionali in materia.

**RILEVATO** che il presente atto ha carattere di urgenza e, per tale ragione, sarà trasmesso ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze successivamente alla sua adozione;

#### **DECRETA**

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- **di rettificare**, nei limiti di quanto indicato in premessa, gli errori materiali contenuti nell'allegato 2 del Decreto Commissariale n. 73/2013 recante "Approvazione del Manuale per l'autorizzazione/accreditamento delle strutture trasfusionali, delle unità di raccolta fisse e mobili gestite dalle Organizzazioni di Donatori e relative procedure. Modifica Deliberazione di Giunta Regionale n. 591/P del 01.07.2008: sostituzione Allegato n.3) ed allegato n.4)";
- **di allegare** al presente atto, come parte integrante e sostanziale, la versione corretta dell'allegato 2 del Decreto Commissariale n. 73/2013, da sostituirsi alla precedente;
- **di precisare** che restano fermi il contenuto e le disposizioni del decreto commissariale n° 73/2013 del 07.10.2013;
- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Unità Sanitarie Locali, all'Agenzia Sanitaria Regionale, nonché ai competenti Servizi della Direzione Politiche della Salute disponendone la pubblicazione sul BURA per finalità notiziali;
- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, per la relativa validazione, secondo quanto previsto dall'Accordo per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi e individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico.

IL COMMISSARIO AD ACTA  
**Dott. Luciano D'Alfonso**

*Segue allegato*

Allegato al Decreto del Commissario  
ad ACTA

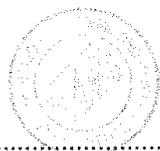
n. 122 del 15 OTT. 2014



**PROCEDURE DI  
AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO  
DELLE STRUTTURE TRASFUSIONALI E  
DELLE UNITÀ DI RACCOLTA FISSE E  
MOBILI GESTITE DALLE  
ORGANIZZAZIONI DI DONATORI**

---

2014 - 11/19/14  
14/11/2014  
11/19/14



## SOMMARIO

1.FINALITA' E AMBITO DI APPLICAZIONE .....	2
2.ORGANISMI COMPETENTI .....	2
3. ATTIVAZIONE DEL PROCEDIMENTO.....	2
4. ISTRUTTORIA DEL PROCEDIMENTO .....	3
5. RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO .....	4
6. DURATA DELL'AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO .....	4
7. MODALITA' DI RINNOVO .....	5
8. INTEGRAZIONE DELL'AUTORIZZAZIONE E DELL'ACCREDITAMENTO.....	5
9. ATTIVITA' DI VIGILANZA SUL MANTENIMENTO DEI REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE/ ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE: SOSPENSIONE E REVOCA DEL PROVVEDIMENTO .....	6
10. DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI.....	6
A.....	7
B.....	7

## 1.FINALITA' E AMBITO DI APPLICAZIONE

- 1.1 Il presente documento definisce le procedure necessarie per il rilascio dell'autorizzazione e accreditamento istituzionale alle strutture trasfusionali, nonché alle unità di raccolta direttamente gestite dalle organizzazioni di donatori di sangue.
- 1.2 Il procedimento individuato nel presente decreto è finalizzato all'emanazione di un provvedimento unico di autorizzazione/accreditamento, così come esplicitamente previsto dall'articolo 88, comma 2 della legge regionale 18.12.2012, n. 64, nonché dal combinato disposto degli articoli 19 e 20 della legge n. 219/2005 e dell'articolo 4 del decreto legislativo n. 261/2007.
- 1.3 L'adozione di un provvedimento unico di autorizzazione/accreditamento è stato previsto dalla succitata L.R. n. 64/12 in considerazione:
- della natura esclusivamente pubblica delle strutture trasfusionali, così come ribadito dall'art.6, comma 1, lettera a) della legge 219/05;
  - del regime di autorizzazione/accreditamento esclusivo in cui operano i servizi trasfusionali e, limitatamente alle attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti, le unità di raccolta gestite direttamente dalle organizzazioni di donatori di sangue, così come esplicitamente previsto dall'art. 4, comma 1, del D. Lgs 20 dicembre 2007, n. 261.
  - della matrice europea del sistema regolatorio e di autorizzazione/accreditamento delle strutture trasfusionali, che al fine di garantire elevati standard di qualità e sicurezza e la libera circolazione su tutto il territorio dell'Unione Europea ed extracomunitario di emocomponenti per uso terapeutico ed in particolare di plasma per uso industriale, di semilavorati e farmaci plasmaderivati prodotti in Italia, nonché di cellule staminali emopoietiche destinate al trapianto, sono sottoposte al rispetto di requisiti tecnologici, organizzativi e strutturali definiti a livello comunitario, nonché a procedure di autorizzazione/accreditamento che sono poste in capo non solo alle regioni, ma anche ad organismi regolatori nazionali ed internazionali.

## 2.ORGANISMI COMPETENTI

2.1 La gestione delle procedure di autorizzazione/accreditamento delle strutture trasfusionali è affidata all' Organismo Regionale per l'Accreditamento (ORA) che è composto dal Comitato di Coordinamento Regionale per l'Accreditamento (C.C.R.A.), integrato dal Dirigente del Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale e dal Direttore del Centro Regionale Sangue, e del Gruppo di Esperti Regionali per l'Accreditamento (G.E.R.A.).

## 3. ATTIVAZIONE DEL PROCEDIMENTO

3.1 I Direttori Generali delle aziende sanitarie dotate di strutture trasfusionali e i legali rappresentanti delle organizzazioni di donatori che gestiscono unità di raccolta fisse e mobili, a seguito comunicazione da parte del Servizio Programmazione Sanitaria presso la Direzione politiche della salute regionale, inoltrano la domanda per il rilascio del

provvedimento unico di autorizzazione/ accreditamento al Direttore della Direzione politiche della Salute - Servizio Programmazione Sanitaria.

3.2 La domanda va inoltrata entro trenta giorni dal ricevimento della predetta comunicazione, sull'apposito "Modulo per l'autorizzazione/accreditamento delle strutture transfusionali e delle unità di raccolta associative" Allegato A.

3.3 Alla domanda deve essere allegata la seguente documentazione:

- Autocertificazione relativa allo stato di fatto della struttura ed eventuale dettagliato programma di adeguamento di cui al comma 2 art. 11 L.R. n.32/2007;

Le documentazioni e autocertificazioni necessarie devono indicare inoltre:

- i dati anagrafici del soggetto richiedente nel caso lo stesso sia persona fisica;
- la sede e la ragione sociale nel caso in cui il soggetto richiedente sia una società;
- la sede e la denominazione nel caso in cui il richiedente sia un soggetto pubblico;
- il nome e i titoli accademici del direttore/responsabile della struttura.

In caso di sostituzione del direttore/responsabile va effettuata relativa comunicazione al Servizio Programmazione Sanitaria della Direzione politiche della Salute.

## 4. ISTRUTTORIA DEL PROCEDIMENTO

4.1 Il Servizio Programmazione Sanitaria, verifica la completezza della documentazione (domanda ed allegati). In caso di esito negativo della verifica di conformità della domanda, richiede idonea integrazione all'interessato nel termine di trenta giorni dal ricevimento della domanda medesima. Le domande istruite vengono inviate dal Servizio al C.C.R.A..

4.2 Il C.C.R.A. istituisce il Gruppo di Accreditamento secondo quanto riportato nel punto 6) dell'allegato B della Delibera di Giunta Regionale n. 314 del 9 maggio 2011, avvalendosi di almeno uno dei valutatori inseriti nell'elenco nazionale di cui all'allegato B dell'Accordo Stato Regioni 16.12.2010.

Il gruppo dell'Accreditamento viene integrato da un valutatore designato dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione della ASL territorialmente competente.

4.3 In casi particolari e per la valutazione di strutture ad alta specializzazione, il C.C.R.A. può avvalersi anche di valutatori qualificati inseriti in elenchi di altre regioni, nazionali e internazionali.

4.4 Il G.E.R.A., effettua la procedura della visita ed elabora la relazione finale secondo la normativa regionale vigente ed inviandola all'Agenzia Sanitaria Regionale. Gli oneri per l'attività dei gruppi visita sono a carico della struttura richiedente l'autorizzazione/accreditamento.

4.5 Qualora l'Agenzia Sanitaria Regionale rilevi l'opportunità di eventuali integrazioni e/o chiarimenti, questi verranno comunicati al legale rappresentante della struttura che entro 15 giorni dalla comunicazione dell'Agenzia Sanitaria Regionale farà pervenire alla stessa le integrazioni e i chiarimenti richiesti.

4.6 L'Agenzia Sanitaria Regionale trasmette al C.C.R.A. la propria proposta secondo la seguente scala:

- Diniego dell'autorizzazione/accreditamento;
- Autorizzazione/accreditamento con prescrizioni e tempi di adeguamento;
- Autorizzazione/accreditamento Istituzionale con definizione della classe di accreditamento, ai sensi dell'art. 6 della L.R. n.32/2007.

4.7 Il C.C.R.A. valuta la tipologia di Autorizzazione/Accreditamento, su proposta motivata dall'Agenzia Sanitaria Regionale, e formula la valutazione finale da trasmettere alla Direzione Politiche della Salute.

4.8 Nel caso di Autorizzazione/Accreditamento con prescrizione, i tempi di adeguamento sono previsti dal C.C.R.A tenendo conto della complessità della struttura.

## **5. RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO**

5.1 La Direzione Regionale Politiche della salute propone alla Giunta Regionale la deliberazione per l'accREDITamento o il diniego dello stesso. La Giunta Regionale entro venti giorni dal ricevimento della proposta formalizza l'atto con deliberazione di Giunta. I relativi atti formali vengono notificati dal Servizio Programmazione Sanitaria della Direzione Sanità Regionale, al rappresentante legale della struttura e, per conoscenza, all'Agenzia Sanitaria Regionale.

5.2 Nel caso di rilascio di un provvedimento di autorizzazione/accreditamento con prescrizioni e tempi di adeguamento, la delibera di Giunta indicherà i programmi di adeguamento, nonché il relativo cronoprogramma.

## **6. DURATA DELL'AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO**

6.1 Il provvedimento di autorizzazione/accreditamento, in conformità a quanto previsto dall'art. 5 del D. Lgs. n. 261/2007, ha una durata di cinque anni decorrenti dalla data della sua emanazione. Alla scadenza dei cinque anni si procede al rinnovo secondo le modalità di cui al successivo capitolo 7.

6.2 L'autorizzazione/accreditamento con prescrizioni ha una durata corrispondente ai termini assegnati alla struttura per l'adeguamento dei requisiti carenti. Alla scadenza dei tempi previsti, il C.C.R.A. dispone la verifica del raggiungimento o meno della conformità ai requisiti richiesti. In caso di controllo positivo da parte del gruppo di valutazione, la Giunta Regionale emana il provvedimento di autorizzazione/accreditamento a pieno titolo

della durata di cinque anni, decorrenti dalla data di emanazione della delibera di autorizzazione/accreditamento con prescrizioni. In caso di mancato adeguamento, la Giunta Regionale provvede alla revoca dell'autorizzazione/accreditamento con prescrizioni.

6.3 L'integrazione dell'autorizzazione/accreditamento disciplinata nei paragrafi 6.1 e 6.2 non determina una proroga della scadenza dell'autorizzazione/accreditamento iniziale.

## **7. MODALITA' DI RINNOVO**

7.1 Ai fini del rinnovo dell'autorizzazione/accreditamento, prima dell'inizio dell'ultimo trimestre di validità della delibera di Giunta con cui è stato adottato il provvedimento, Servizio Programmazione Sanitaria presso la Direzione regionale politiche della salute comunica ai legali rappresentanti delle Aziende sanitarie cui afferiscono le strutture di medicina trasfusionale autorizzate/accreditate e delle organizzazioni di donatori che gestiscono unità di raccolta fisse e mobili, la data di effettuazione del nuovo accertamento.

7.2 Gli enti interessati, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, devono di nuovo produrre la documentazione richiesta al paragrafo 4.3, oltre ad una relazione che descriva lo stato di avanzamento dell'eventuale piano di adeguamento, qualora lo stesso abbia una durata superiore a quella dell'autorizzazione/accreditamento o siano intervenute variazioni rispetto al momento del rilascio dell'autorizzazione/accreditamento;

7.3 Dopo l'invio della comunicazione, il procedimento per il rinnovo, attuato con le modalità di cui al capitolo 4, deve essere completato entro la data di scadenza del precedente provvedimento. Qualora intervengano giustificati motivi che impediscono di completare l'istruttoria nei tempi previsti, il Servizio Programmazione Sanitaria della Direzione regionale politiche della salute può disporre una proroga di 60 giorni. In tale caso, permane l'efficacia del precedente provvedimento fino alla emanazione del nuovo decreto di autorizzazione/accreditamento.

## **8. INTEGRAZIONE DELL'AUTORIZZAZIONE E DELL'ACCREDITAMENTO**

8.1 Fermo restando il procedimento per il rinnovo dell'autorizzazione/accreditamento, ogni modifica sostanziale delle attività di un servizio trasfusionale deve essere sottoposta a verifica. A tal fine, le Aziende sanitarie interessate devono comunicare al Servizio Programmazione Sanitaria della Direzione regionale politiche della salute le modifiche realizzate, producendo la documentazione di cui al paragrafo 3.3. Il Servizio Programmazione Sanitaria attiva il procedimento di cui al capitolo 4, per l'effettuazione di un nuovo sopralluogo solo se la documentazione prodotta, o quella integrativa eventualmente richiesta, dimostrino che le variazioni intervenute hanno determinato una configurazione organizzativa diversa da quella iniziale. In caso contrario, l'istruttoria viene effettuata sulla documentazione prodotta.

8.2 Il provvedimento di autorizzazione/accreditamento integrato in caso di ampliamento o di trasferimento ha una durata di cinque anni decorrenti dalla data di emanazione del primo decreto. Qualora le modifiche di cui al paragrafo 8.1 vengano realizzate nell'ultimo semestre di validità dell'autorizzazione/accreditamento in vigore, il Servizio Programmazione Sanitaria della Direzione regionale politiche della salute valuta l'opportunità di effettuare le relative verifiche nell'ambito del procedimento per il rinnovo di cui al precedente capitolo 7.

## **9. ATTIVITA' DI VIGILANZA SUL MANTENIMENTO DEI REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE/ ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE: SOSPENSIONE E REVOCA DEL PROVVEDIMENTO**

9.1 L'attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti di autorizzazione/ accreditamento istituzionale delle strutture trasfusionali e le eventuali determinazioni della Giunta Regionale in merito alla sospensione e revoca del provvedimento, vengono effettuate secondo le modalità previste dall'art.7 della L.R. n. 32/07 e dell'articolo 5 del D.Lgs 20 dicembre 2007, n. 261.

9.2 Le ispezioni o misure di controllo di cui al comma 1 sono eseguite a intervalli di tempo regolari a distanza non superiore a due anni o in caso di incidenti gravi o reazioni indesiderate gravi, notificate ai sensi dell'art. 12 del citato D.lgs n. 261/07.

## **10. DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI**

10.1 In sede di prima applicazione il presente procedimento si applica alle strutture trasfusionali e alle unità di raccolta fisse e mobili gestite dalle organizzazioni di donatori, predefinitivamente autorizzate ed accreditate ai sensi degli articoli 11 e 12 della L.R. n. 32/2007. Alle nuove autorizzazioni ed accreditamenti si applicano le procedure di cui all'articolo 6 della LR 32/2007.

10.2 Per quanto non espressamente previsto dal presente documento, si fa riferimento alla normativa vigente in materia.

**DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'  
AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE  
TRASFUSIONALI E DELLE UNITÀ DI RACCOLTA FISSE E  
MOBILI GESTITE DALLE ORGANIZZAZIONI DI DONATORI**

**Mod. Acc. Ist. 02**

Al Direttore della Direzione Politiche della Salute  
Regione Abruzzo  
Via Conte di Ruvo, 74  
65127 PESCARA

**A**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale n°: \_\_\_\_\_ Telefono n° \_\_\_\_\_

**B**

legale rappresentante della:    Struttura Trasfusionale    Unità di raccolta fissa e mobile gestite dalle  
organizzazioni di donatori

Partita IVA \_\_\_\_\_ con Sede in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Chiede il rilascio:

dell' **autorizzazione/accreditamento istituzionale**

**C**

Per:    la Struttura Trasfusionale    l' Unità di raccolta fissa e mobile gestite dalle organizzazioni di donatori  
Denominato (1): \_\_\_\_\_  
Sito nel Comune di \_\_\_\_\_  
Via / P. zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tipologia di struttura (2): \_\_\_\_\_

A tale scopo, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci dichiara:

- che la struttura si trova nella condizione di autorizzazione/accreditamento predefinitivo di cui al comma 1 art.11 e alla lettera a) comma 1 art. 12 della L.R. n. 32/2007;
- che la Struttura Trasfusionale e/o Unità di raccolta fissa e mobile gestite dalle organizzazioni di donatori possiede i requisiti di autorizzazione/accreditamento come indicato nelle schede allegate redatte, sottoscritte e documentate in conformità a quanto previsto dalla procedura di autorizzazione/accreditamento riportata nel Manuale di Autorizzazione/Accreditamento;
- che la direttore/responsabile (\*) è affidata a:

Dott. \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ Laureato in \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_

specialista in \_\_\_\_\_

iscritto presso l'Ordine dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_

il quale, con la sottoscrizione qui apposta, anch'egli consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara che i titoli personali sopra indicati sono effettivamente quelli posseduti, che non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione e che non esercita altre attività incompatibili.

Allega inoltre alla domanda la necessaria documentazione, così come specificato nelle istruzioni per la compilazione della stessa.

Data: \_\_\_\_\_

Firma del Direttore/Responsabile

\_\_\_\_\_  
Firma del Titolare o Legale rappresentante

(\*) Cancellare la voce che non interessa

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MOD. ACC. IST. 02  
“DOMANDA PER IL RILASCIO  
DELL’AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO DELLE  
STRUTTURE TRASFUSIONALI E DELLE UNITÀ DI RACCOLTA  
FISSE E MOBILI GESTITE DALLE ORGANIZZAZIONI DI  
DONATORI**

La domanda di autorizzazione/accreditamento, ai sensi degli art. 4, 6,11, e 12 della L.R. n.32/2007, va presentata unitamente alle tabelle redatte, sottoscritte e documentate in conformità a quanto richiesto dalla procedura di autorizzazione/accreditamento riportata nel Manuale di Autorizzazione/Accreditamento.

La stessa deve essere prodotta in copia unica.

**Il riquadro A** deve essere sempre compilato integralmente. La domanda deve essere sottoscritta dal legale rappresentante,

**Il riquadro B** deve essere sempre compilato in tutte le parti di interesse;

**Il riquadro C** deve essere compilato in tutte le parti di interesse indicando:

al punto (1) la denominazione della struttura trasfusionale o della unità di raccolta fissa e mobile gestita dalle organizzazioni di donatori;

al punto (2) specificare la tipologia di struttura come di seguito indicato:

- Servizio Trasfusionale,
- Unità di Raccolta Fissa,
- Unità di Raccolta Mobile,
- Banca Sangue Cordonale,
- Centro di Raccolta Sangue Cordonale,
- Istituto dei Tessuti Cellule Staminali e Prodotti Cellulari per Immunoterapia Post-Trapianto - Laboratorio di Manipolazione Cellulare e Criobiologia,
- Centro Regionale di Immunoematologia e Tipizzazione Tissutale (CRITT),
- Polo di Reclutamento Donatori Cellule Staminali Emopoietiche (PR),
- Registro Regionale/ Centro Donatori IBMDR (RR/CD).

La domanda deve essere sottoscritta dal direttore/responsabile e dal suo legale rappresentante o dal delegato alla firma (vedi riquadro A).

Alla domanda deve essere allegata la documentazione descritta di seguito:

- 1) autocertificazione concernente la conformità al possesso dei requisiti per l'autorizzazione/accreditamento costituita da:
  - a) una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (contenuta nel modulo della domanda stessa) firmata dal Direttore/Responsabile e dal suo legale rappresentante;
  - b) copie fotostatiche delle parti del Manuale di Autorizzazione/Accreditamento, firmate singolarmente, attinenti i criteri generali di autorizzazione/accreditamento della struttura e quelli specifici per le attività per cui si chiede l'autorizzazione/accreditamento,
  - c) dichiarazione autocertificante il possesso di tutti i requisiti considerati come livello essenziale per l'autorizzazione/accreditamento (Art. n. 6, comma 3/b L.R. n. 32/2007);

2) fotocopia di un documento di identità dei sottoscrittori la domanda qualora quest'ultima venga inviata per posta.

**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO  
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA  
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del  
23 luglio 2014)**

DECRETO 20.10.2014, n. 125

**Recepimento dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" Rep. Atti n. 36 del 7 febbraio 2013.**

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014, con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo secondo i Programmi Operativi di cui al richiamato art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni ed integrazioni;

**VISTO** il decreto commissariale n. 90/2014 del 12.08.2014, di presa d'atto dell'insediamento del Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo dott. Luciano D'Alfonso in qualità di Commissario ad acta per l'attuazione del summenzionato Piano di Rientro, con decorrenza dell'incarico dal 12.08.2014;

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012, con la quale il Dr. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad acta per l'attuazione del piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Servizio sanitario abruzzese, avviato nell'anno 2007 con i Programmi operativi di cui all'art. 2, co. 88 della L. 191/2009;

**ATTESO** che la riferita deliberazione del 7 giugno 2012 incarica il Sub Commissario, Dr. Giuseppe Zuccatelli di collaborare con il Commissario ad acta anche "per gli aspetti di programmazione sanitaria, per l'adozione dei provvedimenti attuativi delle disposizioni recate dal vigente ordinamento in materia sanitaria, necessari all'attuazione del Piano di Rientro";

**VISTO** il Decreto commissariale n. 20/2012 di presa d'atto dell'insediamento del Dr. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario con decorrenza dell'incarico dall'11 giugno 2012;

**VISTO** l'articolo 4, comma 1, del Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 che affida alla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

**VISTO** l'Accordo sancito in data 7 febbraio 2013 tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" (Allegato 1);

**DATO ATTO** che il sopra citato documento intende fornire indicazioni utili a favorire uno sviluppo omogeneo di tutti i servizi sanitari, territoriali e ospedalieri, nell'ambito dell'emergenza-urgenza e del settore delle cure primarie, al fine di:

- adottare sistemi di ricezione delle richieste di assistenza primaria nelle 24 ore per garantire la continuità delle cure e intercettare la domanda a bassa intensità;
- realizzare presidi territoriali multi professionali per le Cure primarie;
- realizzare all'interno del Pronto Soccorso e del Dipartimento di Emergenza-Accettazione percorsi separati clinico-organizzativi dei pazienti classificati dai Sistemi di Triage secondo i codici di gravità;
- garantire per il paziente a bassa complessità assistenziale la continuità di cura attraverso percorsi agevolati che prevedano eventualmente la prenotazione per esami e ulteriori accertamenti da effettuare in tempi brevi;

**CONSIDERATO** che nello schema di certificazione istruttoria degli Adempimenti Lea - anno 2013, trasmessa dalla Segreteria LEA del Ministero della Salute in data 7/10/2014, sono state chieste informazioni in

relazione al recepimento formale dell'Accordo in oggetto;

**RITENUTO** necessario, pertanto, rendere operativo l'accordo di cui trattasi, recependone integralmente i contenuti e facendo proprie le "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, dando ai Servizi "Gestione Flussi Informativi, Mobilità Sanitaria, Procedure Informatiche ed Emergenza Sanitaria" e "Assistenza sanitaria di base e specialistica" di porre in essere tutti gli adempimenti necessari all'attuazione del presente provvedimento, ciascuno per quanto di competenza;

**DATO ATTO** che il predetto Accordo prevede che alle attività in esso previste si provveda nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica;

**RITENUTO** che il presente provvedimento riveste carattere di urgenza e che, pertanto, il presente atto non è stato sottoposto al parere preventivo dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze;

#### **DECRETA**

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

1. **di recepire** i contenuti dell'Accordo del 7 febbraio 2013 tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza

urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" sancito ai sensi dell'articolo 9 comma 2, lett.c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 ed allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale del medesimo (Allegato 1);

2. **di precisare** che, per l'attuazione dell'Accordo oggetto di recepimento, si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale;
3. **di dare mandato** ai Servizi "Gestione Flussi Informativi, Mobilità Sanitaria, Procedure Informatiche ed Emergenza Sanitaria" e "Assistenza sanitaria di base e specialistica" di porre in essere tutti gli adempimenti necessari all'attuazione del presente provvedimento, ciascuno per quanto di competenza;
4. **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, siccome previsto nell'Accordo con la Regione Abruzzo per l'attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario, per la relativa validazione;
5. **di disporre** che il presente provvedimento venga trasmesso ai Direttori Generali delle Aziende Unità Sanitarie Locali della Regione Abruzzo per gli adempimenti di competenza;
6. **di disporre** la pubblicazione integrale del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale Telematico e sul sito WEB della Regione Abruzzo.

IL COMMISSARIO AD ACTA  
**Dott. Luciano D'Alfonso**

*Segue allegato*



Presidenza  
del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E BOLZANO

ALLEGATO 1

Allegato al Decreto del Commissario  
ad ACTA

n. 125 del 20 OTT. 2014



Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale".

Rep. Atti n. 36/CSR del 7 febbraio 2013

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE  
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 7 febbraio 2013:

VISTI gli articoli 2, comma 2, lett. b) e 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affidano a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTA la lettera in data 28 gennaio 2013 con la quale il Ministero della salute ha inviato la proposta di accordo indicata in oggetto che, in data 29 gennaio 2013, è stata diramata alle Regioni e Province autonome;

VISTA la nota del 5 febbraio 2013 con la quale la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, ha comunicato il parere tecnico favorevole;

ACQUISITO nel corso dell'odierna seduta l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, nei seguenti termini:

Considerati:

- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, in particolare l'articolo 8-*octies*, che prevede che le Regioni e le Aziende unità sanitarie locali attivino un sistema di monitoraggio e controllo sulla qualità dell'assistenza e sull'appropriatezza delle prestazioni;





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E BOLZANO

- il decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 recante "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza", pubblicato sulla G.U., Serie generale, n. 76 del 31 marzo 1992;
- il decreto del Ministero della Sanità 15 Maggio 1992 recante "Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza", pubblicato sulla G.U, Serie Generale, n. 121 del 25 maggio 1992;
- le "Linee-Guida sul sistema dell'emergenza sanitaria", in applicazione del richiamato decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, approvate con l'atto di intesa tra Stato e regioni, adottato nel corso della seduta di questa Conferenza dell'11 aprile 1996 e pubblicato nella G.U. il 17 maggio 1996;
- l'Accordo sancito da questa Conferenza nella seduta del 25 ottobre 2001 sul documento recante: "Linee guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza -urgenza sanitaria" (Rep. Atti n.1313 /2001 );
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 recante "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" che, nel livello dell'Assistenza distrettuale include sia la Continuità Assistenziale notturna e festiva - tra le prestazioni dell'area della Medicina di Base- che le prestazioni dell'area dell'emergenza sanitaria territoriale pubblicato nella G.U., Serie Generale, n. 33 dell'8 febbraio 2002;
- l'Accordo sancito da questa Conferenza nella seduta del 22 maggio 2003 sul documento di "Linee guida su formazione, aggiornamento ed addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza urgenza" (Rep. Atti n 1711 /2003 );
- il decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 17 dicembre 2008 recante "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza", pubblicato nella G.U., Serie Generale, n. 9 del 13 gennaio 2009;
- il decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 14 ottobre 2009 recante "Progetti attuativi del Piano sanitario nazionale e linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano - Anno 2009", pubblicato sulla G.U., Serie Generale, n. 21 del 27 gennaio 2010;
- l'Accordo sancito da questa Conferenza nella seduta del 27 luglio 2011 ( Rep. Atti n.135/CSR), integrativo dell'Accordo sancito il 20 aprile 2011(Rep. Atti n.84/CSR) sulla proposta del Ministro della Salute di linee guida per l'utilizzo da parte delle Regioni e Province Autonome delle risorse

ROMA, 2014 - ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - 3





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
FRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E BOLZANO

vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34- bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2011;

- il decreto- legge 13 settembre 2012, 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, recante " Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", pubblicato sulla G.U. del 10 novembre 2012, S.O. n.201/L;

- che, in materia di riordino dell'assistenza territoriale, le Regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria e l'integrazione con i servizi ospedalieri;

SI CONVIENE

sul documento recante: "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale", Allegato sub A), parte integrante del presente atto.

Le parti danno atto che il documento oggetto del presente Accordo fornisce indicazioni utili a favorire un armonico sviluppo di tutti i servizi sanitari territoriale e ospedaliero, nell'ambito dell'emergenza- urgenza e del settore delle cure primarie e convergono:

- a) adottare sistemi di ricezione delle richieste di assistenza primaria nelle 24 ore finalizzati ad assicurare la continuità delle cure e ad intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità, centralizzando almeno su base provinciale le chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale, condividendo con il Sistema di Emergenza-Urgenza, le tecnologie e integrando i sistemi informativi regionali lasciando comunque distinto l'accesso degli utenti alle numerazioni del 118 e della Continuità Assistenziale;
- b) realizzare presidi territoriali multi professionali per le Cure Primarie, utilizzando le strutture ospedaliere riconvertite in punti di assistenza territoriali, potenziando ambulatori e forme di aggregazione già esistenti ma anche e soprattutto mettendo in rete e riorganizzando i punti di erogazione dell'assistenza territoriale nell'ambito dei Distretti;
- c) realizzare all'interno del Pronto Soccorso e del Dipartimento di Emergenza-Accettazione percorsi separati clinico - organizzativi dei pazienti classificati dai Sistemi di Triage con codici di gravità Rossi e Gialli da quelli Verdi e Bianchi, anche con l'invio di questi ultimi a *team* sanitari distinti per le prestazioni a basso contenuto di complessità che non necessitano di trattamento per acuti o comunque di permanenza in ambiente ospedaliero;

ROMA, 2014 - ISTITUTO POLIGRAFICO ZECCA DI S. MARTINO S.p.A. - 5





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E BOLZANO

- d) garantire, per il paziente a bassa complessità assistenziale, la continuità di cura attraverso percorsi agevolati che prevedano eventualmente la prenotazione per esami ed ulteriori accertamenti da effettuare in tempi brevi, adottando apposite procedure per l'invio alla rete delle Cure Primarie, attivando ogni possibile collegamento tra gli specialisti del Pronto Soccorso e la rete degli specialisti territoriali governata dal Distretto.

All'attuazione del presente Accordo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

IL SEGRETARIO  
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE  
Dott. Piero Grudi

## Allegato A

### Documento recante: "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale".

#### Premessa

Negli ultimi anni si è assistito, su tutto il territorio nazionale, ad un costante e progressivo incremento degli accessi ai Pronto Soccorsi (PS), ai Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) ospedalieri. Il significativo maggior afflusso di utenza ha riguardato sostanzialmente le patologie di media - bassa criticità clinica che spesso possono trovare una adeguata e a volte migliore risposta clinico - assistenziale nell'ambito della rete dei servizi di Cure Primarie, ove adeguatamente strutturata. Questo rilevante aumento di utenza ha determinato un sovraccollamento dell'area di emergenza e urgenza intra - ospedaliera con disagi e disservizi, anche a pazienti che necessitano, in tempi rapidi, di prestazioni polispecialistiche tipicamente ospedaliere.

A distanza di quasi vent'anni dalla emanazione della normativa generale di riferimento del sistema di emergenza e urgenza nazionale (DPR 27/3/92) - si ritiene necessario fornire indicazioni utili a favorire un armonico sviluppo di tutti i servizi sanitari, territoriali e ospedalieri, con particolare riguardo alla improcrastinabile necessità di realizzare una forte integrazione tra gli stessi al fine di fornire una risposta completa ed efficiente al cittadino per una presa in carico globale della persona che necessita di assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

L'Accordo integrativo sugli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per il 2011, sancito dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 27 luglio 2011, prevede che le Regioni predispongano progetti "finalizzati a realizzare o potenziare lo sviluppo di modalità organizzative che consentano l'integrazione tra i Servizi di Emergenza-Urgenza (118) e di Continuità Assistenziale (CA - ex Guardia Medica)". Tale integrazione deve consentire di superare la frammentarietà degli interventi attualmente assicurati dalle diverse strutture del SSN ampliando l'orizzonte dell'assistenza sanitaria". Sulla base di queste indicazioni, si ritiene necessario precisare che l'integrazione deve riguardare in prospettiva l'intero ambito dell'Emergenza Urgenza (intra ed extraospedaliera) e l'intero settore delle Cure Primarie, al fine di garantire percorsi assistenziali caratterizzati da un approccio multiprofessionale e multidisciplinare.

Con il presente documento si forniscono indicazioni utili a favorire un armonico sviluppo di tutti i servizi sanitari territoriale e ospedaliero, nell'ambito dell'emergenza- urgenza e del settore delle cure primarie, al fine di :

-adottare sistemi di ricezione delle richieste di assistenza primaria nelle 24 ore finalizzati ad assicurare la continuità delle cure e ad intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità, centralizzando almeno su base provinciale le chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale, condividendo con il Sistema di Emergenza-Urgenza, le tecnologie e integrando i sistemi informativi regionali lasciando comunque distinto l'accesso degli utenti alle numerazioni del 118 e della Continuità Assistenziale;

-realizzare presidi territoriali multi professionali per le Cure Primarie, utilizzando le strutture ospedaliere riconvertite in punti di assistenza territoriali, potenziando ambulatori e forme di aggregazione già esistenti ma anche e soprattutto mettendo in rete e riorganizzando i punti di erogazione dell'assistenza territoriale nell'ambito dei Distretti-;

-realizzare all'interno del Pronto Soccorso e del Dipartimento di Emergenza-Accettazione percorsi separati clinico - organizzativi dei pazienti classificati dai Sistemi di Triage con codici di gravità Rossi e Gialli da quelli Verdi e Bianchi, anche con l'invio di questi ultimi



sanitari distinti per le prestazioni a basso contenuto di complessità che non necessitano di trattamento per acuti o comunque di permanenza in ambiente ospedaliero;

-garantire, per il paziente a bassa complessità assistenziale, la continuità di cura attraverso percorsi agevolati che prevedano eventualmente la prenotazione per esami ed ulteriori accertamenti da effettuare in tempi brevi, adottando apposite procedure per l'invio alla rete delle Cure Primarie, attivando ogni possibile collegamento tra gli specialisti del PS e la rete degli specialisti territoriali governata dal Distretto.

### 1. Sistemi di ricezione delle richieste

**Emergenza e urgenza:** Già oggi il cittadino, qualora ritenga di aver bisogno di una risposta sanitaria immediata per una esigenza che, a suo giudizio, richiede un intervento tempestivo, compone il numero telefonico 118, unico numero sul territorio nazionale per l'attivazione del servizio di emergenza e urgenza sanitaria. A tale numero telefonico risponde un sistema dedicato che garantisce nel più breve tempo possibile, l'intervento di un'equipe con conseguente trattamento tempestivo e trasporto del paziente presso un PS/DEA, salvo i casi che possono essere risolti dall'equipe di soccorso direttamente sul territorio. Tale funzione di ricezione delle chiamate di urgenza ed emergenza può essere assicurata dalle Regioni e PA con personale sia sanitario che tecnico appositamente addestrato per la gestione e lo smistamento di questa tipologia di chiamate, secondo le modalità e le articolazioni organizzative ritenute più opportune dalle singole Regioni e PA.

**Assistenza primaria:** Il cittadino che necessita di una prestazione sanitaria di cura e assistenza primaria che rientra tra le prestazioni erogabili dal MMG e dai PLS, oggi non ha dappertutto una garanzia di risposta nelle 24 ore. Per poter assicurare la continuità delle Cure Primarie è necessario attivare la funzione di ricezione delle richieste di Assistenza primaria attivo 24 ore/24. Tale funzione di ricezione delle chiamate di assistenza primaria può essere assicurata dalle Regioni/PA in Centrali, anche adiacenti alle Centrali Operative (CO) del 118, con personale sanitario e tecnico allo scopo addestrato che fornirà risposte e consigli utili al cittadino sulla base di protocolli predisposti in collaborazione tra MMG e gli altri operatori sanitari del Distretto, e condivisi con il 118 e i DEA, per le parti di interazione. Poiché è verosimile che il cittadino possa commettere errori nell'attivare l'una o l'altra delle funzioni sopra elencate, è necessario che le due funzioni siano supportate da un'unica piattaforma tecnologica. La riorganizzazione del Sistema di Emergenza Urgenza in rapporto alla CA richiede una puntuale informazione al cittadino, destinatario ultimo del percorso riorganizzativo nel suo complesso oltre che una adeguata e omogenea preventiva formazione degli operatori tutti. La conoscenza dell'esistenza dei numeri dell'Emergenza sanitaria e della CA va incentivata attraverso la realizzazione di interventi di comunicazione volti a far conoscere a tutte le fasce di popolazione, con particolare riguardo a quelle più deboli, in quali casi è opportuno chiamare il 118 e in quali casi occorre rivolgersi al numero unico di CA.

### 2. Sistemi di presa in carico del cittadino

**Emergenza e urgenza:** I pazienti le cui richieste sono ricevute e gestite dalle CO del 118 vengono soccorsi, trasportati e affidati dai mezzi di soccorso alla rete dei PS/DEA. Le Regioni e PA proseguono nello sviluppo organizzativo e informativo delle reti di patologia, al fine di rendere trasparente ed esplicito il ruolo e le competenze di ciascun presidio ospedaliero appartenente alla rete dell'emergenza e urgenza anche avvalendosi dei modelli organizzativi sulle reti condivisi con il Ministero e proposti da Agenas. Attualmente su tutto il territorio nazionale, circa l'80% dei pazienti che accedono ai PS/DEA si presentano con mezzi propri e solo il 20% circa sono trasportati.



dal 118, rappresentando oltre il 60% dei ricoveri in urgenza. Tra questi ultimi pazienti si stima che oltre il 20 % siano pazienti con patologie tempo dipendenti (o che necessitano di essere tempestivamente indagati per valutare la necessità di interventi in urgenza), e un'altra importante quota sia rappresentata da pazienti che necessitano di cure in ambiente ospedaliero in quanto richiedono competenze specialistiche o polispecialistiche. Tra la residuale utenza trasportata dal 118 e il preponderante afflusso di accessi autonomi deve essere ricercata la quota parte di pazienti che accedono inappropriatamente alle cure specialistiche ospedaliere e che dovrebbero trovare più adeguate risposte nella Assistenza Primaria. Spesso la probabilità maggiore di inappropriatezza di accesso al PS/DEA viene imputata ai Codici Bianchi e ad una quota parte dei Codici Verdi che vengono attribuiti ai pazienti che afferiscono o che vengono trasportati a tali strutture. Al riguardo è utile rammentare che l'attività di triage nasce ed insiste nei Servizi di PS/DEA con un numero di accessi superiore ai 25.000 anno per espletare le funzioni di accoglienza degli utenti, di identificazione e riconoscimento delle priorità alle prestazioni indirizzandoli all'area di trattamento più idonea. L'attività di triage, è svolta tramite l'impiego di classificazione a codici colore e non esprime la complessità clinico assistenziale del paziente. Infatti, solo dopo più approfonditi accertamenti può essere determinata la tempestività e la competenza specifica più adeguata per decidere un trattamento ospedaliero. Ciò significa che talvolta pazienti codificati in fase iniziale a bassa priorità di accesso possono necessitare, a seguito di più accurati approfondimenti, di valutazioni tempestive e specialistiche e viceversa. Ciò rafforza l'importanza di una forte integrazione tra il settore dell'emergenza - urgenza e il settore dell'assistenza primaria. Qualora il codice di Triage venga utilizzato anche per indirizzare i pazienti all'uno o all'altro settore, è importante considerare più accuratamente parametri clinici e anamnestici quali ad esempio malattie croniche a rischio di riacutizzazione, l'appartenenza a particolari categorie di pazienti (neoplastici, allergici o altre situazioni particolari), in breve, le informazioni che attraverso una piattaforma tecnologica e informatica condivisa possono essere immediatamente accessibili.

**Assistenza primaria:** Gli ultimi Piani Sanitari Nazionali hanno descritto indirizzi per il rafforzamento organizzativo-professionale dell'area delle Cure Primarie, indicando nell'integrazione multi professionale, nella continuità dell'assistenza e nella presa in carico di soggetti affetti da patologie croniche, le leve principali per lo sviluppo di una rete assistenziale in grado di gestire la cronicità e rispondere alla domanda "a bassa intensità". Gli ultimi Accordi Collettivi Nazionali per la Medicina Generale definiscono una organizzazione della medicina convenzionata esclusivamente in forma associata: i Medici di Medicina Generale (MMG), i Medici di Continuità Assistenziale (MCA), i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e gli Specialisti eventualmente inseriti nelle attività di Cure Primarie devono far parte di forme associative definite dalle Regioni e integrarsi fra di loro per l'erogazione dell'Assistenza Primaria.

Tali modalità organizzative sono previste anche nel decreto- legge 13 settembre 2012, 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n.189, recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute". Pertanto, l'erogazione delle prestazioni di Assistenza Primaria è garantita nelle 24 ore, qualora il MMG non venga direttamente contattato dall'utente, attraverso il seguente percorso:

- ricezione della richiesta da parte della CURAP (Centrali Uniche di Riferimento per l'Assistenza Primaria);
- consiglio telefonico, sulla base di protocolli studiati e predisposti in collaborazione con i MMG e con gli altri operatori sanitari del Distretto;
- rinvio al medico curante del cittadino (o alla forma associativa cui afferisce l'assistito) che si impegna a dare la propria disponibilità quotidiana rispondendo prontamente alla CURAP dal proprio telefono cellulare;
- invio ad ambulatorio di CA gestito da MMG e PLS anche integrati con i Medici di CA, personale infermieristico ed amministrativo, e ubicato, a seconda delle esigenze territoriali, presso una sede della CA, presso la sede del Distretto o anche in prossimità di un PS/DEA (purché ben distinto e separato dai percorsi dedicati alla emergenza).



- attivazione del MCA sul territorio per intervento domiciliare, qualora presenti in quella fascia oraria. A questo scopo, la centralizzazione delle chiamate per i Servizi di CA almeno su base provinciale e la rivisitazione del numero delle postazioni rappresentano una esigenza irrinunciabile anche al fine della necessaria riprogrammazione dei servizi in funzione dei volumi e della tipologia delle attività. Riguardo alle fasce orarie di presenza dei MCA (sia per attività ambulatoriale che domiciliare), si ritiene opportuno considerare anche differenziazioni di orari di servizio che consentano una maggior copertura del territorio in orario diurno giornaliero e una più ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 – 08.00) anche in funzione della necessaria integrazione con le forme di associazione dei MMG ai fini della copertura H24, disciplinati con protocolli chiari e condivisi con il 118. Nelle strutture dove i Medici svolgono l'attività devono essere favoriti l'utilizzo di dotazioni strumentali di primo livello e l'accessibilità alla piattaforma informatica comune per la consultazione delle banche dati degli assistiti.
- nelle zone rurali e a forte dispersione di densità abitativa deve essere potenziata la rete virtuale delle comunicazioni tra cittadino e servizi delle Cure Primarie, facilitando in tutti i modi l'utilizzo della telemedicina. Sempre in queste zone può risultare utile lo sviluppo di Punti di Primo Intervento Territoriali, costituiti dalle postazioni medicalizzate del 118, fisse o mobili, anche stagionali, finalizzate alla prestazione delle prime cure, alla stabilizzazione dei pazienti in fase critica ed al loro trasporto presso l'ospedale individuato dalla CO, ma anche con funzioni di filtro per prestazioni urgenti gestibili in loco. I Punti di Primo Intervento gestiti dai DEA di riferimento, invece, possono essere costituiti temporaneamente negli ospedali riconvertiti in strutture territoriali, secondo i volumi di attività indicati dal documento Agenas, previsto dal comma 2 dell'articolo 16 del Patto per la Salute 2010-2012, ed in ubicazioni rigorosamente separate dai punti di erogazione delle Cure Primarie.

### 3. Percorsi differenziati tra Emergenza e Assistenza Primaria

Le Regioni e le PA scelgono, sulla base delle caratteristiche del territorio se privilegiare l'offerta di continuità assistenziale di Cure Primarie presso strutture territoriali o presso strutture ospedaliere. Si sottolinea fortemente la opportunità di individuare quali sedi le strutture ospedaliere riconvertite in territoriali nella ridefinizione della rete ospedaliera per acuti specie nelle Regioni in piano di rientro. Qualora la continuità assistenziale nelle 24 ore venga garantita presso strutture territoriali (MMG/PLS nelle varie forme di aggregazione,) è necessario che il Sistema di emergenza territoriale 118, nella sua autonomia organizzativa e garantendo sempre la separazione dei percorsi, sia messo nelle condizioni di poter assicurare a tali strutture l'adeguato supporto per organizzare, nel rispetto di protocolli concordati, tempestivi trasferimenti dei pazienti ai quali dovessero venire riscontrate patologie tempo dipendenti. Ove invece la continuità delle Cure Primarie venga garantita nei pressi delle aree dei PS/DEA, devono essere individuati spazi, risorse e percorsi dedicati e separati per tali attività rispetto al settore dell'emergenza e urgenza. Considerato che l'incremento di afflusso registrato in questi ultimi anni nei PS/DEA raramente è andato di pari passo con un corrispondente incremento del numero di tali strutture, il dimensionamento e la distribuzione dei locali necessari (quali, ad esempio, le sale di attesa, le aree triage, gli spazi ambulatoriali, le diagnostiche, le Osservazioni Brevi, le Osservazioni Brevi Intensive (OBI), i differenti percorsi per i Codici Rossi e Gialli e per i Verdi e Bianchi, i locali per i colloqui, le aree di lavoro del personale e i depositi), devono essere attentamente studiati e correttamente progettati al fine di evitare quanto più possibile intralci e embraicazioni di percorsi tra utenze con esigenze significativamente diverse tra di loro. A questo proposito si ritiene indispensabile definire gli standard per risorse umane, strumentali e spazi in relazione ai volumi ed alle tipologie di attività dei PS/DEA, anche in funzione dell'inserimento dei pazienti in percorsi più appropriati.



#### 4. Piattaforme informatiche e tecnologiche

Attualmente la normativa nazionale prevede l'utilizzo del 118 come numero unico di Emergenza Sanitaria, mentre i numeri di accesso alla CA non sono stati normalizzati. La normativa europea ha definito l'obbligo a introdurre sia i numeri di emergenza (Numero Unico Europeo 112) in modo integrato con i numeri di emergenza nazionali, sia la possibilità di utilizzare il numero 116117 per il Servizio di Guardia Medica per cure non urgenti. Poiché attualmente è in corso di progettazione la integrazione del 118 con il 112, prevedendo l'impiego di nuove soluzioni tecnologiche di tipo telefonico e informatico, è auspicabile che sia integrato nel percorso anche lo sviluppo delle soluzioni tecnologiche 116117, lasciando comunque distinto l'accesso degli utenti alle due numerazioni.

Il fatto di poter condividere all'interno di una unica piattaforma tecnologica ambedue i servizi produce numerosi vantaggi:

- garantisce affidabilità e sicurezza di funzionamento al sistema (mantenimento delle funzionalità del sistema in caso di guasti, eventi climatici eccezionali, reinstradamento rapido delle chiamate in caso di interruzioni di funzionamento degli impianti, gestione guasti);
- le chiamate che giungono al 118 possono essere prese in carico dall'operatore e, se di competenza della CA, trasferite alla relativa centrale o viceversa, unitamente ai dati di intervista, in modo del tutto trasparente per l'utente;
- presa in carico di chiamate originate da cittadini diversamente abili (es. impiego sistemi ricezione SMS da persone non udenti);
- messa a disposizione del personale operante sul territorio di supporti di vario tipo: dati relativi ai pazienti, sicurezza per le persone, mediazione multilingue, registrazione informatizzata delle attività;
- possibilità di definire in modo flessibile i punti di ricezione delle chiamate dirette alla CA: ad esempio, le chiamate possono essere prese in carico da una apposita Centrale operativa di CA, mentre nelle fasce notturne possono essere prese in carico presso le postazioni di CA essendo queste ultime di tipo modificabili nel corso del tempo in relazione alla zona di competenza, all'orario di funzionamento e alle modalità di risposta (presso i CAP o Casa della Salute o presenti in altri punti fissi o mobili del territorio);
- possono essere introdotti e gestiti in modo più efficiente i vari impianti di registrazione, localizzazione del mezzo mobile di CA sul territorio, sistemi di sicurezza degli operatori di CA, teletrasmissione, disponibilità per la CA di supporti cartografici digitali specifici.



**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO  
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA  
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del  
23 luglio 2014)**

DECRETO 20.10.2014, n. 126

**Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete termale privata provvisoriamente accreditata biennio 2014 - 2015 - Approvazione schema di contratto e relativi tetti di spesa annuali per singolo stabilimento termale.**

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTA** la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014 con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

**CONSIDERATO** che la predetta deliberazione individua, tra l'altro, quale specificazione della funzione attribuita al Commissario, la definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni;

**ATTESO** che, in base all'art. 4 comma 2 del D.L. 01.10.2007 n.159, convertito in Legge 29.11.2007 n. 222, l'incarico commissariale è conferito per l'intero periodo di vigenza del Piano di Rientro;

**CONSIDERATO** che condizione necessaria per l'esercizio del potere di fissazione dei tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati è la concreta individuazione delle somme che la Regione ha disposizione per tali finalità;

**VISTO** il decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini);

**VISTO** il decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111 ed in particolare l'art 17 comma 1 lett a) il quale prevede che le regioni

adottano tutte le misure necessarie a garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati, intervenendo anche sul livello di spesa per gli acquisti delle prestazioni sanitarie presso gli operatori privati accreditati;

**VISTO** il DPCM 29/11/2001 e ss. mm. ii. Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza;

**CONSIDERATO** che nella Regione Abruzzo le prestazioni termali sono assicurate esclusivamente da strutture sanitarie private provvisoriamente accreditate;

**VISTO** l'art. 4, comma 4, della legge 24.10.2000, n. 323 il quale stabilisce che "L'unitarietà del sistema termale nazionale, necessaria in rapporto alla specificità e alla particolarità del settore e delle relative prestazioni, è assicurata da appositi accordi stipulati, con la partecipazione del Ministero della Sanità, tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e le organizzazioni nazionali maggiormente rappresentative delle aziende termali; tali accordi divengono efficaci con il recepimento da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nelle forme previste dagli articoli 2 e 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281";

**ATTESO** che la determinazione dei tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni termali è definita, per ciascuna regione, nell'ambito dei predetti accordi;

**VISTA** l'Intesa del 5 dicembre 2013 (Rep. Atti n. 172/CSR) con la quale la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha recepito, ai sensi del sopracitato art. 4, comma 4, della L. 24 ottobre 2000, n. 323, l'Accordo sottoscritto in data 7 novembre 2013 tra la stessa Conferenza Stato - Regioni e le Federterme per l'erogazione delle prestazioni termali per il triennio 2013-2015;

**PRESO ATTO:**

– che il suddetto Accordo prevede per il triennio 2013-2015 che le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza termale erogate con oneri a carico del SSN siano incrementate in modo

uniforme e fisso del 3% per le prestazioni a decorrere dal 01 luglio 2013;

- che in applicazione dello stesso Accordo la ripartizione tra le Regioni del contributo stanziato dalla L. 228/2012 art. 1, comma 178, a copertura dell'aumento delle tariffe (a carico dello Stato) per gli anni 2013-2015 in proporzione alla spesa 2012, prevede per la Regione Abruzzo la quota di € 47.600,00 per l'anno 2013, e la quota di € 95.300,00 per ciascuno degli anni 2014 e 2015, come da Allegato 1 - Tabella 1 alla predetta Intesa 172/CSR;

**DATO ATTO** che con il Decreto del Commissario ad Acta n. 51/2014 del 03/04/2014 sono stati rideterminati i tetti di spesa complessivi per l'acquisto delle prestazioni di assistenza termale relativi all'annualità 2013, in attuazione del prefato Accordo nazionale recepito con l'Intesa rep. 172/CSR;

**PRECISATO** che sono ammesse alla contrattazione le sole strutture di cui all'allegato 1 al presente atto, provvisoriamente autorizzate ed accreditate all'erogazione di prestazioni sanitarie termali come da elenco allegato alla nota del Servizio Programmazione Sanitaria prot. n. 45058/DG19 del 14/02/2014;

**CONSIDERATO** che l'esistenza e la sottoscrizione di un contratto che stabilisca il tetto massimo di spesa sostenibile dall'amministrazione regionale è condizione essenziale affinché le strutture private accreditate possano erogare prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale;

**RITENUTO**, a tal fine, di dover procedere alla definizione di un modello contrattuale da sottoscrivere tra la Regione Abruzzo, i Direttori Generali delle AA.SS.LL. e gli Erogatori privati;

**VISTO** l'art. 8, comma 4, della legge regionale n. 32 del 31.07.2007, che stabilisce che gli accordi contrattuali vengono stipulati con l'amministrazione regionale e sottoscritti dal Presidente della Giunta Regionale;

**VISTO** l'allegato schema di contratto che si acclude al presente provvedimento (allegato 2 parte integrante e sostanziale del presente atto), che sarà sottoscritto tra la Regione

Abruzzo, le AA.SS.LL. e le strutture private provvisoriamente accreditate, e che regola le modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza termale rese in favore di pazienti residenti sia nella Regione Abruzzo che fuori Regione;

**RITENUTO** di dovere definire ed assegnare alle predette strutture sanitarie il tetto di spesa massimo annuale complessivo per ciascuno degli anni 2014 e 2015;

**VISTO** il Programma Operativo 2013-2015 approvato con decreto del commissario ad acta n. 84/2013 del 09/10/2013, come modificato ed integrato con decreto del commissario ad acta n. 112/2013 del 30/12/2013;

**TENUTO CONTO** altresì delle risorse stabilite per la Regione Abruzzo nell'Intesa rep. Atti 172/CSR del 05/12/2013 sopra richiamata, pari alla quota parte di 95.300,00, per ciascuno degli anni 2014 e 2015, del contributo stanziato dalla predetta L. n. 228/2012 art. 1, comma 178;

**PRECISATO** che la Regione Abruzzo non dispone di risorse aggiuntive da destinare al finanziamento di eventuali produzioni eccedenti il budget complessivo che non possono, pertanto, in alcun modo essere remunerate;

**RITENUTO** pertanto di assegnare alle strutture termali di cui all'allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente atto, il tetto di spesa massimo omnicomprensivo relativo alle prestazioni erogate ai residenti regionali ed extraregionali, stabilito in complessivi euro 3.205.500,00 (euro tremilioniduecentocinquecento/00) per ciascuno degli anni 2014 e 2015, che rappresenta il limite massimo di spesa che la Regione Abruzzo può mettere a disposizione per l'acquisto di prestazioni termali per ciascuna delle predette annualità 2014 e 2015;

**CONSIDERATO** che, pertanto, gli importi dei singoli contratti per l'acquisto di prestazioni di assistenza termale stabiliti per gli anni 2014-2015, corrispondenti ai volumi di prestazioni da erogare a pazienti regionali ed extraregionali, sono determinati per ciascuna struttura nella misura indicata nel prospetto

allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente atto;

**TENUTO CONTO** che il presente decreto, unitamente ai citati allegati 1 e 2 parti integranti e sostanziali, viene notificato a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno/Posta Elettronica Certificata, a ciascun erogatore privato entro dieci giorni dalla data di adozione e la sottoscrizione del contratto viene effettuata decorsi non meno di quindici giorni dalla predetta notifica;

**CONSIDERATO** che in tale lasso di tempo ciascuna struttura ammessa alla negoziazione potrà depositare eventuali controdeduzioni al Commissario ad Acta in ordine al rapporto di sua competenza quale risultante dallo schema di contratto e dai tetti assegnati e che, in tal caso, il Commissario provvederà a fornire la relativa risposta entro quindici giorni dalla ricezione delle controdeduzioni, fissando entro i successivi dieci giorni la data per la stipula del contratto;

**STABILITO** che la data del 27 novembre 2014 è da considerarsi termine ultimo per la sottoscrizione dei singoli contratti per l'acquisto di prestazioni sanitarie termali biennio 2014 - 2015 nei limiti dei tetti annuali di spesa di cui al richiamato allegato 1 al presente atto;

**VISTO** l'art 7 comma 5 lett b) della LR 32 del 31-7-2007 che prevede la revoca dell'accreditamento nel caso di erogazione per due annualità, nel periodo di validità dell'accordo contrattuale, di prestazioni - delle quali è comunque vietata la remunerazione - eccedenti nella misura massima del 7,5% il programma preventivamente concordato e sottoscritto nell'accordo stesso;

**PRECISATO** che nei confronti degli erogatori privati che non provvedono a stipulare il contratto offerto trovano applicazione le disposizioni di cui all'art. 8 quinquies, comma 2 quinquies, del D. L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

**RILEVATO** che quanto sopra rappresentato riveste carattere di urgenza stante la necessità di addivenire in tempi rapidi alla definizione delle negoziazioni con le strutture private provvisoriamente accreditate di che trattasi e

che, pertanto, il presente atto non è sottoposto al parere preventivo dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze;

Tutto ciò premesso

## DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- **di dare atto** che le strutture private erogatrici di prestazioni termali, con le quali si procede alla negoziazione, sono quelle accreditate ovvero provvisoriamente accreditate ai sensi della LR n. 32/2007 e s.m.i., di cui alla richiamata nota del Servizio Programmazione Sanitaria prot. RA/45058 del 14/02/2014;
- **di autorizzare** nella misura di complessivi euro 3.205.500,00 (euro tremilioniduecento-cinquecinquecento/00) il tetto di spesa massimo annuale per ciascuno degli anni 2014 e 2015, relativo all'acquisto di prestazioni di assistenza termale in favore di pazienti residenti sia nella Regione Abruzzo che fuori Regione, ripartito tra le singole strutture private come indicato nel prospetto Allegato 1 al presente atto che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- **di approvare** lo schema di contratto negoziale per le prestazioni di assistenza termale erogate dalle strutture private provvisoriamente accreditate, di cui all'allegato 2) che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
- **di stabilire** la data del 27 novembre 2014 quale termine ultimo per la sottoscrizione dei singoli contratti per l'acquisto di prestazioni sanitarie termali, biennio 2014 - 2015, nei limiti dei tetti annuali di spesa di cui al richiamato allegato 1 al presente atto;
- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, siccome previsto nell'Accordo con la Regione Abruzzo per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi e individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico;
- **di disporre** che il presente provvedimento venga trasmesso ai Direttori Generali delle Aziende Unità Sanitarie Locali, comunicato secondo le modalità indicate in narrativa alle strutture private interessate

provvisoriamente accreditate, e pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.

IL COMMISSARIO AD ACTA  
**Dott. Luciano D'Alfonso**

*Seguono allegati*



Allegato al Decreto del Commissario  
ad ACTA

n. 126 del 20 OTT. 2014

**ALLEGATO 1**

STABILIMENTI TERMALI		TETTI MASSIMI ANNUALI	
Struttura Accreditata		Tetto di spesa Annualità 2014	Tetto di spesa Annualità 2015
1	Terme di Caramanico	€ 2.531.254,58	€ 2.531.254,58
2	Terme di Popoli	€ 670.122,85	€ 670.122,85
3	Nuove terme di Canistro	€ 4.122,57	€ 4.122,57
<b>TOTALE</b>		<b>€ 3.205.500,00</b>	<b>€ 3.205.500,00</b>

Allegato al Decreto del Commissario  
ad ACTA

Pag. 1 / 12

n. 186 del 20 OTT. 2014



## ALLEGATO 2

### SCHEMA DI CONTRATTO PER L'ACQUISTO DI PRESTAZIONI SANITARIE TERMALI DALLA RETE PRIVATA ACCREDITATA BIENNIO 2014-2015

stipulato in Pescara, in data.....

#### TRA

- la **Regione Abruzzo**, C.F. e P.I. 80003170661, con sede in L'Aquila, alla Via L. Da Vinci, 6, in persona del **Commissario Ad Acta** per la realizzazione del Piano di rientro dei disavanzi del Servizio Sanitario Regionale Abruzzese, nonché Presidente della Giunta Regionale della Regione Abruzzo, Dott. Luciano D'Alfonso;
- **le Aziende Sanitarie Locali della Regione Abruzzo** come sotto indicate:
  1. Azienda Sanitaria Locale 1 – Avezzano, Sulmona, L'Aquila - C.F. e P.IVA \_\_\_\_\_ con sede in L'Aquila, alla Via Saragat – Località Campo di Pile, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore Dott. \_\_\_\_\_;
  2. Azienda Sanitaria Locale 2 – Lanciano, Vasto, Chieti - C.F. e P.IVA \_\_\_\_\_ con sede in Chieti, alla Via Martiri Lancianesi n. 17/19, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore Dott. \_\_\_\_\_;
  3. Azienda Sanitaria Locale 3 – Pescara - C.F. e P.IVA \_\_\_\_\_ con sede in Pescara, alla Via Renato Paolini, n. 47, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore Dott. \_\_\_\_\_;
  4. Azienda Sanitaria Locale 4 – Teramo - C.F. e P.IVA \_\_\_\_\_ con sede in Teramo, alla Via Circonvallazione Ragusa, n. 1, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore Dott. \_\_\_\_\_;

#### E

- L'Ente Gestore \_\_\_\_\_, P.I. \_\_\_\_\_, con sede in \_\_\_\_\_, alla Via \_\_\_\_\_, in persona del sig. \_\_\_\_\_ legale rappresentante pro-tempore, il quale si dichiara munito dei poteri necessari a contrarre il presente atto in nome e per conto dell'Ente con sede operativa ..... (di seguito indicata come Struttura)

#### PREMESSO CHE

la Struttura è provvisoriamente accreditata all'esercizio di prestazioni termali e consegue il definitivo accreditamento unicamente all'esito positivo del relativo iter procedurale in corso di svolgimento;

#### PRESO ATTO

del Decreto Commissariale n. ..../2014 del ..... avente ad oggetto: "Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete termale privata provvisoriamente accreditata biennio 2014 - 2015 - approvazione schema di contratto e relativi tetti di spesa annuali per singolo stabilimento termale.";

**SI CONVIENE E SI STIPULA****Art. 1****Documentazione**

1. Per la sottoscrizione del presente accordo la Struttura presenta, nel termine di 7 giorni dal ricevimento di copia del decreto n...../2014 del ..... unitamente all'allegato schema contrattuale (All.2), distinte dichiarazioni, rilasciate ai sensi del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 15, comma 1, Legge 12/11/2011, n.183, sostitutive dei seguenti certificati:
  - a) Certificato attestante l'iscrizione al Registro delle Imprese ove previsto, ovvero alla C.C.I.A.A., riportante i dati anagrafici di tutti i soggetti nei confronti dei quali – ai sensi e nel rispetto dell'art. 85 del D.Lgs. n. 159/2011 – deve essere acquisita l'informativa antimafia di cui all'art. 91 del predetto D.Lgs. 159/2011, nonché l'attestazione di insussistenza di procedure concorsuali o di procedimenti per l'assoggettamento a dette procedure;
  - b) Certificato dei carichi pendenti relativo ai soggetti che hanno il potere di rappresentare la Struttura;
  - c) Certificato generale del casellario giudiziale per i soggetti che hanno il potere di rappresentare la Struttura;
  - d) Certificato rilasciato già previsto dagli art.li 80 e 81 del D.Lgs.231/01 come attualmente contemplato dal DPR 14/11/2002 n.313 di non aver subito la Struttura nessuna sanzione e di non esser pendente nei suoi confronti nessun procedimento concernente le comminatorie;
  - e) Certificato attestante l'ottemperanza alle norme per il diritto al lavoro dei disabili (ex art. 17 della l. 12 marzo 1999, n. 68).
2. Ciascuna A.S.L., nello stesso termine di 7 giorni dal ricevimento di copia del decreto n...../2014 del ..... e dell'allegato schema contrattuale, trasmette all'Amministrazione Regionale, per le strutture di propria competenza, il Documento Unico di Regolarità Contributiva acquisito secondo le modalità previste dall'art. 44 bis del D.P.R. 445/2000;
3. L'Amministrazione Regionale, nelle more della realizzazione della Banca dati Unica della Documentazione Antimafia - provvederà a richiedere l'informativa antimafia di cui al D.lg. 159/2011 alle Prefetture competenti, entro 7 giorni dal ricevimento della documentazione completa di cui al punto 2a;
4. Stante l'urgenza della sottoscrizione del presente contratto, come dichiarata e motivata nel citato Decreto Commissariale n...../2014 del ..... di cui il presente schema contrattuale costituisce parte integrante e sostanziale, decorso il termine di quindici giorni dalla ricezione della richiesta da parte della Prefettura interessata, si potrà procedere, anche in assenza dell'informativa antimafia, alla sottoscrizione del presente contratto, che sarà sottoposto alla condizione risolutiva prevista dall'art. 92 del D.Lgs. 159/2011;
5. Le suddette informazioni saranno recapitate all'A.S.L. di competenza tenuta a segnalare alla Regione eventuali tentativi di infiltrazione mafiosa accertati successivamente alla stipula del presente accordo.

6. I legali rappresentanti degli organismi societari, nel termine di trenta giorni dall'intervenuta modificazione dell'assetto societario o gestionale dell'impresa, dovranno trasmettere al Prefetto che ha rilasciato l'informazione antimafia copia degli atti dai quali risulta l'intervenuta modificazione relativamente ai soggetti destinatari delle verifiche antimafia di cui all'art. 85 del D.Lgs. n. 159/2011.

#### **Art. 2**

##### **Oggetto**

1. Per gli anni 2014 e 2015 il Servizio Sanitario Regionale affida alla Struttura l'erogazione delle prestazioni sanitarie termali di cui all'art. 3 del presente contratto.
2. Nel rispetto dei limiti e delle condizioni previste dal presente accordo:
  - la Struttura si obbliga ad erogare le prestazioni di cui all'art. 3;
  - la A.S.L., nel cui ambito territoriale la Struttura è ubicata, si obbliga a remunerarle.
3. Le prestazioni sono erogate in favore di pazienti residenti nel territorio della Regione Abruzzo ed in favore di pazienti residenti in altre Regioni del territorio nazionale che, esercitando libera scelta, decidono di accedervi per il tramite della Struttura.

#### **Art. 3**

##### **Volume di prestazioni erogabili e previsione di spesa**

1. La Struttura si impegna ad erogare, per gli anni 2014 e 2015, le sole prestazioni sanitarie termali autorizzate ed accreditate provvisoriamente con provvedimenti regionali nei limiti del tetto di spesa di cui al presente articolo e nel rispetto dei provvedimenti quivi richiamati, ed accetta come corrispettivo massimo complessivo annuale, relativo a ciascuno degli anni 2014 e 2015 il tetto di spesa di euro € .....
2. Nel caso in cui la produzione ecceda il tetto massimo annuale di cui al punto 1, che è pertanto assolutamente inderogabile, sarà applicata una regressione tariffaria modulata in base all'entità del superamento del tetto stesso.

#### **Art. 4**

##### **Condizioni di erogabilità delle prestazioni**

1. Le prestazioni sanitarie di cui agli artt. 2 e 3 devono essere erogate nel rispetto:
  - del DPCM 29/11/2001 (LEA) e ss.mm.ii.;
  - della normativa e dei provvedimenti nazionali e regionali, in particolare del D.P.R. 14/01/1997, della L.R. n. 32 /2007 e da appositi accordi, così come previsto all'art. 4, comma 4, della legge n. 323/2000;
  - dei provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento;
  - del valore del tetto di spesa di cui all'art. 3;
  - delle disposizioni contenute nel Patto per la Salute 2011-2012;
  - della normativa antinfortunistica.
2. La Struttura dichiara di possedere alla data odierna, e si impegna a mantenere per la durata del presente contratto, i requisiti tecnologici, organizzativi e strutturali di cui ai provvedimenti autorizzativi ed agli atti di accreditamento, obbligandosi, in ogni caso, a

conformarsi e ad adeguarsi alle disposizioni di cui alla L.R. 32/07 nei tempi e secondo le modalità ivi previste.

3. La Struttura dichiara e garantisce l'adeguatezza ed il perfetto stato di uso di tutte le apparecchiature e si impegna a tenere a disposizione della A.S.L. competente e della Regione, per consentire i relativi controlli, i contratti di manutenzione e/o la documentazione delle attività di manutenzione effettuata in maniera adeguata a ciascuna apparecchiatura.

#### **Art. 5**

##### **Criteri di ripartizione della spesa preventivata**

1. A garanzia della previsione di spesa concordata con il presente contratto e a tutela della continuità nell'erogazione delle prestazioni, le parti convengono che il tetto massimo complessivo annuale di cui all'art. 3 è assegnato relativamente alla produzione riferita ai mesi di effettiva attività.

#### **Art 6**

##### **Modalità di erogazione delle prestazioni**

1. L'erogazione della prestazione sanitaria è subordinata alla richiesta compilata su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale a cura del medico prescrittore in conformità a quanto previsto dalla vigente normativa nazionale e dalle vigenti disposizioni regionali in materia.
2. Non sono remunerabili ed esigibili le prestazioni erogate su richieste del S.S.N. non conformi alla richiamata normativa.
3. Per procedere all'erogazione delle prestazioni la Struttura è tenuta a verificare, preliminarmente, la sussistenza della richiesta su ricettario SSN nel rispetto dei requisiti di cui al punto 1 del presente articolo.
4. Le prestazioni sono erogate secondo le modalità e con le caratteristiche previste dai provvedimenti nazionali e regionali in materia ed, in ogni caso, nel rispetto dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento, di qualità e di appropriatezza imposti dalla buona e diligente pratica professionale, e secondo l'assetto organizzativo e funzionale di cui ai provvedimenti autorizzativi ed agli atti di accreditamento che la struttura si impegna a rispettare per tutta la vigenza del presente contratto.

#### **Art. 7**

##### **Ulteriori obblighi della Struttura**

1. La Struttura si impegna:
  - ad adeguare la propria organizzazione interna ai principi di programmazione regionale in materia di "governo clinico", ed ai percorsi assistenziali concernenti le prestazioni oggetto del presente contratto, definiti a livello nazionale e regionale;
  - a garantire la partecipazione dei propri operatori ad eventuali iniziative formative promosse dalle AA.SS.LL. e dalla Regione;
  - a rispettare puntualmente la normativa in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro ed in materia previdenziale.

- a trasmettere al CUP Aziendale, per la condivisione telematica, le agende di prenotazione e monitoraggio delle prestazioni al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sui sistemi aziendali e regionali secondo quanto verrà specificato dall'Amministrazione regionale;
  - ad aderire al progetto fascicolo sanitario elettronico.
2. La struttura si obbliga a garantire, unitamente alla documentazione contabile ed elettronica di cui agli art. 10 e 12 e nel rispetto del D.lgs. 196/2003 e ss.mm., l'invio mediante strumenti telematici alla A.S.L di competenza territoriale delle informazioni di seguito dettagliate:
- a) Comunicazione di presa in carico del paziente, completa di impegnativa della richiesta entro le 24 ore.
  - b) Trasmissione mensile del prospetto giornaliero delle presenze e/o del numero di pazienti trattati a carico del S.S.N, distinto per tipologia.

#### **Art. 8**

##### **Documentazione relativa agli utenti**

1. La Struttura ha l'obbligo di istituire dei fascicoli personali contenenti tutta la documentazione sanitaria degli utenti nei quali dovrà conservare, nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di privacy:
- a) tutta la documentazione sanitaria (cartella clinica) relativa a ciascun paziente;
  - b) tutta la documentazione amministrativa relativa a ciascun paziente.

#### **Art. 9**

##### **Personale della Struttura e requisiti di compatibilità**

1. La Struttura si impegna ad erogare le prestazioni di cui agli artt. 2 e 3 utilizzando il personale e le figure professionali del ruolo sanitario, tecnico e amministrativo previste dalla normativa vigente in materia di autorizzazione e accreditamento.
2. La Struttura garantisce l'impiego di personale che sia in possesso dei titoli abilitanti e che non versi in situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 1 della L. 662/96.
3. Le parti si danno atto che eventuali situazioni di incompatibilità e l'accertamento della insussistenza della capacità di garantire le prestazioni nei termini di cui al presente articolo, determinano l'apertura del procedimento amministrativo finalizzato all'irrogazione delle sanzioni previste dall'art. 1, comma 19, della legge n. 662/1996.
4. L'elenco della dotazione organica della Struttura controfirmato dal Legale Rappresentante, indicante il codice fiscale di ogni singolo dipendente, la relativa qualifica, la mansione svolta, il monte ore settimanale ed eventuali, successive, variazioni deve essere comunicato trimestralmente, all'ASL di pertinenza oltre che al Servizio Attività Ispettiva e Controllo Qualità della Direzione Politiche della Salute. L'elenco dovrà essere comprensivo anche del personale in regime libero professionale per il quale la struttura dovrà specificare le generalità del professionista, la durata della collaborazione con l'indicazione della data di inizio e di conclusione del rapporto.

5. La Struttura si impegna a mantenere per tutta la durata del contratto l'applicazione del C.C.N.L. di categoria che deve essere dichiarato dalla Struttura nell'elenco di cui al punto 4 del presente articolo.

#### **Art. 10**

##### **Obblighi informativi della Struttura**

1. La Struttura fornisce alla A.S.L. competente per territorio, entro il quindicesimo giorno del mese successivo a quello di riferimento, unitamente alla fattura di cui all'art. 12, il file di produzione (File E) relativo alle prestazioni di assistenza termale, come disciplinato dalla normativa regionale.
2. Il file costituisce, oltre che obbligo informativo, anche allegato elettronico analitico alla fattura, chiarendosi che sono oggetto di fatturazione tutte le prestazioni erogate a carico del S.S.R. nel mese di competenza, nel rispetto dei limiti di cui agli artt. 3 e 4 del presente contratto.
3. Con ulteriori campi aggiuntivi al tracciato record, di cui al punto 1 del presente articolo, la Struttura specifica per ogni prestazione:
  - il valore dell'importo fatturato;
  - il numero progressivo e la data di emissione della fattura.
4. La Struttura si impegna, altresì, a rispettare, nei tempi e nei modi previsti, gli ulteriori obblighi informativi stabiliti dalle normative ministeriali (gestionali NSIS e Sistema Tessera Sanitaria file art. 50) e regionali in materia.
5. La Struttura ha l'obbligo di comunicare eventuali ritardi nella trasmissione delle informazioni; l'omissione dei suddetti obblighi informativi, se protratta per due mesi consecutivi o mantenuta nell'arco di complessivi 90 giorni dell'anno di riferimento, costituisce inadempimento grave e causa di risoluzione del presente contratto ai sensi dell'art.18.
6. Restano salvi gli obblighi informativi di cui all'art 7.
7. La A.S.L. al ricevimento della fattura e dell'allegata documentazione informativa verifica l'esatta attribuzione delle tariffe vigenti alle corrispondenti prestazioni termali erogate.

#### **Art. 11**

##### **Controlli di appropriatezza e congruità**

1. Fatte salve le verifiche sul fatturato di cui al successivo art. 12, durante la vigenza del presente accordo, la Regione e la A.S.L. potranno in qualunque momento verificare l'appropriatezza, la legittimità e la congruità delle prestazioni svolte dalla Struttura che, in ogni caso, dovranno essere eseguite a regola d'arte sotto il profilo tecnico e funzionale, secondo le condizioni, le modalità ed i termini previsti dalle norme di settore e dai provvedimenti regionali.

2. Il campione dei controlli di appropriatezza, congruità e legittimità deve essere rappresentativo di almeno il dieci per cento della produzione fatturata.
3. La A.S.L. competente territorialmente deve verificare la coerenza dei dati di produzione con quelli relativi alla fatturazione di cui all'articolo 12 secondo le modalità previste dall'art. 13.
4. I controlli presso le Strutture sono di competenza dei Nuclei Operativi di Controllo (N.O.C.) secondo le modalità previste dai provvedimenti regionali.
5. E' facoltà della Regione e della A.S.L. di pertinenza avvalersi, per lo svolgimento dei predetti controlli, di altro personale, anche non dipendente, in possesso di particolare e comprovata competenza tecnica, fatti salvi gli effetti del Protocollo di Intesa, concluso il 21/02/2011, tra la Regione Abruzzo e il Comando Carabinieri per la tutela della Salute.
6. I controlli di cui al presente articolo devono essere svolti nei tempi utili a garantire il rispetto dei termini del procedimento di verifica, di cui al punto 8, fermo restando il termine previsto dall'art. 12 punto 1.
7. La Struttura si impegna a predisporre e mantenere, a sue spese, condizioni organizzative necessarie ed utili a consentire il corretto e regolare svolgimento dell'attività di controllo.
8. Il procedimento di verifica si svolge nel rispetto della L. 241/90 e ss.mm.ii. con le seguenti precisazioni:
  - le verifiche avvengono alla presenza di Rappresentanti della Struttura;
  - di esse è redatto verbale attestante, tra l'altro:
    - a) le generalità degli intervenuti;
    - b) la descrizione delle circostanze di fatto rilevate;
    - c) le operazioni compiute;
    - d) le osservazioni eventualmente avanzate dalla Struttura.Al termine delle operazioni di verifica, il verbale è consegnato alla Struttura.
  - entro i successivi 10 giorni dalla consegna del verbale la Struttura può presentare controdeduzioni;
  - entro 10 giorni dalla ricezione delle contro-deduzioni formulate dalla Struttura la ASL competente comunica alla Struttura l'esito definitivo della verifica assegnando un termine non superiore a 10 gg per adempiere alle prescrizioni eventualmente impartite, decorsi inutilmente i quali la ASL adotta i provvedimenti e le prescrizioni del caso la cui inosservanza costituisce grave inadempimento e causa di risoluzione del presente contratto ai sensi dell'art. 18.
9. L'esito della verifica deve indicare il valore economico delle prestazioni inappropriate, incongrue, illegittime rispetto al tetto mensile di cui all'art. 5.
10. Resta ferma la responsabilità della Struttura per inadempienze relative a circostanze e prestazioni che non hanno formato oggetto di controllo.

**Art. 12****Modalità di fatturazione**

1. La Struttura trasmette alla A.S.L. di competenza territoriale, la fattura relativa all'integrale produzione del mese di riferimento posta a carico del S.S.R nel rispetto dei limiti previsti dagli artt. 3 e 4.
2. La fattura è trasmessa alla A.S.L. territorialmente competente entro e non oltre il giorno 15 del mese successivo a quello di riferimento.
3. La fattura deve indicare separatamente le prestazioni rese a favore di utenti aventi la residenza nell'ambito della Regione Abruzzo ed extraregionali, distinguendole per A.S.L. di residenza del paziente.
4. Alla fattura deve essere allegata la documentazione relativa alla produzione di cui all'art. 10.
5. L'A.S.L. acquisisce e verifica la regolarità del DURC e non procede alla liquidazione ed al pagamento della fattura non conforme alle previsioni del presente articolo.

**Art. 13****Controlli sul fatturato, liquidazione e pagamento**

1. Il pagamento delle prestazioni, fatturate secondo le modalità di cui all'art 12, avviene entro 60 giorni dalla data di ricezione della fattura di riferimento a cura della ASL di competenza.
2. La ASL deve effettuare acconti mensili pari all'70% (settantapercento) della somma fatturata entro il tetto mensile di cui all'art. 5 del presente contratto entro 30 giorni dalla ricezione della fattura.
3. Alla scadenza di ogni trimestre, entro il termine di cui al comma 1, la A.S.L. procede al saldo della fattura - positivo o negativo - sulla base della produzione accertata e validata come appropriata, congrua e legittima ed in osservanza di quanto previsto all'art. 11 e all'art 13 del presente contratto. Ove necessario la A.S.L. richiede alla Struttura nota di credito.
4. La nota di credito è emessa entro e non oltre 60 giorni decorrenti dalla ricezione della relativa richiesta ed indica le prestazioni a cui si riferisce e la residenza dell'utente a cui favore è stata erogata la prestazione.
5. La mancata emissione della nota di credito, secondo le modalità ed i termini previsti dal presente articolo, costituisce inadempimento grave e causa di risoluzione del presente contratto previa formale diffida ai sensi dell'art. 18.
6. Nei casi in cui la somma corrisposta mensilmente in acconto alla Struttura ecceda, nel trimestre, il valore della produzione accertata e validata per lo stesso periodo, la ASL procede a compensazione con il credito delle mensilità relative al trimestre successivo, in costanza di rapporto.

7. Le parti convengono che per produzione accertata e validata si intende il totale delle prestazioni fatturate, poste a carico del S.S.R., che hanno positivamente superato i controlli di cui agli artt. 11 e 13 del presente accordo e debitamente certificata dalla ASL, non costituendo il solo fatturato, ex se, pretesa di corrispettivo.
8. La A.S.L. sospende i pagamenti in presenza di violazioni della vigente normativa e nei casi previsti dal presente contratto fermo restando l'obbligo di attivare le procedure previste dal presente accordo e dalla vigente normativa.
9. È fatta salva la ripetizione in favore della ASL delle somme che, sulla base dei controlli effettuati in qualunque tempo sull'attività erogata dalla Struttura in forza del presente contratto, risultino non dovute totalmente o in parte.
10. Gli interessi per ritardato pagamento sono fissati nella misura di cui all'art. 1284 c.c. e decorrono dal novantesimo giorno successivo alla data di protocollazione della fattura.
11. La ASL competente è tenuta ad adempiere gli obblighi informativi nei confronti dell'Agenzia Sanitaria Regionale ai sensi della L.R. n. 5/2008 al fini del monitoraggio della spesa sanitaria.

#### **Art. 14**

##### **Tariffe**

1. Le prestazioni di cui al presente contratto sono remunerate secondo le tariffe approvate dall'accordo nazionale 2013-2015 tra la Conferenza delle Regioni e Province Autonome, la Commissione Salute e la Federterme, di cui all'Intesa sancita in Conferenza Stato – Regioni Rep atti n. 172/CSR del 5 dicembre 2013;
2. Le parti convengono che le quote di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti sono trattenute dalla Struttura a titolo di anticipazione rispetto al budget annuale assegnato e non rappresentano pertanto una remunerazione aggiuntiva delle prestazioni;
3. In caso di incremento delle tariffe a seguito dell'eventuale approvazione del nuovo accordo nazionale e del suo recepimento da parte della Regione Abruzzo il volume massimo di prestazioni remunerate si intenderà rideterminato, in conformità a quanto disposto dall'art. 8 quinquies del D. Lgs. 502/92, nei limiti complessivi del tetto di spesa stanziato dal predetto accordo per la Regione Abruzzo e di conseguenza per ciascuna struttura proporzionalmente, nel rispetto della ripartizione tra i singoli stabilimenti termali di cui all'allegato 1 al Decreto Commissariale n...../2014 del \_\_\_\_\_

#### **Art. 15**

##### **Cessione dei crediti**

1. La Struttura ha l'obbligo di notificare la cessione a qualsiasi titolo dei crediti derivanti dall'esecuzione del presente contratto alla ASL competente territorialmente.
2. Le parti convengono che l'efficacia della cessione è condizionata all'accettazione da parte della ASL di pertinenza, da esprimersi nel termine di 20 giorni, e che la cessione del credito

potrà essere accettata esclusivamente nei limiti delle prestazioni verificate positivamente e valorizzate ai sensi dell'art. 12 punto 7. In conseguenza di quanto sopra la struttura si impegna a mantenere indenne la ASL per eventuali cessioni effettuate al di fuori delle forme e condizioni di cui ai precedenti commi.

3. Sono inefficaci le cessioni di credito non conformi alle prescrizioni del presente articolo. In conseguenza di quanto sopra la struttura si impegna a mantenere indenne la ASL per eventuali cessioni effettuate al di fuori delle forme e condizioni di cui ai precedenti commi.

#### **Art. 16**

##### **Incedibilità del contratto**

1. Il presente contratto è incedibile in tutto o in parte.
2. La cessione costituisce grave inadempimento ai sensi dell'art. 18.

#### **Art. 17**

##### **Durata**

1. Il presente contratto regola le prestazioni rese a decorrere dal 1 gennaio 2014 fino al 31 dicembre 2015.
2. Le parti concordano che l'oggetto del contratto riguarda comunque le sole prestazioni corrispondenti alle quantità ed alle tipologie previste nel contratto.

#### **Art. 18**

##### **Risoluzione del contratto**

1. Fermo ogni altro rimedio e sanzione previsti dal presente contratto e dalla normativa ad esso applicabile costituiscono grave inadempimento e cause di risoluzione del presente accordo:
  - l'accertata falsità di dichiarazioni rese dalla Struttura ai fini della stipula e della esecuzione del presente contratto;
  - l'impedimento ai controlli di cui agli artt. 11, 13;
  - la mancata ottemperanza agli obblighi informativi nelle ipotesi di cui all'art. 10;
  - la cessione del presente contratto di cui all'art. 16;
  - l'inosservanza dell'obbligo di conservazione e custodia dei documenti relativi alle prestazioni rese;
  - l'accertata violazione degli obblighi in materia previdenziale e di sicurezza nei luoghi di lavoro di cui all'art. 7;
  - la mancata emissione della nota di credito di cui all'art. 13;
  - l'inosservanza grave e ripetuta dell'art. 4 comma 1 e 2;
  - la revoca dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento, la sospensione dei quali determina l'automatica sospensione degli effetti del presente contratto;
  - il mancato conseguimento e/o la revoca dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento definitivi, la sospensione dei quali determina l'automatica sospensione degli effetti del presente contratto;
  - il rilascio di documentazione antimafia interdittiva ai sensi e per gli effetti previsti dal

- D.Lgs. 159/2011;
- inosservanza dei provvedimenti aziendali di cui all'art. 11, punto 8 del presente contratto.
2. Le predette inadempienze sono contestate dalle parti per iscritto con fissazione di un termine per le eventuali repliche.
  3. In caso di definitivo accertamento delle inadempienze contestate di cui al comma 1 la Regione e/o la ASL di competenza potrà richiedere la risoluzione di diritto del presente contratto previa comunicazione scritta alla Struttura ai sensi dell'art. 1456 c.c..
  4. Resta fermo il diritto della Regione e dell'ASL competente al risarcimento dei danni derivanti da inadempimento della Struttura.

#### **Art. 19**

##### **Controversie**

1. Per tutte le controversie di pertinenza della giurisdizione ordinaria inerenti la conclusione e l'esecuzione del presente contratto è competente il foro di L'Aquila ove ha sede legale la Regione Abruzzo.

#### **Art. 20**

##### **Clausola di salvaguardia**

1. 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.
2. In conseguenza dell'accettazione, la Struttura presta acquiescenza ai medesimi provvedimenti e, per l'effetto, rinuncia alle azioni già intraprese e/o a futuri contenziosi avverso gli atti e/o provvedimenti suddetti.

#### **Art. 21**

##### **Norma di rinvio**

1. Per quanto non previsto nel presente contratto si fa riferimento alle disposizioni del codice civile, alle norme nazionali vigenti in materia di appalti in quanto compatibili, alle norme finanziarie, contabili e fiscali che regolano l'attività delle P.A. e, per quanto possa occorrere, alle disposizioni regionali.

#### **Art. 22**

##### **Registrazione**

1. Il presente contratto è soggetto a registrazione in caso d'uso ai sensi del T.U. dell'imposta di registro approvato con D.P.R. n. 131 del 26.04.1986.

Firme

Per la Regione Abruzzo  
Il Commissario ad Acta e  
Presidente della Giunta Regionale

---

Per la Struttura

---

Per le Aziende Sanitarie Locali di:

1. Avezzano, Sulmona, L'Aquila

---

2. Lanciano, Vasto, Chieti

---

3. Pescara

---

4. Teramo

---

Se e per quanto possa occorrere la Struttura approva specificamente le previsioni di cui agli artt. 2,3,4,5,7,10,11,12, 13,14,15,16, 17 – comma 2, 18,20.

Per la Struttura

---

**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO  
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA  
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del  
23 luglio 2014)**

DECRETO 20.10.2014, n. 127

**Accreditamento Istituzionale Casa di Cura Privata "L'Immacolata" sita nel Comune di Celano (AQ).**

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014, con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo dott. Luciano D'Alfonso è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo, secondo i programmi Operativi di cui all'articolo 2, comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni;

**VISTO** il decreto commissariale num.90/2014 del 12 agosto 2014 d'insediamento del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012, con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del servizio sanitario abruzzese, avviato nell'anno 2007 e proseguito con i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88, della L. n. 191/2009;

**ATTESO** che la riferita deliberazione del 07.06.2012 incarica il Sub Commissario di collaborare con il Commissario ad Acta "all'attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni ed accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale";

**VISTO** il decreto commissariale n. 20/2012 dell'11.06.2012 di presa d'atto dell'insediamento del dott. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario, con decorrenza dell'incarico dall'11.06.2012;

**VISTA** la L.R. 31.07.2007 n. 32 recante "Norme generali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private";

**VISTO**, in particolare, l'art. 6 della L.R. 31.07.2008 il quale disciplina l'accREDITAMENTO Istituzionale, subordinandolo al rispetto di "ulteriori requisiti orientati al miglioramento continuo della qualità di assistenza definiti dal Manuale di AccREDITAMENTO";

**VISTA** la L.R. n. 5/2008, Piano Sanitario Regionale 2008-2010 ed in particolare gli allegati 2.2 "Linee guide per la stesura del manuale di accREDITAMENTO" e 2.3 "Linee guida per la costituzione dell'organismo regionale per l'accREDITAMENTO (O.R.A.)" le quali definiscono le funzioni dell'O.R.A. prevedendo che esso si componga del Gruppo di Esperti Regionali per l'AccREDITAMENTO (G.E.R.A.) e del Comitato di Coordinamento Regionale per l'accREDITAMENTO (C.C.R.A.);

**VISTA** la deliberazione di Giunta Regionale n. 591/P del 01.07.2008, pubblicata sul BURA n. 75 del 22.10.2008, di approvazione dei Manuali regionali di Autorizzazione e AccREDITAMENTO delle strutture sanitarie e sociosanitarie e ss.mm.ii.;

**VISTA** la deliberazione del Commissario ad Acta n. 53/09 del 21 luglio 2009 di istituzione del Comitato di Coordinamento Regionale per l'AccREDITAMENTO (C.C.R.A.);

**VISTA** la deliberazione del Commissario ad Acta n. 73/09 del 22 ottobre 2009 di approvazione del Regolamento dell'Organismo Regionale per l'AccREDITAMENTO";

**VISTI** la deliberazione del Commissario ad Acta n. 39/2010 del 7 luglio 2010 ed il Decreto del Commissario ad Acta n. 1/2011 del 31 gennaio 2011 di modifica della composizione del Comitato di Coordinamento Regionale;

**VISTA** la deliberazione del Commissario ad Acta n. 79/2010 del 22 dicembre 2010 di nomina del Gruppo di Esperti Regionali per l'AccREDITAMENTO (G.E.R.A.);

**VISTO** il decreto del Commissario ad Acta n.9/2012 del 15.03.2012 con cui è stata

autorizzata la voltura dell'accreditamento provvisorio relativo all'attività di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale limitatamente al titolo regionale di legittimazione già in capo alla società "Casa di Cura Santa Maria Sas di Verde Due Srl" in favore della società "Associazione Opera Santa Maria della Pace", ente morale, con sede a Roma in via Bruxelles n.34 iscritta al registro delle imprese di Roma C.F. n.01263070664;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta n.29/2012 del 13.07.2012 con cui è stato rilasciato il nulla-osta di compatibilità programmatoria di cui all'art.3, comma 5 lett.b) della LR. N.32/2007, ai fini dell'autorizzazione richiesta dall'Associazione Opera Santa Maria della Pace al trasferimento presso la Casa di Cura l'Immacolata e, nello specifico, dei 29 posti letto provvisoriamente accreditati in favore di detta struttura e già volturati all'Ass. S.Maria della Pace con decr.. Comm. N.9/2012 suddetto;

**VISTA** la domanda di accreditamento ex art. 12 L.R. 32/2007 per la Casa di Cura Privata "L'Immacolata", sita nel Comune di Celano in Via S. Cecilia n.6, presentata dal legale rappresentante dell'Associazione Opera Santa Maria della Pace, ente morale con sede in Roma, Via Bruxelles 34, p.iva 05659281009, acquisita dalla Direzione Politiche della salute, in data 6 ottobre 2009, prot.22023/4-9 e trasmessa al C.C.R.A in data 09/04/2010;

**VISTA** l'atto num. 11145 del 31/08/2012, con cui il comune di Celano (AQ) ha rilasciato al dott. Antonio Cicchetti in qualità di legale rappresentante dell'Associazione Opera Santa

Maria della Pace, proprietaria della casa di cura specialistica "L'Immacolata" sita a Celano (AQ) in Via Santa Cecilia, l'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria di casa di cura privata polispecialistica;

**ATTESO** che, alla luce di quanto previsto all'art. 8 "Procedure di visita presso le strutture da accreditare" della Deliberazione del Commissario ad Acta n. 73/2009, il Gruppo Visita, composto da Esperti Regionali per l'Accreditamento, ha effettuato i sopralluoghi presso la struttura e redatto la relazione finale inviata all'ASR Abruzzo;

**VISTA** la nota prot. n.1471 del 02.07.2014 (All. 1), acquista al protocollo regionale RA/177841del 02/07/2014, con la quale l'ASR Abruzzo, in esito alle decisioni assunte dal CCRA in data 30.06.2014 ha trasmesso, al Servizio Programmazione Sanitaria - Ufficio Autorizzazione e Accreditamento Istituzionale della Direzione Politiche della Salute, la scheda di Valutazione Finale e la proposta motivata in copia conforme, relativa all'accreditamento Istituzionale della Casa di Cura Privata "L'Immacolata";

**PRESO ATTO** della richiamata Scheda di Valutazione Finale con la quale il C.C.R.A ha valutato positivamente la tipologia di accreditamento della Casa di Cura Privata "L'Immacolata"; conformemente a quanto proposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale:

Tipologia di accreditamento - classe 1 accreditamento di base per le seguenti discipline e relativi posti letto:

UU .00	p.l. rimodulati		
	p.l. ord	p.l. dh	p.l. totali
08 - Cardiologia	5	3	
09 - Chirurgia Generale	21		
26 - Medicina Generale	10		
37 - Ostetricia e Ginecologia *	11		
43 - Urologia	5		
68 - Pneumologia	5	-	-
60 - Lungodegenti	10		
<b>TOTALE</b>	<b>67</b>	<b>3</b>	<b>70</b>

\* senza Punto Nascita

- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA

- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

5. ASSISTENZA SPECIALISTICA  
AMBULATORIALE E STABILIMENTI  
TERMALI
- 5.1 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA  
MEDICA
  - 5.2 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA  
CHIRURGICA
  - 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO  
AMBULATORIALE
  - 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA  
PER IMMAGINI
  - 5.7 AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE  
FISICA

**PRECISATO**, altresì, che con riguardo alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate le verifiche ispettive sono effettuate attraverso i Nuclei Operativi di Controllo (NOC), organismi interaziendali di verifica - istituiti con Deliberazione del Commissario ad Acta n. 19/2010 del 10.03.2010 e disciplinati con Deliberazione del Commissario ad Acta n. 43/2010 del 22/07/2010 - secondo i protocolli di valutazione per le verifiche di appropriatezza, legittimità e congruità delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture

accreditate approvati con decreto del Commissario ad Acta n. 64/2012 del 14 novembre 2012;

**PRESO ATTO**, della necessità rappresentata in occasione della riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza del 17 e 22 aprile 2014, di "non inviare i singoli decreti di accreditamento istituzionale" e di procedere, pertanto, alla trasmissione del report riepilogativo sullo stato di avanzamento del processo;

### DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- **di riconoscere** alla Casa di Cura Privata "L'Immacolata", con sede operativa in Celano (AQ) Via Santa Cecilia n.6, in attuazione dell'art. 6 L.R. 32/2007, l'accREDITAMENTO istituzionale di classe 1- accREDITAMENTO di base per le seguenti discipline e relativi posti letto:

UU .00	p.l. rimodulati		
	p.l. ord	p.l. dh	p.l. totali
08 - Cardiologia	5	3	
09 - Chirurgia Generale	21		
26 - Medicina Generale	10		
37 - Ostetricia e Ginecologia *	11		
43 - Urologia	5		
68 - Pneumologia	5		
60 - Lungodegenti	10	-	-
<b>TOTALE</b>	<b>67</b>	<b>3</b>	<b>70</b>

\* senza Punto Nascita

- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO  
OSPEDALIERA
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
OSPEDALIERA
- **di riconoscere**, altresì, alla Casa di Cura Privata "L'Immacolata", con sede operativa in Celano(AQ), Via Santa Cecilia, 6, in attuazione dell'art. 6 L.R. 32/2007, l'accREDITAMENTO istituzionale di classe 1- accREDITAMENTO di base per le seguenti attività di assistenza specialistica ambulatoriale:

- 5) ASSISTENZA SPECIALISTICA  
AMBULATORIALE E STABILIMENTI  
TERMALI
- 5.1 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA  
MEDICA
  - 5.2 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA  
CHIRURGICA
  - 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO  
AMBULATORIALE
  - 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA  
PER IMMAGINI
  - 5.7 AMBULATORIO DI  
RIABILITAZIONE FISICA

- **di stabilire** che l’accreditamento istituzionale avrà durata quinquennale ed è rinnovabile su richiesta del rappresentante legale, mediante domanda, corredata di autocertificazione attestante il mantenimento del possesso dei requisiti di accreditamento, da presentare almeno sei mesi prima del quinquennio;
- **di precisare** che ai sensi dell’art. 7 L.R. 32/2007 la Direzione Sanità Regionale ha facoltà di disporre in qualunque momento attività ispettive volte alla verifica del possesso dei requisiti di accreditamento e che, con riguardo alle prestazioni sanitarie erogate, le verifiche ispettive sono effettuate attraverso i Nuclei Operativi di Controllo, secondo i protocolli approvati con decreto

del Commissario ad Acta n. 64/2012 del 14 novembre 2012;

- **di notificare** il presente decreto alla Casa di Cura Privata “L’Immacolata”;
- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, all’Agenzia Sanitaria Regionale, nonché ai competenti Servizi della Direzione Politiche della Salute disponendone la pubblicazione sul BURA per finalità notiziali;

IL COMMISSARIO AD ACTA

**Dott. Luciano D’Alfonso**

*Segue allegato*

Allegato 1



*Com/Subcom/DG/P*  
*R*

REGIONE ABRUZZO  
Direzione Politiche della Salute  
Prot. n. RA 1471/14  
22 LUG. 2014

Pescara, 2 Luglio 2014

Al Commissario Ad Acta

ASR ABRUZZO  
AGENZIA SANITARIA REGIONALE  
Prot. n° 1471 Partenza  
02/07/2014

Sub-commissario  
Dott. Giuseppe ZUCCATELLI

Dirigente del Servizio Programmazione Sanitaria  
Ufficio Autorizzazione ed accreditamento Istituzionale  
Direzione Politiche della Salute  
Dott. Tobia MONACO

Oggetto: Procedimento di accreditamento istituzionale struttura Casa di Cura Privata "L'Immacolata". (art.12, L.R. 32/2007). Trasmissione Valutazione Finale del CCRA (Nota n. 7 delle Procedure di Accreditamento Istituzionale dell'Allegato 6 " Procedure" della DGR 591/P del 1 Luglio 2008 e successive modifiche)

In esito alle decisioni assunte dal CCRA in data 30 giugno 2014 con verbale n.9/2014, si trasmette in allegato, la scheda di Valutazione Finale e la relativa proposta motivata in copia conforme, riguardante l'accreditamento istituzionale della Casa di Cura Privata " L'Immacolata" per il seguito di competenza.



IL DIRETTORE  
Dott. Amedeo Budassi



## ACCREDITAMENTO DELLA CASA DI CURA 'L'IMMACOLATA'

### PROPOSTA MOTIVATA

Struttura Verificata: Casa di Cura Privata 'L'Immacolata' sita nel Comune di Celano

Richiesta: Prot. n. 22023/4/9 del 06/10/2009 e n. 22618/9 del 12/10/2009

Accreditamento Istituzionale (art. 6 LR 32/07): Regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti ed in regime ambulatoriale.

Autorizzazione Definitiva: Comunicata dal Servizio Programmazione Sanitaria – Ufficio Autorizzazione ed accreditamento istituzionale con note prot. RA/123219/DG19 del 29 Maggio 2012 e prot. RA/204024/DG19 del 13 Settembre 2012 – Direzione Politiche della Salute: Autorizzazione Definitiva emanata dal Comune di Celano con Prot. 17443 del 26 novembre 2011, integrata con Prot. 11145 del 31 agosto 2012 a seguito di trasferimento di posti letto e discipline della Casa di Cura Santa Maria.

Gruppo G.E.R.A. formalizzato con verbale del CCRA n. 2 del 20 luglio 2012 modificato con il verbale n. 4 del 31 luglio 2012

- Adele Rulli, Responsabile del gruppo visita
- Maria Assunta Ceccagnoli
- Emilio Francescopaolo Simeone
- Giuliano Baldini
- Fiorella Cesaroni
- Giuseppe Vitolla (dimissionario)

Referenti della Struttura

- Giancarlo Cerone
- Rossella Celeste



**COPIA CONFORME  
ALL'ORIGINALE**



**Premessa:**

Con il Prot. 2534/9 del 9 febbraio 2010 è stata trasmessa dal Servizio Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata lucrativa e non lucrativa - Ufficio Assistenza Ospedaliera Privata la risultanza istruttoria della Casa di Cura 'L'Immacolata' finalizzata all'accreditamento istituzionale; con il Prot. RA/177873/DG19 del 31 agosto 2011 è stata trasmessa dal Servizio Programmazione Sanitaria - Ufficio Autorizzazione ed Accreditemento istituzionale, la risultanza istruttoria della Casa di Cura 'Santa Maria' finalizzata all'accreditamento istituzionale

La domanda pervenuta presenta la seguente richiesta:

**Allegato A alla Domanda di Rilascio di Accreditemento**

**per i PL:**

- Cardiologia
- Chirurgia Generale
- Medicina Generale
- Urologia
- Lungodegenza
- Pneumologia
- Ostetricia e Ginecologia

**per i Servizi:**

- Radiologia
- Anestesia
- Laboratorio Analisi
- Sala operatoria
- Farmacia (solo magazzino)
- Centro trasfusionale (solo emoteca)
- Servizio specialistico di ortopedia
- Servizio specialistico di otorinolaringoiatria
- Servizio specialistico di pediatria



**COPIA CONFORME  
ALL'ORIGINALE**



per i Servizi (ex LR 6/07)

- Cardiologia
- Chirurgia generale
- Chirurgia plastica
- Chirurgia toracica
- Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione
- Medicina generale
- Urologia
- Dermatologia
- Lungodegenza
- Pneumologia
- Reumatologia
- Ostetricia e ginecologia

per gli ambulatori:

- Cardiologia
- Chirurgia Generale
- Chirurgia plastica
- Chirurgia toracica
- Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione
- Medicina Generale
- Oculistica
- Ortopedia e traumatologia
- Urologia
- Dermatologia
- Recupero e riabilitazione funzionale
- Pneumologia
- Reumatologia
- Ostetricia e ginecologia

Parti del Manuale di Accreditamento allegati alla domanda della Struttura

1. DIRITTI DEI PAZIENTI

- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE



**COPIA CONFORME  
ALL'ORIGINALE**



## 2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO

- 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

## 3. OSPEDALI

- 3.2 PAZIENTE CON ICTUS
- 3.3 PAZIENTE CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO (IMA)
- 3.4 PAZIENTE CHIRURGICO
- 3.6 PERCORSO NASCITA
- 3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE ( requisiti comuni a tutte le UU.OO)
- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

## 5. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.1 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA MEDICA
- 5.2 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA CHIRURGICA
- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE
- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
- 5.7 AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE FISICA

Premesso altresì che, l'Allegato A del Decreto del Commissario ad Acta n.25 del 4 luglio 2012 nella tabella 4 prevede:

- ✓ per la Casa di Cura 'L'Immacolata' la seguente dotazioni dei Posti Letto (PL) per disciplina:

UU .OO	p.l. rimodulati		
	p.l. ord	p.l. dh	p.l. totali
08 - Cardiologia	5	3	
09 - Chirurgia Generale	21		
26 - Medicina Generale	10		
43 - Urologia	5		
68 - Pneumologia	5		
37 - Ostetricia e ginecologia*	11		
60 - Lungodegenti	10	-	-
<b>TOTALE</b>	<b>67</b>	<b>3</b>	<b>70</b>

\* senza Punto Nascita



**COPIA CONFORME  
ALL'ORIGINALE**



In data 20 luglio 2012 il CCRA formalizzava il gruppo GERA per la verifica della suddetta disciplina. Lo stesso veniva modificato con verbale n. 4 del 31 luglio 2012.

In data 30 novembre 2012 il gruppo GERA faceva pervenire a questa Agenzia la relativa documentazione comprensiva della relazione finale.

Dalla relazione finale del gruppo GERA risultava che l'esito della verifica veniva considerato positivo per tutti i requisiti di classe A dichiarati. Nella relazione viene altresì specificato che '*... non vengono verificati, pur risultando nella domanda di accreditamento, i requisiti relativi alla chirurgia plastica, toracica ed urologica sia riferiti all'area di degenza che ambulatoriale in quanto al momento non attivi*'.

L'ASR, sulla base della documentazione in possesso, procedeva alla valutazione di quanto pervenuto a norma delle procedure sull'accREDITAMENTO (Allegato n. 6 della deliberazione n. 591/P del 1 Luglio 2008 "Procedure" modificato con Delibera del Commissario ad Acta n.36/2009 del 1 Giugno 2009) evidenziando le seguenti criticità:

- ✓ Mancata verifica dei requisiti di accreditamento relativi ad alcune discipline, e precisamente: chirurgia plastica, chirurgia toracica e urologia;
- ✓ Mancata verifica delle discipline già in capo all'ex Casa di Cura 'Santa Maria', acquisite dalla Associazione Opera Santa Maria della Pace e pertanto trasferite presso la Casa di Cura 'l'Immacolata, in quanto alla data della nomina del GERA per la verifica dei requisiti di accreditamento di quest'ultima (20luglio 2012), l'acquisizione delle suddette discipline non era stata autorizzata.

In considerazione di quanto sopra esposto, l'ASR Abruzzo, in data 31 marzo 2014 ha attivato ufficialmente la dott.ssa Adele Rulli, Responsabile del gruppo GERA, al fine mettere in atto le azioni necessarie per la verifica dei requisiti di accreditamento delle discipline mancanti.



**COPIA CONFORME  
ALL'ORIGINALE**



In data 9 giugno 2014 la dott.ssa Adele Rulli ha fatto pervenire all'ASR Abruzzo l'integrazione alla relazione conclusiva nella quale "...si conferma il possesso del 100% dei requisiti di tipo A fatta eccezione per la chirurgia toracica che si ritiene non accreditabile alla luce della casistica dichiarata e verificata...si conclude, pertanto, la visita con una valutazione positiva e il rilascio dell'accREDITAMENTO di base all'eccezione della chirurgia toracica ."

Si precisa che nel Decreto del Commissario ad Acta n. 25/12 alla Casa di Cura Immacolata non sono previsti i Posti Letto per la Chirurgia Plastica e Toracica.

## Conclusioni

La relazione presentata dal gruppo GERA, così come integrata, risulta essere congruente al 100% dei requisiti di classe A nella parte riferita

### 1. DIRITTI DEI PAZIENTI

- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

### 2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO

- 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

### 3. OSPEDALI

- 3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE ( requisiti comuni a tutte le UU.OO)
- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

### 5) ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.1 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA MEDICA
- 5.2 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA CHIRURGICA
- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE
- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
- 5.7 AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE FISICA



**COPIA CONFORME  
ALL'ORIGINALE**



Per quanto sopra rappresentato e vista la relazione del gruppo GERA così come integrata con documentazione

#### SI PROPONE

- l'accreditamento istituzionale per la casa di Cura Di Cura 'L'Immacolata' relativa a :
  - 1) DIRITTI DEI PAZIENTI
    - 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE
  - 2) DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO
    - 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)
  - 3) OSPEDALI
    - 3.9 'UNITA' OPERATIVE CLINICHE ( requisiti comuni a tutte le UU.OO) limitatamente ai posti letto ed alle discipline previsti dal Decreto del Commissario ad Acta n.25 del 4 luglio 2012
    - 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
    - 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA
  - 5) ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI
    - 5.1 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA MEDICA
    - 5.2 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA CHIRURGICA
    - 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE
    - 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
    - 5.7 AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE FISICA



**COPIA CONFORME  
ALL'ORIGINALE**

### Il Comitato di Coordinamento Regionale per L'Accreditamento

Nella riunione del 30 Giugno 2014, vista la tipologia di accreditamento proposta motivatamente dall'Agenzia Sanitaria Regionale con nota prot. N. 1317 del 11/06/2014 in ordine alla Casa di Cura Privata "L'Immacolata" del Comune di Celano (AQ); ritenuto che la stessa è conforme a quanto previsto dalle disposizioni vigenti

Valuta

positivamente la tipologia di accreditamento della Casa di Cura Privata "L'Immacolata" del Comune di Celano (AQ) conformemente a quanto proposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale con la allegata proposta:

- Tipologia accreditamento – classe 1 accreditamento di base per le seguenti discipline e relativi posti letto

UU .OO	p.l. rimodulati		
	p.l. ord	p.l. dh	p.l. totali
08 - Cardiologia	5	3	
09 - Chirurgia Generale	21		
26 - Medicina Generale	10		
43 - Urologia	5		
68 - Pneumologia	5		
37 - Ostetricia e ginecologia*	11		
60 - Lungodegenti	10	-	-
<b>TOTALE</b>	<b>67</b>	<b>3</b>	<b>70</b>

\* senza Punto Nascita

- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

#### 5) ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.1 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA MEDICA
- 5.2 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA CHIRURGICA
- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE
- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
- 5.7 AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE FISICA

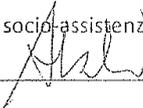


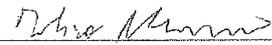
**COPIA CONFORME  
ALL'ORIGINALE**

Letto confermato e sottoscritto:

Il Direttore Politiche della Salute 

Il Direttore dell'ASR Abruzzo 

Il Dirigente del Servizio Programmazione socio-assistenziale, progettualità di territorio, medicina sociale e tutela della salute mentale e dipendenze 

Il Dirigente del Servizio Programmazione Sanitaria 



**COPIA CONFORME  
ALL'ORIGINALE**

**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO  
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA  
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del  
23 luglio 2014)**

DECRETO 20.10.2014, n. 128

**Accreditamento Istituzionale Casa di Cura  
Privata INI S.R.L. Divisione Canistro, sita nel  
Comune di Canistro (AQ)**

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014, con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo dott. Luciano D'Alfonso è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo, secondo i programmi Operativi di cui all'articolo 2, comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni;

**VISTO** il decreto commissariale num.90/2014 del 12 agosto 2014 d'insediamento del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012, con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del servizio sanitario abruzzese, avviato nell'anno 2007 e proseguito con i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88, della L. n. 191/2009;

**ATTESO** che la riferita deliberazione del 07.06.2012 incarica il Sub Commissario di collaborare con il Commissario ad Acta "all'attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni ed accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale";

**VISTO** il decreto commissariale n. 20/2012 dell'11.06.2012 di presa d'atto dell'insediamento del dott. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario, con decorrenza dell'incarico dall'11.06.2012;

**VISTA** la L.R. 31.07.2007 n. 32 recante "Norme generali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private";

**VISTO**, in particolare, l'art. 6 della L.R. 31.07.2008 il quale disciplina l'accREDITAMENTO Istituzionale, subordinandolo al rispetto di "ulteriori requisiti orientati al miglioramento continuo della qualità di assistenza definiti dal Manuale di AccREDITAMENTO";

**VISTA** la L.R. n. 5/2008, Piano Sanitario Regionale 2008-2010 ed in particolare gli allegati 2.2 "Linee guide per la stesura del manuale di accREDITAMENTO" e 2.3 "Linee guida per la costituzione dell'organismo regionale per l'accREDITAMENTO (O.R.A.)" le quali definiscono le funzioni dell'O.R.A. prevedendo che esso si componga del Gruppo di Esperti Regionali per l'AccREDITAMENTO (G.E.R.A.) e del Comitato di Coordinamento Regionale per l'accREDITAMENTO (C.C.R.A.);

**VISTA** la deliberazione di Giunta Regionale n. 591/P del 01.07.2008, pubblicata sul BURA n. 75 del 22.10.2008, di approvazione dei Manuali regionali di Autorizzazione e AccREDITAMENTO delle strutture sanitarie e sociosanitarie e ss.mm.ii.;

**VISTA** la deliberazione del Commissario ad Acta n. 53/09 del 21 luglio 2009 di istituzione del Comitato di Coordinamento Regionale per l'AccREDITAMENTO (C.C.R.A.);

**VISTA** la deliberazione del Commissario ad Acta n. 73/09 del 22 ottobre 2009 di approvazione del Regolamento dell'Organismo Regionale per l'AccREDITAMENTO";

**VISTI** la deliberazione del Commissario ad Acta n. 39/2010 del 7 luglio 2010 ed il Decreto del Commissario ad Acta n. 1/2011 del 31 gennaio 2011 di modifica della composizione del Comitato di Coordinamento Regionale;

**VISTA** la deliberazione del Commissario ad Acta n. 79/2010 del 22 dicembre 2010 di nomina del Gruppo di Esperti Regionali per l'AccREDITAMENTO (G.E.R.A.);

**VISTA** la domanda di accREDITAMENTO ex art. 12 L.R. 32/2007 per la Casa di Cura Privata INI

SRL a Socio Unico - Divisione Canistro sita a Canistro (Aq) in località Cotardo, presentata dalla INI Srl a Socio Unico con sede a Roma in Via Torino n.112 p. IVA 01009381003, acquisita dalla Direzione Politiche della salute al prot.1545/4 del 21.01.2009 e trasmessa, per la relativa istruttoria, al C.C.R.A in data 09/04/2010;

**PRESO ATTO** che con atto n.692 del 12.03.2013 il Comune di Canistro ha rilasciato l'autorizzazione definitiva all'esercizio dell'attività sanitaria alla Casa di Cura INI S.R.L. - Divisione Canistro sita nel Comune di Canistro (AQ), in località Cotardo;

**ATTESO** che, alla luce di quanto previsto all'art. 8 "Procedure di visita presso le strutture da accreditare" della Deliberazione del Commissario ad Acta n. 73/2009, il Gruppo Visita, composto da Esperti Regionali per l'Accreditamento, ha effettuato i sopralluoghi presso la struttura e redatto la relazione finale inviata all'ASR Abruzzo;

**VISTA** la nota prot.1474 del 02/07/2014 (All. 1) acquisita al protocollo regionale RA/177905 del 02.07.2014, con la quale l'ASR Abruzzo, in esito alle decisioni assunte dal CCRA in data 30.07.2014 ha trasmesso, all'Ufficio Autorizzazione e Accreditamento Istituzionale della Direzione Politiche della Salute, la scheda di Valutazione Finale e la proposta motivata in copia conforme, relativa all'accREDITamento Istituzionale della Casa di Cura Privata INI S.R.L. - Divisione Canistro sita nel Comune di Canistro (AQ);

**PRESO ATTO** della richiamata Scheda di Valutazione Finale con la quale il C.C.R.A ha valutato positivamente la tipologia di accREDITamento della Casa di Cura Privata INI S.R.L. - Divisione Canistro sita nel Comune di Canistro (AQ) conformemente a quanto proposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale:

Tipologia di accREDITamento - classe 1 accREDITamento di base per le seguenti discipline e relativi posti letto:

UU .00	p.l. rimodulati		
	p.l. ord	p.l. dh	p.l. totali
26 - Medicina Generale	10	2	
36 - Ortopedia e Traumatologia	6		
43 - Urologia	7		
56 - Recupero e riabilitazione funzionale	10		
<b>TOTALE</b>	<b>33</b>	<b>2</b>	<b>35</b>

- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

#### 5. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.1 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA MEDICA
- 5.2 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA CHIRURGICA
- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE
- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
- 5.7 AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE FISICA

**PRECISATO** che ai sensi dell'art. 6, comma 4, della citata L.R. 32/2007 l'accREDITamento

istituzionale ha durata quinquennale ed è rinnovabile su richiesta del rappresentante legale, mediante domanda corredata di autocertificazione attestante il mantenimento del possesso dei requisiti di accREDITamento, da presentare almeno sei mesi prima del quinquennio;

**PRECISATO**, altresì, che con riguardo alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate le verifiche ispettive sono effettuate attraverso i Nuclei Operativi di Controllo (NOC), organismi interaziendali di verifica - istituiti con Deliberazione del Commissario ad Acta n. 19/2010 del 10.03.2010 e disciplinati con Deliberazione del Commissario ad Acta n. 43/2010 del 22/07/2010 - secondo i protocolli di valutazione per le verifiche di appropriatezza, legittimità e congruità delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture

accreditate approvati con decreto del Commissario ad Acta n. 64/2012 del 14 novembre 2012;

**PRESO ATTO**, della necessità rappresentata in occasione della riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza del 17 e 22 aprile 2014, di “non inviare i singoli decreti di accreditamento istituzionale” e di procedere, pertanto, alla trasmissione del report riepilogativo sullo stato di avanzamento del processo;

## DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- **di riconoscere** alla Casa di Cura Privata INI S.R.L. - Divisione Canistro sita nel Comune di Canistro (AQ) in località Cotardo, in attuazione dell'art. 6 L.R. 32/2007, l'accREDITamento istituzionale di classe 1 - AccredITamento di base per le seguenti discipline e relativi posti letto

UU .00	p.l. rimodulati		
	p.l. ord	p.l. dh	p.l. totali
26 - Medicina Generale	10	2	
36 - Ortopedia e Traumatologia	6		
43 - Urologia	7		
56 - Recupero e riabilitazione funzionale	10	2	35
<b>TOTALE</b>	<b>33</b>		

- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA
- **di riconoscere**, altresì, alla Casa di Cura INI S.R.L. - Divisione Canistro sita nel Comune di Canistro (AQ) in località Cotardo, in attuazione dell'art. 6 L.R. 32/2007, l'accREDITamento istituzionale di classe 1- accREDITamento di base per le seguenti attività di assistenza specialistica ambulatoriale:
  - 5. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI
    - 5.1 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA MEDICA
    - 5.2 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA CHIRURGICA
    - 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE
    - 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
    - 5.7 AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE FISICA
- **di stabilire** che l'accREDITamento istituzionale avrà durata quinquennale ed è rinnovabile su richiesta del rappresentante legale, mediante domanda, corredata di

autocertificazione attestante il mantenimento del possesso dei requisiti di accREDITamento, da presentare almeno sei mesi prima del quinquennio;

- **di precisare** che ai sensi dell'art. 7 L.R. 32/2007 la Direzione Sanità Regionale ha facoltà di disporre in qualunque momento attività ispettive volte alla verifica del possesso dei requisiti di accREDITamento e che, con riguardo alle prestazioni sanitarie erogate, le verifiche ispettive sono effettuate attraverso i Nuclei Operativi di Controllo, secondo i protocolli approvati con decreto del Commissario ad Acta n. 64/2012 del 14 novembre 2012;
- **di notificare** il presente decreto alla Casa di Cura Privata INI S.R.L. - Divisione Canistro sita nel Comune di Canistro (AQ);
- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, all'Agenzia Sanitaria Regionale, nonché ai competenti Servizi della Direzione Politiche della Salute disponendone la pubblicazione sul BURA per finalità notiziali.

IL COMMISSARIO AD ACTA  
**Dott. Luciano D'Alfonso**

*Segue allegato*

Allegato 1



Can / Subcom / DC 18  
VFF 2014/2015  
117905  
- 2 LUG. 2014

Pescara, 2 Luglio 2014

ASR ABRUZZO  
AGENZIA SANITARIA REGIONALE

Prof. n° 1474 Partenza

02/07/2014

Al Commissario Ad Acta

Sub-commissario  
Dott. Giuseppe ZUCCATELLIDirigente del Servizio Programmazione Sanitaria  
Ufficio Autorizzazione ed accreditamento Istituzionale  
Direzione Politiche della Salute  
Dott. Tobia MONACO

Oggetto: Procedimento di accreditamento istituzionale struttura privata Casa di Cura Privata "INI S.r.l. divisione Canistro" (art.12, L.R. 32/2007). Trasmissione Valutazione Finale del CCRA (Nota n. 7 delle Procedure di Accreditamento Istituzionale dell'Allegato 6 " Procedure" della DGR 591/P del 1 Luglio 2008 e successive modifiche)

In esito alle decisioni assunte dal CCRA in data 30 Giugno 2014 con verbale n.9/2014, si trasmette in allegato, la scheda di Valutazione Finale e la relativa proposta motivata in copia conforme, riguardante l'accREDITAMENTO istituzionale della Casa di Cura Privata " INI S.r.l. - divisione Canistro" per il seguito di competenza.



IL DIRETTORE

Dott. Amedeo Budassi



## ACCREDITAMENTO DELLA CASA DI CURA INI S.R.L. – DIVISIONE CANISTRO

### *PROPOSTA MOTIVATA*

---

**Struttura Verificata:** Casa di Cura Privata INI S.R.L. - Divisione Canistro sita nel Comune di Canistro -AQ-

**Richiesta:** Prot. n. 1545/4/380 del 21 gennaio 2009 e Prot. n.22078/9 del 6 ottobre 2009

**Accreditamento istituzionale (art. 6 LR 32/07):** Regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti e post-acuti. Regime ambulatoriale.

**Autorizzazione Definitiva:** Comunicata dal Servizio Programmazione Sanitaria – Ufficio Autorizzazione ed accreditamento istituzionale con nota prot. RA/112716/DG19 del 30 Aprile 2013 – Direzione Politiche della Salute: Numero Autorizzazione Definitiva 692 del 12/03/2013 Comune di Canistro -AQ-

**Gruppo G.E.R.A. formalizzato con verbale del CCRA n. 1 del 2 maggio 2013**

- Itala Corti, Responsabile del gruppo visita,
- Annarita Frullini
- Roberto Paolucci
- Annamaria Abbonizio
- Giovanna Masci

**Referenti della Struttura**

- Armanda Coco
- Nadia Proietti
- Antonella Tiberi
- Tito D'Amico



**COPIA CONFORME  
ALL'ORIGINALE**



**Premessa:**

Con il Prot. 2534/9 del 9 febbraio 2010 è stata trasmessa dal Servizio Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata lucrativa e non lucrativa - Ufficio Assistenza Ospedaliera Privata la risultanza istruttoria della Casa di Cura INI S.R.L. - la risultanza istruttoria della Casa di Cura INI-Divisione Canistro finalizzata all'accreditamento istituzionale di cui alla richiesta Prot. n. 1545/4/3 80 del 21 gennaio 2009. La domanda di accreditamento, integrativa della precedente, con protocollo della Regione Abruzzo n.22078/9 del 6 ottobre 2009.

La domanda pervenuta presenta la seguente richiesta:

**Allegato A alla Domanda di Rilascio di Accreditamento**

**per i PL:**

- Medicina Generale
- Ortopedia e traumatologia
- Urologia
- Recupero e Riabilitazione funzionale

**per i Servizi:**

- Radiologia
- Anestesia
- Laboratorio Analisi
- Sala operatoria

**per i posti Letto Tecnici:**

- Emodialisi (effettuata in regime ambulatoriale)

**per i Servizi (cx LR 6/07)**



**COPIA CONFORME  
ALL'ORIGINALE**

A handwritten signature or mark in the bottom right corner of the page.



- Chirurgia Generale
- Terapia Intensiva

per gli ambulatori:

- Chirurgia Generale
- Medicina Generale
- Nefrologia
- Ortopedia e traumatologia
- Urologia

Parti del Manuale di Accreditamento allegati alla domanda della Struttura

**1. DIRITTI DEI PAZIENTI**

- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

**2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO**

- 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

**3. OSPEDALI**

- 3.2 PAZIENTE CON ICTUS
- 3.4 PAZIENTE CHIRURGICO
- 3.5 PAZIENTE NEFROPATICO CRONICO
- 3.7 PERCORSO FRATTURA FEMORE
- 3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE (requisiti comuni a tutte le UU.OO)
- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

**5. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI**

- 5.1 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA MEDICA
- 5.2 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA CHIRURGICA
- 5.3 AMBULATORIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE
- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE
- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI



**COPIA CONFORME  
ALL'ORIGINALE**

A handwritten signature or mark in the bottom right corner of the page.



Premesso altresì che, l'Allegato A del Decreto del Commissario ad Acta n.25 del 4 luglio 2012 nella tabella 8 prevede per la Casa di Cura INI S.R.L. - Divisione Canistro la seguente dotazioni dei Posti Letto (PL) per disciplina:

UU.OO	p.l. rimodulati		
	p.l. ord	p.l. dh	p.l. totali
26 - Medicina Generale	10		
36 - Ortopedia e Traumatologia	6	2	
43 - Urologia	7		
56 - Recupero e riabilitazione funzionale	10	-	
<b>TOTALE</b>	<b>33</b>	<b>2</b>	<b>35</b>

In data 2 maggio 2013 il CCRA formalizzava il gruppo GERA per la verifica delle suddette discipline.

In data 16 dicembre 2013 il gruppo GERA faceva pervenire a questa Agenzia la relativa documentazione comprensiva della relazione finale.

Dalla relazione finale del gruppo GERA risulta quanto segue:

- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE: 100% dei requisiti di tipo A;
- 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE): 100% dei requisiti di tipo A;
- 3.2 PAZIENTE CON ICTUS: requisiti A presenti ad eccezione di quelli che implicano presenza di Pronto Soccorso in quanto la struttura non è dotata di Pronto Soccorso
- 3.4 PAZIENTE CHIRURGICO 100% dei requisiti di tipo A;
- 3.5 PAZIENTE NEFROPATICO CRONICO 100% dei requisiti A;
- 3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE (requisiti comuni a tutte le UU.OO): possesso del 100% dei requisiti di tipo A
- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA: possesso del 100% dei requisiti di tipo A;



**COPIA CONFORME  
ALL'ORIGINALE**



- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA: possesso del 100% dei requisiti di tipo A.
- 5.1 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA MEDICA: possesso del 100% dei requisiti di tipo A;
- 5.2 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA CHIRURGICA: possesso del 100% dei requisiti di tipo A;
- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE: possesso del 100% dei requisiti di tipo A;
- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: possesso del 100% dei requisiti di tipo A;
- 5.7 AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE FISICA: possesso del 100% dei requisiti di tipo A. *“...E’ stata effettuata ricognizione relativa al punto 5.7, benché fosse stata inviata erroneamente domanda per il capitolo 5.3”.*

Dalla relazione finale del gruppo GERA la struttura *“...viene ritenuta idonea all’accreditamento istituzionale...”*.

L’ASR, sulla base della documentazione in possesso, procedeva alla valutazione di quanto pervenuto a norma delle procedure sull’accreditamento (Allegato n. 6 della deliberazione n. 591/P del 1 Luglio 2008 “Procedure” modificato con Delibera del Commissario ad Acta n.36/2009 del 1 Giugno 2009) evidenziando difformità tra la domanda di accreditamento e le Schede del Manuale dell’Accreditamento verificate dal gruppo GERA.

In data 20 Febbraio 2014 la dott.ssa Itala Corti ha fatto pervenire all’ASR Abruzzo la nota acquisita al prot. ASR n. 381 del 20/02/2014 in cui veniva specificato quanto segue:

- *“...dopo revisione della documentazione allegata alla pratica relativa alla Casa di Cura INI Canistro, ho rilevato l’omissione della scheda 3.7 (frattura di femore) e ho provveduto a consegnarla”.*
- *“Per il percorso ” frattura di femore” non sono presenti tutti i requisiti “A” poiché la Casa di Cura non ha Pronto Soccorso e DEA”.*



**COPIA CONFORME  
ALL’ORIGINALE**



## Conclusioni

La relazione presentata dal gruppo GERA, così come integrata, risulta essere congruente al 100% dei requisiti di classe A nella parte riferita

### 1. DIRITTI DEI PAZIENTI

- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

### 2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO

- 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

### 3. OSPEDALI

- 3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE (requisiti comuni a tutte le UU.OO)
- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

### 5) ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.1 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA MEDICA
- 5.2 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA CHIRURGICA
- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE
- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
- 5.7 AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE FISICA

Per quanto sopra rappresentato e vista la relazione del gruppo GERA così come integrata con documentazione

## SI PROPONE

- l'accreditamento istituzionale per la Casa di Cura Privata INI S.R.L. - Divisione Canistro relativa a :

### 1) DIRITTI DEI PAZIENTI

- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

### 2) DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO



**COPIA CONFORME  
ALL'ORIGINALE**



- 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

### 3) OSPEDALI

- 3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE ( requisiti comuni a tutte le UU.OO) limitatamente ai posti letto ed alle discipline previsti dal Decreto del Commissario ad Acta n.25 del 4 luglio 2012
- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

### 5) ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.1 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA MEDICA
- 5.2 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA CHIRURGICA
- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE
- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
- 5.7 AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE FISICA



**COPIA CONFORME  
ALL'ORIGINALE**

### Il Comitato di Coordinamento Regionale per L'Accreditamento

Nella riunione del 30 Giugno 2014, vista la tipologia di accreditamento proposta motivatamente dall'Agenzia Sanitaria Regionale con nota prot. N.1318 del 11/06/2014 in ordine alla Casa di Cura Privata "INI S.r.l. divisione – Canistro" del Comune di Canistro (AQ); ritenuto che la stessa è conforme a quanto previsto dalle disposizioni vigenti

#### Valuta

positivamente la tipologia di accreditamento della Casa di Cura Privata "INI S.r.l. divisione – Canistro" conformemente a quanto proposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale con la allegata proposta:

- Tipologia accreditamento – classe 1 accreditamento di base per le seguenti discipline e relativi posti letto

UU.OO	p.l. rimodulati		
	p.l. ord	p.l. dh	p.l. totali
26 - Medicina Generale	10	2	
36 - Ortopedia e Traumatologia	6		
43 - Urologia	7		
56 - Recupero e riabilitazione funzionale	10	-	
<b>TOTALE</b>	<b>33</b>	<b>2</b>	<b>35</b>

- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

#### 5) ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E STABILIMENTI TERMALI

- 5.1 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA MEDICA
- 5.2 AMBULATORIO DI SPECIALISTICA CHIRURGICA
- 5.5 MEDICINA DI LABORATORIO AMBULATORIALE
- 5.6 AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
- 5.7 AMBULATORIO DI RIABILITAZIONE FISICA

Letto confermato e sottoscritto:

Il Direttore Politiche della Salute

*Mario Cossu*

Il Direttore dell'ASR Abruzzo

*[Firma]*



**COPIA CONFORME  
ALL'ORIGINALE**

Dirigente del Servizio Programmazione socio-assistenziale, progettualità di territorio, medicina sociale e tutela della salute mentale e dipendenze *[Handwritten Signature]*

Il Dirigente del Servizio Programmazione Sanitaria *[Handwritten Signature]*



**COPIA CONFORME  
ALL'ORIGINALE**

**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO  
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA  
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del  
23 luglio 2014)**

DECRETO 20.10.2014, n. 129

**Accreditamento Istituzionale Casa di Cura  
Privata San Francesco**

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014, con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo dott. Luciano D'Alfonso è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo, secondo i programmi Operativi di cui all'articolo 2, comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni;

**VISTO** il decreto commissariale num.90/2014 del 12 agosto 2014 d'insediamento del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012, con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del servizio sanitario abruzzese, avviato nell'anno 2007 e proseguito con i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88, della L. n. 191/2009;

**ATTESO** che la riferita deliberazione del 07.06.2012 incarica il Sub Commissario di collaborare con il Commissario ad Acta "all'attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni ed accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale";

**VISTO** il decreto commissariale n. 20/2012 dell'11.06.2012 di presa d'atto dell'insediamento del dott. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario, con decorrenza dell'incarico dall'11.06.2012;

**VISTA** la L.R. 31.07.2007 n. 32 recante "Norme generali in materia di autorizzazione,

accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private";

**VISTO**, in particolare, l'art. 6 della L.R. 31.07.2008 il quale disciplina l'accREDITamento Istituzionale, subordinandolo al rispetto di "ulteriori requisiti orientati al miglioramento continuo della qualità di assistenza definiti dal Manuale di AccREDITamento";

**VISTA** la L.R. n. 5/2008, Piano Sanitario Regionale 2008-2010 ed in particolare gli allegati 2.2 "Linee guide per la stesura del manuale di accREDITamento" e 2.3 "Linee guida per la costituzione dell'organismo regionale per l'accREDITamento (O.R.A.)" le quali definiscono le funzioni dell' O.R.A. prevedendo che esso si componga del Gruppo di Esperti Regionali per l'AccREDITamento (G.E.R.A.) e del Comitato di Coordinamento Regionale per l'accREDITamento (C.C.R.A.)

**VISTA** la deliberazione di Giunta Regionale n. 591/P del 01.07.2008, pubblicata sul BURA n. 75 del 22.10.2008, di approvazione dei Manuali regionali di Autorizzazione e AccREDITamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie e ss.mm.ii.;

**VISTA** la deliberazione del Commissario ad Acta n. 53/09 del 21 luglio 2009 di istituzione del Comitato di Coordinamento Regionale per l'AccREDITamento (C.C.R.A.);

**VISTA** la deliberazione del Commissario ad Acta n. 73/09 del 22 ottobre 2009 di approvazione del Regolamento dell'Organismo Regionale per l'AccREDITamento;

**VISTA** la deliberazione del Commissario ad Acta n. 39/2010 del 7 luglio 2010 ed il Decreto del Commissario ad Acta n. 1/2011 del 31 gennaio 2011 di modifica della composizione del Comitato di Coordinamento Regionale;

**VISTA** la deliberazione del Commissario ad Acta n. 79/2010 del 22 dicembre 2010 di nomina del Gruppo di Esperti Regionali per l'AccREDITamento (G.E.R.A.);

**VISTA** la domanda di accREDITamento ex art. 12 L.R. 32/2007 presentata dalla fondazione Padre Alberto Mileno Onlus - Casa di Cura privata San Francesco in data prot. 22622/9

del 12 ottobre 2009, trasmessa al C.C.R.A con nota prot. RA 2534/9 del 9 febbraio 2010;

**VISTA** l'autorizzazione definitiva n. 6/2011 del 12.08.2011 (prestazioni di ricovero) e n. 1/2012 del 27.02.2012 (diagnostica per immagini) rilasciata dal Comune di Vasto (CH);

**ATTESO** che, alla luce di quanto previsto all'art. 8 "Procedure di visita presso le strutture da accreditare" della Deliberazione del Commissario ad Acta n. 73/2009, il Gruppo Visita, composto da Esperti Regionali per l'Accreditamento, ha effettuato il previsto sopralluogo presso la struttura e redatto la relazione finale inviata all'ASR Abruzzo;

**VISTA** la nota prot. 2850 del 19 dicembre 2013 (All. 1), acquista al protocollo regionale

RA/322530 del 20 dicembre 2013, con la quale l'ASR Abruzzo, in esito alle decisioni assunte dal CCRA in data 18 dicembre 2013 ha trasmesso, all'Ufficio Autorizzazione e Accreditamento Istituzionale della Direzione Politiche della Salute, la scheda di Valutazione Finale e la proposta motivata in copia conforme, relativa all'accREDITamento Istituzionale della Casa di Cura Privata San Francesco;

**PRESO ATTO** della Valutazione Finale con la quale il C.C.R.A ha valutato positivamente la tipologia di accREDITamento della Fondazione Padre Alberto Mileno Onlus - Casa di Cura privata San Francesco, conformemente a quanto proposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale :

Tipologia di accREDITamento - classe 1 accREDITamento di base per le seguenti discipline

UU.00	p.l. rimodulati		
	p.l. ord	p.l. dh	p.l. totali
56 - Recupero e riabilitazione funzionale	20		
<b>TOTALE</b>	<b>20</b>		<b>20</b>

- 3.10. MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

**STABILITO** che ai sensi dell'art. 6, comma 4, della citata L.R. 32/2007 l'accREDITamento istituzionale ha durata quinquennale ed è rinnovabile, su richiesta del rappresentante legale, mediante domanda, corredata di autocertificazione attestante il mantenimento del possesso dei requisiti di accREDITamento, da presentare almeno sei mesi prima del quinquennio;

**PRECISATO** che l'art. 7 L.R. 32/2007 attribuisce alla Direzione Sanità Regionale la facoltà di disporre in qualunque momento attività ispettive volte alla verifica del possesso dei requisiti di accREDITamento;

**PRECISATO**, altresì, che con riguardo alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private accREDITate le verifiche ispettive sono effettuate attraverso i Nuclei Operativi di Controllo (NOC), organismi interaziendali di verifica - istituiti con

Deliberazione del Commissario ad Acta n. 19/2010 del 10.03.2010 e disciplinati con Deliberazione del Commissario ad Acta n. 43/2010 del 22/07/2010 - secondo i protocolli di valutazione per le verifiche di appropriatezza, legittimità e congruità delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture accREDITate approvati con decreto del Commissario ad Acta n. 64/2012 del 14 novembre 2012;

**PRESO ATTO**, della necessità rappresentata in occasione della riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza del 17 e 22 aprile 2014, di "non inviare i singoli decreti di accREDITamento istituzionale" e di procedere, pertanto, alla trasmissione del report riepilogativo sullo stato di avanzamento del processo;

#### **DECRETA**

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- **di riconoscere** alla Fondazione Padre Alberto Mileno Onlus – Casa di Cura Privata San Francesco, con sede in Vasto (CH), Viale Dalmazia 116, in attuazione dell'art. 6 L.R.

32/2007, l'accreditamento istituzionale classe 1- accreditamento di base per le seguenti discipline:

UU .00	p.l. rimodulati		
	p.l. ord	p.l. dh	p.l. totali
56 - Recupero e riabilitazione funzionale	20		
<b>TOTALE</b>	<b>20</b>		<b>20</b>

- 3.10. MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA
- **di stabilire** che l'accreditamento istituzionale avrà durata quinquennale ed è rinnovabile su richiesta del rappresentante legale, mediante domanda, corredata di autocertificazione attestante il mantenimento del possesso dei requisiti di accreditamento, da presentare almeno sei mesi prima del quinquennio;
- **di precisare** che ai sensi dell'art. 7 L.R. 32/2007 la Direzione Sanità Regionale ha facoltà di disporre in qualunque momento attività ispettive volte alla verifica del possesso dei requisiti di accreditamento e che con riguardo alle prestazioni sanitarie

erogate le verifiche ispettive sono effettuate attraverso i Nuclei Operativi di Controllo, secondo i protocolli approvati con decreto del Commissario ad Acta n. 64/2012 del 14 novembre 2012;

- **di notificare** il presente decreto alla Casa di Cura Privata San Francesco;
- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, all'Agenzia Sanitaria Regionale, nonché ai competenti Servizi della Direzione Politiche della Salute disponendone la pubblicazione sul BURA per finalità notiziali.

IL COMMISSARIO AD ACTA  
**Dott. Luciano D'Alfonso**

*Segue allegato*

Allegato 1

Com/Gub/Dir/DG/13

177/105 e 105/177  
23/12/2013



*[Handwritten signature]*

Pescara, 19 Dicembre 2013

ASR ABRUZZO  
AGENZIA SANITARIA REGIONALE  
Prot. n° 2850 Partenza  
19/12/2013

REGIONE ABRUZZO  
Direzione Politiche della Salute  
Prot. n. 322530

Commissario Ad Acta  
Dott. Giovanni CHIODI

Sub-commissario  
Dott. Giuseppe ZUCCATELLI

20 DIC. 2013

Dirigente del Servizio Programmazione Sanitaria  
Ufficio Autorizzazione ed accreditamento Istituzionale  
Direzione Politiche della Salute  
Dott. Tobia MONACO

Oggetto: Procedimento di accreditamento istituzionale della Fondazione Padre Alberto Mileno Onlus - Casa di Cura Privata " San Francesco" (art.12, L.R. 32/2007). Trasmissione Valutazione Finale del CCRA (Nota n. 7 delle Procedure di Accreditamento Istituzionale dell'Allegato 6 " Procedure" della DGR 591/P del 1 Luglio 2008 e successive modifiche)

In esito alle decisioni assunte dal CCRA in data 18 Dicembre 2013 con verbale n.15/2013, si trasmette in allegato, la scheda di Valutazione Finale e la relativa proposta motivata in copia conforme, riguardante l'accREDITAMENTO istituzionale della Fondazione Padre Alberto Mileno Onlus - Casa di Cura Privata "San Francesco" per il seguito di competenza.



IL DIRETTORE  
Dott. Amedeo Budassi

*[Handwritten signature]*

### Il Comitato di Coordinamento Regionale per L'Accreditamento

Nella riunione del 18 Dicembre 2013, vista la tipologia di accreditamento proposta motivatamente dall'Agenzia Sanitaria Regionale con nota prot. N. 2775 del 11/12/2013 in ordine alla Fondazione Padre Alberto Mileno Onlus - Casa di Cura Privata " San Francesco" di Vasto ( CH) ; ritenuto che la stessa è conforme a quanto previsto dalle disposizioni vigenti

Valuta

positivamente la tipologia di accreditamento della Fondazione Padre Alberto Mileno Onlus - Casa di Cura Privata " San Francesco" di Vasto ( CH) conformemente a quanto proposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale con la allegata proposta:

- Tipologia accreditamento – classe 1 accreditamento di base per le seguenti discipline e relativi posti letto

UU .00	p.l.		
	p.l. ord	p.l. dh	p.l. totali
56 - Recupero e riabilitazione funzionale	20		
<b>TOTALE</b>	<b>20</b>		<b>20</b>

- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

Letto confermato e sottoscritto:

Il Direttore dell'ASR Abruzzo \_\_\_\_\_

Dirigente del Servizio Programmazione socio-assistenziale, progettualità di territorio, medicina sociale e tutela della salute mentale e dipendenze \_\_\_\_\_

Il Dirigente del Servizio Programmazione sanitaria \_\_\_\_\_

Il Dirigente del Servizio Attività Ispettiva e Controllo Qualità \_\_\_\_\_

**COPIA CONFORME  
ALL'ORIGINALE**





## ACCREDITAMENTO DELLA FONDAZIONE PADRE ALBERTO MILENO ONLUS - CASA DI CURA SAN FRANCESCO

### PROPOSTA MOTIVATA

**Struttura Verificata:** Fondazione Padre Alberto Mileno Onlus - Casa di Cura San Francesco di Vasto (CH)

**Domanda di Accreditamento:** Prot. 22622/9 del 12 ottobre 2009

**Accreditamento predefinitivo(art. 6 LR 32/07):** Regime di Ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti e post-acuti

**Autorizzazione Definitiva:** Comunicata dal Servizio Programmazione Sanitaria – Ufficio Autorizzazione ed accreditamento istituzionale – Direzione Politiche della Salute con nota prot. RA/204024/DG19 del 13 Settembre 2012: Numero Autorizzazione Definitiva 06/2011 del 12/08/2011 (prestazioni di ricovero) e Numero Autorizzazione Definitiva 01/2011 del 27/02/2012 (diagnostica per immagini) Comune di Vasto (CH).

**Gruppo G.E.R.A. formalizzato con verbale del CCRA n. 6 del 14 settembre 2012**

- Evanio Marchesani, Responsabile del gruppo visita,
- Luigi Sardella,
- Rossella Celeste,
- Giorgio Felzani,
- Ginesio Picchini.

**Referente della Struttura**

- F. Nardizzi
- Nicola Carlino
- F. Bucciarelli



**COPIA CONFORME  
ALL'ORIGINALE**

**Premessa:**

Con il Prot. 2534/9 del 9 febbraio 2010 è stata trasmessa dal Servizio Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata lucrativa e non lucrativa - Ufficio Assistenza Ospedaliera Privata della Direzione Politiche della Salute, la risultanza istruttoria della Fondazione Padre Alberto Mileno Onlus - Casa di Cura San Francesco, finalizzata all'accREDITAMENTO istituzionale.

La domanda pervenuta presenta la richiesta delle seguenti Discipline:

**Allegato A alla Domanda di Rilascio di AccredITAMENTO****per i PL ordinari :**

- Recupero e Riabilitazione Funzionale

**per i servizi:**

- Radiologia
- Laboratorio Analisi

**per gli ambulatori:**

- Cardiologia
- Neurologia
- Ortopedia e traumatologia
- Pneumologia

**Parti del Manuale di AccredITAMENTO allegati alla domanda della Struttura****1. DIRITTI DEI PAZIENTI**

- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

**2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO**

- 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

**3. OSPEDALI**

- 3.2 PAZIENTE CON ICTUS
- 3.7 PERCORSO FRATTURA FEMORE

COPIA CONFORME  
ALL'ORIGINALE



2 di 5



- 3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE ( requisiti comuni a tutte le UU.OO) manca scheda specifica nella domanda
- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA

La domanda così come trasmessa dal competente ufficio della Direzione Politiche della Salute contiene oltre alla richiesta dell' accreditamento della disciplina "Recupero e riabilitazione funzionale", come attribuita dal Decreto del Commissario n.25 del 4 luglio 2012, anche la richiesta di accreditamento di discipline per attività ambulatoriali richiamate in premessa che invece non risultano essere in accreditamento predefinitivo.

Premesso altresì che, l'Allegato A del Decreto del Commissario ad Acta n.25 del 4 luglio 2012 nella tabella 9 prevede per la Fondazione Padre Alberto Mileno Onlus - Casa di Cura San Francesco la seguente dotazioni dei Posti Letto (PL) per disciplina:

UU.OO	p.l. rimodulati		
	p.l. ord	p.l. dh	p.l. totali
56- Recupero e riabilitazione funzionale	20		20

In data 14 settembre 2012 il CCRA formalizzava il gruppo GERA per la verifica delle suddette discipline.

In data 19 novembre 2013 il gruppo GERA faceva pervenire a questa Agenzia la relativa documentazione comprensiva della relazione finale.

Dalla relazione finale del gruppo GERA risulta quanto segue:

- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE: possesso del 100% dei requisiti di tipo A;
- 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE): possesso del 100% dei requisiti di tipo A;
- 3.4 PAZIENTE CON ICTUS: i requisiti 1, 2, 3, 4 risultano NON APPLICABILI; i requisiti 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 possiedono il livello A;

COPIA CONFORME  
ALL'ORIGINALE



3 di 5



- 3.7 PERCORSO FRATTURA FEMORE: i requisiti 2, 3, 4 risultano NON APPLICABILI; i requisiti 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, possiedono il livello A;
- 3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE ( requisiti comuni a tutte le UU.OO): possesso del 100% dei requisiti di tipo A
- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA: possesso del 100% dei requisiti di tipo A;
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA: possesso del 100% dei requisiti di tipo A.

Sulla base della documentazione in possesso, l'ASR procedeva alla valutazione di quanto pervenuto a norma delle procedure sull'accREDITAMENTO (Allegato n. 6 della deliberazione n. 591/P del 1 Luglio 2008 " Procedure" modificato con Delibera del Commissario ad Acta n.36/2009 del 1 Giugno 2009), evidenziando l'assenza di criticità.

### Conclusioni

La relazione presentata dal gruppo GERA risulta essere congruente al 100% dei requisiti di classe A nella parte riferita

#### 1. DIRITTI DEI PAZIENTI

- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

#### 2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO

- 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

#### 3. OSPEDALI

- 3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE ( requisiti comuni a tutte le UU.OO)
- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA



COPIA CONFORME  
ALL'ORIGINALE



Per quanto sopra rappresentato e vista la relazione del gruppo GERA  
SI PROPONE

l'accreditamento istituzionale per la Fondazione Padre Alberto Mileno Onlus - Casa di Cura San  
Francesco limitatamente a

**1. DIRITTI DEI PAZIENTI**

- 1.1 DIRITTI DEL PAZIENTE

**2. DIREZIONE DELLE STRUTTURE E SISTEMI DI SUPPORTO**

- 2.1 DIREZIONE DELLE STRUTTURE (DIREZIONE AZIENDALE)

**3. OSPEDALI**

- 3.9 UNITA' OPERATIVE CLINICHE ( requisiti comuni a tutte le UU.OO) limitatamente alle discipline previste dal Decreto del Commissario ad Acta n.25 del 4 luglio 2012:
  - ✓ Recupero e riabilitazione funzionale
- 3.10 MEDICINA DI LABORATORIO OSPEDALIERA
- 3.11 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI OSPEDALIERA



COPIA CONFORME  
ALL'ORIGINALE

**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO  
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA  
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del  
23 luglio 2014)**

DECRETO 20.10.2014, n. 132

**Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni in residenze assistenziali erogate dalla rete privata provvisoriamente accreditata per l'anno 2014. Ottemperanza alla ordinanza del TAR Abruzzo n°123/2014 del 30 aprile 2014.**

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014, con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo secondo i Programmi Operativi di cui al richiamato art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni ed integrazioni;

**VISTO** il decreto commissariale n. 90/2014 del 12.08.2014, di presa d'atto dell'insediamento del Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo dott. Luciano D'Alfonso in qualità di Commissario ad acta per l'attuazione del summenzionato Piano di Rientro, con decorrenza dell'incarico dal 12.08.2014;

**RICHIAMATO** il Decreto del Commissario ad acta n° 03/2014 del 20 gennaio 2014 recante "LINEE NEGOZIALI PER LA REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI IN MATERIA DI PRESTAZIONI IN RESIDENZE ASSISTENZIALI EROGATE DALLA RETE PRIVATA PROVVISORIAMENTE ACCREDITATA PER L'ANNO 2014", unitamente ai relativi allegati, con il quale si è proceduto ad approvare:

- i tetti di spesa annualità 2014 (Allegato 1) per le singole strutture private provvisoriamente accreditate ed operanti sul territorio regionale che erogano prestazioni in Residenze Assistenziali;
- lo schema contrattuale (Allegato 2) per l'acquisto della sopracitata tipologia di prestazioni per l'annualità 2014, da erogare in favore dei residenti nella Regione Abruzzo, da sottoporre, per la relativa

sottoscrizione, agli erogatori privati provvisoriamente accreditati operanti nel settore;

**ATTESO** che tra i predetti erogatori provvisoriamente accreditati per l'erogazione di prestazioni in residenze assistenziali è annoverata la Struttura: " Il Giardino";

**CONSIDERATO** il ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale per l'Abruzzo - registro generale n°262 del 2014 - introdotto dalla Residenza Protetta " Il Giardino" per l'annullamento del Decreto commissariale n°03/2014;

**VISTA** l'ordinanza n°123/2014, depositata il 30.04.2014, con la quale il Tribunale Amministrativo Regionale adito, pronunciandosi sull'istanza cautelare proposta da parte ricorrente e visti gli atti di costituzione in giudizio del Commissario ad acta, ha "Ritenuto, non condivisibile la tesi dell'Amministrazione resistente in ordine alla inammissibilità della domanda cautelare per difetto di interesse, sulla base del rilievo che la sospensione dell'accREDITAMENTO definitivo non discende automaticamente dalla mancata sottoscrizione del contratto, ma costituisce l'esito di un autonomo procedimento amministrativo, atteso che l'attualità dell'interesse alla domanda cautelare (e quindi della sospensione dell'efficacia della clausola) deriva proprio dalla immediata lesività di tale clausola, che si sostanzia nell'impossibilità di sottoscrivere il contratto, a meno che la struttura privata non rinunci alla tutela giurisdizionale avverso il tetto di spesa assegnatole e che l'eventuale scelta dell'Amministrazione di non contrarre con la struttura privata che avesse deciso di impugnare i tetti di spesa in virtù dell'invocata incertezza del tetto di spesa da fronteggiare, si tradurrebbe nella violazione del diritto costituzionalmente garantito dall'art. 113, comma 1, Cost., di impugnare gli atti della Pubblica amministrazione, stante la natura autoritativa del provvedimento di assegnazione del tetto di spesa" e, per l'effetto " sospende l'efficacia della clausola contrattuale, di cui all'art. 21, contenuta nello schema negoziale approvato con Decreto commissariale 03/2014 del 20 Gennaio 2014";

**DATO ATTO** che:

– con telefax 02/07/2014-283705 P dell'Avvocatura Generale dello Stato, la medesima ha comunicato, sul presupposto di un presumibile esito sfavorevole dell'impugnativa, di astenersi dal proporre impugnativa al Consiglio di Stato avverso l'ordinanza in oggetto, apparsa nel caso di specie particolarmente aleatoria e destinata con ogni probabilità ad esito sfavorevole;

**VISTO** altresì il decreto commissariale n. 102/2014 del 18 settembre 2014, con il quale, in ottemperanza all'ordinanza del Tar Abruzzo 262/2014 del 24 luglio 2014 si è provveduto a rideterminare il tetto di spesa annuale assegnato alla Residenza Protetta "Il Giardino" secondo i parametri indicati nel decreto 03/2014 del 20 gennaio 2014;

**RITENUTO**, pertanto - in ottemperanza alla predetta ordinanza n°123/2014 di dover procedere alla sospensione temporanea dell'efficacia della clausola contrattuale recata all'art. 21 "clausola di salvaguardia" di cui all'allegato 2 al decreto commissariale n° 03/2014 impugnato (rectius art. 20 - "clausola di salvaguardia" - dello schema negoziale allegato al presente atto), limitatamente alla struttura privata interessata, nelle more della conclusione del giudizio pendente innanzi al Giudice Amministrativo;

**RITENUTO**, conseguentemente, di dover provvedere ad integrare il predetto decreto n. 102/2014 del 18 settembre 2014 e conseguentemente riformulare la proposta contrattuale da sottoporre alla Struttura ricorrente in conformità a quanto indicato nel precedente capoverso, secondo lo schema allegato al presente atto come parte integrante e sostanziale (allegato 2);

**RICHIAMATE** e confermate - per quanto nel presente provvedimento non espressamente modificate - tutte le previsioni contenute nel decreto del Commissario ad acta n° 03/2014;

**CONSIDERATO CHE** il presente provvedimento deve essere notificato - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno o altro mezzo idoneo - all'erogatore privato interessato entro il termine di 7 (sette) giorni dalla data di adozione del medesimo fissando, altresì, la data di sottoscrizione del contratto

che deve essere effettuata entro i successivi 15 (quindici) giorni;

**RILEVATO** che quanto sopra rappresentato riveste carattere di urgenza stante la necessità di addivenire in tempi rapidi alla definizione della negoziazione con la struttura privata provvisoriamente accreditata di che trattasi e che, pertanto, il presente atto non è sottoposto al parere preventivo dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze;

#### **DECRETA**

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- 1 **di procedere** alla sospensione temporanea - in ottemperanza alla ordinanza del Tribunale Amministrativo Regionale (TAR) n°123/2014 - dell'efficacia della clausola contrattuale recata all'art. 21 "clausola di salvaguardia" dello schema negoziale, di cui all'allegato 2 al Decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro n° 03/2014 impugnato (rectius art. 20 - "clausola di salvaguardia" . dello schema negoziale allegato al presente atto), limitatamente alla struttura privata "Residenza Protetta - Il Giardino", nelle more della conclusione del giudizio pendente innanzi al Giudice Amministrativo e fermo restando il tetto di spesa fissato per la Struttura ricorrente così come riportato nell'allegato 1 Decreto commissariale n. 102/2014 del 18 settembre 2014;
- 2 **di disporre** che il presente provvedimento venga notificato - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno o altro mezzo idoneo - all'erogatore privato interessato entro il termine di 7 (sette) giorni dalla data di adozione del presente decreto fissando, altresì, la data di sottoscrizione del contratto entro 15 (quindici) giorni successivi alla notifica;
- 3 **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, siccome previsto nell'Accordo con la Regione Abruzzo per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario e individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico, ai fini della successiva validazione;

- 4 **di disporre** che il presente provvedimento venga trasmesso ai Direttori Generali ai Direttori Generali delle Aziende UU.SS.LL.;
- 5 **di trasmettere** copia del presente atto all'Avvocatura Distrettuale dello Stato per i seguiti del contenzioso in essere;
- 6 **di pubblicare** il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo (B.U.R.A.);
- 7 **di dare mandato** al competente Servizio "Programmazione socio-assistenziale,

Progettualità di Territorio, Medicina sociale e Tutela della Salute Mentale e Dipendenze" di porre in essere tutti gli adempimenti connessi all'attuazione del presente provvedimento, ivi comprese le incombenze di notifica e trasmissione agli interessati.

IL COMMISSARIO AD ACTA  
**Dott. Luciano D'Alfonso**

*Segue allegato*

**ALLEGATO 2 "Schema contrattuale" al Decreto del Commissario ad acta  
n° del**

**CONTRATTO PROPOSTO alle STRUTTURE PRIVATE PROVVISORIAMENTE  
ACCREDITATE per L'EROGAZIONE di PRESTAZIONI SANITARIE in RESIDENZE ASSISTENZIALI (RA)  
ANNO 2014**

STIPULATO PRESSO ..... IN DATA .....

**TRA**

- la **Regione Abruzzo**, C.F. e P.I. 80003170661, con sede in L'Aquila alla Via Leonardo da Vinci n.6, in persona del **Commissario ad acta** per la realizzazione del Piano di Rientro dei disavanzi del Servizio Sanitario Regionale abruzzese nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014, Dr. Luciano D'Alfonso.
- le **Aziende Unità Sanitarie Locali della Regione Abruzzo** come sotto indicate:
  1. Azienda Unità Sanitaria Locale 1 – Avezzano, Sulmona, L'Aquila con sede in L'Aquila, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore, \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_ P.I. \_\_\_\_\_;
  2. Azienda Unità Sanitaria Locale 2 – Lanciano, Vasto, Chieti con sede in Chieti, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore, \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_ P.I. \_\_\_\_\_;
  3. Azienda Unità Sanitaria Locale 3 – Pescara con sede in Pescara, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore, \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_ P.I. \_\_\_\_\_;
  4. Azienda Unità Sanitaria Locale 4 – Teramo con sede in Teramo, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore, \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_ P.I. \_\_\_\_\_;

**E**

- La Società (titolarità) \_\_\_\_\_, con sede legale in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_, in persona del Sig. \_\_\_\_\_ legale rappresentante pro-tempore, il quale si dichiara munito dei poteri necessari a contrarre il presente atto (di seguito anche indicata come "Struttura"), in nome e per conto della Struttura (denominazione) \_\_\_\_\_, con sede operativa in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_

**PREMESSO CHE**

La Struttura è provvisoriamente autorizzata all'esercizio di prestazioni sanitarie in Residenze Assistenziali (RA) e provvisoriamente accreditata ed erogare dette prestazioni a carico del Servizio Sanitario Regionale;

**PRESO ATTO**

del Decreto del Commissario ad acta n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
di cui il presente Allegato 2 "Schema contrattuale" costituisce parte integrante e sostanziale;

## SI CONVIENE E SI STIPULA

### ART. 1 DOCUMENTAZIONE

- 1) La Struttura, al momento della stipula del presente contratto, presenta alla Regione dichiarazioni sostitutive di certificazione o dell'atto di notorietà, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445 e dell'art. 15 comma 1 Legge 12 novembre 2011 n° 183, nonché i seguenti certificati in corso di validità:
  - a) Certificato di iscrizione al Registro delle Imprese, rilasciato dalla competente C.C.I.A.A. in data ....., indicante l'attestazione di insussistenza di procedure concorsuali o di procedimenti per l'assoggettamento a dette procedure e la dicitura antimafia di cui all'art. 9 del D.P.R. 3 giugno 1998, n° 352, ovvero – in caso di struttura non iscritta nel Registro delle Imprese – \_\_\_\_\_;
  - b) Certificato dei carichi pendenti relativo ai soggetti che hanno il potere di rappresentare la Struttura;
  - c) Certificato generale del casellario giudiziale per i soggetti che hanno il potere di rappresentare la Struttura;
  - d) Certificato già previsto dagli artt. 80 e 81 del D. Lgs. 8 giugno 2001 n° 231, come attualmente contemplato dal D.P.R. 14 novembre 2002 n° 313 di non aver subito la Struttura alcuna sanzione e di non esser pendente nei suoi confronti nessun procedimento concernente le comminatorie;
  - e) Certificato attestante l'ottemperanza alle norme per il diritto al lavoro dei disabili (ex art. 17 della Legge 12 marzo 1999 n° 68 ed ex art. 40, punto 5, della Legge 6 agosto 2008, n° 133);
- 2) La stipula del presente contratto avviene con la riserva di cui all'art. 11 commi 2 e 3 del D.P.R. 3 giugno 1998 n°252 e ss.mm.ii. La Struttura presenta, unitamente alle dichiarazioni di cui al punto 1, copia della richiesta di informazioni al Prefetto di cui all'art. 10 comma 6 del D.P.R. 3 giugno 1998 n°252. Le suddette informazioni dovranno essere recapitate alla Azienda USL competente tenuta a segnalare alla Regione eventuali tentativi di infiltrazione mafiosa accertati successivamente alla stipula del presente contratto.

### ART. 2 OGGETTO

1. Per l'ANNO 2014 il Servizio Sanitario Regionale affida alla Struttura l'erogazione delle prestazioni sanitarie in Residenze Assistenziali di cui all'art. 3 del presente contratto.
2. Nel rispetto dei limiti e delle condizioni previste dal presente accordo:
  - la Struttura si obbliga ad erogare le prestazioni di cui all'art. 3;
  - l'Azienda USL, nel cui ambito territoriale la Struttura è ubicata, si obbliga a remunerarle.
3. Le prestazioni sono erogate in favore di pazienti residenti nel territorio della Regione che, esercitando libera scelta, decidono di accedervi per il tramite della Struttura.

### Art. 3 VOLUME DI PRESTAZIONI EROGABILI E PREVISIONE DI SPESA

1. La Struttura si impegna ad erogare, per l'ANNO 2014, le prestazioni sanitarie in Residenze Assistenziali per le quali risulta autorizzata e provvisoriamente accreditata con provvedimenti regionali nei limiti del

tetto di spesa di cui al presente articolo e nel rispetto dei provvedimenti quivi richiamati ed accetta, come corrispettivo massimo relativo all'ANNO 2014, il tetto di spesa di € 814.849,00,;

2. La produzione eccedente il tetto massimo di cui al punto 1 non può essere remunerata in nessun caso e ad alcun titolo e, pertanto, è considerata inesigibile. Sono considerate rese al di fuori del presente contratto e si dichiarano fin da ora non coperte dal tetto di spesa e, quindi, non remunerabili e non esigibili, le prestazioni eseguite in misura superiore al 100% della capacità produttiva massima giornaliera dei posti letto provvisoriamente accreditati.

#### **Art. 4**

##### **CONDIZIONI DI EROGABILITÀ DELLE PRESTAZIONI**

1. Le prestazioni sanitarie di cui agli artt. 2 e 3 devono essere erogate nel rispetto:
  - del DPCM 29 novembre 2001 (LEA) e ss.mm.ii.;
  - della normativa e dei provvedimenti nazionali e regionali, in particolare del D.P.R. 14 gennaio 1997 e della L.R. 31 luglio 2007 n°32;
  - dei provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento;
  - del valore del tetto di spesa di cui all'art. 3;
  - delle disposizioni contenute nel Patto per la Salute 2011-2012;
  - della normativa antinfortunistica.
2. La Struttura dichiara di possedere alla data odierna, e si impegna a mantenere per la durata del presente contratto, i requisiti tecnologici, organizzativi e strutturali di cui ai provvedimenti autorizzativi ed agli atti di accreditamento, obbligandosi, in ogni caso, a conformarsi e ad adeguarsi alle disposizioni di cui alla 31 luglio 2007 n°32 nei tempi e secondo le modalità ivi previste.
3. La Struttura dichiara e garantisce l'adeguatezza ed il perfetto stato di uso di tutte le apparecchiature e si impegna a tenere a disposizione della Azienda USL competente e della Regione, per consentire i relativi controlli, i contratti di manutenzione e/o la documentazione delle attività di manutenzione effettuata in maniera adeguata a ciascuna apparecchiatura.

#### **Art. 5**

##### **CRITERI DI RIPARTIZIONE DELLA SPESA PREVENTIVATA**

1. A garanzia della previsione di spesa concordata con il presente contratto e a tutela della continuità nell'erogazione delle prestazioni in Residenze Sanitarie Assistenziali, le parti convengono che il tetto annuale di spesa, di cui all'art. 3 del presente accordo, è frazionato in mensilità con l'obbligo di non superamento dei limiti progressivi mensili, con una oscillabilità (mensile) non superiore al 5 % del tetto mensile massimo, fermo restando quanto previsto all'art. 3 comma 2. Detta oscillabilità quando in eccesso non è ammessa per le prestazioni erogate nell'ultimo trimestre dell'anno 2013.
2. Le prestazioni dichiarate inappropriate, incongrue ed illegittime dagli Organismi di controllo di cui all'art. 11 rientrano nel limite mensile del 5 % previsto al punto 1, ancorché non remunerabili ed esigibili.

#### **Art. 6**

##### **MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

1. L'erogazione della prestazione sanitaria è subordinata alla richiesta compilata su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale a cura del medico prescrittore in conformità a quanto previsto dal D.M. 17 marzo 2008 e ss.mm.ii., dal D.M. 350/1988 oltre che dalle disposizioni regionali in materia.
2. L'accesso alle prestazioni sanitarie ricomprese nell'ambito dell'assistenza in Residenze Assistenziali è

subordinato all'autorizzazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) competente per territorio ed è regolato dalle disposizioni di cui al Decreto del Commissario ad acta n. 107 del 30.12.2013, recante "Attività e procedure di competenza del punto unico di accesso e della unità di valutazione multidimensionale - linee guida regionali";

3. Non sono remunerabili ed esigibili le prestazioni erogate su richieste del S.S.N. non conformi alla richiamata normativa.
4. Per procedere all'erogazione delle prestazioni la Struttura è tenuta a verificare, preliminarmente, la sussistenza della richiesta e la sua compilazione sul ricettario nel rispetto dei requisiti di cui al punto 1 del presente articolo segnalando alla ASL competente, per le necessarie valutazioni, ogni eventuale anomalia e/o irregolarità. La mancata segnalazione alla ASL comporta la non remunerabilità della prestazione. L'ASL è tenuta ad accertare la correttezza e la remunerabilità delle prescrizioni segnalate.
5. Le prestazioni sono erogate secondo le modalità e con le caratteristiche previste dai provvedimenti nazionali e regionali in materia ed, in ogni caso, nel rispetto dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento, di qualità e di appropriatezza imposti dalla buona e diligente pratica professionale, e secondo l'assetto organizzativo e funzionale di cui ai provvedimenti autorizzativi ed agli atti di accreditamento che la Struttura si impegna a rispettare sino all'adozione dei provvedimenti concernenti la ricollocazione nei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria e socio-sanitaria (DPCM 29 novembre 2001) delle attività svolte dalle strutture extra ospedaliere a carattere residenziale.

#### **Art. 7**

##### **ULTERIORI OBBLIGHI DELLA STRUTTURA**

1. La Struttura si impegna:
  - ad adeguare la propria organizzazione interna ai principi di programmazione regionale in materia di "governo clinico" ed ai percorsi assistenziali concernenti le prestazioni oggetto del presente contratto, definiti a livello nazionale e regionale;
  - a garantire la partecipazione dei propri operatori ad eventuali iniziative formative promosse dalle Aziende UUSLL e dalla Regione;
  - a rispettare puntualmente la normativa in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro ed in materia previdenziale;
  - ad aderire al Progetto Fascicolo Sanitario Elettronico, secondo quanto verrà indicato dalla Regione, al fine di consentire la condivisione telematica delle agende di prenotazione e di monitoraggio delle prestazioni.
2. La Struttura, per quanto attiene le prestazioni in Residenze Assistenziali, si obbliga a garantire, nel rispetto del D. Lgs. 30 giugno 2003 n°196 e ss.mm.ii., l'invio telematico alla Azienda USL territorialmente competente, le informazioni di seguito dettagliate:
  - Comunicazione dell'ammissione del Paziente presso la Struttura, comprensiva di impegnativa della richiesta di prestazione da parte del medico prescrittore e dell'autorizzazione della UVM, entro 24 ore;
  - Comunicazione di dimissione e/o di dimissioni temporanee (ricovero in ospedale) del Paziente entro 24 ore;
  - Trasmissione mensile del prospetto giornaliero delle presenze a carico del S.S.N., distinto per tipologia di fascia e relativa tariffa (valore economico della prestazione così come riportato in fattura).

#### **Art. 8**

##### **DOCUMENTAZIONE RELATIVA AGLI UTENTI**

1. La Struttura ha l'obbligo di istituire dei fascicoli personali contenenti tutta la documentazione sanitaria degli utenti nei quali dovrà conservare, nel rispetto del D. Lgs. 30 giugno 2003 n°196 e ss.mm.ii. in

materia di protezione della *privacy*:

- tutta la documentazione sanitaria (cartella clinica) relativa a ciascun paziente;
- tutta la documentazione amministrativa relativa a ciascun paziente.

#### **Art. 9**

##### **PERSONALE DELLA STRUTTURA E REQUISITI DI COMPATIBILITÀ**

1. La Struttura si impegna ad erogare le prestazioni di cui agli artt. 2 e 3 utilizzando il personale e le figure professionali del ruolo sanitario, tecnico e amministrativo previste dalla normativa vigente in materia di autorizzazione e accreditamento. Restano salve le norme transitorie di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n° 361/2003;
2. La Struttura garantisce l'impiego di personale in possesso dei titoli abilitanti e che non versino in situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art 1 della Legge 23 dicembre 1996 n°662.
3. Le parti si danno atto che eventuali situazioni di incompatibilità e l'accertamento della insussistenza della capacità di garantire le prestazioni nei termini di cui al presente articolo, determinano l'apertura del procedimento amministrativo finalizzato all'irrogazione delle sanzioni previste dall'art. 1, comma 19, della Legge 23 dicembre 1996 n°662.
4. La struttura si impegna a comunicare trimestralmente, all'ASL di pertinenza oltre che al Servizio "Attività Ispettiva e Controllo Qualità" della Direzione *Politiche della Salute*, l'elenco della dotazione organica della Struttura controfirmato dal Legale Rappresentante, indicante il codice fiscale di ogni singolo dipendente, la relativa qualifica, la mansione svolta, il monte ore settimanale ed eventuali successive, variazioni. L'elenco dovrà essere comprensivo anche del personale operante con forme di contratto di lavoro flessibile e del personale operante in regime libero professionale per il quale la struttura dovrà specificare: le generalità del professionista, la durata della collaborazione indicando la data di inizio e di conclusione del rapporto.
5. La Struttura si impegna a mantenere per tutta la durata del contratto l'applicazione del C.C.N.L. di categoria che deve essere dichiarato dalla Struttura nell'elenco di cui al punto 4 del presente articolo.

#### **Art. 10**

##### **OBBLIGHI INFORMATIVI DELLA STRUTTURA**

1. La Struttura fornisce all'Azienda USL competente per territorio, entro il quindicesimo giorno del mese successivo a quello di riferimento, unitamente alla fattura di cui all'art. 12, il file di produzione relativo alle prestazioni sanitarie in Residenze Assistenziali, come disciplinato dalla normativa nazionale e regionale;
2. Il file di produzione costituisce, oltre che obbligo informativo, anche allegato elettronico analitico alla fattura, chiarendosi che sono oggetto di fatturazione tutte le prestazioni erogate a carico del S.S.R. nel mese di competenza, nel rispetto dei limiti di cui agli artt. 3 e 4 del presente contratto;
3. Per prestazioni erogate sono da intendersi le giornate di presenza maturate e le prestazioni erogate nel mese di riferimento;
4. Con ulteriori campi aggiuntivi al file di produzione, di cui al punto 1 del presente articolo, la Struttura specifica per ogni prestazione:
  - il valore dell'importo fatturato;
  - il numero progressivo e la data di emissione della fattura.
5. La Struttura si impegna, altresì, a rispettare, nei tempi e nei modi previsti, gli ulteriori obblighi informativi stabiliti dalle normative ministeriali (NSIS) e regionali ed in particolare il flusso informativo FAR (Flusso Assistenza Residenziale) – in attuazione del D.M. 17 dicembre 2008 – nonché il modello

ministeriale STS24;

6. La Struttura ha l'obbligo di comunicare eventuali ritardi nella trasmissione delle informazioni; l'omissione dei suddetti obblighi informativi, se protratta per due mesi consecutivi o mantenuta nell'arco di complessivi tre mesi dell'anno di riferimento, costituisce inadempimento grave e causa di risoluzione del presente contratto ai sensi dell'art.17;
7. Restano salvi gli obblighi informativi di cui all'art 7;
8. Al ricevimento della fattura e dell'allegata documentazione informativa, l'Azienda USL competente verifica l'esatta attribuzione elettronica della prestazione e della tariffa corrispondente.

#### Art. 11

#### CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA E CONGRUITÀ

1. Fatte salve le verifiche sul fatturato di cui al successivo art. 12, durante la vigenza del presente accordo, la Regione e l'Azienda USL potranno in qualunque momento verificare l'appropriatezza, la legittimità e la congruità delle prestazioni svolte dalla Struttura che, in ogni caso, dovranno essere eseguite a regola d'arte sotto il profilo tecnico e funzionale, secondo le condizioni, le modalità ed i termini previsti dalle norme di settore e dai provvedimenti regionali;
2. Il campione dei controlli di appropriatezza, congruità e legittimità deve essere rappresentativo di almeno il dieci per cento della produzione fatturata al lordo delle possibilità di incremento mensile del 5 %;
3. L'Azienda USL competente territorialmente deve verificare la coerenza dei dati di produzione con quelli relativi alla fatturazione di cui all'articolo 12 secondo le modalità previste dall'art. 14;
4. I controlli presso le Strutture sono di competenza dei *Nuclei Operativi di Controllo* (N.O.C.) secondo le modalità previste dai provvedimenti regionali;
5. E' in facoltà della Regione e dell'Azienda USL di pertinenza avvalersi, per lo svolgimento dei predetti controlli, di altro personale, anche non dipendente, in possesso di particolare e comprovata competenza tecnica, fatti salvi gli effetti del Protocollo di Intesa, concluso il 21/02/2011, tra la Regione Abruzzo e il Comando Carabinieri per la tutela della Salute (N.A.S.);
6. I controlli di cui al presente articolo devono essere svolti nei tempi utili a garantire il rispetto dei termini del procedimento di verifica, di cui al punto 8, fermo restando il termine previsto dall'art. 14 punto 1;
7. La Struttura si impegna a predisporre e mantenere, a sue spese, condizioni organizzative necessarie ed utili a consentire il corretto e regolare svolgimento dell'attività di controllo;
8. Il procedimento di verifica si svolge nel rispetto della Legge 7 agosto 1990 n°241 e ss.mm.ii. con le seguenti precisazioni:
  - le verifiche avvengono alla presenza di Rappresentanti della Struttura;
  - di esse è redatto verbale attestante, tra l'altro:
    - a) le generalità degli intervenuti;
    - b) la descrizione delle circostanze di fatto rilevate;
    - c) le operazioni compiute;
    - d) le osservazioni eventualmente avanzate dalla Struttura.Al termine delle operazioni di verifica, il verbale è consegnato alla Struttura.
  - entro i successivi 10 giorni dalla consegna del verbale la Struttura può presentare contro-deduzioni;
  - entro 10 giorni dalla ricezione delle contro-deduzioni formulate dalla Struttura l'Azienda USL

competente comunica alla Struttura stessa l'esito definitivo della verifica assegnando un termine non superiore a 10 gg per adempiere alle prescrizioni eventualmente impartite, decorsi inutilmente i quali l'Azienda USL adotta i provvedimenti e le prescrizioni del caso la cui inosservanza costituisce grave inadempimento e causa di risoluzione del presente contratto ai sensi dell'art. 17;

9. L'esito della verifica deve indicare il valore in danaro delle prestazioni inappropriate, incongrue, illegittime rispetto al tetto mensile di cui all'art. 5;
10. Resta ferma la responsabilità della Struttura per inadempimenti relative a circostanze e prestazioni che non hanno formato oggetto di controllo.

#### Art. 12

##### MODALITÀ DI FATTURAZIONE

1. La Struttura trasmette all'Azienda USL territorialmente competente e all'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Abruzzo (A.S.R.) la fattura relativa all'integrale produzione del mese di riferimento posta a carico del S.S.R nel rispetto dei limiti previsti dagli artt. 3 e 4;
2. La fattura è trasmessa all'Azienda USL territorialmente competente e all'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Abruzzo (A.S.R.) entro e non oltre il giorno 15 del mese successivo a quello di riferimento;
3. La fattura deve indicare separatamente le prestazioni in Residenze Assistenziali rese a favore di utenti aventi la residenza nell'ambito della Regione Abruzzo, distinguendole per Azienda USL di residenza del paziente;
4. Alla fattura deve essere allegata la seguente documentazione:
  - DURC in corso di validità;
  - documentazione relativa alla produzione di cui all'art. 10.
5. L'ASL non procede alla liquidazione ed al pagamento della fattura non conforme alle previsioni del presente articolo.

#### Art. 13

##### CONTROLLI SUL FATTURATO, LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

1. Il pagamento delle prestazioni, fatturate secondo le modalità di cui all'art 11, avviene – ai sensi del D. Lgs. 9 ottobre 2002 n°231, così come modificato dal D. Lgs. 9 novembre 2012, n. 192 – entro 60 (sessanta) giorni dalla data di ricezione della fattura/nota contabile di riferimento a cura dell'Azienda USL di competenza;
2. L'Azienda USL deve effettuare acconti mensili pari all'85% della somma fatturata entro il tetto mensile di cui all'art. 5 del presente contratto non comprensivo dell'oscillabilità del 5 %, entro 30 (trenta) giorni dalla ricezione della fattura/nota contabile;
3. Alla scadenza di ogni bimestre, entro il termine di cui al comma 1, l'Azienda USL procede al saldo della fattura – positivo o negativo – sulla base della produzione accertata e validata come appropriata, congrua e legittima ed in osservanza di quanto previsto all'art. 10 e all'art.12 del presente contratto. Ove necessario l'Azienda USL richiede alla Struttura nota di credito;
4. La nota di credito è emessa entro e non oltre 60 giorni decorrenti dalla ricezione della relativa richiesta ed indica le prestazioni a cui si riferisce e la residenza dell'utente a cui favore è stata erogata la prestazione;
5. La mancata emissione della nota di credito, secondo le modalità ed i termini previsti dal presente articolo, costituisce inadempimento grave e causa di risoluzione del presente contratto previa formale

diffida ai sensi dell'art.17;

6. Nei casi in cui la somma corrisposta mensilmente in acconto alla Struttura ecceda, nel bimestre, il valore della produzione accertata e validata per lo stesso periodo, l'Azienda USL procede a compensazione con il credito delle mensilità relative al bimestre successivo, in costanza di rapporto;
7. Le parti convengono che per produzione accertata e validata si intende il totale delle prestazioni fatturate, poste a carico del S.S.R., che hanno positivamente superato i controlli di cui agli artt. 10 e 12 del presente accordo e debitamente certificata dall'Azienda USL, non costituendo il solo fatturato, ex se, pretesa di corrispettivo;
8. L'Azienda USL sospende i pagamenti in presenza di violazioni della vigente normativa e nei casi previsti dal presente contratto fermo restando l'obbligo di attivare le procedure previste dal presente accordo e dalla vigente normativa;
9. È fatta salva la ripetizione in favore dell'Azienda USL delle somme che, sulla base dei controlli effettuati in qualunque tempo sull'attività erogata dalla Struttura in forza del presente contratto, risultino non dovute totalmente o in parte;
10. Gli interessi per ritardato pagamento sono fissati nella misura di legge e decorrono dal sessantesimo giorno successivo alla data di protocollazione della fattura/nota contabile;

#### **Art. 14**

##### **TARIFFE**

1. Le prestazioni di cui al presente contratto sono remunerate, secondo le tariffe di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 662 del 1° agosto 2002, ferme restando le previsioni contenute nel Patto della Salute 2011/2012, così come rettificata con decreto commissariale n. 91/2014 del 13 agosto 2014;
2. Le parti concordano che in caso di incremento, a seguito di modificazioni dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie in Residenze Assistenziali, il volume massimo di prestazioni remunerate si intenderà rideterminato ai sensi dell'art. 8 quinquies, comma 2, lett. e-bis del D. Lgs. 30.12.1992 n°502 e ss.mm.ii;
3. Le parti stabiliscono che l'eventuale introduzione e/o aumento di quote di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti, comporterà che gli importi derivanti dalle stesse verranno portati in decremento rispetto al tetto di spesa annuale assegnato e verranno appresi dalla Struttura a titolo di anticipazione;
4. Per il periodo di eventuali ricoveri in ospedale di anziani non autosufficienti e disabili, al fine di conservare il posto letto al paziente, l'Azienda USL viene corrisposto alla Struttura il 50% della tariffa giornaliera per i primi 15 (quindici) giorni di ricovero, mentre nessun compenso viene corrisposto a partire dal 16° giorno di ricovero in ospedale e, conseguentemente, non viene più conservato il posto letto al paziente.

#### **Art. 15**

##### **CESSIONE DEI CREDITI**

1. La Struttura ha l'obbligo di notificare la cessione a qualsiasi titolo dei crediti derivanti dall'esecuzione del presente contratto all'Azienda USL competente territorialmente;
2. Le parti convengono che l'efficacia della cessione è condizionata all'accettazione espressa, nel termine di 20 giorni dalla relativa notifica, dalla ASL di pertinenza e che la cessione del credito potrà essere accettata esclusivamente nei limiti delle prestazioni verificate positivamente e valorizzate ai sensi dell'art. 14 punto 7;

3. In conseguenza di quanto sopra, la Struttura si impegna a mantenere indenne l'Azienda USL per eventuali cessioni effettuate al di fuori delle forme e condizioni di cui ai precedenti commi del presente articolo;
4. Sono inefficaci le cessioni di credito non conformi alle prescrizioni del presente articolo e, in conseguenza di quanto sopra, la Struttura si impegna a mantenere indenne l'Azienda USL per eventuali cessioni effettuate al di fuori di quanto previsto ai precedenti commi del presente articolo.

#### **Art. 16**

#### **INCEDIBILITÀ DEL CONTRATTO**

1. Il presente contratto è incedibile in tutto o in parte;
2. La cessione costituisce grave inadempimento ai sensi dell'art. 18.

#### **Art. 17**

#### **DURATA**

1. Il presente contratto regola le prestazioni rese a decorrere dal 1 gennaio 2014 fino al 31 dicembre 2014.

#### **Art. 18**

#### **RISOLUZIONE DEL CONTRATTO**

1. Fermo ogni altro rimedio e sanzione previsti dal presente contratto e dalla normativa ad esso applicabile costituiscono grave inadempimento e cause di risoluzione del presente accordo:
  - l'accertata falsità di dichiarazioni rese dalla Struttura ai fini della stipula e della esecuzione del presente contratto;
  - l'impedimento ai controlli di cui agli artt. 11 e 13;
  - la mancata ottemperanza agli obblighi informativi nelle ipotesi di cui all'art. 10;
  - la cessione del presente contratto di cui all'art. 16;
  - l'inosservanza dell'obbligo di conservazione e custodia dei documenti relativi alle prestazioni rese;
  - l'accertata violazione degli obblighi in materia previdenziale e di sicurezza nei luoghi di lavoro di cui all'art. 7;
  - la mancata emissione della nota di credito di cui all'art. 14;
  - l'inosservanza dell'art. 4 comma 1 e 2;
  - la revoca dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento provvisori, la sospensione dei quali determina l'automatica sospensione degli effetti del presente contratto;
  - inosservanza dei provvedimenti aziendali di cui all'art. 11, punto 8 del presente contratto.
2. Le predette inadempienze sono contestate dalle parti per iscritto con fissazione di un termine per le eventuali repliche;
3. In caso di definitivo accertamento delle inadempienze contestate di cui al comma 1 la Regione e/o l'Azienda USL di competenza potrà richiedere la risoluzione di diritto del presente contratto previa comunicazione scritta alla Struttura ai sensi dell'art. 1456 c.c.;
4. Resta fermo il diritto della Regione e dell'Azienda USL competente al risarcimento dei danni derivanti da inadempimento della Struttura.

#### **Art. 19**

#### **CONTROVERSIE**

1. Per tutte le controversie di pertinenza della giurisdizione ordinaria inerenti la conclusione e l'esecuzione del presente contratto è competente il foro di L'Aquila ove ha sede legale la Regione Abruzzo.

**Art. 20**

**CLAUSOLA DI SALVAGUARDIA**

**(efficacia sospesa nelle more della decisione di merito)**

1. 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;
2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati sub comma 1 (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.

**Art. 21**

**NORMA DI RINVIO**

1. Per quanto non previsto nel presente contratto si fa riferimento alle disposizioni del codice civile, alle norme nazionali vigenti in materia di appalti, in quanto compatibili, e – per quanto possa occorrere – alle disposizioni regionali.

**Art. 22**

**REGISTRAZIONE**

1. Il presente contratto è soggetto a registrazione in caso d'uso ai sensi del T.U. dell'imposta di registro approvato con D.P.R. n. 131 del 26.04.1986.

Firme

- Per la Regione Abruzzo \_\_\_\_\_
- Per la Struttura \_\_\_\_\_

Per le Aziende Unità Sanitarie Locali di:

- Avezzano, Sulmona, L'Aquila \_\_\_\_\_
- Lanciano, Vasto, Chieti \_\_\_\_\_
- Pescara \_\_\_\_\_
- Teramo \_\_\_\_\_

Se e per quanto possa occorrere la Struttura approva specificamente le previsioni di cui agli artt. 2,3,4,5,7, 8, 11,12,13, 14,15,16,17, 18 – comma 1, 19, 20.

- Per la Struttura \_\_\_\_\_

**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO  
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA  
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del  
23 luglio 2014)**

DECRETO 29.10.2014, n. 133

**Attuazione Decreti commissariali n. 52/2012 e n. 20/2014 recanti rispettivamente “Determinazione del fabbisogno di assistenza residenziale e semiresidenziale” ed “Avvio del procedimento di riorganizzazione della rete territoriale dei servizi a carattere residenziale e semiresidenziale” - Provvedimenti in ordine all’eccesso di offerta di prestazioni a carattere riabilitativo in regime residenziale e semiresidenziale.**

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTA** la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23.07.2014 con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad acta per l’attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

**RICHIAMATO** il Decreto n. 90 dell’ 11.08.2014 di insediamento del Presidente pro tempore della Regione Abruzzo - Dr. Luciano D’Alfonso - nelle funzioni di Commissario ad acta;

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 07 giugno 2012 con la quale, il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario con il compito di affiancare il Commissario ad Acta, nella realizzazione degli interventi ivi declinati funzionali all’attuazione del Piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Servizio Sanitario Abruzzese avviato nell’anno 2007 e proseguito con i Programmi Operativi di cui all’art. 2 comma 88 della L. n. 191/2009 per l’intera vigenza di detti Programmi Operativi;

**ATTESO** che la riferita deliberazione del 07 giugno 2012 incarica il Sub Commissario, dott. Giuseppe Zuccatelli, di collaborare con il Commissario ad Acta anche “ per gli aspetti di programmazione sanitaria, per l’adozione dei provvedimenti attuativi delle disposizioni recate dal vigente ordinamento in materia sanitaria, necessari all’attuazione del Piano di Rientro”;

**RICHIAMATO** il decreto commissariale n. 20/2012 di presa d’atto dell’insediamento del dott. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario con decorrenza dell’incarico dall’11 giugno 2012;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad acta n. 52/2012 con il quale l’Organo commissariale ha provveduto alla determinazione del fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali per la non autosufficienza, la disabilità e l’area salute mentale;

**VISTO** altresì il “Piano di indirizzo per la riabilitazione” approvato dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 30/CSR del 10/02/2011);

**PRECISATO** che, con il predetto decreto commissariale n. 52/2012, ai fini della rimodulazione/riqualificazione di prestazioni residenziali e semiresidenziali relativamente all’area della Disabilità/Riabilitazione ed all’area Anziani non Autosufficienti, si è proceduto alla ridefinizione dei posti letto secondo gli standards di fabbisogno di cui, rispettivamente, ai pertinenti paragrafi del vigente Piano Sanitario Regionale, tenuto conto, altresì, dei risultati dell’analisi condotta dall’Agenzia Sanitaria Abruzzo su vari indicatori di fabbisogno;

**RILEVATO** che erroneamente il su citato DC 20/2014 individua le Aziende USL quali titolari del procedimento “demandando alle stesse il governo del processo di riconversione”;

**RITENUTO** che, in parte qua, il predetto provvedimento si ponga in contrasto con il D.lgs. 502/92 art. 2, il quale attribuisce alle Regioni e Province autonome le funzioni amministrative in materia sanitaria, nonché con la LR. 5/2008 di approvazione del Piano Sanitario Regionale 2008-2010, nella parte in cui la predetta legge formula precisi indirizzi di programmazione al fine di avviare il processo di contrasto alle disuguaglianze nell’accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari;

**ATTESO** altresì che il medesimo Piano Sanitario regionale stabilisce che “la transizione necessita di un forte governo di sistema e di un approccio graduale per

affrontare problemi, tra loro connessi, che tali trasformazioni comportano”;

**RITENUTO NECESSARIO**, pertanto, di dover rettificare il Decreto del Commissario ad Acta n. 20/2014 del 19 febbraio 2014, nella parte in cui espressamente prevede che (omissis) “le Aziende USL, titolari del procedimento, trasmettano gli esiti della interlocuzione con i privati all’Organo commissariale” così come di seguito riportato:

**“precisato che, successivamente alla interlocuzione preliminare tra le Aziende USL e le strutture, titolari di accreditamenti predefinitivi, l’organo commissariale avvii il processo di riorganizzazione, valutando le proposte formulate dalle singole Aziende per i settings assistenziali caratterizzati da eccesso di offerta di posti letto e procedendo anche alla riconsiderazione del fabbisogno calcolato con il Decreto del Commissario ad Acta n. 52/2012 del 10 ottobre 2012, qualora si rilevi una carenza di offerta per setting assistenziali non compresi nel fabbisogno stimato nel DC 52/2012 citato”;**

**RICHIAMATI** gli adempimenti attuativi dell’Azione 3 del Programma Operativo 2013 – 2015 titolata “Residenzialità e semiresidenzialità” ed articolata a sua volta in tre distinte sub-azioni “3.1 - Anziani non autosufficienti”, “3.2 - Disabilità e riabilitazione” e “3.3 - Salute mentale”, la quale, nella prospettiva della riorganizzazione complessiva della rete residenziale e semiresidenziale, prevede, in particolare che nelle aree assistenziali nelle quali l’attuale offerta risulta eccedente il fabbisogno, come risultante dalla Tabella A parte integrante e sostanziale del DC n. 52/2012 vengano definite proposte di riorganizzazione dell’offerta privata di prestazioni residenziali semiresidenziali e riabilitative, con le Aziende USL competenti e sentiti gli erogatori privati interessati;

**VISTO** altresì, il paragrafo 5.1.1 del Piano sanitario regionale 2008-2010, approvato con L.R. 5/2008, che stabilisce nella prima fase del processo di riorganizzazione, sulla base del fabbisogno di prestazioni, così come individuato in atti di programmazione regionale, che gli enti pubblici titolari di strutture sanitarie e socio-sanitarie

predispongano un programma per la riconversione e riorganizzazione di strutture, con riserva di una percentuale almeno pari al 50% dei posti letto per le strutture private interessate, al fine di procedere al rilascio delle autorizzazioni alle nuove realizzazioni, ampliamenti, riconversioni o trasformazioni sulla base delle seguenti priorità di assegnazione:

- 1) enti pubblici;
- 2) strutture private interessate da programmi di riduzione/riconversione dell’offerta;
- 3) strutture private non interessate da programmi di riconversione dell’offerta con comprovata esperienza nei settori di competenza e ristrutturazione a quelli già operanti situati in zone disagiate;
- 4) altri enti privati.

**RITENUTO**, inoltre, di rinviare al documento tecnico, che verrà redatto in seno al costituendo Gruppo di lavoro Regione – Aziende USL, la revisione ed integrazione del fabbisogno della Residenzialità e semiresidenzialità, per Anziani non autosufficienti, Disabilità e riabilitazione e Salute mentale, anche con riguardo alla sussistenza di settings assistenziali non menzionati nel suddetto Decreto commissariale, in coerenza con quanto evidenziato dallo stesso Tavolo di monitoraggio nella parte in cui rileva “lo scostamento derivante dal rapporto tra il fabbisogno teorico indicato nel DCA n. 52/2012 e l’attuale offerta di posti letto residenziali e semiresidenziali, autorizzati e provvisoriamente accreditati” (Verbale del 17 aprile 2014 p. 60 e Verbale del 4 agosto 2014), nonché la definizione delle tariffe relative ai diversi setting assistenziali, comprese quelle relative alle tipologie attualmente non previste dalle vigenti disposizioni regionali in materia;

**PRECISATO** che, la suddetta procedura avrà termine con la sottoscrizione dei cosiddetti “Accordi di riconversione” con quegli erogatori privati, che manifestino adesione espressa in tal senso, secondo quanto definito dalla LR. 32/2007 - art. 3 e relativi manuali di autorizzazione ed accreditamento di cui alla DGR 591/P 2008 secondo cui le strutture producono apposita domanda di autorizzazione ad integrazione della documentazione già agli atti dei competenti uffici regionali;

**ATTESO** che, in fase successiva, i competenti Organi regionali definiranno, di intesa con ciascuna Azienda USL, e tenuto conto delle complementari proposte di riorganizzazione di parte pubblica, un piano di attivazione di nuove strutture sanitarie per le aree assistenziali nelle quali l'offerta risulta carente per la parte del fabbisogno non coperta dal processo di riconversione di cui sopra e dalle attività erogate dalle strutture pubbliche ;

**RITENUTO**, nelle more della definizione dei su accennati adempimenti, quale necessaria fase prodromica al più corretto espletamento dei medesimi, di prendere atto, delle proposte trasmesse dalle singole Aziende USL entro il 31.03.2014 e validarle così come riepilogate nella Tabella A parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

**RICHIAMATE** altresì le previsioni del Nuovo Patto per la Salute 2014 - 2016, nella parte in cui prevedono la revisione dei meccanismi di compartecipazione alla spesa in modo che gli stessi non costituiscano barriere di accesso alla fruizione delle prestazioni sanitarie da parte degli utenti;

**PRESO ATTO** a tal proposito di quanto esplicitato con nota a firma congiunta dei due Componenti La Giunta alla Programmazione Sanitaria ed alle Politiche sociali n. prot. 222 del 6 Ottobre 2014, in ordine ai recenti provvedimenti commissariali in materia di compartecipazione alla spesa sanitaria;

**RITENUTO** di dover ulteriormente procedere, in questa sede ed in adesione ai rilievi formulati dai competenti dicasteri, alla rettifica e sostituzione della Tabella A allegata al DC n. 20/2014 con la Tabella 1 del DC n. 52/2012, salve successive necessità di integrazione del fabbisogno regionale dei posti letto di residenzialità e semiresidenziali ivi determinato;

**TENUTO CONTO** altresì della tendenza all'invecchiamento della popolazione e del verosimile fabbisogno incrementale di prestazioni di carattere residenziale e semiresidenziale per pazienti anziani non autosufficienti e/o affetti da demenza senile, Alzhiemer e altre patologie della senescenza, nonché dei tassi di occupazione come

desumibili dai dati di produzione 2011 della maggior parte delle strutture residenziali e semiresidenziali e della conseguente necessità di rivedere, anche successivamente all'adozione del presente provvedimento, i parametri ed i criteri stabiliti nel su citato decreto 52/2012;

**RICHIAMATA** altresì l'Intesa Stato - Regioni Rep. Atti n. 116/CU del 17 ottobre 2013 che ha provveduto ad una riclassificazione delle strutture residenziali psichiatriche, per alcuni aspetti integrativa del DC 52/2012, recepita con distinto provvedimento;

**PRECISATO** che per quanto sopra, con successivo provvedimento emendativo del decreto 52/2012 si disporranno eventuali integrazioni relativamente alla riclassificazione delle strutture inerenti la residenzialità e semiresidenzialità anche psichiatrica;

**RILEVATO** che il presente atto riveste carattere di urgenza, e come tale sarà trasmesso ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze successivamente alla sua adozione.

#### DECRETA

- **di prendere atto** delle proposte trasmesse dalle Aziende USL entro il 31.03.2014 e delle tabelle riepilogative per settings e per strutture allegate alle rispettive proposte;
- **di precisare** che nella parte in cui le stesse risultano congruenti con il DCA 52/2012 - queste si intendono validate e che conseguentemente l'eccesso di offerta rilevato sulle prestazioni a carattere riabilitativo ex art. 26 in regime residenziale e semiresidenziale è ricondotto al parametro standard di posti letto di cui al DCA 52/2012, suddiviso per area territoriale/ Asl di afferenza;
- **di stabilire** che con distinto provvedimento, si provvederà alla costituzione di apposito Gruppo di lavoro Regione - Aziende USL, con il compito di elaborare entro il 30 novembre 2014 un documento tecnico finalizzato alla determinazione del fabbisogno effettivo ed alla conseguente revisione ed integrazione del fabbisogno della Residenzialità e semiresidenzialità, per Anziani non autosufficienti, Disabilità e

riabilitazione e Salute mentale, individuato dal predetto provvedimento commissariale;

- **di precisare** che il processo di riconversione e riorganizzazione complessiva delle rete territoriale dei servizi a carattere residenziale e semiresidenziale avrà in ogni caso termine entro dicembre 2014;
- **di procedere** alla rettifica ed integrazione del DC 20/2014, in adesione ai rilievi dei competenti Dicasteri, così come esplicitato in narrativa e con riferimento ai dati di cui alla Tabella A;
- **di disporre** che successivamente alla conclusione della presente fase e tramite istituzione di apposito Tavolo Regione - Aziende USL, si proceda alla individuazione delle tariffe relative ai diversi settings assistenziali della semiresidenzialità e delle prestazioni a ciclo diurno, attualmente non previste dai vigenti provvedimenti regionali in materia;
- **di stabilire** che, la suddetta procedura avrà termine con la sottoscrizione dei cosiddetti "Accordi di riconversione" con le strutture private, che manifestino adesione espressa

in tal senso, entro e non oltre il 31 gennaio 2015, anche al fine di poter procedere al successivo avvio e definizione delle tornate negoziali per l'anno 2015;

- **di dare atto** che con apposito accordo di riconversione, verrà concordato, altresì, per ogni singola struttura, un cronoprogramma di adeguamento necessario per l'implementazione dell'offerta relativa ai nuovi settings assistenziali;
- **di trasmettere** il presente decreto al Ministero dell'Economia e Finanze ed al Ministero della Salute per la successiva validazione;
- **di trasmettere** copia del presente provvedimento al BURA per la relativa pubblicazione e di notificare a mezzo raccomandata A/R o posta certificata copia del presente provvedimento alle Aziende USL della Regione Abruzzo ed agli erogatori interessati.

IL COMMISSARIO AD ACTA  
**Dott. Luciano D'Alfonso**

*Segue allegato*

<b>Fabbisogno di assistenza residenziale e semiresidenziale - Disabilità</b>											
SETTING ASSISTENZIALE	TIPOLOGIA STRUTTURA	Ripartizione posti letto esistenti					Fabbisogno regionale Decreto commissariale n. 52/2012 per Azienda USL				
		ASL AV/SUL/AQ	ASL LAN/VAS/CH	ASL PESCARA	ASL TERAMO	TOTALE REGIONALE	ASL AV/SUL/AQ	ASL LAN/VAS/CH	ASL PESCARA	ASL TERAMO	TOTALE REGIONALE
Disabilità e Riabilitazione	RIABILITAZIONE INTENSIVA	40	275	50	78	443	46	60	48	45	201
	RIABILITAZIONE ESTENSIVA	115	376	61	190	742	109	139	113	109	470

<b>Fabbisogno di assistenza residenziale e semiresidenziale - Disabilità</b>										
SETTING ASSISTENZIALE	TIPOLOGIA STRUTTURA	Proposta delle Aziende USL					TOTALE REGIONALE			
		ASL AV/SUL/AQ	ASL LAN/VAS/CH	ASL PESCARA	ASL TERAMO	TOTALE REGIONALE				
Disabilità e Riabilitazione	RIABILITAZIONE INTENSIVA	46	80	20	47	193	193			
	RIABILITAZIONE ESTENSIVA	115	206	45	62	428	428			

Allegato al Decreto del Commissario  
ad ACTA

n. 133 del 29 OTT. 2014



**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO  
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA  
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del  
23 luglio 2014)**

DECRETO 29.10.2014, n. 134

**Recepimento dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane su "Le strutture residenziali psichiatriche" Rep. Atti n.116/CU del 17/10/2013.**

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014, con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo secondo i Programmi Operativi di cui al richiamato art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni ed integrazioni;

**VISTO** il decreto commissariale n. 90/2014 del 12.08.2014, di presa d'atto dell'insediamento del Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo dott. Luciano D'Alfonso in qualità di Commissario ad acta per l'attuazione del summenzionato Piano di Rientro, con decorrenza dell'incarico dal 12.08.2014;

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012, con la quale il Dr. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad acta per l'attuazione del piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Servizio sanitario abruzzese, avviato nell'anno 2007 con i Programmi operativi di cui all'art. 2, co. 88 della L. 191/2009;

**ATTESO** che la riferita deliberazione del 7 giugno 2012 incarica il Sub Commissario, Dr. Giuseppe Zuccatelli di collaborare con il Commissario ad acta anche "per gli aspetti di programmazione sanitaria, per l'adozione dei provvedimenti attuativi delle disposizioni recate dal vigente ordinamento in materia sanitaria, necessari all'attuazione del Piano di Rientro";

**VISTO** il Decreto commissariale n. 20/2012 di presa d'atto dell'insediamento del Dr. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario con decorrenza dell'incarico dall'11 giugno 2012;

**VISTO** l'articolo 4, comma 1, del Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 che affida alla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

**RICHIAMATO** l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane Rep. Atti n.4/CU del 24/01/2013 sul documento "Piano di azioni nazionale per la salute" (PANSM) che prevede di affrontare tra i suoi obiettivi la tematica della residenzialità psichiatrica, azioni specifiche mirate a differenziare l'offerta per i livelli di intensità riabilitativa e assistenziale al fine di migliorare i trattamenti e ridurre le disomogeneità;

**VISTO** l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane Rep. Atti n.116/CU del 17/10/2013 sul documento "Le strutture residenziali psichiatriche" allegato sub A) quale parte integrante dell'Accordo;

**ATTESO** che il documento sopracitato si propone di fornire indirizzi omogenei nel territorio nazionale, mirati a promuovere, all'interno del sistema dell'offerta dei Dipartimenti di salute mentale delle Aziende Sanitarie Locali regionali, una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturata sia per intensità di trattamento (dal trattamento intensivo al sostegno socio-riabilitativo), sia per programmi e tipologie d'intervento correlati alla patologia e alla complessità dei bisogni;

**RILEVATO** che gli indirizzi sono finalizzati a promuovere una metodologia incentrata sui percorsi di cura e su una modalità di lavoro per progetti di intervento specifici e differenziati sulla base della valutazione dei bisogni delle persone, che mira a rinnovare l'organizzazione

dei servizi, le modalità di lavoro dell'équipe, i programmi clinici offerti agli utenti;

**CONSIDERATA** la funzione di orientamento degli indirizzi rispetto all'evoluzione e alla complessità della domanda assistenziale nell'area della residenzialità psichiatrica e alla conseguente necessità di adeguare l'offerta del sistema dei Dipartimenti di salute mentale delle Aziende USL abruzzesi sulla base delle indicazioni del documento "Le strutture residenziali psichiatriche";

**RITENUTO** necessario, pertanto, rendere operativo l'accordo di cui trattasi, recependone integralmente i contenuti e facendo proprie le linee di indirizzo del documento "Le strutture residenziali psichiatriche", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, dando espresso mandato per gli aspetti relativi all'individuazione del fabbisogno nonché all'integrazione dei manuali di autorizzazione ed accreditamento al Servizio "Programmazione Sanitaria", nonché per gli altri aspetti attuativi dell' Accordo in questione al Servizio "Programmazione socio-assistenziale, Progettualità di Territorio, Medicina Sociale e Tutela della salute mentale e dipendenze" e all'Agenzia Sanitaria Regionale;

**RITENUTO** che quanto sopra rappresentato riveste carattere di urgenza stante la necessità di addivenire in tempi rapidi alla approvazione degli indirizzi programmatici alle Aziende Sanitarie Locali e che, pertanto, il presente atto non è stato sottoposto al parere preventivo dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze;

#### **DECRETA**

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

1. **di recepire** i contenuti dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane Rep. Atti n.116/CU del 17/10/2013 sul documento "Le strutture residenziali psichiatriche" sancito ai sensi dell'articolo 9 comma 2,lett.c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 ed allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale del medesimo (Allegato A);
2. **di dare mandato** al Servizio "Programmazione Sanitaria" della Direzione Politiche della Salute di porre in essere gli adempimenti necessari all'attuazione del presente provvedimento per gli aspetti relativi all'individuazione del fabbisogno nonché all'integrazione dei manuali di autorizzazione ed accreditamento, mentre per gli altri aspetti attuativi dell' Accordo in questione al Servizio "Programmazione socio-assistenziale, Progettualità di Territorio, Medicina Sociale e Tutela della Salute Mentale e delle Dipendenze" e all'Agenzia Sanitaria Regionale;
3. **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, siccome previsto nell'Accordo con la Regione Abruzzo per l'attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario, per la relativa validazione;
4. **di disporre** che il presente provvedimento venga trasmesso ai Direttori Generali delle Aziende Unità Sanitarie Locali della Regione Abruzzo per gli adempimenti di competenza;
5. **di disporre** la pubblicazione integrale del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale Telematico e sul sito WEB della Regione Abruzzo.

IL COMMISSARIO AD ACTA  
**Dott. Luciano D'Alfonso**

*Segue allegato*



ALLEGATO "A"

Allegato al Decreto del Commissario  
ad ACTAn. 136 del 29 OTT. 2014

Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento concernente "Le strutture residenziali psichiatriche".

Rep. Atti n. 115/CU del 17 ottobre 2013

## LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 17 ottobre 2013:

VISTO l'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e, in particolare, il comma 2, lettera c), in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

VISTO l'Accordo sul "Piano di azioni nazionale per la salute mentale" sancito da questa Conferenza nella seduta del 24 gennaio 2013, Rep. Atti n. 4/CU;

VISTA la nota in data 14 giugno 2013 con la quale il Presidente della Conferenza delle Regioni e Province autonome ha inviato, ai fini del perfezionamento di un apposito accordo in questa Conferenza, il documento in oggetto;

VISTA la lettera in data 11 luglio 2013 con la quale il Ministero della salute ha comunicato il proprio nulla osta all'ulteriore prosieguo dell'iter istruttorio;

VISTA la lettera in data 2 ottobre 2013, con la quale la suddetta proposta di accordo è stata diramata alle Regioni, alle Autonomie locali ed alle altre Amministrazioni centrali interessate;

CONSIDERATO che nel corso della riunione tecnica svoltasi sull'argomento il 9 ottobre 2013 le Amministrazioni centrali interessate, le Regioni e l'ANCI hanno espresso parere tecnico favorevole;





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*  
CONFERENZA UNIFICATA

ACQUISITO nell'odierna seduta l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano e delle Autonomie locali;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali sul documento concernente "Le strutture residenziali psichiatriche" di cui all'Allegato A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO  
Roberto G. Marino



IL PRESIDENTE  
Graziano Delrio

FROM

14 06 2013 12:25/ST. 12:22

P003

ALLEGATO A



**CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME**

**13/054/CR7A/C7**

**LE STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE**

**Indice:**

**Premessa**

1. Le Strutture Residenziali Psichiatriche
2. Indicazioni sull'assetto organizzativo
3. Il Piano di trattamento individuale e il Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato
4. Tipologia delle Strutture Residenziali Psichiatriche
5. Indicazioni per l'accreditamento delle residenze psichiatriche
6. Monitoraggio e verifiche



Roma, 13 giugno 2013

FROM

14 08 2013 12:25/ST. 12:22

P004

### Premessa

Il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Unificata nella seduta del 24 gennaio 2013, prevede, tra i propri obiettivi, di affrontare la tematica della residenzialità psichiatrica, proponendo specifiche azioni mirate a differenziare l'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale al fine di migliorare i trattamenti e ridurre le disomogeneità.

In attuazione dell'obiettivo di cui sopra, il presente documento si propone di fornire indirizzi omogenei nell'intero territorio nazionale, mirati a promuovere, all'interno del sistema di offerta dei Dipartimenti di Salute Mentale, una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturata sia per intensità di trattamento (dal trattamento intensivo al sostegno socio riabilitativo), sia per programmi e tipologie di intervento correlati alla patologia ed alla complessità dei bisogni.

Si tratta, pertanto, di adottare una metodologia incentrata sui percorsi di cura, che si fonda sulla necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone, mirando a rinnovare l'organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro delle équipe, i programmi clinici offerti agli utenti.

Si precisa che il presente documento si riferisce a strutture residenziali psichiatriche che accolgono utenti adulti o nell'ambito della transizione tra servizi per minori e servizi per l'età adulta, in cui poter trattare, quando appropriato e per tempi definiti, i soggetti affetti dai seguenti quadri patologici: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, disturbi della personalità con gravi compromissione del funzionamento personale e sociale.

Per quanto riguarda le strutture o i servizi riguardanti altri quadri patologici, pur rientranti nell'area dell'assistenza psichiatrica<sup>1</sup>, la cui competenza principale afferisce, tuttavia, ad altri servizi, in base alle organizzazioni dei Servizi Sanitari Regionali, così come per quanto riguarda le strutture per minori, si rinvia a successivi documenti di indirizzo.

A premessa degli indirizzi programmatici esposti nel documento, si forniscono le seguenti considerazioni:

La prima considerazione riguarda il fatto che le indicazioni normative di riferimento nazionale per la residenzialità psichiatrica sono da ritenere inadeguate rispetto all'evoluzione:

- della domanda assistenziale collegata ai bisogni di salute mentale emergenti nella popolazione, individuati sia in base al quadro epidemiologico, che connessi ai contesti operativi di riferimento (storia e organizzazione dei servizi e delle offerte, dati di attività, standard assistenziali, aree di carenza assistenziale);
- delle metodologie e degli strumenti terapeutici e riabilitativi, che configurano un modello di approccio strutturato su percorsi clinici, reti e integrazione.

La seconda, pur in un contesto di specifica attenzione programmatica da parte delle Regioni, si riferisce all'eterogeneità, come risulta da una ricognizione effettuata allo scopo, negli assetti normativi regionali, rispetto a: denominazione e tipologia delle strutture residenziali, criteri per l'iscrizione, tipologia di pazienti trattati, requisiti di accreditamento, parametri per il personale, tariffe, a parità di impegno assistenziale, durata della permanenza nelle strutture, compartecipazione alla spesa.

<sup>1</sup> quali, ad esempio, insufficienza mentale, disturbi pervasivi dello sviluppo, disturbi dello spettro autistico, dipendenze patologiche con comorbidità psichiatrica, disturbi psicopatologici degli anziani e BPSD (Behavioural and psychological symptoms of dementia).



FROM

14.06.2013 12:26/ST, 12:22

P005

## 1. Le Strutture Residenziali Psichiatriche

Le strutture residenziali costituiscono una risorsa del Dipartimento Salute Mentale (DSM), come individuato dal Progetto obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000 (DPR 1 novembre 1999), dedicata al trattamento di pazienti affetti da disturbi psichiatrici che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi o di interventi di supporto sociosanitario, effettuabili in regime residenziale. Il percorso territoriale di un paziente con difficoltà di funzionamento personale e sociale, con bisogni complessi, ivi comprese problematiche connesse a comorbidità somatica, e con necessità di interventi multi professionali, deriva da una presa in carico da parte del Centro di Salute Mentale (CSM) che elabora un Piano di trattamento individuale (PTI); nell'ambito di detto piano può essere previsto l'invio e il temporaneo inserimento in una struttura residenziale psichiatrica per un trattamento riabilitativo con un supporto assistenziale variabile.

L'iscrizione in una struttura residenziale, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, avviene esclusivamente a cura del Centro di Salute Mentale, tramite una procedura di consenso professionale per una buona pratica clinica, relativa a criteri di appropriatezza e condizioni che suggeriscono il ricorso ad un trattamento in regime residenziale, come processo attivo e non autorizzazione "passiva".

Si segnala - come evidenziato nel PANSM - che il PTI deve contenere la sottoscrizione di un "accordo/impegno di cura" tra DSM e utente, con la partecipazione delle famiglie e il possibile coinvolgimento della rete sociale, al fine di consentire la volontarietà e l'adesione del paziente al trattamento.

Si sottolinea, inoltre, l'importanza che l'inserimento venga effettuato in una struttura ubicata nel territorio di competenza del DSM, o comunque del territorio regionale, al fine di favorire la continuità terapeutica ed il coinvolgimento della rete familiare e sociale.

Il CSM segue, tramite un proprio operatore di riferimento (funzione di *case manager*), l'andamento degli interventi fino alla dimissione.

## 2. Indicazioni sull'assetto organizzativo

L'équipe degli operatori deve prevedere la presenza di medici psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica, educatori, operatori sociosanitari (OSS), la cui dotazione è esplicitata negli standard assistenziali definiti, per ciascuna delle tipologie di struttura, dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e di Bolzano.

L'organizzazione del lavoro si fonda sui principi del governo clinico (*governance* clinico-assistenziale), in base ai quali le organizzazioni sanitarie devono impegnarsi per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e per il raggiungimento di standard assistenziali elevati.

Le strutture residenziali psichiatriche, pertanto, nell'ambito delle direttive regionali e aziendali, operano sulla base di linee guida clinico-assistenziali, validate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale.

Ciascuna struttura adotta, inoltre, una propria Carta dei Servizi in cui definisce le proprie caratteristiche, le tipologie di offerta, la dotazione organica con le figure professionali e le specifiche competenze, le procedure di ammissione/trattamento/dimissione, le modalità di relazione con altre strutture, i piani di formazione e aggiornamento del personale.



FROM

14 06 2013 12:26/ST. 12:22

P006

### 3. Il Piano di Trattamento Individuale (PTI) e il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP)

Ai fini dell'appropriatezza di utilizzo delle strutture residenziali psichiatriche, i Piani di trattamento individuali (PTI) dei pazienti proposti dai Centri di Salute Mentale per l'inserimento devono riferirsi a specifici criteri diagnostici, prendendo a riferimento le seguenti diagnosi<sup>2</sup> di inclusione, già indicate in premessa: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, disturbi della personalità con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale. Vengono, quindi, presi in considerazione la gravità e complessità del quadro clinico, la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente, da stabilire sulla base di strumenti di valutazione standardizzati (ad es., HONOS, BPRS, FPS, VADO), le risorse o potenzialità riabilitative, le resistenze al cambiamento, la stabilità clinica. Le risultanze di tali valutazioni orientano, da un lato, sull'intensità del trattamento riabilitativo e, dall'altro, sul livello assistenziale e tutelare da prevedere.

L'obiettivo è quello di individuare una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente stabilendo una correlazione a due livelli:

- il livello di intervento terapeutico riabilitativo richiesto: intensità riabilitativa;
- il livello assistenziale necessario: intensità assistenziale.

Vengono definiti gli interventi necessari al paziente, che nell'insieme rientrano in programmi differenziali per intensità riabilitativa, i quali prevedono durata e prestazioni appropriate.

Da ciò scaturisce la scelta della tipologia di struttura residenziale.

Il percorso clinico-assistenziale di ciascun utente in una struttura residenziale è declinato nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), specificamente definito ed elaborato dall'equipe della struttura residenziale, in coerenza con il Piano di trattamento individuale (PTI), in accordo con il CSM.

Il PTRP deve basarsi su una serie di informazioni e criteri comuni, presenti in una Scheda di PTRP, quali:

- Dati anagrafici, diagnosi clinica e funzionale, con informazioni sul contesto familiare e sociale
- Motivo dell'invio da parte del CSM, tratto dal Piano di trattamento individuale (PTI, che viene allegato)
- Osservazione delle problematiche relative a:
  - area psicopatologica
  - area della cura di sé / ambiente:
  - area della competenza relazionale
  - area della gestione economica
  - area delle abilità sociali
- Obiettivi dell'intervento
- Aree di intervento: descrivere la tipologia e il mix di interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie:
  - Terapia farmacologica
  - Psicoterapia
  - Interventi psicoeducativi
  - Interventi abilitativi e riabilitativi
  - Interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione socio-lavorativa
- Indicazione degli operatori coinvolti negli interventi, ivi compresi, quando presenti, gli operatori di reti informali e del volontariato

<sup>2</sup> espresse sulla base dei criteri della ICD9 CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità



FROM

14 06 2013 12:26/ST, 12:22

P007

- Indicazione della durata del programma e delle verifiche periodiche: aggiornamento dell'andamento del PTRP, con indicazione delle date di verifica.

#### 4. Tipologia delle Strutture Residenziali Psichiatriche

La tipologia delle strutture residenziali psichiatriche viene distinta sia per il livello di intervento terapeutico-riabilitativo, correlato al livello della compromissione di funzioni e abilità del paziente (e alla sua trattabilità), sia per il livello di intensità assistenziale offerto, correlato al grado di autonomia complessivo.

In base all'intensità riabilitativa dei programmi attuati e al livello di intensità assistenziale presente, si individuano tre tipologie di struttura residenziale:

- Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo (SRP1).
- Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo (SRP2).

Le suddette strutture (SRP1 e SRP2) possono essere articolate su diversi livelli di intensità assistenziale, che configurano differenti sottotipologie.

- Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sottotipologie, con personale sociosanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie (SRP3).

Queste sono le tipologie a cui le Regioni e le Province Autonome devono fare riferimento nel caso in cui decidano di riconvertire Case di Cura Psichiatriche in strutture residenziali psichiatriche a differente livello di intensità di cura.

Per quanto concerne la compartecipazione alla spesa, il riferimento normativo è rappresentato dal Decreto del Presidente del Consiglio 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

#### Specializzazione e differenziazione delle strutture residenziali

Si segnala qui il rilievo acquisito e crescente di un'esigenza di differenziazione e specializzazione delle strutture e dei programmi che sappia diversificare i PTRP per condizioni specifiche, quali: i trattamenti all'esordio, i trattamenti nella fascia di età di transizione tra adolescenza e prima età adulta, i trattamenti dei disturbi di personalità, i trattamenti per i disturbi del comportamento alimentare, i programmi per i soggetti affetti da disturbo psichiatrico, afferenti al circuito penale che usufruiscono di misure alternative alla detenzione.

#### Impegno orario del personale

Anche al fine della determinazione di costi e tariffe, va definito, da parte delle Regioni e delle Province Autonome, l'impegno professionale prestato giornalmente dal personale per ciascun paziente. Il monte ore, per ciascuna figura professionale, sarà differenziato in base all'intensità terapeutica riabilitativa e assistenziale dei programmi erogati. Per omogeneità di rappresentazione, le ore di presenza giornaliera delle differenti figure professionali sono declinate nei seguenti raggruppamenti di attività:

- Attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo-riabilitativa per gli educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

#### Tipologia dei Programmi Riabilitativi

I criteri sulla base dei quali si possono articolare i programmi riabilitativi in tipologie a bassa, media e alta intensità riabilitativa o di post-acuzie sono correlati a:



FROM

14 06 2013 12:26/ST. 12:22

P008

- la numerosità e l'intensità degli interventi complessivamente erogati;
- il mix di tipologie diverse di interventi (individuali, di gruppo, terapeutici, riabilitativi, in sede, fuori sede, ecc);
- la numerosità e l'intensità degli interventi di rete sociale (famiglia, lavoro, socialità).

Vari modelli di intervento sono attuabili, con la gradualità richiesta da un programma riabilitativo a bassa, media, alta intensità e dal progetto terapeutico riabilitativo personalizzato, tramite tipologie di attività, quali ad es.:

- cura di sé e dell'ambiente, abilità di base, coinvolgimento in mansioni della vita quotidiana;
- interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede;
- specifici interventi di riabilitazione psicosociale, ad es. sulle funzioni cognitive;
- attività psicoterapeutiche strutturate e psicoeducative individuali, di gruppo o della famiglia;
- partecipazione ad attività pre-lavorative, inserimento in programmi di avviamento al lavoro, partecipazione ad attività fuori sede e autonome raccordinate con la rete sociale;
- altri interventi: osservazione e valutazione clinico-diagnostica, colloqui individuali e familiari, somministrazione di farmaci, riunioni di coordinamento.

Per quanto riguarda i programmi per la post-acuzie, essi rientrano nella tipologia ad alta intensità e comprendono specifici interventi rivolti alla stabilizzazione del quadro clinico, successivamente ad un episodio acuto di malattia, all'inquadramento clinico diagnostico in funzione riabilitativa, al monitoraggio del trattamento farmacologico, all'impostazione del programma terapeutico di medio-lungo termine e al recupero delle competenze personali e sociali secondo progetti individuali.

#### Livelli di intensità assistenziale

Il livello di intensità assistenziale offerto deve essere correlato al grado di autonomia complessivo rilevato nel paziente. In particolare, un ruolo fondamentale nella valutazione assumono gli aspetti correlati alla vita di relazione, quali ad esempio, essere in grado di gestirsi autonomamente per alcune ore da soli; stabilire rapporti di fiducia con gli operatori, accettando regole e limitazioni proposti; prestare attenzione anche alle esigenze altrui (capacità di convivenza); curare l'igiene personale.

#### SRP.1 Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo

Si tratta di strutture nelle quali vengono accolti pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, per i quali si ritengono efficaci interventi ad alta intensità riabilitativa, da attuare con programmi a diversi gradi di assistenza tutelare, e che possono essere appropriati per una gamma di situazioni diverse, che comprendono anche gli esordi psicotici o le fasi di post acuzie.

#### Indicazioni clinico-riabilitative:

I trattamenti a carattere intensivo sono indicati in presenza di compromissioni considerate trattabili nelle aree della cura di sé e dell'ambiente, della competenza relazionale, della gestione economica, delle abilità sociali; oppure in presenza di livelli di autonomia scarsi, ma con disponibilità ad un percorso di cura e riabilitazione, e/o con bisogni di osservazione e accudimento da attuarsi in ambiente idoneo a favorire i processi di recupero.

Descrittivamente si tratta spesso di situazioni nelle quali il disturbo si prolunga o presenta frequenti ricadute nonostante l'adeguatezza della cura e degli interventi psicosociali ricevuti, e quando



FROM

14 06 2013

12:26/ST. 12:22

P009

l'inserimento nella vita socio-lavorativa c/o familiare è di scarso aiuto o addirittura genera stress che possono produrre scompenso.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche che portano a frequenti ricoveri e/o necessitano di ulteriore stabilizzazione, anche dopo un periodo di ricovero in SPDC o in programmi di post-acuzie;
- compromissione di funzioni e abilità di livello grave, specie nelle aree funzionali suddette, di recente insorgenza in soggetti mai sottoposti a trattamento residenziale intensivo;
- problemi relazionali gravi in ambito familiare e sociale;
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente.

#### Arece di intervento (alta intensità riabilitativa)

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo è caratterizzata dall'attuazione di programmi ad alta intensità riabilitativa, che prevedono attività clinica intensa sia in termini psichiatrici che psicologici e la prevalenza delle attività strutturate di riabilitazione rispetto a quelle di risocializzazione:

- area clinico psichiatrica: monitoraggio attivo delle condizioni psicopatologiche, al fine di raggiungere una condizione di stabilizzazione, attraverso la predisposizione di periodici colloqui clinici da parte dello psichiatra sia con il paziente che con la famiglia;
- area psicologica: offerta di interventi strutturati di carattere psicologico (colloqui clinico-psicologici, psicoterapie, gruppi terapeutici) e psicoeducativo (anche con il coinvolgimento delle famiglie dei pazienti);
- area riabilitativa: offerta intensiva e diversificata di interventi strutturati (sia individuali che di gruppo) di riabilitazione psicosociale, finalizzati ad un recupero delle abilità di base ed interpersonali/sociali e al reinserimento del paziente nel suo contesto di origine. Tali interventi prevedono anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura. E' da prevedere la presenza di interventi di formazione/inserimento lavorativo;
- area di risocializzazione: offerta di interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede. Queste ultime possono essere promosse dalla struttura, ma è auspicabile un raccordo con la rete sociale;
- area del coordinamento: incontri periodici e frequenti con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto riabilitativo fino alla dimissione.

#### Requisiti di personale

Nella tipologia di strutture residenziali SRP.1 le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste dall'intensità riabilitativa alta dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti. Le Regioni e le Province Autonome definiscono i propri standard coerentemente a tali criteri, tenendo conto dei raggruppamenti di attività già sopra indicati:

- Attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo-riabilitativa per gli educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica
- Attività di assistenza alla persona per il personale socio-sanitario.



FROM

14 06 2013 12:27/ST.12:22

P010

Durata

La durata massima del programma non può essere superiore a 18 mesi, prorogabile per altri 6 mesi, con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento. I programmi di post-acuzie hanno durata massima di 3 mesi.

SRP.2 Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo

Si tratta di strutture che accolgono pazienti con compromissioni del funzionamento personale e sociale gravi o di gravità moderata ma persistenti e invalidanti, per i quali si ritengono efficaci trattamenti terapeutico riabilitativi e di assistenza tutelare, da attuare in programmi a media intensità riabilitativa (anche finalizzati a consolidare un funzionamento adeguato alle risorse personali).

Indicazioni clinico-riabilitative:

Per i trattamenti a carattere estensivo occorre anzitutto considerare la persistenza di compromissioni funzionali con importanti difficoltà del paziente a recuperare una minima autonomia nelle aree della cura di sé e dell'ambiente, della competenza relazionale, della gestione economica, delle abilità sociali.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicotologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni e abilità di livello grave o moderato, con insorgenza da lungo tempo e/o con pregressi trattamenti riabilitativi, nelle attività di base relative alla cura di sé, oltre che nelle attività sociali complesse;
- problemi relazionali di gravità media o grave in ambito familiare e sociale
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente

Aree di intervento (media intensità riabilitativa)

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte delle strutture per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo è caratterizzata dall'attuazione di programmi a media intensità riabilitativa, che prevedono un'attività clinica di minore intensità e una maggiore presenza di attività di risocializzazione rispetto a quelle di riabilitazione:

- area clinica psichiatrica: monitoraggio periodico delle condizioni psicotologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- area psicologica: offerta di interventi strutturati di supporto psicologico;
- area riabilitativa: offerta di interventi che prevedono anche il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni della vita quotidiana della struttura ed in attività riabilitative nel territorio;
- area di risocializzazione: offerta di interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede. Queste ultime possono essere promosse dalla struttura, ma è auspicabile un raccordo con la rete sociale;
- area del coordinamento: incontri periodici con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto riabilitativo fino alla dimissione.

Requisiti di personale

Nella tipologia di strutture residenziali SRP.2 le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste dall'intensità riabilitativa media dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti. Le Regioni e le Province Autonome definiscono



FROM

14 06 2013 12:27/ST. 12:22

P011

i propri standard coerentemente a tali criteri, tenendo conto dei raggruppamenti di attività già sopra indicati:

- Attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo-riabilitativa per gli educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

#### Durata

La durata massima del programma non può essere superiore a 36 mesi, prorogabile per altri 12 mesi con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento.

#### *SRP.3 Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi*

Si tratta di strutture che accolgono pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, per i quali risultano efficaci interventi da attuare in programmi a bassa intensità riabilitativa. In base al livello di non autosufficienza e dei conseguenti bisogni sanitari e socio assistenziali, si individuano tre tipologie di struttura.

#### Requisiti di personale

Nella tipologia di strutture residenziali SRP.3 le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste dall'intensità riabilitativa bassa dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti. Le Regioni e le Province Autonome definiscono i propri standard coerentemente a tali criteri, tenendo conto dei raggruppamenti di attività già sopra indicati:

- Attività clinica e terapeutica per i medici e gli psicologi
- Attività di assistenza sanitaria per gli infermieri
- Attività educativo-riabilitativa per gli educatori e i terapisti della riabilitazione psichiatrica
- Attività di assistenza alla persona per il personale sociosanitario.

#### Durata

La durata dei programmi è definita nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP).

#### *SRP.3.1 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale sulle 24 h giornaliere*

#### Indicazioni cliniche:

I pazienti sono clinicamente stabilizzati; presentano prevalentemente bisogni nell'area del supporto e della riabilitazione di mantenimento, piuttosto che in quella terapeutica specifica della patologia; sono portatori di marcate compromissioni di tipo persistente nella cura di sé / ambiente, competenza relazionale, gestione economica e abilità sociali; non sono in grado di gestirsi da soli anche solo per alcune ore; dimostrano incompetenza nella gestione di imprevisti o di emergenze (da cui l'indicazione per assistenza sulle 24 ore giornaliere).

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo (non sono cioè solo secondarie all'insorgere di una fase acuta) e/o con progressa scarsa risposta ai trattamenti riabilitativi;
- problemi relazionali di gravità media o gravi in ambito familiare e con amici/conoscenti



FROM

14 06 2013 12:27/ST. 12:22

P012

- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente.

#### Arece di intervento

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di assistenza e risocializzazione.

- **area clinico psichiatrica:** monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- **area riabilitativa:** non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo; prevalgono le attività di assistenza erogate direttamente dal personale, mentre il coinvolgimento del paziente nelle attività quotidiane della struttura è previsto in misura minore;
- **area di risocializzazione:** offerta prevalente di interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede. Queste ultime possono essere promosse dalla struttura, ma è auspicabile un raccordo con la rete sociale;
- **area del coordinamento:** incontri periodici con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto socio-riabilitativo.

#### *SRP.3.2 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale nelle 12 h giornaliere*

##### Indicazioni cliniche:

Prevalentemente, ma non esclusivamente, per pazienti con un pregressa esperienza in RP.24 ore conclusasi positivamente. I pazienti sono clinicamente stabilizzati e presentano bisogni prevalentemente nell'area del supporto e della riabilitazione di mantenimento piuttosto che in quella terapeutica specifica; possono essere presenti livelli anche differenti di disabilità nella conduzione della vita quotidiana, nella cura di sé / ambiente, competenza relazionale, gestione economica e abilità sociali, ma compatibili con un'assistenza garantita solo nelle 12 ore diurne.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo (non sono cioè solo secondarie all'insorgere di una fase acuta) e/o con pregressa scarsa risposta ai trattamenti riabilitativi nella cura di sé e nelle attività sociali complesse;
- problemi relazionali di gravità media in ambito familiare e con amici/conoscenti;
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno buona.

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di risocializzazione ed il persistere di una quota di assistenza diretta da parte del personale.

- **area clinico psichiatrica:** monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- **area riabilitativa:** non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo; alcune attività di assistenza sono erogate direttamente dal personale o sotto la sua supervisione, ma è previsto in misura maggiore che nelle strutture socio-riabilitative a 24 ore il coinvolgimento attivo del paziente nelle attività quotidiane della struttura;
- **area di risocializzazione:** le attività di risocializzazione avvengono prevalentemente fuori sede, in raccordo con la rete sociale;



FROM

14 06 2013 12:28/ST. 12:22

P013

- **area del coordinamento:** incontri periodici con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto socio-riabilitativo.

### ***SRP.3.3 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale per Fasce Orarie***

#### **Indicazioni cliniche:**

I pazienti sono clinicamente stabilizzati e prevalentemente, ma non esclusivamente, provengono da una pregressa esperienza in SRP a 24 o 12 ore, conclusasi positivamente. Attualmente presentano bisogni riabilitativi prevalentemente orientati alla supervisione nella pianificazione e nella verifica delle attività della vita quotidiana con possibilità di godere, in modo mirato, di periodi di affiancamento personalizzato, a supporto delle competenze autonome acquisite, che richiedono un'assistenza garantita solo in alcune fasce orarie diurne.

In particolare si possono evidenziare:

- condizioni psicopatologiche stabilizzate;
- compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo; non sono di norma presenti difficoltà nel far fronte agli imprevisti e soprattutto alle emergenze.
- problemi relazionali di gravità media in ambito familiare e con amici/conoscenti;
- aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno buona.

In termini di aree di intervento, la tipologia di offerta da parte della struttura è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di supervisione e risocializzazione.

- **area clinico psichiatrica:** monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- **area riabilitativa:** non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo; il personale svolge un'attività di supervisione ed è previsto il coinvolgimento attivo del paziente nella gestione delle attività quotidiane della struttura;
- **area di risocializzazione:** le attività di risocializzazione avvengono fuori dalla struttura in raccordo con la rete sociale;
- **area del coordinamento:** incontri periodici con il CSM che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto socio-riabilitativo.



FROM

14 06 2013 12:28/ST. 12:22

P014

### 5. Indicazioni per l'accreditamento delle residenze psichiatriche (di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012)

Ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, a garanzia della qualità organizzativa, di processo e di esito, le Regioni e le Province Autonome adottano un sistema, uniforme nell'intero territorio nazionale, di requisiti di accreditamento, declinati sulle seguenti aree: prestazioni e servizi, personale e relative competenze, comunicazione, appropriatezza clinica e sicurezza.

#### Requisiti concernenti Prestazioni e Servizi

*"E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini".*

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per le aziende/dipartimenti requisiti che evidenzino:

1. *tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati;*
2. *eleggibilità e presa in carico dei pazienti;*
3. *continuità assistenziale;*
4. *monitoraggio e valutazione;*
5. *modalità di gestione della documentazione sanitaria che deve essere redatta, aggiornata, conservata e verificata secondo modalità specificate, al fine di garantirne completezza rispetto agli interventi effettuati, rintracciabilità e riservatezza (privacy).*

#### Requisiti concernenti le competenze professionali

*"L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquistisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività".*

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per il livello aziendale requisiti che evidenzino:

1. *la programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica;*
2. *l'inserimento e l'addestramento di nuovo personale.*

In questo ambito, occorre sottolineare l'importanza - tenuto conto dei particolari e specifici fattori di rischio e di *burn out* del lavoro con persone affette da disturbi psichiatrici maggiori - di garantire processi di formazione continua degli operatori, attraverso strumenti appropriati, come la supervisione e l'audit clinico, anche al fine del consolidamento dello stile di lavoro di equipe.

#### Requisiti concernenti la Comunicazione

*"Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento".*

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per azienda/dipartimento requisiti che evidenzino:



FROM

14 06 2013 12:28/ST. 12:22

P015

1. le modalità di comunicazione interna alla struttura che favoriscano la partecipazione degli operatori;
2. le modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori;
3. le modalità e i contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver;
4. le modalità di coinvolgimento dei pazienti nelle scelte clinico-assistenziali e le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei caregiver;
5. le modalità di ascolto dei pazienti.

Requisiti concernenti Appropriately clinica e sicurezza

*"L'efficacia, la appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati".*

Per corrispondere a tale criterio ogni Regione e Provincia Autonoma dovrà documentare che nel proprio sistema di autorizzazione e/o accreditamento siano presenti per il livello aziendale e per i dipartimenti requisiti che evidenzino:

1. approccio alla pratica clinica secondo evidenze;
2. promozione della sicurezza e gestione dei rischi;
3. programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi;
4. strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze.



FROM

14 06 2013 12:28/ST. 12:22

R016

## 6. Monitoraggio e verifiche.

La gestione di un sistema complesso com'è quello sopra delineato, comporta la necessità di una valutazione costante del suo funzionamento, nel contesto delle attività complessive del dipartimento di salute mentale. È compito delle Regioni verificare periodicamente il mantenimento dei requisiti organizzativi e di accreditamento.

È, inoltre, necessaria l'implementazione del Sistema Informativo Salute Mentale (SISM), anche attraverso l'adozione di un set di indicatori specifici in grado di fornire elementi di valutazione a livello locale, regionale e nazionale. L'individuazione degli indicatori compete al Gruppo SISM-Sottogruppo Indicatori, coordinato dal Ministero della Salute.

Si raccomanda l'utilizzo di strumenti strutturati di valutazione dei problemi clinici e psicosociali dei pazienti e dell'esito dei trattamenti residenziali, con particolare riferimento alla psicopatologia, al funzionamento personale e sociale, alla qualità della vita, alla soddisfazione degli utenti. Tale valutazione è particolarmente indicata nelle strutture a carattere intensivo.

Analogamente, riguardo ai trattamenti residenziali per le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia, che saranno accolte nelle strutture ad hoc previste dalla legge 9/2012, occorre prevedere opportune modalità di monitoraggio del percorso per verificare l'appropriatezza dei trattamenti erogati, le indicazioni, gli outcome clinici, anche tramite appositi progetti a livello nazionale e regionale.

Roma, 13 giugno 2013



**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO  
IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA  
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del  
23 luglio 2014)**

DECRETO 29.10.2014, n. 135

**Recepimento dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i comuni e le Comunità Montane sul "Piano di azioni nazionale per la salute mentale" Rep. Atti n.4/CU del 24/01/2013.**

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014, con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo secondo i Programmi Operativi di cui al richiamato art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni ed integrazioni;

**VISTO** il decreto commissariale n. 90/2014 del 12.08.2014, di presa d'atto dell'insediamento del Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo dott. Luciano D'Alfonso in qualità di Commissario ad acta per l'attuazione del summenzionato Piano di Rientro, con decorrenza dell'incarico dal 12.08.2014;

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012, con la quale il Dr. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad acta per l'attuazione del piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Servizio sanitario abruzzese, avviato nell'anno 2007 con i Programmi operativi di cui all'art. 2, co. 88 della L. 191/2009;

**ATTESO** che la riferita deliberazione del 7 giugno 2012 incarica il Sub Commissario, Dr. Giuseppe Zuccatelli di collaborare con il Commissario ad acta anche "per gli aspetti di programmazione sanitaria, per l'adozione dei provvedimenti attuativi delle disposizioni recate dal vigente ordinamento in materia sanitaria, necessari all'attuazione del Piano di Rientro";

**VISTO** il Decreto commissariale n. 20/2012 di presa d'atto dell'insediamento del Dr. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario con decorrenza dell'incarico dall'11 giugno 2012;

**VISTO** l'articolo 4, comma 1, del Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 che affida alla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

**VISTO** l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane Rep. Atti n.4/CU del 24/01/2013 sul documento "Piano di azioni nazionale per la salute" allegato sub A) quale parte integrante dell'Accordo;

**PRESO ATTO** che gli ambiti prioritari sui quali è opportuno orientare le attività sono descritti, nelle citate Linee di indirizzo, nei seguenti termini:

- Aree di bisogno prioritarie e percorsi di cura: principi, metodologie e strumenti per la tutela della salute mentale;
- Azioni programmatiche per le aree dell'età adulta, dell'infanzia e dell'adolescenza e di integrazione e coordinamento con altre aree;

**CONSTATATO** che per garantire l'avvio del descritto percorso di condivisione dei principi, propedeutico alla loro traduzione di operatività integrata sono individuati una serie di obiettivi ed azioni volti a fornire indicazioni omogenee per la programmazione, attuazione e verifica dell'attività connessa, per consolidare la rete dei servizi e migliorarne le prestazioni, favorendo il raccordo ed il coordinamento tra tutte le aree operative coinvolte:

**RITENUTO** necessario, pertanto, rendere operativo l'accordo di cui trattasi, recependone integralmente i contenuti e facendo proprie le linee di indirizzo del "Piano di azioni nazionale per la salute", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, dando espresso mandato alle Aziende Unità Sanitarie Locali della regione Abruzzo di adempiere a quanto

ivi contenuto e al Servizio "Programmazione socio-assistenziale, Progettualità di Territorio, Medicina Sociale e Tutela della salute mentale e dipendenze" di porre in essere tutti gli adempimenti necessari all'attuazione del presente provvedimento in raccordo con il Servizio "Programmazione Sanitaria" e con l'Agenzia Sanitaria Regionale ;

**DATO ATTO** che, a norma del punto 3 del prefato accordo, alle attività in esso previste si provvede nei limiti delle risorse umane strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica;

**RITENUTO** che quanto sopra rappresentato riveste carattere di urgenza stante la necessità di addivenire in tempi rapidi alla approvazione degli indirizzi programmatici alle Aziende Sanitarie Locali e che, pertanto, il presente atto non è stato sottoposto al parere preventivo dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze;

#### DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

1. **di recepire** i contenuti dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane Rep. Atti n.4/CU del 24/01/2013 sul documento "Piano di azioni nazionale per la salute" sancito ai sensi dell'articolo 9 comma 2,lett.c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 ed allegato al presente provvedimento quale

parte integrante e sostanziale del medesimo (Allegato A);

2. **di precisare** che, per l'attuazione dell'Accordo oggetto di recepimento, si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale;
3. **di dare mandato** al "Servizio Programmazione socio-assistenziale, Progettualità di Territorio, Medicina Sociale e Tutela della Salute Mentale e delle Dipendenze" della Direzione Politiche della Salute di porre in essere gli adempimenti necessari all'attuazione del presente provvedimento, in raccordo con il Servizio "Programmazione Sanitaria" e con l'Agenzia Sanitaria Regionale;
4. **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, siccome previsto nell'Accordo con la Regione Abruzzo per l'attuazione del Piano di Rientro del settore sanitario, per la relativa validazione,
5. **di disporre** che il presente provvedimento venga trasmesso ai Direttori Generali delle Aziende Unità Sanitarie Locali della Regione Abruzzo per gli adempimenti di competenza;
6. **di disporre** la pubblicazione integrale del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale Telematico e sul sito WEB della Regione Abruzzo.

IL COMMISSARIO AD ACTA  
**Dott. Luciano D'Alfonso**

*Segue allegato*

ALLEGATO A

Allegato al Decreto del Commissario  
ad ACTAn. 135 del 29 OTT. 2014

Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul "Piano di azioni nazionale per la salute mentale".

Rep. Atti n. 4/cu del 24/01/2013

## LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 24 gennaio 2013:

VISTO l'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e, in particolare, il comma 2, lettera c), in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

VISTO l'Accordo sul documento concernente "Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale" sancito da questa Conferenza nella seduta del 20 marzo 2008, Rep. Atti n. 43/CU;

VISTA l'Intesa concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 sancita nella seduta della Conferenza Stato-regioni del 3 dicembre 2009, Rep. Atti n. 243/CSR;

VISTA l'Intesa concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012, sancita nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 29 aprile 2010, Rep. Atti n. 63/CSR;

VISTA la nota in data 7 dicembre 2012, con la quale il Ministero della salute ha inviato la proposta di accordo indicata in oggetto;

VISTA la lettera in data 12 dicembre 2012, con la quale la suddetta proposta di accordo è stata diramata alle Regioni, alle Autonomie locali ed alle altre Amministrazioni centrali interessate;

VISTA la nota in data 28 dicembre 2012, con cui la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, ha comunicato l'assenso tecnico sulla proposta di accordo in parola;

VISTA la nota in data 17 gennaio 2013, con cui l'ANCI ha comunicato l'assenso tecnico sulla proposta di cui trattasi;

ACQUISITO nell'odierna seduta l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome e delle Autonomie locali;

## SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome e le Autonomie locali, nei seguenti termini:





Presidenza  
del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

CONSIDERATI:

- la legge 13 maggio 1978, n. 180, recante: "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori";
- la legge 27 maggio 1991, n. 176, recante: "Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989";
- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, recante: "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";
- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008, recante: "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria";
- la legge 3 marzo 2009, n. 18, recante: "Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità";

TENUTO CONTO:

- delle indicazioni strategiche e di programmazione contenute nella "*Declaration and Action Plan*" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) – Regione Europa, sottoscritta ad Helsinki il 15 gennaio 2005;
- del programma di promozione della salute mentale promosso dall'OMS con il "*Mental Health Gap Action Programme*" approvato nel 2008;
- dell'*"European Pact on mental health and well-being"* della Commissione Europea, approvato a giugno 2008, che ha individuato le linee prioritarie di azione per i Paesi membri dell'Unione e lanciato azioni di collaborazione internazionale sulle tematiche proposte;
- dei principi di tutela della salute mentale per i Paesi dell'Unione Europea (UE) sanciti dal "*Green Paper on Mental Health*" approvato dall'Unione Europea nell'ottobre 2005 e sottoposto a consultazione nel corso del 2006;

CONSIDERATO che:

- a) la tutela della salute mentale della popolazione rappresenta uno degli obiettivi principali della salute degli ultimi anni;
- b) deve essere garantita la titolarità della presa in carico dell'utente, in modo da offrire un supporto complessivo in tutto il percorso di cura ed assicurare una risposta nelle diverse fasi del trattamento;
- c) occorre prevedere percorsi a differente intensità assistenziale, nonché flessibilità di servizi e personalizzazione dell'assistenza, in relazione ai singoli bisogni;
- d) è necessario, al fine di coordinare interventi integrati finalizzati all'efficienza e all'appropriatezza delle cure, nonché al raggiungimento di obiettivi di risparmio della spesa





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*  
CONFERENZA UNIFICATA

- pubblica, definire le aree di priorità di intervento, e, all'interno delle stesse, individuare specifiche azioni da realizzare sull'intero territorio nazionale;
- e) occorre indicare adeguati strumenti di analisi e valutazione per verificare l'effettiva implementazione delle azioni previste;

SI CONVIENE

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali, nei seguenti termini:

Art. 1

1. E' approvato il documento "Piano di azioni nazionale sulla salute mentale", Allegato A), parte integrante del presente atto.
2. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali si impegnano a recepire con propri provvedimenti i contenuti del presente accordo.
3. Alle attività previste dal presente accordo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

IL SEGRETARIO  
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

*E. Siniscalchi*



IL PRESIDENTE  
Dott. Piero Gnudi

*Piero Gnudi*

*[Handwritten marks]*

Allegato A

## PIANO DI AZIONI NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE

### Indice

#### **Introduzione**

#### **Premessa**

I problemi di salute mentale della popolazione: bisogni di salute, priorità, azioni, monitoraggio

#### **Cap. 1 Le aree di bisogno prioritarie e i percorsi di cura**

- Principi, metodologie, strumenti
- Tabella di sintesi

#### **Cap. 2 Le Azioni programmatiche e le schede di sintesi**

- Tutela della salute mentale in età adulta
- Tutela della salute mentale in infanzia ed adolescenza
- Integrazione e coordinamento con altre aree



## PIANO DI AZIONI NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE

### *Introduzione*

Il presente documento si fonda su un preciso mandato del Ministero della Salute che aveva avviato una collaborazione con il Gruppo Tecnico Interregionale Salute Mentale (GISM) della Commissione Salute della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome.

Il documento preliminare del febbraio 2010, elaborato appunto dal GISM e dai tecnici del Ministero, era stato successivamente integrato dall'invio alla Commissione Salute, su indicazione del Ministro, di ulteriori punti critici da considerare per la stesura definitiva di un vero e proprio "Piano di Azioni per la salute mentale".

Tale documento già suggeriva le principali linee di indirizzo relative alla tutela della salute mentale della popolazione rilevando, accanto alla diffusione dei disturbi psichici, l'emergere di nuovi bisogni in uno scenario sociale e sanitario mutato, e confermando in particolare l'identificazione delle aree di bisogno prioritarie, definendo inoltre con chiarezza i punti di criticità da affrontare nell'ambito della salute mentale sia dell'età adulta che dell'infanzia e adolescenza. Il fine era quello di garantire risultati efficaci e verificabili, anche sulla scorta delle esperienze virtuose sviluppate in diversi contesti regionali, attraverso azioni da realizzare nell'intero territorio nazionale

Partendo dalle premesse suesposte è stato elaborato il presente "Piano di azioni nazionale per la salute mentale".

Si sottolinea come esso tenga anche conto di una serie di indicazioni internazionali e nazionali:

- Declaration and Action Plan di Helsinki dell'OMS Europa (2005) e MH Gap dell'OMS Ginevra (2008)
- Green Paper (2006) ed European Pact for Mental Health and Well-being (2008) dell'Unione Europea
- Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia, recepita nel nostro ordinamento con legge 176/1991 e Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, recepita con legge 18/2009
- Linee di Indirizzo per la Salute Mentale, 20.3.2008
- DPCM 1 aprile 2008 sul trasferimento della sanità penitenziaria dall'Amministrazione della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale
- Piano Nazionale Prevenzione 2010-2012
- Patto per la Salute 2010-2012.

Da un punto di vista metodologico, la declinazione delle azioni prioritarie su bisogni di salute e interventi, dopo una introduzione descrittiva con i dati disponibili, prevede:

- La definizione degli obiettivi di salute per la popolazione
- La definizione delle azioni e degli attori
- La definizione dei criteri e degli indicatori di verifica e di valutazione.



### **Premessa**

#### **I PROBLEMI DI SALUTE MENTALE DELLA POPOLAZIONE: BISOGNI DI SALUTE, PRIORITÀ, AZIONI, MONITORAGGIO**

Il documento elaborato nel febbraio 2010 a cura del GISM e del Ministero della Salute, già citato in introduzione, fornisce alcune chiavi di lettura circa i bisogni di salute mentale emergenti nella popolazione, individuati sulla base di vari fattori, sia generali (quadro epidemiologico, prevalenza e incidenza) che specificamente connessi al contesto operativo di riferimento (storia e organizzazione dei servizi e delle offerte, dati di attività, standard assistenziali, eventi critici, aree di carenza assistenziale, risorse di vario tipo allocate ...).

Per ciascuna delle aree di bisogno si sottolineava la necessità di delineare motivazioni, contenuti, obiettivi prioritari da raggiungere, strumenti e metodi, secondo le seguenti dimensioni: livelli essenziali di assistenza (LEA) e Percorsi di cura; strumenti e metodologie: percorsi clinici, reti, integrazione; programmi innovativi e formazione degli operatori, sistemi di monitoraggio.

Quale punto qualificante del presente documento occorre rilevare che il concetto di LEA – in linea con quanto già proposto (documenti di lavoro del Ministero, documento sui LEA in salute mentale del GISM 2008) – viene inteso come “percorsi di presa in carico e di cura esigibili”, e non come singole prestazioni, tenuto conto della particolare complessità, multifattorialità e necessità di trattamenti integrati per i disturbi psichiatrici maggiori, ma anche in relazione ai fattori di rischio biopsicosociale e agli interventi di riabilitazione ed inclusione sociale. In sintesi, viene raccomandato un modello di approccio che dovrebbe garantire:

- accessibilità, presa in carico, continuità delle cure, personalizzazione del progetto
- percorsi a differente intensità assistenziale, in rapporto ai bisogni di cura
- servizi flessibili, orientati sui bisogni e sulle persone, “recovery-oriented”
- LEA garantiti dalla ASL nel suo complesso, sulla base della sua organizzazione dei servizi, e non solo dal DSM o dai Servizi per i Disturbi Neuropsichici in Infanzia ed Adolescenza nelle loro varie articolazioni ed espressioni organizzative
- percorsi esigibili individualmente, anche quando inseriti in attività di gruppo o in attività comunitarie.

Per quanto riguarda le dimensioni inerenti gli strumenti e le metodologie (percorsi clinici, reti, integrazione), i programmi innovativi e la formazione degli operatori, i sistemi di monitoraggio, esse devono trovare applicazione nei contenuti e nei metodi del Piano di azioni con l'identificazione delle azioni da implementare da parte delle Regioni e delle progettualità da elaborare nei servizi di salute mentale.

Al fine di realizzare gli obiettivi proposti è opportuno raggruppare i bisogni emergenti di salute individuando alcune aree omogenee di intervento e, nel contempo, offrire indicazioni metodologiche utili a delineare una progettualità innovativa, funzionale alla tipologia dei bisogni prioritari da focalizzare.

In particolare i bisogni prioritari su cui elaborare i percorsi di cura possono essere ricondotti all'area esordi – intervento precoce, all'area disturbi comuni, all'area disturbi gravi persistenti e complessi, all'area dei disturbi dell'infanzia e adolescenza.

Quindi la metodologia suggerita si fonda sulla necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone e della implementazione di percorsi di cura che sappiano intercettare le attuali domande della



popolazione e contribuiscano a rinnovare l'organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro delle équipes, i programmi clinici aggiornati offerti agli utenti.

Tali considerazioni generali offrono le linee metodologico-operative essenziali per realizzare il Piano di azioni nazionale per la salute mentale con coerenza rispetto all'obiettivo di fondo: utilizzare le buone pratiche sviluppate dalle Regioni per favorire una crescita operativa e diffusa della salute mentale e specificamente della psichiatria e neuropsichiatria infantile di comunità in Italia.

#### **A – Aree di bisogni prioritari**

- area esordi - intervento precoce
- area disturbi comuni, ad alta incidenza e prevalenza (depressione, disturbi d'ansia)
- area disturbi gravi persistenti e complessi
- area disturbi infanzia e adolescenza

La metodologia di lavoro proposta consiste in percorsi di cura / programmi innovativi che i Servizi di Salute Mentale, in particolare nei CSM e nei servizi territoriali, e i Servizi per i Disturbi Neuropsichici In Infanzia ed Adolescenza si impegnino a elaborare e a erogare sulla base della differenziazione dei bisogni e dei progetti specifici di intervento clinico proposti.

Inoltre, con analogo modello progettuale, vanno affrontate altre tematiche di rilievo clinico, sociale e organizzativo, che vanno dai disturbi del comportamento alimentare ai disturbi di personalità, ai disturbi psichici in età geriatrica, ai disturbi psichici associati alle dipendenze patologiche e agli autori di reato, ai diversi modelli di residenzialità psichiatrica differenziata per livelli di intensità, dalla formazione degli operatori in rapporto con l'Università al sistema informativo. Esse tuttavia richiedono di essere trattate in modo del tutto distinto in virtù delle loro specificità.

#### **B – Altre aree di interesse**

Ad integrazione del presente Piano, è opportuno prevedere, con separati documenti, lo sviluppo di altre tematiche attraverso la definizione di strumenti differenziati, in quanto vi sono problematiche che necessitano di approfondimenti.

In particolare, i disturbi dell'umore, la prevenzione del suicidio, i disturbi della personalità ed i disturbi del comportamento alimentare, i disturbi dello spettro autistico, necessitano dell'adozione e dell'implementazione di specifiche linee guida/di indirizzo su diagnosi e percorsi di cura.

Considerata inoltre l'importanza crescente che hanno assunto i trattamenti psichiatrici residenziali e a ciclo diurno e la disomogeneità tra le diverse regioni, si rende necessaria la produzione di linee di indirizzo ad hoc che definiscano in modo puntuale gli obiettivi, gli strumenti e le valutazioni di esito sul piano clinico e su quello dell'inclusione sociale.

Occorre anche affrontare in modo mirato la problematica dei bisogni di salute mentale della popolazione immigrata.

Per la coerente attuazione del Piano è determinante sviluppare politiche formative innovative riguardanti le varie professionalità interessate, attraverso il pieno coinvolgimento dell'Università e in accordo con le indicazioni fornite dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Università e della Ricerca.



**C – Monitoraggio del Piano e valutazione dell'impatto economico**

La reale efficacia di un Piano di azioni si basa anche sulla capacità e costanza di monitorarne l'implementazione nei diversi contesti nazionali, regionali e locali.

A tal fine il Ministero della Salute e le Regioni ne verificheranno periodicamente la realizzazione anche utilizzando i Sistemi informativi già esistenti.

L'adeguato controllo delle azioni di piano richiede il pieno sviluppo e implementazione del Sistema Informativo per la Salute Mentale entro sei mesi dall'approvazione del presente Piano.

Dalle attività previste dal presente Piano non devono derivare maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le regioni si impegnano a svolgere le suddette attività con le risorse attualmente disponibili, adottando le misure necessarie a migliorare l'appropriatezza degli interventi e l'efficienza dei servizi.



## CAPITOLO 1

### LE AREE DI BISOGNO PRIORITARIE E I Percorsi di CURA

#### *Principi, metodologie, strumenti*

Si premette che: 1) "il settore sanitario da solo non può fornire tutti i servizi necessari e non può rispondere a tutti i bisogni per la promozione della salute mentale e la prevenzione dei disturbi psichici" (Mental Health Policy Project, WHO 2001); 2) l'area infanzia e adolescenza richiede formazione, competenze e modelli di intervento multiprofessionali specifici (connessi alla peculiarità dello sviluppo e alla necessità di includere l'ambito della riabilitazione neuropsichica).

Si conferma che i percorsi di cura devono essere realizzati sia da parte dei servizi specialistici per la salute mentale (DSM e/o servizi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza) sia nell'integrazione con la rete dei servizi sanitari, sociali e educativi, formali e informali, istituzionali e non.

Sono due i principi guida da applicare:

- a. privilegiare la metodologia di "partire dal basso", valorizzando le buone pratiche esistenti a livello locale, oltre che regionale, favorendo il confronto, l'accreditamento tra pari e le forme di collaborazione
- b. assumere come cornice di riferimento la "psichiatria e neuropsichiatria infantile di comunità", promuovendo e rilanciando il lavoro nel territorio.

In tale prospettiva diviene rilevante, a livello dei servizi territoriali (CSM, Servizi NPJA), differenziare le tipologie dei bisogni e delle domande per individuare percorsi territoriali di cura diversificati, quali ad esempio la collaborazione con MMG e PLS o con altri servizi anche dell'area sociale ed educativa, la relazione di cura continuativa paziente - specialista, la presa in carico per pazienti portatori di bisogni gravi e/o complessi con progetto terapeutico condiviso.

#### *Percorsi clinici*

I modelli operativi indicati per una psichiatria e neuropsichiatria infantile di comunità ben integrata con le risorse del territorio devono attuare percorsi di cura coerenti con i diversi bisogni e l'intervento in aree specifiche (es. il riconoscimento precoce dei disturbi gravi).

Punto cruciale, destinato a crescere di importanza con la diffusione dei disturbi psichici e di quelli neuropsichiatrici dell'età evolutiva, è dato dal rapporto con i MMG e i PLS, snodo decisivo della relazione medico-paziente.

La metodologia dei percorsi clinici garantisce una valutazione approfondita delle esigenze degli utenti e percorsi di cura personalizzati per soggetti affetti da disturbi gravi con maggiori bisogni e a rischio di abbandono (*drop out*) o di continua migrazione tra servizi.

I dati disponibili sulle attività dei DSM e dei servizi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza sembrano indicare una scarsa progettualità nei percorsi di assistenza. Tale situazione, riconducibile a una insufficiente differenziazione della domanda, genera il pericolo di un utilizzo delle risorse non appropriato alla complessità dei bisogni presentati dagli utenti. In molti casi, gli utenti con disturbi gravi ricevono percorsi di assistenza simili agli utenti con disturbi



comuni e viceversa. A tale analisi si aggiunge l'evidenza di una sempre maggiore criticità in relazione alle risorse umane dei servizi.

L'aspetto critico principale consiste nella difficoltà di individuare degli indicatori di ingresso che permettano di prevedere quale dovrà essere il percorso del paziente all'interno del servizio territoriale. Per superare tale difficoltà si propongono alcuni modelli clinico-organizzativi atti a governare il processo assistenziale:

- i) la collaborazione/consulenza: una modalità di lavoro organizzata tra DSM e medicina generale o tra servizi NPIA, PLS, servizi psicologici o sociali e scuola per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative;
- ii) l'assunzione in cura: percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non di interventi complessi e multiprofessionali;
- iii) la presa in carico: percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e intervento di diversi profili professionali. Il percorso clinico di "presa in carico" prevede la definizione di un Piano di Trattamento Individuale per il singolo utente e - a seconda dei bisogni individuati - richiede l'identificazione del "case manager" e la ricerca e il recupero del rapporto con gli utenti "persi di vista", oltre a una maggiore attenzione alle famiglie nell'ambito dei programmi di cura e lo sviluppo di programmi di prevenzione in collaborazione con gli Enti locali e con la scuola.

Ulteriori specificità sono riservate oggi ai programmi per l'individuazione e l'intervento precoce delle psicosi, validati dalla letteratura internazionale e già inseriti con specifiche Linee Guida nel Sistema Nazionale Linee Guida, che peraltro sono in atto con appositi protocolli di valutazione e trattamento e/o con programmi di azioni innovative in diverse regioni.

#### *Il percorso clinico di presa in carico nell'adulto e il lavoro di rete*

Nel caso del paziente adulto, la presa in carico si rivolge ad un soggetto che è riconosciuto comunque parte attiva di una relazione di cura e si fonda su un rapporto di alleanza e di fiducia con l'utente, i suoi familiari e le persone del suo ambiente di vita. Il servizio psichiatrico che si assume la titolarità della presa in carico di un utente deve comunque offrire un supporto complessivo in tutto il percorso del paziente (interventi territoriali, ospedalieri, di emergenza/urgenza, residenziali e semiresidenziali) e garantire la risposta in tutte le fasi del trattamento.

Compito del DSM che assume la titolarità di un percorso di presa in carico, correlata ad una prassi orientata alla continuità terapeutica, è garantire alcuni requisiti:

- supporto complessivo in tutto il percorso del paziente (interventi territoriali, ospedalieri, di emergenza/urgenza, residenziali e semiresidenziali);
- flessibilità, attraverso una costante verifica delle potenzialità evolutive del paziente e il conseguente adattamento delle linee di intervento;
- coerenza, mediante l'impegno congiunto di tutta l'Unità Operativa e del DSM, a realizzare il principio della continuità terapeutica;
- attivazione di un sistema di documentazione dei casi gravi presi in carico (ammessi e dimessi) e attenzione volta a rilevare eventuali drop out (i cosiddetti "persi di vista").



Un percorso di presa in carico si basa operativamente sull'integrazione di attività specifiche cliniche e riabilitative, di assistenza, di intermediazione e di coordinamento, sempre nell'ottica dell'autonomizzazione del paziente.

Dal punto di vista organizzativo il percorso di presa in carico deve fondarsi su un Piano di Trattamento Individuale, contenuto nella cartella clinica e regolarmente aggiornato in funzione dell'andamento clinico indicando le caratteristiche funzionali dell'utente e la sua partecipazione al progetto, le motivazioni e gli obiettivi del programma di cura e la tipologia delle prestazioni erogate dall'équipe.

Il Piano di Trattamento Individuale rappresenta la sottoscrizione di un "accordo/impegno di cura" tra DSM e utente, con l'auspicabile partecipazione delle famiglie e il possibile coinvolgimento della rete sociale.

Il lavoro di rete costituisce un metodo di essenziale importanza, anche utilizzando strumenti di esplorazione delle reti sociali informali (naturali) e formali (servizi), nell'ambito della presa in carico del paziente complesso e dell'integrazione dei trattamenti. Esso garantisce così opportunità di sviluppo della persona e permette di passare da intervento riabilitativo ad intervento di integrazione e di reinserimento nella vita di relazione, coinvolgendo la famiglia ristretta e allargata come risorsa.

#### ***La presa in carico nei disturbi neuropsichici dell'infanzia e adolescenza***

Nel caso della tutela della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, benché valgano principi analoghi e anche qui sia opportuna una riflessione sulla differenziazione dei percorsi di assistenza, vi sono però alcuni aspetti peculiari connessi alla specificità dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza e agli interventi in età evolutiva.

- 1) L'intervento multidisciplinare d'équipe non è limitato ai casi particolarmente gravi e complessi, ma è invece la regola, a causa dell'interazione costante tra le diverse linee di sviluppo, e degli alti indici di comorbilità tra i disturbi dei diversi assi. La maggior parte degli utenti entrano dunque in un percorso di presa in carico, che può però essere caratterizzato da diverse intensità assistenziali a seconda dei disturbi, dei contesti e delle fasi evolutive, e non solo in base a complessità e gravità.
- 2) In conseguenza di quanto sopra, il monitoraggio longitudinale dello sviluppo è molto più comune rispetto al singolo episodio di cura, perché i disturbi evolutivi si modificano nel tempo e col tempo secondo linee complesse e specifiche, e la riabilitazione è componente imprescindibile del processo di cura.
- 3) In modo analogo, il coinvolgimento attivo e partecipato della famiglia e della scuola e l'intervento di rete con i contesti (educativo e sociale) è imprescindibile e presente per la maggior parte degli utenti, con variabile intensità.



## TABELLA DI SINTESI

**Aree prioritarie di intervento**

- area esordi- intervento precoce
- area disturbi comuni
- area disturbi gravi persistenti e complessi
- area disturbi infanzia e adolescenza

La metodologia di lavoro indicata si articola essenzialmente in percorsi di cura / programmi innovativi che i Servizi di Salute Mentale, in particolare nei CSM e nei servizi territoriali, e i Servizi per i Disturbi Neuropsichici in Infanzia ed Adolescenza si impegnino a elaborare e a erogare sulla base della differenziazione dei bisogni e dei progetti specifici di intervento clinico proposti, come esemplificato di seguito nella tabella riassuntiva di metodo:

PERCORSI DI CURA nell'ambito dei programmi innovativi di intervento da attivare					
AREE BISOGNI	INTERVENTI TERRITORIALI	CONTINUITÀ ASSISTENZIALE INTEGRAZIONE	RETI NATURALI FAMIGLIA EMPOWERMENT	RAPPORTO OSPEDALE - TERRITORIO	PROGRAMMI RESIDENZIALI RIABILITATIVI ASSISTENZIALI
<b>Esordi Interventi precoci</b>	Consulenza Assunzione in cura Presa in carico	Scuole, MMG e PLS, Piani di Zona, Distretto, DSM-NPIA	Famiglia, Centri di aggregazione, Auto Mutuo Aiuto, Cooperazione e Agenzie del lavoro	DEA, SPDC, Pediatria	Centri Diurni, Comunità terapeutico-riabilitative
<b>Disturbi comuni (depressione, disturbi d'ansia)</b>	Consulenza Assunzione in cura	MMG, Distretto	Famiglia, Auto Mutuo Aiuto	DEA, Psichiatria di Liaison in ambito ospedaliero	
<b>Disturbi gravi e complessi</b>	Presa in carico (Intervento integrato, Case manager)	MMG, Comuni, Piani di Zona	Famiglia, Auto Mutuo Aiuto, Associazioni, Volontariato, Cooperazione e Agenzie Lavoro	DEA, SPDC, Medicina interna (Neurologia, Geriatria)	Strutture riabilitative e assistenziali, RSA residenzialità leggera e social housing
<b>Disturbi in Infanzia e Adolescenza</b>	Consulenza Assunzione in cura Presa in carico	NPIA-DSM, Scuole, PLS, Consultori, Piani di Zona, Distretto	Famiglia, Centri di aggregazione, Associazioni, Volontariato	DEA, Pediatria, Neonatologia e Servizi ospedalieri dedicati	Comunità terapeutiche per minori, Strutture residenziali sociosanitarie, Comunità educative, Centri semi residenziali terapeutici, Servizi innovativi, ecc.



## CAPITOLO 2

### LE AZIONI PROGRAMMATICHE

#### *Tutela della salute mentale in età adulta*

Il mandato istituzionale in materia di tutela della salute mentale in età adulta è definito dal LEA (livello essenziale di assistenza) di settore, anche in riferimento alla titolarità della spesa assistenziale, e consiste nel garantire l'attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi terapeutico-riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie e che si articola in:

- a) prestazioni ambulatoriali e domiciliari terapeutiche-riabilitative e socio riabilitative, secondo il progetto terapeutico individuale
- b) prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime semiresidenziale, secondo il progetto terapeutico individuale
- c) prestazioni diagnostiche terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime residenziale nella fase intensiva ed estensiva, secondo il progetto terapeutico individuale
- d) prestazioni assistenziali e socio riabilitative, compresi programmi di reinserimento sociale e lavorativo, sia in regime residenziale nella fase di lungoassistenza che nella comunità, secondo il progetto terapeutico individuale

Il modello operativo adottato è quello dell'organizzazione dipartimentale, articolata in una rete integrata di servizi nell'ambito della psichiatria di comunità, così come definito dai due progetti obiettivi nazionali Tutela Salute Mentale (DPR 7 aprile 1994 e DPR 1 novembre 1999).

In linea con i bisogni prioritari e le aree critiche segnalate nell'introduzione, gli obiettivi specifici prioritari individuati dal presente Piano per la tutela della salute mentale in età adulta sono i seguenti:

- Percorsi clinici territoriali differenziati
- Identificazione e intervento precoce dei disturbi psichici gravi in fase di esordio e programmi preventivi integrati con la NPIA nella fascia di età 15-21 anni
- Prevenzione del suicidio e del tentato suicidio, in particolare sui pazienti diagnosticati per disturbo dell'umore
- Miglioramento del trattamento dei disturbi borderline di personalità
- Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici "comuni"
- Miglioramento del trattamento dei disturbi del comportamento alimentare
- Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici correlati alla patologia somatica e all'invecchiamento
- Promozione della salute fisica del paziente psichiatrico
- Differenziazione dell'offerta psichiatrica ospedaliera
- Differenziazione dell'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa
- Prevenzione e lotta allo stigma



TUTELA DELLA SALUTE MENTALE IN ETÀ ADULTA

Risultato accertabile

Garantire il Livello Essenziale di Assistenza (LEA) relativo alla Tutela della Salute Mentale

OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE/STRUMENTO DI VALUTAZIONE
<p>1. Definizione dei percorsi clinici a livello territoriale per differenziare l'offerta di cura nei servizi dei DSM in relazione al bisogno dell'utente</p>	<p>Implementazione specifica nei DSM dei percorsi clinici territoriali differenziati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) accoglienza e valutazione</li> <li>b) percorso di consulenza con i MMG</li> <li>c) assunzione in cura</li> <li>d) percorso di presa in carico o trattamento integrato (con PTI e case manager)</li> </ul>	<p>presenza di pianificazione nazionale e regionale (progettualità innovativa)                      protocolli operativi nei DSM, con i criteri di valutazione diagnostica                      corsi formazione per operatori CSM                      rilevazione informatica dei percorsi clinici                      presenza strumenti dei PTI</p>
<p>2. Identificazione precoce di pazienti con disturbi psichici gravi e dei soggetti a rischio di psicosi in una visione preventiva integrata con i servizi NPIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) raccomandazione ai DSM di elaborare progetti sperimentali integrati con la NPIA per favorire il contatto con adolescenti e giovani (fascia 15-21 a.) a rischio di disturbi psichici gravi</li> <li>b) raccomandazione ai Dipartimenti di salute mentale di utilizzare le scale di valutazione nell'identificazione precoce di soggetti al primo episodio di schizofrenia</li> <li>c) elaborazione raccomandazioni ai DSM circa l'appropriatezza del trattamento farmacologico dell'esordio psicotico e del periodo che segue</li> <li>d) implementazione di trattamenti psicologici strutturati di provata efficacia clinica</li> </ul>	<p>percentuale, nel territorio regionale, di servizi con equipe dedicate a progetti integrati per la individuazione dei disturbi psichici gravi nel passaggio all'età giovanile</p> <p>percentuale di utilizzo di scale di valutazione per l'identificazione delle persone al primo episodio psicotico</p> <p>verifica tramite audit clinici dell'adesione alle linee guida ministeriali</p>



	<p>c) implementazione di interventi psicoeducazionali del nucleo familiare</p> <p>a) raccomandazioni regionali finalizzate a incrementare la disponibilità di trattamenti efficaci, appropriati e tempestivi per pazienti affetti da disturbi dell'umore, che prestino particolare attenzione al rilievo di sintomi predittivi di un aumentato rischio suicidario</p> <p>b) raccomandazioni regionali che definiscano le misure organizzative idonee secondo le linee - guida OMS per ridurre la possibilità di effettuare tentativi di suicidio nelle strutture sanitarie e in carcere</p> <p>a) formulazione di profilo clinico, valutazione e trattamento dei disturbi borderline di personalità, (psicoterapico, psicofarmacologico e psicosociale) ed assetto organizzativo del percorso di presa in carico</p>	<p>evidenza delle raccomandazioni e altri indicatori clinico-organizzativi, tenuto conto delle raccomandazioni nazionali in materia</p> <p>presenza di Raccomandazioni regionali basate sulle linee guida nazionali presenza di protocolli nelle strutture verifica dell'impatto delle raccomandazioni sui servizi</p> <p>verifica della presenza di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali nei servizi</p> <p>- presenza nei CSM di Protocolli di collaborazione con i MMG</p> <p>- presenza in ospedali di Protocolli di collaborazione con i Dipartimenti medici</p> <p>- verifica della presenza di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali nei servizi</p>
3. Prevenzione del suicidio e del tentato suicidio, in particolare sui pazienti diagnosticati per disturbo dell'umore	<p>a) valorizzare il ruolo della psichiatria e del percorso di consulenza specialistica per la rete del MMG</p> <p>b) sviluppare la collaborazione tra SPDC e altri reparti ospedalieri</p> <p>b) definizione di percorsi assistenziali integrati per la presa in carico e la gestione dei DCA, in collaborazione tra DSM, NPIA, MMG e strutture ospedaliere</p> <p>c) raccomandazioni per l'attivazione e lo sviluppo di modelli di psicologia/ psichiatria di consultazione con i MMG ed i servizi ospedalieri</p>	<p>verifica della presenza di Protocolli di collaborazione coerenti i modelli adottati</p>
4. Miglioramento del trattamento dei disturbi borderline di personalità	<p>↪ raccomandazioni regionali che inducano nei dipartimenti di salute mentale azioni volte a promuovere corretti stili di vita nei pazienti psichiatrici in collaborazione con i MMG</p> <p>↪ raccomandazioni regionali sulla necessità di stabilire piani di collaborazione fra i dipartimenti di salute mentale, i dipartimenti di prevenzione e sanità</p>	<p>verifica della presenza di Protocolli di collaborazione sulla base delle raccomandazioni regionali</p>
5. Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici "comuni"	<p>8. Promozione della salute fisica del paziente psichiatrico</p>	
6. Sviluppo del trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare		
7. Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici correlati alla patologia somatica e all'invecchiamento		



<p>9. Trattamenti psichiatrici ospedalieri</p>	<p>pubblica e quelli di cure primarie, per organizzare programmi di educazione sanitaria rivolti ai pazienti psichiatrici</p>	<p>- esistenza protocolli e di sistemi di monitoraggio sulla base delle indicazioni nazionali</p>
<p>10. Differenziazione dell'offerta di residenzialità e assistenziale per migliorare i trattamenti e ridurre le disomogeneità</p>	<p>a) differenziazione dell'offerta per livelli di intensità di cura                  b) implementazione delle raccomandazioni nazionali su TSO, contenzione fisica, prevenzione del suicidio                  a) ricognizione degli attuali assetti regionali delle strutture residenziali psichiatriche                  b) rilevazione dell'organizzazione regionale sui programmi riabilitativi individuali                  c) descrizione della tipologia degli interventi di assistenza (sanitaria / sociale)                  d) definizione di requisiti e standard idonei delle unità di offerta</p>	<p>elaborazione di linee guida condivise con omogenee indicazioni su:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ percorsi riabilitativi individuali</li> <li>▪ requisiti di accreditamento strutture</li> <li>▪ livelli di integrazione socio-sanitaria coerenti con i LEA</li> </ul> <p>presenza di provvedimenti regionali conseguenti</p>
<p>11. Prevenzione e lotta allo stigma</p>	<p>a) sviluppo di specifiche iniziative in ambito nazionale, regionale e locale, con impegno a coinvolgere in tutte le fasi della campagna i gruppi e le associazioni che operano per l'inclusione sociale e l'empowerment, attraverso:                  ricognizione della rete sociale e individuazione delle aree di disagio                  sviluppo di collaborazioni con Dipartimento prevenzione - sanità pubblica, Distretti, Comuni, MMG e associazioni utenti e familiari della rete territoriale                  collaborazione con le scuole</p>	<p>presenza di indicazioni nazionali                  presenza di raccomandazioni regionali conseguenti                  verifica delle collaborazioni locali con i soggetti coinvolti</p>



### **Tutela della salute mentale in infanzia e in adolescenza**

Molte patologie psichiatriche, neurologiche e neuropsicologiche hanno il loro esordio in età evolutiva, e se non adeguatamente e tempestivamente trattate, possono determinare conseguenze assai significative in età adulta sia per quanto riguarda la salute mentale che le condizioni di invalidità e non autosufficienza.

Si tratta di situazioni che richiedono una presa in carico multidisciplinare di lunga durata, con interventi complessi e coordinati di diagnosi, trattamento e riabilitazione che coinvolgano la famiglia e i contesti di vita, integrati in rete con altre istituzioni e con il territorio. Un sistema integrato e completo di servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza richiede quindi la presenza di équipes multidisciplinari composte di tutte le figure professionali necessarie a garantire gli interventi ed un adeguato range di strutture (ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali, di ricovero), entrambe indispensabili per garantire i LEA.

Nonostante le indicazioni previste nei Progetti Obiettivo Materno-Infantile e Salute mentale e i successivi approfondimenti nelle Linee di indirizzo per la Salute mentale, la situazione dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza è invece disomogenea nelle diverse regioni e, in taluni casi, presenta evidenti carenze.

Particolarmente critiche appaiono le risposte ai disturbi psichiatrici in adolescenza, soprattutto al momento dell'acuzie e l'intervento precoce e la presa in carico nelle disabilità complesse e dello sviluppo, nonché la transizione tra i servizi per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta. Appare quindi fondamentale che le Regioni - nell'ambito delle proprie autonomie - migliorino la risposta ai bisogni degli utenti affetti da disturbi neuropsichici dell'età evolutiva e attivino uno stabile sistema di monitoraggio.

Vi è inoltre la fondamentale esigenza di una migliore e più funzionale organizzazione dell'integrazione tra i servizi di salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta, specie riguardo ai disturbi psichici adolescenziali e giovanili (fascia d'età 15 - 21 anni), con l'elaborazione di progetti sperimentali che prevedano la creazione di équipes integrate dedicate alla prevenzione e all'intervento precoce nei disturbi gravi ed emergenti.



TUTELA DELLA SALUTE MENTALE IN INFANZIA E IN ADOLESCENZA

Risultato accettabile

Garantire livelli essenziali di assistenza per i disturbi neuropsichici in infanzia e adolescenza

OBIETTIVO	AZIONE	STRUMENTO DI VALUTAZIONE / INDICATORE
<p>1. Esistenza di una rete regionale integrata e completa di servizi per la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva</p>	<p>a) produzione di specifiche indicazioni regionali (PSSR, LG regionali, linee di indirizzo, raccomandazioni in materia)</p> <p>b) previsione di una rete integrata di servizi multi professionali (ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali e di ricovero)</p>	<p>— esistenza di indicazioni regionali che identifichino una rete omogenea e diffusa di servizi per l'età evolutiva in grado di garantire percorsi specifici, integrati e coordinati per i disturbi neurologici, neuropsicologici e psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza</p> <p>— definizione al loro interno delle diverse tipologie di strutture necessarie in ambito ambulatoriale, semi residenziale, residenziale e di ricovero, e dei raccordi tra di esse</p> <p>— evidenziazione nelle indicazioni della necessità della presenza all'interno di tutti i servizi di equipe multiprofessionali stabili e dedicate, con formazione e competenze specifiche sui disturbi neuropsichici dell'età evolutiva</p> <p>— esistenza di atto che definisce i requisiti</p>
<p>2. Esistenza di una rete regionale di strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche dedicate per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza, in</p>	<p>c) definizione regionale dei requisiti strutturali e organizzativi delle strutture indicate e dei raccordi e modalità di integrazione con altre tipologie di servizi e strutture.</p> <p>a) monitoraggio della situazione esistente e della sua adeguatezza al bisogno, per giungere a una fotografia nazionale</p> <p>b) sperimentazione di strutture in grado di intervenire</p>	<p>— monitoraggio regionale del numero e delle caratteristiche delle strutture semiresidenziali e residenziali/abitanti in fascia di età</p> <p>— monitoraggio della durata media dei ricoveri di</p>



<p>stretta integrazione con i servizi territoriali</p>	<p>anche in situazioni complesse e di integrazione con i servizi territoriali</p> <p>c) promozione di buone pratiche di collaborazione e integrazione tra strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche e servizi territoriali ed ospedalieri</p>	<p>preadolescenti e adolescenti con DRG psichiatrico</p> <p>presenza di progetti innovativi per la risposta a situazioni di acuzie psichiatriche in preadolescenza e adolescenza</p> <p>presenza e applicazione di raccomandazioni relative alla collaborazione e integrazione tra strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche e servizi territoriali ed ospedalieri</p> <p>esistenza di linee di indirizzo regionali</p> <p>n° protocolli esistenti / n° DSM/altri servizi per l'età adulta e servizi NPIA</p> <p>esistenza di modalità di monitoraggio dei passaggi e degli eventuali drop out successivi, di analisi delle motivazioni e di attivazione di interventi correttivi</p> <p>n° ricoveri in SPDC intorno al 18° anno (tra 16 e 18 anni e tra 18 e 20 anni)</p> <p>n° protocolli esistenti / n° servizi (NPIA, DSM, Dipendenze)</p>
<p>3. Definizione di percorsi di transizione verso i servizi per l'età adulta</p>	<p>a) condivisione di protocolli operativi tra servizi di N.P.I., i servizi di Salute Mentale dell'adulto ed altri servizi per l'età adulta, inclusi di linee per il monitoraggio</p>	<p>..</p>
<p>4. Convergenza di interventi nello stesso nucleo familiare di un pz minore con disturbi neuropsichici e genitore/i con disturbi psichici e/o dipendenza patologica</p>	<p>a) condizione di protocolli operativi tra servizi di N.P.I., i servizi di salute mentale dell'adulto e Dipartimenti Dipendenze</p>	<p>..</p>
<p>5. Intervento tempestivo e integrato nei disturbi psichici gravi all'esordio e nelle acuzie psichiatriche in adolescenza</p>	<p>a) interventi di sensibilizzazione del territorio per l'individuazione precoce di segnali di rischio e l'invio tempestivo</p> <p>b) raccomandazioni regionali finalizzate ad un miglioramento della specificità e dell'appropriatezza e del coordinamento degli interventi nell'ambito dell'acuzie psichiatriche in adolescenza, incluso il ricovero ospedaliero, e della loro integrazione e coordinamento</p> <p>c) sperimentazione di modelli di intervento e/o di équipe integrate con i DSM/dip. dipendenze/aree consultoriali nell'ambito di progetti finalizzati alla prevenzione e all'intervento precoce nelle psicosi e nei disturbi psichici gravi, fortemente integrate con i servizi</p>	<p>..</p> <p>n° interventi di sensibilizzazione/abitanti</p> <p>presenza di raccomandazioni regionali che includano indicazioni relative ai luoghi e alle modalità appropriate per gestire la necessaria specificità del ricovero psichiatrico in età evolutiva</p> <p>presenza di protocolli condivisi locali tra i diversi servizi (NPIA, DSM, pediatria, PS/DEA, dipendenze, 118, servizi sociali ecc) che possono a diverso titolo essere coinvolti nella gestione dell'acuzie</p>



	<p>esistenti</p> <p>a) raccomandazioni regionali per la diagnosi precoce, l'appropriatezza della presa in carico, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nelle situazioni di rischio evolutivo</li> <li>- nei disturbi neurologici e neuro evolutivi precoci</li> <li>- nella disabilità complessa e nell'autismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- evidenza delle raccomandazioni regionali e della loro diffusione nelle aziende sanitarie</li> <li>- inclusione nelle raccomandazioni di indicazioni a supporto dell'intervento integrato territorio-ospedale e del raccordo con la rete dei servizi pediatrici</li> <li>- inclusione nelle raccomandazioni di indicazioni a supporto dell'integrazione operativa con la scuola, i servizi sociali territoriali, il sistema giudiziario e quello dei servizi sanitari privati accreditati.</li> </ul>
<p>6. Identificazione precoce delle patologie neuropsichiche e conseguente trattamento tempestivo</p>	<p>α) coordinamento e gestione integrata degli interventi per la salute mentale dei minori autori di reato</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- attivazione di stabili forme di collaborazione con tutti gli interlocutori coinvolti (servizi di NPIA, dipartimento dipendenze, servizi di salute mentale, servizi della giustizia, servizi sociali, terzo settore ecc)</li> <li>- presenza di indicazioni regionali relative agli interventi per la salute mentale dei minori autori di reato</li> </ul>
	<p>β) formazione specifica e mirata</p>	<p>attivazione di percorsi di formazione specifica integrata tra i diversi servizi</p>
<p>7. Miglioramento dell'assistenza nei disturbi psichici dei minori sottoposti a provvedimento penale</p>	<p>a) presenza di indicazioni regionali per la strutturazione di un sistema di monitoraggio dei servizi e degli interventi per i disturbi neuropsichici in infanzia ed adolescenza</p>	<p>presenza di un sistema informativo dedicato monitoraggio delle attività ambulatoriali monitoraggio dei tassi di ricovero per diagnosi NPIA e dei reparti in cui avvengono, con particolare attenzione ai TSO ed ai ricoveri in SPDC</p>
<p>8. Strutturazione di un adeguato sistema di monitoraggio</p>		



### ***Integrazione e coordinamento con altre aree***

Il coordinamento degli interventi integrati con le altre aree di lavoro si rende necessario al fine di fornire risposte integrate ad una domanda complessa di assistenza che riguarda la persona ed il suo bisogno di salute globalmente considerato, ottimizzando l'utilizzo delle risorse finanziarie, sempre più limitate, e dei servizi stessi.

Sono state considerate le principali criticità rispetto ad alcune aree di confine ed alcune criticità in salute mentale, che è necessario affrontare in collaborazione con altre agenzie.

L'obiettivo generale perseguito comprende:

- definizione di percorsi assistenziali integrati e raccomandazioni di buone pratiche
- condivisione tra le diverse agenzie cointeressate
- formulazione di accordi e procedure operative, recepiti, ove necessario, in protocolli d'intesa
- formazione integrata rivolta ai gruppi operativi multiprofessionali.

Le Regioni, alla cui autonomia competono le scelte di carattere organizzativo, devono in ogni caso, assicurare i LEA, dare attuazione alle norme nazionali relative alle diverse aree e garantire l'appropriatezza e la continuità assistenziale, definendo le priorità sulla base degli specifici bisogni di salute del territorio e mantenendo funzioni di coordinamento, monitoraggio e puntuale verifica dei risultati, anche nella logica del fornire informazioni che consentano una visione d'insieme di livello nazionale.

Esse inoltre sono garanti del pieno coinvolgimento degli stakeholders (pazienti e familiari) nell'intero percorso di cura.



**INTEGRAZIONE E COORDINAMENTO CON ALTRE AREE**

**Risultato accertabile**

**Garantire il Livello Essenziale di Assistenza e percorsi assistenziali integrati**

OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE/STRUMENTO DI VALUTAZIONE
<p>1. Definizione di percorsi integrati di cura per la presa in carico nell'area della disabilità: handicap psichiatrico adulto stabilizzato e disabilità adulta per disturbi psico-organici (insufficienza mentale, autismo, disturbi neurologici con gravi sintomi psichiatrici, ecc.).</p>	<p>a) produzione di raccomandazioni regionali rivolte ai servizi competenti delle ASL;</p> <p>b) definizione di percorsi assistenziali aziendali, anche attraverso la definizione di protocolli di intesa condivisi tra i servizi competenti e il coinvolgimento di tutti gli attori interessati;</p> <p>c) condivisione dei percorsi assistenziali integrati, per quanto nelle specifiche competenze, con gli Ambiti territoriali e le Agenzie sociali e territoriali che possono utilmente partecipare alla loro realizzazione, anche mediante una programmazione partecipata degli interventi ed eventuali specifici Progetti</p> <p>d) formazione integrata rivolta ai gruppi di lavoro multi-professionali per l'implementazione di tecniche specifiche di provata efficacia per il trattamento terapeutico-riabilitativo e per l'assistenza.</p>	<p>evidenza delle raccomandazioni regionali e della loro diffusione nelle ASL;</p> <p>numero di percorsi assistenziali integrati (almeno 1 utile per ciascuna patologia evidenziata)</p> <p>numero di protocolli di intesa stipulati tra diverse Agenzie;</p> <p>% di operatori coinvolti nelle iniziative formative specifiche.</p>
<p>2. Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici correlati alle dipendenze patologiche</p>	<p>a) definizione di protocolli sui percorsi integrati di presa in carico e cura tra i servizi di salute mentale e servizi per le dipendenze patologiche;</p> <p>b) definizione regionale dei requisiti strutturali e organizzativi delle strutture territoriali, riabilitative</p>	<p>% di ASL con protocolli stipulati;</p> <p>Evidenza dell'Atto di definizione dei requisiti;</p>



<p>residenziali e semi-residenziali dedicate;</p> <p>c) formazione integrata rivolta ai gruppi di lavoro multi-professionali per l'implementazione di tecniche specifiche di provata efficacia;</p> <p>d) condivisione dei percorsi assistenziali con gli Ambiti Sociali e gli altri soggetti pubblici e privati della rete locale per la tutela dei diritti di cittadinanza;</p> <p>e) monitoraggio regionale sui programmi e sulle azioni intraprese a livello locale.</p>	<p>% di operatori coinvolti nelle iniziative formative specifiche;</p> <p>n° di programmi specifici nell'ambito dei Piani di Zona;</p> <p>frequenza dei Report periodici di monitoraggio.</p>
<p>a) recepimento regionale delle linee di indirizzo approvate dalla Conferenza Stato-Regioni;</p> <p>b) diffusione ed applicazione delle linee di indirizzo;</p> <p>c) definizione regionale dei modelli organizzativi di assistenza negli istituti di pena;</p> <p>d) strutturazione dei servizi sanitari di assistenza penitenziaria secondo il modello organizzativo regionale;</p> <p>e) formazione specifica ed integrata, rivolta al personale della sanità e della giustizia;</p> <p>f) monitoraggio regionale in raccordo con il Tavolo permanente nazionale per la Sanità Penitenziaria</p>	<p>atto regionale di recepimento delle linee di indirizzo</p> <p>n° di iniziative di informazione e disseminazione riguardo alle linee di indirizzo</p> <p>evidenza dell'Atto regionale di definizione del modello organizzativo</p> <p>monitoraggio dei servizi implementati</p> <p>% di operatori coinvolti nelle iniziative formative specifiche</p> <p>frequenza dei Report di monitoraggio con i modelli di reportistica specifici</p>
<p>3. Miglioramento dell'assistenza penitenziaria in salute mentale per pazienti autori di reato</p> <p>4. Pressa in carico dei pazienti internati in OPG</p> <p>a) monitoraggio regionale dei pazienti ricoverati in OPG e stipula di protocolli di collaborazione tra OPG, Regione sede di OPG e Regioni di provenienza dei pazienti per la determinazione delle modalità, degli strumenti e dei tempi di attuazione della dimissione dei pazienti</p> <p>verifica dell'adozione delle linee guida per la prevenzione del suicidio</p> <p>definizione di una scheda individuale di monitoraggio;</p> <p>numero dei protocolli di collaborazione</p>	



<p>ricoverati</p> <p>b) coerente revisione dell'organizzazione dei servizi per favorire il recupero dei pazienti dimessi da OPG e prevenire il ricorso all'OPG</p> <p>c) presa in carico del paziente da parte del CSM competente con elaborazione del Progetto terapeutico individuale in accordo con l'unità organizzativa competente dell'ASL sul cui territorio insiste l'OPG e realizzazione di azioni tempestive ed adeguate per la dimissione e il reinserimento sociale</p> <p>d) definizione regionale di specifici requisiti strutturali e organizzativi delle comunità riabilitative psichiatriche per dimessi da OPG ad elevata complessità</p> <p>e) formazione specifica ed integrata</p> <p>f) monitoraggio regionale del processo in raccordo con il Comitato paritetico interistituzionale</p>	<p>verifica dei nuovi modelli organizzativi adottati</p> <p>% degli Internati con Progetto terapeutico individuale prodotto dal CSM competente</p> <p>evidenza dell'atto regionale di definizione dei requisiti</p> <p>% di operatori coinvolti nelle iniziative formative specifiche;</p> <p>frequenza dei report di monitoraggio con modelli di reportistica specifica</p>
---	--



### Nota metodologica

La garanzia del Livello Essenziale di Assistenza (LEA) relativamente alla tutela della salute mentale in età adulta, nell'infanzia e nell'adolescenza va assicurata nel rispetto sia delle indicazioni nazionali di competenza ministeriale sia della autonomia organizzativa delle Regioni, ciascuna delle quali dovrà adottare le necessarie iniziative per garantire i LEA nei tempi di validità del Piano e coerentemente con quanto indicato nelle relative schede, sulla base delle esigenze e delle priorità riscontrate nel territorio di competenza.

Gli "attori", cioè la parte responsabile delle azioni previste nelle schede seguenti, sono sempre rappresentati dal livello nazionale, da quello regionale e dal livello locale (Azienda Sanitaria / DSM), ciascuno per gli interventi di propria pertinenza. Ciò è peraltro ben esemplificato dall'esistenza di linee guida e raccomandazioni ai tre diversi livelli sopra indicati. È da segnalare un riferimento specifico al Piano Nazionale Prevenzione (PNP) in quanto elemento attivatore e unificatore dei diversi Piani Regionali (PRP).

Inoltre, dal punto di vista operativo, diviene fondamentale garantire l'implementazione del Sistema Informativo Salute Mentale nazionale (SISM) in tutte le Regioni, verificando preliminarmente in modo specifico la predisposizione delle procedure necessarie



**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO  
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA  
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del  
23 luglio 2014)**

DECRETO 29.10.2014, n. 142

**Recepimento dell'accordo Stato - Regioni  
CSR 87 del 10 luglio 2014 recante Indirizzi  
per l'individuazione delle figure  
professionali competenti nel campo delle  
cure palliative e della terapia del dolore,  
nonché delle strutture sanitarie,  
ospedaliere e territoriali, e assistenziali  
coinvolte nelle reti delle cure palliative e  
della terapia del dolore.**

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTA** la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014, con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo - Dr. Luciano D'Alfonso - è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

**RICHIAMATO** il decreto n. 90 del 12 agosto 2014 di insediamento del Dr. Luciano D'Alfonso, come Commissario ad acta;

**VISTA** la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012, con la quale il Dr. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad acta per l'attuazione del piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Servizio sanitario abruzzese, avviato nell'anno 2007 con i Programmi operativi di cui all'art. 2, co. 88 della L. 191/2009;

**ATTESO** che la riferita deliberazione del 7 giugno 2012 incarica il Sub Commissario, Dr. Giuseppe Zuccatelli di collaborare con il Commissario ad acta anche " per gli aspetti di programmazione sanitaria, per l'adozione dei provvedimenti attuativi delle disposizioni recate dal vigente ordinamento in materia sanitaria, necessari all'attuazione del Piano di Rientro";

**VISTO** il Decreto commissariale n. 20/2012 di presa d'atto dell'insediamento del Dr. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario con decorrenza dell'incarico dall'11 giugno 2012;

**VISTO** altresì l'articolo 4, comma 1, del Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 che affida alla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

**RICHIAMATA** la l. 38 del 15 marzo 2010, recante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" e in particolare, l'art. 5 che, nel dettare disposizioni in materia di reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore, al comma 2 prevede che - con Accordo stipulato in sede di Conferenza Stato - Regioni, su proposta del Ministero della Salute, sono individuate:

- Le figure professionali con specifiche esperienze nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l'età pediatrica, con particolare riferimento ai medici di medicina generale e ai medici specialisti in anestesia e rianimazione, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia, pediatria, ai medici con esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, agli infermieri, agli psicologi e agli assistenti sociali nonché alle altre figure professionali ritenute essenziali;
- L'art. 8, recante disposizioni in materia di formazione ed aggiornamento del personale medico e sanitario in materia di cure palliative e di terapia del dolore, a tenore del quale l'accordo di cui all'art. 5 comma 2, citato, individua i contenuti dei percorsi formativi ai fini dello svolgimento di attività professionale nelle strutture sanitarie pubbliche e private e nelle organizzazioni senza scopo di lucro, operanti nell'ambito delle due reti per le cure palliative e per la terapia del dolore, ivi inclusi i periodi di tirocinio obbligatorio presso le strutture delle due reti;

**RICHIAMATI** altresì:

- L'Accordo Stato - Regioni del 25 luglio 2012 (rep. Atti n. 151/CSR) con cui sono stati stabiliti i requisiti minimi e le modalità organizzative necessarie per

l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore;

- Il Decreto del Commissario ad acta n. 52 dell'11 ottobre 2012 recante: " Il malato terminale dall'ospedale al domicilio" con il quale la Regione Abruzzo ha provveduto a istituire la rete regionale delle cure palliative per adulti, nonché il Decreto commissariale n. 82 del 9 ottobre 2013 recante: " Le cure palliative e la terapia del dolore nel bambino";

**VISTO** il Decreto ministeriale 28 marzo 2013, recante "Modifiche ed integrazioni delle tabelle A e B di cui al decreto gennaio 1998, relative ai servizi ed alle specializzazioni equipollenti";

#### **ATTESO CHE**

- con nota del 19 febbraio 2013, il Ministero della Salute ha trasmesso la proposta di Accordo indicata in oggetto;
- con nota del 22 febbraio 2013 la stessa è stata diramata alle regioni e province autonome;
- con successiva nota del 12 luglio 2013 il Ministero della Salute ha comunicato il proprio nulla osta al successivo iter istruttorio del provvedimento
- nella riunione tecnica svoltasi in data 9 ottobre, 2013, cui la Regione Abruzzo ha partecipato in modalità videoconferenza con i propri referenti i rappresentanti delle regioni e province autonome hanno formulato alcune richieste emendative al documento in parola;
- con note del 15 e 16 ottobre 2013, diramate in pari data, il Ministero della Salute ha trasmesso una nuova versione dello schema di accordo indicato in oggetto che recepisce le modifiche concordate con le regioni e province autonome e con il ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, nonché la modifica concordata per le vie brevi con il ministero delle finanze;

**VISTO** l'Accordo Stato - Regioni n. CSR 87 del 10 Luglio 2014, recepisce il suddetto documento tecnico;

**RITENUTO**, pertanto, necessario recepire il suddetto Accordo, richiamandone integralmente in questa sede i contenuti, così come espressi nell' All. A parte integrante e

sostanziale del presente provvedimento, dando espresso mandato al Dirigente del Servizio Programmazione socio-assistenziale, Progettualità di Territorio, Medicina sociale e Tutela della Salute Mentale e dipendenze, nonché, per quanto di rispettiva competenza, al Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale di porre in essere gli adempimenti necessari all'attuazione del presente provvedimento;

**RITENUTO** che quanto sopra rappresentato riveste carattere di urgenza stante la necessità di addivenire in tempi rapidi alla approvazione degli indirizzi programmatici alle Aziende Sanitarie Locali in materia e che, pertanto, il presente atto non è sottoposto al parere preventivo dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze;

#### **DECRETA**

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

1. **di recepire** i contenuti dell'Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 87/CSR del 10 luglio 2014 recante " Indirizzi per per l'individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore. Nonché delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore", sancito ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 ed allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale del medesimo (All. A), precisando che per l'effetto risultano modificate ed integrate le relative sezioni delle linee guida regionali di cui ai citati decreti commissariali n. 52/2012 dell'11 ottobre 2012 e 82/2013 del 9 ottobre 2013;
2. **di precisare** che, per l'attuazione dell'Accordo oggetto di recepimento, si provvede nei limiti delle Risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale;
3. **di dare mandato** al Servizio Programmazione socio-assistenziale, Progettualità di Territorio, Medicina Sociale e Tutela della Salute Mentale e delle Dipendenze della Direzione Politiche della Salute, e all'Agenzia Sanitaria Regionale di

- porre in essere gli adempimenti necessari all'attuazione del presente provvedimento;
4. **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze per la relativa validazione, nonché al Servizio Programmazione socio-assistenziale, Progettualità di Territorio, Medicina Sociale e Tutela della Salute Mentale e delle Dipendenze della Direzione Politiche della Salute, ai Direttori Generali delle Aziende U.S.L. della Regione Abruzzo e al Direttore dell'Agenzia Sanitaria

- Regionale, per l'adozione dei provvedimenti di rispettiva competenza;
5. **di disporre** la pubblicazione integrale del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale Telematico e sul sito WEB della Regione Abruzzo;

IL COMMISSARIO AD ACTA  
**Dott. Luciano D'Alfonso**

*Segue allegato*

POSTA CERTIFICATA: Fwd: POSTA CERTIFICATA: CSR-0002983-P-22/07/20... Pagina 1 di 1

DG 16 (manov) h

**POSTA CERTIFICATA: Fwd: POSTA CERTIFICATA: CSR-0002983-P-22/07/2014 - Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sull'individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della ter...**

Presidenza

Inviato: martedì 29 luglio 2014 13.53

A: Luciano D'Alfonso; luciano.dalfonso@tiscali.it; Silvio Paolucci; Maria Crocco

Allegati: Fwd: POSTA CERTIFICATA: CSR-0... (3 MB)

REGIONE ABRUZZO  
Direzione Politiche della Salute

Data di arrivo 30 LUG 2014

Regione Abruzzo  
Giunta Regionale  
Segretariato Generale della Presidenza  
Struttura Complessa "Segreteria del Presidente"

- Sede L'Aquila - Palazzo I. Silone - Via Leonardo da Vinci, 6 - 67100 L'Aquila - Italy  
Tel.: +39 0862 363817 - 3818 - Fax +39 0862 363522  
- Sede Pescara - Piazza Unione 13 - 65127 Pescara - Italy  
Tel. +39 085 7672983 - 982 - Fax +39 085 7672845  
Mail: presidenza@regione.abruzzo.it  
Pec: presidenza@pec.regione.abruzzo.it

Web: [www.regione.abruzzo.it](http://www.regione.abruzzo.it)

Da: Per conto di: presidenza@pec.regione.abruzzo.it [posta-certificata@telecompost.it]

Inviato: sabato 26 luglio 2014 12.47

A: Presidenza

Oggetto: POSTA CERTIFICATA: Fwd: POSTA CERTIFICATA: CSR-0002983-P-22/07/2014 - Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sull'individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapi...

Messaggio di posta certificata

Il giorno 26/07/2014 alle ore 12:47:48 (+0200) il messaggio

"Fwd: POSTA CERTIFICATA: CSR-0002983-P-22/07/2014 - Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sull'individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché delle strutture sanitarie, ospedaliere, territoriali e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore.#9783465#" è stato inviato da "presidenza@pec.regione.abruzzo.it" indirizzato a:

presidenza@regione.abruzzo.it

Il messaggio originale è incluso in allegato.

Identificativo messaggio: CEB2DCEA-0E6F-A718-F811-3C69F96D952D@telecompost.it

Allegato al Decreto del Commissario  
ad ACTA

n. 162 del 29 OTT. 2014



<https://mail.abruzzo.loc/owa/?ac=Item&t=IPM.Note&id=RgAAAADDZi9QaE1DS5j...> 29/07/2014



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

SEGRETARIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE  
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI  
E LE PROVINCE AUTONOME

Codice sito: 4.10/2013/35

Prot. SA

RA/202891

del 26.7.2014

Ricevuto dal 150000000/2014

Presidenza del Consiglio dei Ministri  
CSR 0002983 P-4.23.2.21  
del 22/07/2014



9783465

Al Ministero della Salute

- Gabinetto

[gab@postacert.sanita.it](mailto:gab@postacert.sanita.it)

- Direzione generale delle professioni sanitarie e  
delle risorse umane del Servizio sanitario  
nazionale

[segreteria.dgrups@sanita.it](mailto:segreteria.dgrups@sanita.it)

Al Ministero dell'Economia e delle Finanze

- Gabinetto

[confgabmef@pec.mef.gov.it](mailto:confgabmef@pec.mef.gov.it)

- Dipartimento della Ragioneria Generale dello  
Stato - Coordinamento delle attività dell'Ufficio del  
Ragioniere generale dello Stato

[rgs.ragionereregionale.coordinaimento@pec.mef.gov.it](mailto:rgs.ragionereregionale.coordinaimento@pec.mef.gov.it)

Al Ministero dell'istruzione, dell'università e della  
ricerca

[uffgabinetto@postacert.istruzione.it](mailto:uffgabinetto@postacert.istruzione.it)

Al Presidente della Conferenza delle Regioni e delle  
Province autonome

c/o CINSEDO

[conferenza@pec.regioni.it](mailto:conferenza@pec.regioni.it)

Ai Presidenti delle Regioni e delle Province autonome  
di Trento e Bolzano

(CSR PEC LISTA 3)

All'Assessore della Regione Veneto

Coordinatore Commissione salute

[protocollo.generale@pec.regione.veneto.it](mailto:protocollo.generale@pec.regione.veneto.it)

[statoregioni@pecveneto.it](mailto:statoregioni@pecveneto.it)

*(Handwritten mark)*



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE  
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI  
E LE PROVINCE AUTONOME

Oggetto: Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sull'individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché delle strutture sanitarie, ospedaliere, territoriali e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore.

Si trasmette alle Amministrazioni in indirizzo, per il seguito di competenza, l'atto dell'accordo sancito dalla Conferenza Stato - Regioni, nella seduta del 10 luglio 2014.

Il predetto accordo è disponibile sul sito [www.statoregioni.it](http://www.statoregioni.it) con il codice 4.10/2013/35.

Il Direttore  
Antonio Nardone



*10*

		applicazione delle principali tecniche strumentali antalgiche invasive e mininvasive Discussione con gli specialisti medici di altre discipline per una condotta terapeutica integrata. Gestione emergenze)
--	--	--

Per le figure del medico di medicina generale, psicologo, infermiere, fisioterapista si rimanda all'allegato tecnico riguardante le cure palliative.



Contenuti formativi specifici per singola figura professionale

**MEDICO SPECIALISTA IN ANESTESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA**

<b>PROFILO PROFESSIONALE</b>	Medico Specialista
<b>Ruoli professionali</b>	Medico Anestesista
<b>Ambito professionale</b>	Tutti i setting di cura nella Rete di Terapia del Dolore, come previsto dalla Legge 38/2010
<b>Area di attività</b>	Clinica
<b>Tipologia qualifica</b>	Laurea specialistica in Medicina e Chirurgia + Specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (specialità equipollente per la terapia del dolore)

AREE DI COMPETENZA	COMPETENZE	CONTENUTI FORMATIVI
Competenze cliniche	<p>Saper rispondere ai bisogni della persona affetta da dolore indipendentemente dalla sua etiopatogenesi, riducendone il grado di disabilità</p> <p>Saper impostare il trattamento multimodale con particolare attenzione agli aspetti farmacologici</p> <p>Saper applicare le principali tecniche strumentali mininvasive ed invasive</p> <p>Saper valutare l'efficacia dei trattamenti e rimodulare l'intervento per i principali sintomi correlati alle patologie dolorose</p> <p>Saper affrontare con adeguatezza le situazioni cliniche correlate con le condizioni di dolore acuto e cronico</p> <p>Saper riconoscere e gestire le principali situazioni di emergenza in TD</p>	<p>Aspetti generali</p> <p>Principali dati epidemiologici per le patologie acute e cronico-degenerative algogene più frequenti</p> <p>Basi anatomiche e fisiologiche della genesi, conduzione e percezione dello stimolo doloroso</p> <p>La fisiopatologia degli stati algici: i processi patologici ed i meccanismi patogenetici</p> <p>Aspetti diagnostici</p> <p>Criteri per la valutazione algologica</p> <p>Approccio diagnostico al paziente con dolore per identificare l'origine dell'impulso, il processo patologico nonché il o i meccanismi patogenetici responsabili.</p> <p>Scale di misurazione del dolore e della funzione con riferimento alle attività della vita quotidiana, alla disabilità bio-psico-sociale...</p> <p>Strumenti diagnostici per immagini e neurofisiologici per la conferma dell'ipotesi diagnostica.</p> <p>Criteri identificazione pazienti complessi affetti da "malattia dolore" per avviare una gestione multidisciplinare</p> <p>Aspetti terapeutici</p> <p>Caratteristiche e modalità di impiego dei farmaci oppiacei e non disponibili per il trattamento del dolore.</p> <p>Elementi relativi al processodi "titolazione" dei farmaci.</p> <p>Protocolli di terapia antalgica nelle diverse situazioni cliniche</p> <p>Principali tecniche strumentali antalgiche invasive (tecniche di neuromodulazione spinale, di neurolesione percutanea di neurostimolazione spinale e periferica, ecc) e mininvasive (blocchi eco-radioguidati dello spazio peridurale, delle articolazioni, ecc)</p> <p>Tecniche di monitoraggio delle funzioni vitali</p> <p>Principi e tecniche rianimazione</p> <p>L'imaging interventistico (immagini ecografiche e radiologiche)</p> <p>Aspetti gestionali</p> <p>Criteri per il follow-up, gestione dell'evoluzione algologica in numerose situazioni cliniche</p> <p>Principi di gestione integrata</p> <p>Approfondimenti dell'attività professionalizzante sviluppata nell'ambito della Scuola di Specializzazione</p> <p>Gestione pazienti affetti da dolore acuto, pazienti affetti da dolore cronico e/o bisognosi di cure sintomatiche nella fase terminale; applicazione protocolli di terapia antalgica nelle diverse situazioni cliniche.</p>

Profili professionali Terapia del Dolore

## Contenuti comuni dei percorsi formativi obbligatori per la terapia del dolore

AREE DI COMPETENZA	COMPETENZE	CONTENUTI FORMATIVI
Competenza organizzativa	<p>Saper individuare e riconoscere la persona con dolore persistente e cronico, come sintomo di una patologia algogena cronica, o con dolore "malattia" e la eleggibilità per la presa in carico nella rete di Terapia del Dolore (TD).</p> <p>Saper programmare le attività in una Rete di TD</p> <p>Saper preparare e presentare alla persona con dolore e ad un suo familiare il "piano di cura" iniziando una relazione d'aiuto</p> <p>Saper trasmettere informazioni all'interno dell'equipe di Terapia del Dolore a tutte le fasi del piano di cura condiviso</p> <p>Saper comunicare con tutte le figure professionali che operano nella Rete di TD, per assicurare la continuità assistenziale.</p> <p>Sapersi interfacciare con la rete di CP</p> <p>Saper collaborare alla stesura, revisione ed applicazione di procedure e protocolli operativi relativi alle diverse fasi dei processi di produzione, in accordo con le NBP ed il Sistema Qualità</p> <p>Saper valutare la qualità delle prestazioni erogate e delle attività sviluppate nella rete</p>	<p>Principali Patologie che presentano nel quadro clinico, come elemento fondamentale il dolore.</p> <p>Fattori prognostici delle principali malattie cronico-degenerative non oncologiche ed oncologiche, ed eventuali interventi risolutivi.</p> <p>Criteri di eleggibilità per l'attivazione e l'accesso alla TD nei diversi setting assistenziali</p> <p>Definizioni e principali normative (internazionali, nazionali, regionali) di riferimento per la TD</p> <p>Funzionamento, organizzazione, ruoli e responsabilità dell'equipe multi professionale dei Centri di TD</p> <p>Elementi che rendono efficace la trasmissione delle informazioni nell'equipe della rete</p> <p>Funzionamento, organizzazione della rete di CP</p> <p>Elementi di struttura, processo e risultato per la valutazione della qualità della TD</p> <p>Strumenti per la valutazione della qualità percepita: utilizzo, valore e criticità nella TD</p>
Competenze psico-relazionali e psicosociali per affrontare il Paziente con dolore cronico ed in particolare il "dolore Malattia"	<p>Saper gestire l'incontro e il dialogo con il paziente e la famiglia cercando di inquadrare i vari aspetti della disabilità fisica, psicologica e sociale connessi direttamente alla patologia e al dolore.</p> <p>Saper riconoscere gli ostacoli psicologici all'accettazione della terapia con oppiacei</p> <p>Saper riconoscere il livello di consapevolezza della famiglia e della persona con dolore relativamente all'inguaribilità della malattia</p> <p>Saper riconoscere la storia familiare e il contesto, la famiglia complessa / difficile</p> <p>Saper gestire la comunicazione con i familiari nei passaggi critici della progressione della malattia e della perdita di autonomia della persona con dolore</p> <p>Saper valutare la qualità di vita della persona con dolore</p>	<p>Tecniche di comunicazione e metodologie di conduzione dei colloqui</p> <p>Metodologie di comunicazione verbale e non verbale</p> <p>Elementi sulle dinamiche psicologiche, culturali e familiari che, nei malati e nelle loro famiglie, possono determinare barriere all'utilizzo dei farmaci oppiacei</p> <p>Tipologia e dinamiche delle strutture familiari in TD</p> <p>Strumenti per riconoscere e valutare i bisogni psico-sociali</p> <p>Principali definizioni e strumenti per la valutazione della qualità di vita in TD</p>
Competenze etiche	<p>Saper identificare, discutere e gestire i principali dilemmi etici che si presentano nella cura dei malati con patologie croniche e nel dolore "Malattia" dove le scelte terapeutiche gestionali vanno affrontate in un gruppo multidisciplinare</p>	<p>Consenso informato, limitazione dei trattamenti.</p> <p>Strumenti per la gestione dei conflitti etici in TD (argomentazione, consulenza etica, Comitato Etico)</p> <p>Principi etici in medicina e loro applicazione in TD (criterio di proporzionalità; principio del doppio effetto)</p>
Competenze nella ricerca	<p>Saper implementare nella pratica clinica i dati della letteratura scientifica relativa alla TD</p>	<p>Possibilità e limiti della ricerca in TD</p> <p>Pratica della Medicina Basata sulle Evidenze (EBM) in TD e sul "real World".</p>
Competenze di formazione	<p>Saper trasferire le proprie competenze all'interno dell'equipe di TD</p>	<p>Metodologie didattiche più efficaci per favorire l'apprendimento degli adulti</p> <p>Principi di progettazione di eventi formativi; metodologie didattiche adeguate all'apprendimento specifico in TD</p>



## Contenuti dei percorsi formativi obbligatori

AI FINI DELLO SVOLGIMENTO DELLA ATTIVITA' PROFESSIONALE NELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE NELLE ORGANIZZAZIONI SENZA SCOPO DI LUCRO OPERANTI NELL'AMBITO DELLE RETI PER LA TERAPIA DEL DOLORE

in linea generale si raccomanda l'uso di metodologie attive e blended:

- Lezioni interattive
- Lavoro su casi didattici
- Focus group
- Formazione sul campo
- Tirocini
- Studio personale

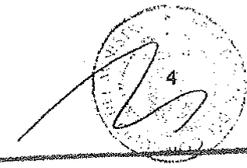


Infermiere e Infermiere pediatrico

<b>PROFILO PROFESSIONALE</b>	
Ruolo professionale	Infermiere e Infermiere pediatrico
Ambito professionale	Tutti i setting di cura nella Rete di Cure Palliative e di Terapia del dolore Pediatrico, come previsto dalla Legge 38/2010
Aree di attività	Organizzazione - Clinico-assistenziale
Tipologia qualifica	Laurea Infermieristica - Laurea Infermieristica Pediatrica

AREE di COMPETENZA	COMPETENZE	CONTENUTI FORMATIVI
Competenze cliniche e assistenziali	<p>Saper misurare il dolore.</p> <p>Saper attuare interventi di terapia antalgica e di controllo dei sintomi favorendo l'approccio interdisciplinare.</p> <p>Saper attuare un processo di nursing nelle CPP e TD attraverso l'accertamento e la diagnosi infermieristica, l'identificazione degli obiettivi e la pianificazione degli interventi, l'attuazione degli interventi, la rivalutazione del piano assistenziale.</p>	<p>Strumenti utili alla misurazione del dolore nelle diverse età e condizioni cliniche</p> <p>"Best practice" di somministrazione delle scale algologiche.</p> <p>Principi di fisiopatologia del dolore, classificazione del dolore acuto, procedurale, cronico e terminale nel neonato, bambino ed adolescente</p> <p>Modalità di somministrazione ed effetti collaterali dei farmaci antalgici</p> <p>Tecniche non farmacologiche per il controllo del dolore, meccanismi di funzionamento, indicazioni e limiti</p> <p>Modalità di somministrazione di terapie farmacologiche e non per il controllo dei sintomi disturbanti</p> <p>Metodologie di pianificazione degli interventi assistenziali, in collaborazione con l'equipe multidisciplinare.</p> <p>Modalità di pianificazione e condivisione del PAI in équipe, modalità di monitoraggio e di rivalutazione</p> <p>Modalità di stesura di un programma di educazione terapeutica</p>

Per le figure dello psicologo, fisioterapista, dietista, assistente sociale ed operatore socio-sanitario si rimanda all'allegato tecnico relativo alle cure palliative.



### Contenuti formativi specifici per singola figura professionale

#### MEDICI specialisti di cui all'art.3, lett. a) e b)

PROFILO PROFESSIONALE	Medici specialisti di cui all'art.3, lett. a) e b)
Ruoli professionali	Medici specialisti di cui all'art.3, lett. a) e b)
Ambito professionale	Tutti i setting di cura nella Rete di Cure Palliative e di Terapia del dolore Pediatrico, come previsto dalla Legge 38/2010
Aree di attività	Clinica
Tipologia qualifica	Laurea in medicina e chirurgia + specializzazioni previste dal presente Accordo

AREE DI COMPETENZA	COMPETENZE	CONTENUTI FORMATIVI
Competenze cliniche	<p>Saper riconoscere, diagnosticare, misurare, trattare il dolore acuto, procedurale e cronico nel neonato, bambino ed adolescente</p> <p>Saper impostare programmi di terapia antalgica rispettosi della capacità adattativa e di accettazione del bambino.</p> <p>Saper riconoscere, diagnosticare, misurare, trattare i sintomi fisici più frequenti e disturbanti nel neonato, bambino ed adolescente</p> <p>Saper riconoscere, diagnosticare, misurare e trattare i sintomi che accompagnano l'inguaribilità e la terminalità pediatrica</p>	<p>Fisiopatologia, diagnosi, metodiche di valutazione e trattamento del dolore acuto, procedurale e cronico nel neonato, bambino ed adolescente</p> <p>"Best practice" di scelta e somministrazione dei farmaci analgesici nel neonato, bambino e adolescente</p> <p>Fisiopatologia, diagnosi, metodiche di valutazione e di trattamento dei sintomi fisici più frequenti e disturbanti nel neonato, bambino ed adolescente</p> <p>Fisiopatologia, diagnosi, metodiche di valutazione e trattamento dei sintomi che accompagnano l'inguaribilità e la terminalità pediatrica</p> <p>Utilizzo di presidi che permettono il mantenimento ed il monitoraggio delle funzioni vitali</p> <p>"Best practice" di scelta e di somministrazione/utilizzo dei farmaci e dei presidi, nell'ottica della qualità della vita</p>



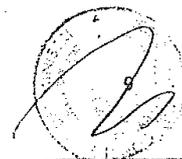
	<p>famiglia Saper riconoscere il livello di consapevolezza ed adattabilità di bambino/famiglia alla diagnosi ed al piano assistenziale individualizzato</p> <p>Saper valutare in equipe i bisogni attuali e potenziali del bambino e della famiglia</p> <p>Sapere comprendere e gestire i bisogni spirituali del bambino e della famiglia e attivare le possibili risorse di supporto ai bisogni spirituali Saper accompagnare la famiglia nella fase del morire e sostenerla nell'elaborazione del lutto Saper descrivere e attuare strategie efficaci per la cura di sé</p>	<p>Tecniche di comunicazione e metodologie di conduzione dei colloqui Metodologie di comunicazione verbale e non verbale Strategie per valutare, supportare ed ottimizzare le risorse presenti nella famiglia Strumenti per la valutazione e la gestione dei bisogni fisici, psico-relazionali, sociali, spirituali del bambino, attuali e potenziali Strategie per identificare le potenzialità e/o capacità residue attivabili Strategie per identificare e valorizzare volontà, desideri e sogni del bambino Strategie di integrazione del bambino nella comunità dei pari Strumenti per la valutazione e la gestione dei bisogni psicologici ed emotivi, economici e sociali, spirituali della famiglia, attuali e potenziali Strategie per individuare e sostenere le risorse attivabili della rete familiare Strategie per individuare le persone più fragili e bisognose di aiuto nella famiglia Strategie di integrazione della famiglia a livello sociale e strumenti che permettono di mantenere il proprio ruolo all'interno della comunità Strategie per identificare e valorizzare le volontà e i desideri della famiglia nell'ottica della qualità di vita Differenza fra bisogno spirituale e bisogno religioso Modalità di attivazione di risorse di supporto spirituale</p> <p>Modalità di attivazione di risorse di supporto al lutto</p> <p>Strategie per bilanciare i bisogni dei bambini/ familiari / terzi e la necessità di cura di sé</p>
<p>Competenze etiche</p>	<p>Saper identificare, discutere e gestire i principali dilemmi etici che si presentano nelle CPP</p>	<p>Basi etiche, deontologiche e normative che definiscono il diritto del paziente pediatrico alla gestione del dolore Principi etici in medicina e loro applicazione nelle CPP Strumenti per la gestione dei conflitti etici in CPP</p>
<p>Competenze nella ricerca</p>	<p>Saper implementare nella pratica clinica i dati della letteratura scientifica relativa alle CPP e alla TD pediatrica specialistica</p>	<p>Possibilità e limiti della ricerca in CPP e TD pediatrica Pratica della Medicina Basata sulle Evidenze (EBM) in CPP e TD pediatrica Metodi e strumenti più comuni utilizzati nella ricerca in CPP e TD</p>
<p>Competenze di formazione</p>	<p>Saper gestire programmi di formazione continua in CPP e TD Pediatrica Saper trasferire le proprie competenze agli operatori della rete e saper programmare ed attuare attività di tutoring</p>	<p>Strategie di individuazione dei bisogni formativi, degli strumenti didattici, di pianificazione e valutazione di eventi formativi Conoscere la formazione sul campo come metodo di sviluppo delle competenze interne all'équipe</p>



Contenuti comuni per i professionisti che operano nella rete delle cure palliative e terapia del dolore pediatrico

AREE DI COMPETENZA	COMPETENZE	CONTENUTI FORMATIVI
Competenze organizzative	<p>Sapere riconoscere quali bambini sono eleggibili per la presa in carico nelle CPP o nella TD pediatrica specialistica</p> <p>Sapere programmare le attività in una Rete di CPP e TD pediatrica specialistica</p> <p>Saper riconoscere i bisogni del bambino/famiglia che definiscono livelli assistenziali differenziati di CPP</p> <p>Saper dare adeguate informazioni sulle CPP e sulla TD pediatrica specialistica e sulle modalità organizzative di erogazione</p> <p>Saper trasmettere informazioni all'interno dell'equipe di cura relative a tutte le fasi dell'assistenza</p> <p>Saper condividere strumenti di lavoro integrati</p> <p>Saper lavorare in maniera multidisciplinare</p> <p>Saper condividere gli obiettivi di cura, operare e prendere decisioni in equipe</p> <p>Saper valutare la qualità delle CPP e della TD pediatrica specialistica</p>	<p>Criteri di eleggibilità TD pediatrica specialistica e alle CPP dei bambini inguaribili con patologia oncologica o non oncologica</p> <p>Malattie che comportano interventi di TD pediatrica specialistica</p> <p>Percorsi di malattia, sintomi e prognosi delle patologie eleggibili alle CPP</p> <p>Dati epidemiologici di mortalità e morbilità per le patologie cronico-complesse più frequenti nel bambino</p> <p>Modelli assistenziali e sistemi organizzativi esistenti nei diversi setting della Rete di CPP (domicilio, ospedale, hospice, ambulatorio)</p> <p>Metodologie di implementazione dei percorsi organizzativo-assistenziali</p> <p>Modalità di attivazione e gestione della rete di CPP e di TD pediatrica specialistica</p> <p>Definizioni e principali normative (internazionali, nazionali, regionali) di riferimento per le CPP e la TD pediatrica specialistica</p> <p>Funzionamento, organizzazione, ruoli e responsabilità dell'equipe multi professionale di CPP e di TD pediatrica specialistica</p> <p>Servizi e risorse della Rete di CPP e di TD pediatrica specialistica</p> <p>Strumenti di condivisione del programma assistenziale, di monitoraggio e di rivalutazione all'interno dell'equipe</p> <p>Fasi di sviluppo fisico, cognitivo, esperienziale e relazionale del paziente pediatrico</p> <p>Strumenti utili alla valutazione dei bisogni espressi, non espressi e possibili</p> <p>Strategie per valutare la famiglia, il livello di consapevolezza della situazione, le risorse disponibili e le speranze future</p> <p>Strategie per comunicare con bambino e famiglia significato, ruolo e modalità di attivazione e gestione della rete di CPP e di TD Pediatrica specialistica</p> <p>Elementi che rendono efficace la trasmissione delle informazioni nell'equipe</p> <p>Strumenti e metodologia di lavoro integrato</p> <p>Metodologie di coinvolgimento, negoziazione, condivisione ed analisi critica</p> <p>Elementi di struttura, processo e risultato per la valutazione della qualità delle CPP e della TD pediatrica specialistica</p>
Competenze cliniche	<p>Saper attuare piani di educazioni terapeutica a bambino e famiglia</p> <p>Saper collaborare nell'equipe alla gestione delle emergenze in CPP</p> <p>Saper gestire le cure di fine vita</p>	<p>Strumenti per un intervento formativo alle famiglie</p> <p>Strategie di monitoraggio del livello di formazione raggiunta</p> <p>Possibili emergenze in CPP e modalità di gestione</p> <p>Modalità di attuazione della sedazione terminale</p> <p>Gestione dei sintomi durante il fine vita</p> <p>Strategie per comunicare e condividere con bambino e famiglia le scelte terapeutiche</p> <p>Strategie di comunicazione con la famiglia in relazione al decesso</p> <p>Strategie di supporto assistenziale nella fase di fine vita e di gestione della salma</p>
Competenze psico-relazionali e psico-sociali	<p>Saper comunicare con bambini di diversa età, condizione clinica, etnia e cultura</p> <p>Saper comunicare con famiglie di diversa organizzazione, livello sociale, etnia e cultura</p> <p>Saper attivare il mediatore culturale (da prevedere per tutte le figure professionali)</p> <p>Saper valutare e gestire le aspettative di bambino e</p>	<p>Tecniche di comunicazione con il bambino di diversa età, con disabilità cognitiva e/o motoria e/o sensoriale, di etnia e cultura diversa</p> <p>Tecniche di comunicazione adeguate al contesto familiare</p> <p>Tecniche di comunicazione delle cattive notizie</p> <p>Strutture familiari</p> <p>Modalità psico-relazionali per affrontare e gestire le paure ed ansie di bambino e famiglia</p> <p>Gestione dei conflitti tra bambino e famiglia nelle decisioni relative al piano assistenziale</p> <p>Gestione delle richieste di sproporzione terapeutica</p>

DIETISTA		
PROFILO PROFESSIONALE	Dietista	
Ruoli professionali	Dietista	
Ambito professionale	Tutti i setting di cura nella Rete di Cure Palliative, come previsto dalla Legge 38/2010	
Aree di attività	Assistenza	
Tipologia qualifica	Laurea	
AREE DI COMPETENZA	COMPETENZE	CONTENUTI FORMATIVI
Competenze assistenziali	<p>Saper valutare, il bisogno alimentare e nutrizionale del malato ed elaborare nell'ambito delle équipe multiprofessionali e multidisciplinari il programma di cura</p> <p>Saper elaborare e definire, nell'ambito dell'équipe di CP, le indicazioni alimentari e il supporto nutrizionale adeguato ai bisogni del malato e alla fase di malattia.</p> <p>Sapere educare il malato e i familiari a collaborare nei trattamenti nutrizionali</p>	<p>Alimentazione e supporto nutrizionale (enterale e parenterale) in CP:</p> <p>Indicazioni alimentari e supporto nutrizionale adeguato ai bisogni del malato e alla fase di malattia.</p> <p>Indicazioni, gestione tecnica e delle complicanze della nutrizione artificiale in CP</p> <p>Programmi per l'educazione del malato e del familiare</p>



**FISIOTERAPISTA**

<b>PROFLO PROFESSIONALE</b>	Fisioterapista
Ruoli professionali	Fisioterapista
Ambito professionale	Tutti i setting di cura nella Rete di Cure Palliative, come previsto dalla Legge 38/2010
Aree di attività	Assistenziale, Relazione e comunicazione
Tipologia qualifica	Laurea

AREE DI COMPETENZA	COMPETENZE	CONTENUTI FORMATIVI
Competenze assistenziali	Saper utilizzare gli strumenti per valutare, nel malato in CP, la possibilità di recupero dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana Saper progettare e attuare un programma fisioterapico per raggiungere la massima autonomia e mobilità possibile per il malato nelle attività di vite quotidiana Saper riconoscere e modificare gli obiettivi della fisioterapia durante il corso della malattia in progressiva evoluzione Saper educare il malato e i familiari a collaborare alla cura	Programmi per raggiungere la massima autonomia personale desiderata e possibile per il malato nelle attività quotidiane  Programmi per l'educazione del malato e del familiare

**OPERATORE SOCIO SANITARIO**

<b>PROFILI PROFESSIONALI</b>	Operatore Socio-Sanitario (O.S.S.)
Ruoli professionali	Operatore Socio-Sanitario (O.S.S.)
Ambito professionale	Tutti i setting di cura nella Rete di Cure Palliative, come previsto dalla Legge 38/2010
Aree di attività	Organizzazione, Assistenza
Tipologia qualifica	Attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, come previsto dalla Conferenza Stato-Regioni del 22 febbraio 2001

AREE DI COMPETENZA	COMPETENZE	CONTENUTI FORMATIVI
Competenze assistenziali	Dimostrare capacità di riflessione critica, analisi e giudizio clinico nell'assistere i pazienti e le famiglie che vivono l'esperienza di una malattia inguaribile e del lutto, con l'obiettivo di rispondere ai loro bisogni fisici, emotivi, psico-sociali e spirituali.	Principi di assistenza ai pazienti e alle famiglie che vivono l'esperienza di una malattia inguaribile e del lutto



**PSICOLOGO SPECIALISTA**

<b>PROFILO PROFESSIONALE</b>	Psicologo specialista
<b>Ruoli professionali</b>	Psicologo specialista
<b>Ambito professionale</b>	Tutti i setting di cura nella Rete di Cure Palliative, come previsto dalla Legge 38/2010
<b>Aree di attività</b>	Relazione e comunicazione
<b>Tipologia qualifica</b>	Laurea e specializzazione

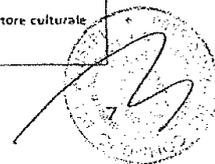
AREE DI COMPETENZA	COMPETENZE	CONTENUTI FORMATIVI
Competenze cliniche e psico-relazionali	<p>Saper effettuare una valutazione psicologica dei malati, tenendo conto delle specificità della fine della vita e dei principi di intervento delle CP</p> <p>Saper utilizzare, interpretare e integrare gli strumenti di valutazione e i dati raccolti.</p> <p>Saper applicare i modelli di supporto ai pazienti ed ai caregiver durante il percorso di malattia e del lutto.</p> <p>Saper valutare/monitorare gli interventi psicoterapeutici</p> <p>Saper condurre e/o partecipare alla discussione casi</p> <p>Saper impostare un efficace lavoro di supervisione d'équipe.</p> <p>Saper attuare strategie efficaci per il riconoscimento e prevenzione del burn out.</p> <p>Saper applicare le tecniche del lavoro di gruppo per il contenimento del malessere lavorativo</p>	<p>Metodi per la rilevazione dei sintomi psicologici e diagnosi differenziale nel malato in CP</p> <p>Modelli di facilitazione della relazione</p> <p>Tecnica e clinica dell'assessment psicologico</p> <p>Relazione terapeutica, approccio centrato sul paziente nelle CP.</p> <p>Metodologie di Audit</p> <p>Modelli di interazione ed interrelazione di gruppo.</p> <p>Teorie, sintomi, terapia del burn-out.</p> <p>Comunicazione efficace e gestione delle situazioni traumatiche in CP</p>

**ASSISTENTE SOCIALE**

<b>PROFILO PROFESSIONALE</b>	Assistente sociale
<b>Ruoli professionali</b>	Assistente sociale
<b>Ambito professionale</b>	Tutti i setting di cura nella Rete di Cure Palliative, come previsto dalla Legge 38/2010
<b>Aree di attività</b>	Organizzazione, Relazione e comunicazione
<b>Tipologia qualifica</b>	Laurea specialistica

AREE DI COMPETENZA	COMPETENZE	CONTENUTI FORMATIVI
Competenze psico-relazionali e sociali	<p>Saper offrire informazioni di natura amministrativa e di segretariato sociale relative alla Rete di CP</p> <p>Saper analizzare la storia familiare e il contesto socio-ambientale e culturale</p> <p>Saper gestire le famiglie nelle quali sono presenti minori o adolescenti</p> <p>Saper rilevare e gestire i bisogni sociali e assistenziali del malato e della famiglia, promuovendo soluzioni appropriate</p> <p>Saper attivare il mediatore culturale.</p>	<p>Indicatori sociali che costituiscono priorità di accesso in una Rete di CP</p> <p>Definizioni e caratteristiche del lavoro di comunità in una Rete di CP</p> <p>Strumenti di rilevazione e valutazione sociale in CP</p> <p>Normative relative ai diritti di tutela del malato e famiglia e dei minori</p> <p>Dinamiche dell'infanzia e dell'adolescenza nei confronti del fine vita, della morte e del lutto</p> <p>Servizi della rete di CP per l'assistenza sociale e loro modalità di attivazione</p> <p>Reti di volontariato in CP</p> <p>Procedure per l'ottenimento dei diritti di tutela</p> <p>Normativa e procedura per l'Amministratore di Sostegno</p> <p>Ruolo, funzioni e attivazione del mediatore culturale</p>

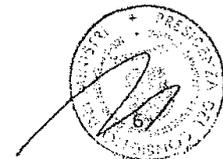
Profili professionali CP



## INFERMIERE

PROFILO PROFESSIONALE		Infermiere
Ruoli professionali	Infermiere	
Ambito professionale	Tutti i setting di cura nella Rete di Cure Palliative, come previsto dalla Legge 38/2010	
Aree di attività	Organizzazione, Cliniche ed Assistenziali, Relazione e comunicazione	
Tipologia qualifica	Laurea Infermieristica	
AREE DI COMPETENZA	COMPETENZE	CONTENUTI FORMATIVI
Competenze cliniche ed assistenziali	<p>Prevede, riconosce e interpreta i bisogni della persona assistita in CP e della sua famiglia</p> <p>Riconosce, misura, tratta (in interdipendenza con altri professionisti) e valuta l'efficacia dell'intervento per i seguenti sintomi: Dolore, Anoressia, Ansia, Ascite, Astenia, Cachessia, Depressione, Diarrea, Disfagia, Dispnea, Edemi, Edema polmonare acuto, Emoftoe, Emorragia massiva, Fistolizzazioni, Ittero, Mucositi, Nausea, Ostruzione delle vie aeree, Occlusione intestinale, Ostruzione urinaria, Prurito, Rantolo terminale, Sindrome mediastinica, Singhiozzo, Stipsi, Tenesmo, Tosse, Versamento pericardico, Versamento pleurico, Vomito.</p> <p>Riconosce, analizza e valuta in équipe le risposte alla malattia, ai sintomi, ai trattamenti, al fine vita e al lutto.</p> <p>Collabora nell'équipe alla gestione delle emergenze in CP</p> <p>Valuta, nella fase terminale di vita, la necessità di rimodulazione delle terapie e degli interventi</p> <p>Collabora in équipe alla sedazione palliativa</p> <p>Programma e attua le cure di fine vita</p>	<p>Impatto che la malattia inguaribile e il processo del morire hanno sulla famiglia e sul malato.</p> <p>Modalità di comparsa, fisiopatologia, multidimensionalità, scale di misurazione, opzioni terapeutiche e di rimodulazione dell'intervento per i seguenti sintomi: Dolore, Anoressia, Ansia, Ascite, Astenia, Cachessia, Depressione, Diarrea, Disfagia, Dispnea, Edemi, Edema polmonare acuto, Emoftoe, Emorragia massiva, Fistolizzazioni, Ittero, Mucositi, Nausea, Ostruzione delle vie aeree, Occlusione intestinale, Ostruzione urinaria, Prurito, Rantolo terminale, Sindrome mediastinica, Singhiozzo, Stipsi, Tenesmo, Tosse, Versamento pericardico, Versamento pleurico, Vomito.</p> <p>Risposte di tipo fisico: deficit di autocura; alterazione della nutrizione; carenza di liquidi; alterazione del cavo orale; lesioni cutanee; disturbi del sonno; non aderenza alla terapia; rischio di infezioni; incontinenza intestinale e urinaria.</p> <p>Risposte di tipo psicologico: alterazione dell'immagine corporea; negazione, depressione, paura, ansia, angoscia, sensi di colpa;</p> <p>Risposte di tipo sociale: alterazione della comunicazione; difficoltà del ruolo del caregiver; incapacità di adattamento; resilienza e coping.</p> <p>Risposte spirituali: speranza, ricerca di senso</p> <p>Principi per l'assistenza infermieristica nelle emergenze in CP</p> <p>Principi di rimodulazione delle terapie e degli interventi nella fase terminale di vita</p> <p>Indicazioni e farmaci da utilizzare nella sedazione palliativa</p> <p>Procedure clinico assistenziali ed organizzative per la migliore gestione degli ultimi giorni ed ore di vita</p>

Profili professionali CP



## MEDICO di MEDICINA GENERALE

PROFILO PROFESSIONALE		Medico di Medicina Generale
Ruoli professionali	Medico di medicina generale	
Ambito professionale	Cure primarie	
Aree di attività	Organizzazione, Clinica, Relazione e comunicazione	
Tipologia qualifica	Laurea in medicina e chirurgia - Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale	
AREE DI COMPETENZA		COMPETENZE
Competenze cliniche	<p>Saper riconoscere, diagnosticare, misurare, trattare, valutare l'efficacia e rimodulare l'intervento per i seguenti sintomi: Dolore, Anoressia, Ansia, Ascite, Astenia, Cachessia, Depressione, Diarrea, Disfagia, Dispnea, Edemi, Edema polmonare acuto, Emofioe, Emorragia massiva, fistolizzazioni, Ittero, Mucositi, Nausea, Ostruzione delle vie aeree, Occlusione intestinale, Ostruzione urinaria, Prurito, Rantolo terminale, Sindrome mediastinica, Singhiozzo, Stipsi, Tenesmo, Tosse, Versamento pericardico, Versamento pleurico, Vomito.</p> <p>Saper gestire le emergenze più comuni in CP</p> <p>Saper identificare i criteri che devono guidare la rimodulazione degli obiettivi di cura rispetto alle condizioni del malato ed alle sue attese</p> <p>Saper valutare, nella fase terminale di vita, la necessità di rimodulazione delle terapie e degli interventi</p> <p>Saper individuare i malati per i quali è appropriata una sedazione palliativa</p>	<p>Modalità di comparsa, fisiopatologia, multidimensionalità, scale di misurazione, opzioni terapeutiche e di rimodulazione dell'intervento per i seguenti sintomi: Dolore, Anoressia, Ansia, Ascite, Astenia, Cachessia, Depressione, Diarrea, Disfagia, Dispnea, Edemi, Edema polmonare acuto, Emofioe, Emorragia massiva, Fistolizzazioni, Ittero, Mucositi, Nausea, Ostruzione delle vie aeree, Occlusione intestinale, Ostruzione urinaria, Prurito, Rantolo terminale, Sindrome mediastinica, Singhiozzo, Stipsi, Tenesmo, Tosse, Versamento pericardico, Versamento pleurico, Vomito.</p> <p>Criteri utili per individuare i malati con dolore o con altri sintomi per i quali è utile una consulenza specialistica</p> <p>Gestione delle emergenze: ipercalcemia, emorragia massiva, compressione spinale, dispnea incoercibile</p> <p>Principi di rimodulazione delle terapie e degli interventi nella fase terminale di vita</p> <p>Indicazioni della sedazione palliativa e modalità con cui viene attuata</p>





Profili professionali CP



Competenze etiche	Saper identificare, discutere e contribuire a gestire i principali dilemmi etici che si presentano nella cura dei malati con patologie in fase avanzata ed alla fine della vita	Principi etici in medicina e loro applicazione nelle CP Principi che giustificano la liceità etica della sedazione palliativa e la differenziano dalla eutanasia  Consenso informato, limitazione dei trattamenti, pianificazione anticipata delle cure, direttive anticipate. Strumenti per la gestione dei conflitti etici in CP (argomentazione, consulenza etica, Comitato Etico)
Competenze nella ricerca	Saper implementare nella pratica clinica i dati della letteratura scientifica relativa alle CP	Possibilità e limiti della ricerca in CP Pratica della Medicina Basata sulle Evidenze (EBM) in CP Metodi e strumenti più comuni utilizzati nella ricerca in cure palliative
Competenze di formazione	Saper trasferire le proprie competenze all'interno dell'equipe di CP  Saper svolgere eventi formativi esterni all'equipe  Saper partecipare a eventi comunicativi pubblici con i cittadini	Metodologie didattiche più efficaci per favorire l'apprendimento degli adulti Principi di progettazione di eventi formativi; metodologie didattiche adeguate all'apprendimento specifico in CP Principi di comunicazione al pubblico

Contenuti specifici per singola figura professionale

MEDICI specialisti di cui all'articolo 1, lett. a) e MEDICI di cui all'articolo 4.

PROFILO PROFESSIONALE	Medici specialisti di cui all'art. 1, lett. a) e medici di cui all'articolo 4
Ruoli professionali	Medici specialisti di cui all'art. 1, lett. a) e medici di cui all'articolo 4
Ambito professionale	Tutti i setting di cura nella Rete di Cure Palliative, come previsto dalla Legge 38/2010
Aree di attività	Organizzazione, Clinica, Relazione e comunicazione
Tipologia qualifica	Laurea in medicina e chirurgia + specializzazioni previste dal presente Accordo

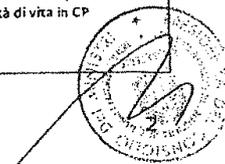
AREE DI COMPETENZA	COMPETENZE	CONTENUTI FORMATIVI
Competenze cliniche	Saper riconoscere, diagnosticare, misurare, trattare, valutare l'efficacia e rimodulare l'intervento per i seguenti sintomi: Dolore, Anoressia, Ansia, Ascite, Astenia, Cachessia, Depressione, Diarrea, Disfagia, Dispnea, Edemi, Edema polmonare acuto, Emofetoe, Emorragia massiva, Fistolizzazioni, Ittero, Mucositi, Nausea, Ostruzione delle vie aeree, Occlusione intestinale, Ostruzione urinaria, Prurito, Rantolo terminale, Sindrome mediastinica, Singhiozzo, Stipsi, Tenesmo, Tosse, Versamento pericardico, Versamento pleurico, Vomito.  Saper gestire le emergenze in CP  Saper valutare, nella fase terminale di vita, la necessità di rimodulazione delle terapie e degli interventi Saper individuare i malati per i quali è appropriata una sedazione palliativa Saper gestire la sedazione palliativa  Saper gestire le cure di fine vita	Modalità di comparsa, fisiopatologia, multidimensionalità, scale di misurazione, opzioni terapeutiche e di rimodulazione dell'intervento per i seguenti sintomi: Dolore, Anoressia, Ansia, Ascite, Astenia, Cachessia, Depressione, Diarrea, Disfagia, Dispnea, Edemi, Edema polmonare acuto, Emofetoe, Emorragia massiva, Fistolizzazioni, Ittero, Mucositi, Nausea, Ostruzione delle vie aeree, Occlusione intestinale, Ostruzione urinaria, Prurito, Rantolo terminale, Sindrome mediastinica, Singhiozzo, Stipsi, Tenesmo, Tosse, Versamento pericardico, Versamento pleurico, Vomito. La gestione delle emergenze: Ipercalcemia, Emorragia massiva, Compressione midollare, Sindrome della vena cava superiore, Insufficienza cardio-respiratoria. Principi di rimodulazione delle terapie e degli interventi nella fase terminale di vita Indicazioni e farmaci da utilizzare nella sedazione palliativa Principi che giustificano la liceità etica della sedazione palliativa e la differenziano dalla eutanasia Procedure cliniche ed organizzative per la migliore gestione degli ultimi giorni ed ore di vita

Profili professionali CP



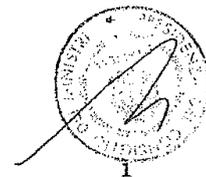
Contenuti comuni per i professionisti che operano nella rete delle cure palliative dell'adulto

AREE DI COMPETENZA	COMPETENZE	CONTENUTI FORMATIVI
Competenze organizzative	<p>Saper individuare e riconoscere il malato in fase terminale di malattia, affetto da patologia oncologica e non oncologica, e la eleggibilità per la presa in carico in CP.</p> <p>Saper valutare la qualità delle CP (MMG, Infermiere)</p> <p>Saper presentare ad un malato e ad un suo familiare le finalità dell'assistenza domiciliare di cure palliative e/o del ricovero in hospice</p> <p>Saper contribuire a programmare le attività clinico assistenziali in una Rete di CP</p> <p>Saper trasmettere informazioni all'interno dell'equipe di cura relative a tutte le fasi dell'assistenza</p> <p>Saper comunicare con tutte le figure professionali che operano nella Rete di CP, per assicurare la continuità assistenziale</p>	<p>Conoscere le definizioni e le principali normative (internazionali, nazionali, regionali) di riferimento per le CP</p> <p>Criteri di eleggibilità per l'attivazione e l'accesso alle CP nei diversi setting assistenziali</p> <p>Scale di misurazione del performance status e strumenti di valutazione prognostica</p> <p>Fattori prognostici delle principali malattie cronico-degenerative (oncologiche e non oncologiche) (MMG, Infermiere)</p> <p>Principali dati epidemiologici di mortalità per le patologie cronico-degenerative più frequenti (MMG, Infermiere)</p> <p>Elementi di struttura, processo e risultato per la valutazione della qualità delle CP (MMG, Infermiere)</p> <p>Strumenti per la valutazione della qualità percepita: utilizzo, valore e criticità nelle CP (MMG, Infermiere)</p> <p>Finalità dell'assistenza domiciliare di cure palliative, del ricovero in hospice, ambulatorio specialistico e consulenza palliativa</p> <p>Principi di organizzazione delle attività clinico-assistenziali in una Rete di CP</p> <p>Elementi che rendono efficace la trasmissione delle informazioni nell'equipe</p> <p>Funzionamento, organizzazione, ruoli e responsabilità dell'equipe multi professionale di CP</p>
Competenze psico-relazionali e psico-sociali	<p>Saper gestire l'incontro e il dialogo con il paziente e la famiglia</p> <p>Saper accreditare l'equipe specialistica di CP per valorizzarne il ruolo e favorirne l'accoglienza da parte del malato e della famiglia (MMG)</p> <p>Saper impostare e condurre il colloquio in un ambito familiare problematico, riconoscendo le condizioni che richiedono l'attivazione di un confronto con un operatore dell'equipe specialistica di CP ed eventualmente la consulenza e la presa in carico (MMG)</p> <p>Saper comunicare le cattive notizie e rispondere alle domande difficili (MMG, Infermiere)</p> <p>Saper gestire la comunicazione con i familiari nei passaggi critici della progressione della malattia e della perdita di autonomia del malato</p> <p>Saper riconoscere la storia familiare e il contesto, la famiglia complessa / difficile</p> <p>Saper riconoscere il livello di consapevolezza della famiglia e del malato relativamente all'inguaribilità della malattia</p> <p>Saper comunicare e accompagnare la famiglia nella fase di morte imminente del malato</p> <p>Saper supportare la famiglia nell'elaborazione del lutto</p> <p>Saper riconoscere i bisogni psicosociali del malato e della famiglia</p> <p>Saper comprendere i bisogni spirituali e i valori di riferimento del malato e attivare le possibili risorse di supporto ai bisogni spirituali</p> <p>Saper riconoscere i valori, le credenze, le abitudini che nelle CP hanno importanti ricadute nell'espressione e nella gestione dei sintomi e nelle decisioni nelle fasi finali della vita</p> <p>Saper valutare la qualità di vita del malato</p>	<p>Tecniche di comunicazione e metodologie di conduzione dei colloqui</p> <p>Metodologie di comunicazione verbale e non verbale</p> <p>Tecniche di comunicazione delle cattive notizie (MMG, Infermiere)</p> <p>Conversazioni di fine vita</p> <p>Modalità psico-relazionali efficaci per affrontare e gestire le paure, l'aggressività, rifiuto, lo stress dei familiari</p> <p>Tipologia e dinamiche delle strutture familiari in CP</p> <p>Elementi che caratterizzano una famiglia difficile o complessa</p> <p>Modalità psico-relazionali efficaci per affrontare e gestire le paure dei familiari</p> <p>Fasi del lutto e lutto patologico</p> <p>Strumenti per riconoscere e valutare i bisogni psico-sociali</p> <p>Differenza fra bisogno spirituale e bisogno religioso</p> <p>Differenti impostazioni culturali nei confronti della morte e del morire</p> <p>Principali definizioni e strumenti per la valutazione della qualità di vita in CP</p>



Allegato tecnico dell'articolo 5, in merito ai contenuti minimi in termini di Conoscenza, Competenza ed Abilità definiti per le figure professionali operanti nelle reti di cure palliative, terapia del dolore, cure palliative e terapia del dolore pediatrico, ai fini dello svolgimento dell'attività professionale nelle strutture sanitarie pubbliche e private e nelle organizzazioni senza scopo di lucro

Profili professionali CP





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

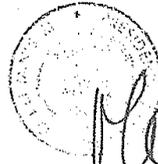
SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E BOLZANO

modalità per assicurarne il coordinamento sono indicate nell'Intesa sancita da questa Conferenza il 25 luglio 2012 (rep. Atti n. 151/CSR).

Art. 8

1. All'attuazione del presente accordo si provvede nei limiti delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente, e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

IL SEGRETARIO  
Antonio Naddo



IL PRESIDENTE  
Maria Carmela Lanzetta



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E BOLZANO

Art. 3

1. Le cure palliative e la terapia del dolore pediatrico sono garantite, attraverso l'integrazione degli ambiti di assistenza, dalle seguenti figure professionali :
  - a) medico specialista in pediatria , anestesia, rianimazione e terapia intensiva;
  - b) pediatra di libera scelta;
  - c) psicologo specialista;
  - d) infermiere, infermiere pediatrico, fisioterapista, dietista;
  - e) assistente sociale, operatore socio – sanitario.
2. Le figure professionali di cui al comma 1 possono essere integrate dall'assistente religioso.

Art. 4

1. Nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate sono idonei a operare i medici in servizio presso le reti medesime che, indipendentemente dal possesso di una specializzazione, alla data di entrata in vigore della legge 27 dicembre 2013, n. 147, sono in possesso di un'esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative, certificata dalla regione di competenza sulla base di criteri determinati con decreto del Ministro della salute di natura non regolamentare, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Art. 5

1. Il funzionamento delle reti nazionali delle cure palliative, terapia del dolore, cure palliative e terapia del dolore pediatrico, è garantito, a seconda della patologia di base e del quadro clinico, anche con la partecipazione di ulteriori figure professionali già presenti nelle strutture sanitarie del territorio.

Art. 6

1. L'allegato tecnico al presente Accordo, che ne costituisce parte integrante, definisce i contenuti dei percorsi formativi obbligatori e omogenei in termini di conoscenza, competenza ed abilità previsti per le figure professionali operanti nelle reti di cure palliative, terapia del dolore, cure palliative e terapia del dolore pediatrico, ai fini dello svolgimento dell'attività professionale.

Art. 7

1. Le tipologie delle strutture nelle quali si articolano a livello regionale le reti di cure palliative, terapia del dolore, cure palliative e terapia del dolore pediatrico, nonché le





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E BOLZANO

VISTA la nota in data 2 luglio 2014, diramata in data 3 luglio 2014, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la versione definitiva dello schema di provvedimento di cui trattasi che, nell'allegato tecnico, recepisce le osservazioni formulate dai rappresentanti regionali, in conformità con quanto previsto nella novella operata dalla legge n. 144/2013;

VISTA la nota del 9 luglio 2014, con la quale la Regione Veneto, Coordinatrice interregionale in sanità, ha espresso il parere tecnico favorevole sul provvedimento in parola.

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, nei seguenti termini:

Art. 1

1. Le cure palliative sono garantite, attraverso l'integrazione degli ambiti di assistenza, dalle seguenti figure professionali :
  - a) medico specialista in anestesia, rianimazione e terapia intensiva, ematologia, geriatria, medicina interna, malattie infettive, neurologia, oncologia medica, radioterapia;
  - b) medico di medicina generale,
  - c) psicologo specialista;
  - d) infermiere, fisioterapista, dietista;
  - e) assistente sociale, operatore socio – sanitario.
2. Le figure professionali di cui al comma 1 possono essere integrate dall'assistente religioso.

Art. 2

1. La terapia del dolore è garantita, attraverso l'integrazione degli ambiti di assistenza, dalle seguenti figure professionali :
  - a) medico specialista in anestesia, rianimazione e terapia intensiva;
  - b) in rapporto alla specificità delle diverse patologie tramite il supporto dei medici specialisti in geriatria, medicina interna, neurologia, oncologia medica, radioterapia ;
  - c) medico di medicina generale,
  - d) psicologo specialista;
  - e) infermiere, fisioterapista.





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETARIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E BOLZANO

l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore;

VISTO l'accordo Stato - Regioni sancito il 7 febbraio 2013 (rep. Atti n.57/CSR) che individua, ai sensi dell'art. 4, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, la disciplina di "Cure Palliative" nell'area della medicina diagnostica e dei servizi per la categoria professionale dei medici, tra le discipline nelle quali possono essere conferiti gli incarichi di struttura complessa nelle aziende sanitarie, al fine della regolamentazione concorsuale per il personale medico dirigente del servizio sanitario nazionale dedicato alle cure palliative;

VISTO il decreto ministeriale 28 marzo 2013, recante "Modifica ed integrazione delle Tabelle A e B di cui al decreto 30 gennaio 1998, relative ai servizi ed alle specializzazioni equipollenti";

VISTO l'articolo 1, comma 425 della legge 27 dicembre 2013, n. 147 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2014)";

RITENUTO di dare attuazione ai menzionati articoli 5, comma 2 e 8, comma 3 della legge n. 38 del 2010;

VISTA la lettera in data 19 febbraio 2013, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la proposta di accordo indicata in oggetto;

VISTA la nota in data 22 febbraio 2013, con la quale il predetto documento è stato diramato alle Regioni e Province autonome;

VISTA la lettera in data 12 luglio 2013, con la quale il Ministro della salute ha comunicato il proprio nulla osta al successivo iter istruttorio del provvedimento;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione tecnica svoltasi in data 9 ottobre 2013, i rappresentanti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano hanno formulato talune richieste emendative al documento in parola;

VISTA le note in date 15 e 16 ottobre 2013, diramate in pari data, con le quali il Ministero della salute ha inviato una nuova versione dello schema di accordo indicato in oggetto che recepisce le modifiche concordate con le Regioni e le Province autonome e con il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca nella predetta riunione tecnica, nonché la modifica concordata per le vie brevi con il Ministero dell'economia e delle finanze;

VISTA la nota in data 9 giugno 2014, diramata in data 12 giugno 2014, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso una nuova versione dello schema di provvedimento in oggetto;



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E BOLZANO

Accordo ai sensi dell'articolo 5, comma 2, della legge 15 marzo 2010, n. 38 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano di individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore.

Rep. Atti n. 87/CSR del 10 luglio 2014

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 10 luglio 2014:

VISTO l' articolo 2, comma 1, lettera b) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affida alla Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi secondo quanto disposto dall'articolo 4 del medesimo decreto, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTA la legge 15 marzo 2010, n. 38, recante " Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" e in particolare:

l' articolo 5 che, nel dettare disposizioni in materia di reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore, al comma 2 prevede che con accordo stipulato da questa Conferenza, su proposta del Ministro della salute, sono individuate:

- le figure professionali con specifiche esperienze nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l'età pediatrica, con particolare riferimento ai medici di medicina generale e ai medici specialisti in anestesia e rianimazione, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia, pediatria, ai medici con esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, agli infermieri, agli psicologi e agli assistenti sociali nonché alle altre figure professionali ritenute essenziali;
- le tipologie di strutture nelle quali le due reti, nazionale e regionale, si articolano, nonché le modalità per assicurare il coordinamento delle stesse;
- l'articolo 8, recante disposizioni in materia di formazione ed aggiornamento del personale medico e sanitario in materia di cure palliative e di terapia del dolore, a tenore del quale l'accordo di cui al suddetto articolo 5, comma 2, individua i contenuti dei percorsi formativi ai fini dello svolgimento di attività professionale nelle strutture sanitarie pubbliche e private e nelle organizzazioni senza scopo di lucro, operanti nell'ambito delle due reti per le cure palliative e per la terapia del dolore, ivi inclusi i periodi di tirocinio obbligatorio presso le strutture delle due reti ( comma 3);

VISTA l'intesa sancita da questa Conferenza il 25 luglio 2012 (rep. Atti n. 151/CSR), con la quale vengono stabiliti i requisiti minimi e le modalità organizzative necessarie per



**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO  
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA  
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del  
23 luglio 2014)**

DECRETO 31.10.2014, n. 143

**Rinnovo Comitato per il Percorso Nascita Regionale (C.P.N.R.)**

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTA** la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014 con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

**ATTESO** che, in base all'art. 4 comma 2 del D.L. 01.10.2007 n.159, convertito in Legge 29.11.2007 n. 222, l'incarico commissariale è conferito per l'intero periodo di vigenza del Piano di Rientro;

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012 con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Subcommissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR abruzzese con le competenze ivi declinate ;

**ATTESO** che tra i compiti individuati dal predetto provvedimento rientra quello di collaborazione, per gli aspetti di programmazione sanitaria, per l'adozione dei provvedimenti attuativi delle disposizioni recate dal vigente ordinamento in materia sanitaria, necessari all'attuazione del Piano di rientro;

**VISTO** il decreto commissariale n.20 del 11.06.2012 avente ad oggetto "Insediamento del Subcommissario dott. Giuseppe Zuccatelli per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR";

**VISTO** il documento recante "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" approvato dall' Accordo Stato - Regioni in data 16.12.2010 ;

**ATTESO** che il predetto documento è stato recepito dalla Regione Abruzzo con

Deliberazione di Giunta Regionale n. 897 del 23.12.2011 con la quale è stato altresì costituito il Comitato per il percorso nascita regionale (C.P.N.R.);

**CONSIDERATO** che con Deliberazione di Giunta Regionale n.197 del 02.04.2012 la composizione Comitato per il percorso nascita regionale (C.P.N.R.) è stata integrata con la presenza del Dirigente del Servizio Assistenza Ospedaliera, Specialistica Ambulatoriale, Riabilitativa, Protesica e Termale competente in materia di tutela della salute materno-infantile e che i predetti atti sono stati oggetto di provvedimento confermativo del Commissario ad Acta con Decreto Commissariale n. 21/2013;

**ATTESO** che i provvedimenti sopra citati stabiliscono che i componenti del Comitato per il percorso nascita regionale (C.P.N.R.) restano in carica due anni;

**CONSIDERATO** che Comitato per il Percorso Nascita Regionale (C.P.N.R.) nominato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 897 del 23.12.2011, come successivamente modificata e confermata, risulta pertanto scaduto e che si rende necessario procedere conseguentemente al suo rinnovo;

**RICHIAMATA** la comunicazione prot. DGPROG 0024768 - P del 21/07/2011 già allegata alla DGR 897/2011 (allegato 2 alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 897 del 23.12.2011, come successivamente modificata e confermata) con la quale, il Ministero della Salute - Dipartimento della Qualità ha suggerito, ai fini della composizione del C.P.N.R., la presenza delle professionalità di seguito indicate :

- Direttore Generale sanità o suo referente;
- Direttore Generale Aziendale;
- Referente flussi informativi CeDap e SDO;
- referenti regionali programmazione ospedaliera e territoriale M.I. (Materno-Infantile);
- referente qualità regionale;
- referenti figure professionali (ginecologo-ostetrico, ostetrica, pediatra-neonatologo, anestesista, infermiera, medico di medicina generale, pediatra di libera scelta);
- referente servizio emergenza-urgenza territoriale;
- rappresentante dell'utenza;

**RITENUTO** di nominare il nuovo Comitato Percorso Nascita Regionale (C.P.N.R.) nel modo che segue:

- Direttore pro tempore della Direzione Politiche della Salute ovvero Direttore del Dipartimento per la Salute e il welfare della Regione Abruzzo con funzioni di Presidente;
- Direttori Generali delle AA.SS.LL. della Regione Abruzzo tramite loro delegati;
- Dirigente del Servizio attività ispettiva e controllo qualità della Direzione regionale Politiche della salute;
- Dirigente del Servizio Programmazione Sanitaria della Direzione regionale Politiche della Salute ;
- Dirigente del Servizio flussi informativi, mobilità sanitaria, procedure informatiche ed emergenza sanitaria della Direzione regionale Politiche della Salute;
- Dirigente del Servizio Assistenza Ospedaliera, Specialistica Ambulatoriale, Riabilitativa, Protesica e Termale della Direzione regionale Politiche della Salute;
- referenti per le figure professionali di cui alla già citata la comunicazione prot. DGPROG 0024768 - P del 21/07/2011;
- Presidente Comitato Emergenza-Urgenza Regione Abruzzo (C.R.E.A.);
- rappresentante dell'utenza;

**STABILITO** di individuare i referenti per le figure professionali di cui alla già citata la comunicazione prot. DGPROG 0024768 - P del 21/07/2011 nelle persone di:

- Prof. Marco Liberati - Direttore della U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia del Presidio ospedaliero clinicizzato "SS. Annunziata" di Chieti -ASL Lanciano-Vasto- Chieti;
- Prof. Gaspare Carta - Direttore della U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero "San Salvatore" - L'Aquila - ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila;
- Dott. Antonio Vizioli - Dirigente Medico Responsabile dell'U.O. di Ostetricia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero "S. Massimo" di Penne - ASL Pescara;
- Dott. Carmine D'Incecco - Direttore U.O.C. di Neonatologia e patologia neonatale T.I.N. Presidio Ospedaliero "S. Spirito" Pescara-ASL Pescara;
- Dott.ssa Luciana Breda Dirigente Medico U.O.C. Clinica Pediatrica del Presidio ospedaliero clinicizzato "SS. Annunziata" di Chieti -ASL Lanciano-Vasto- Chieti;

- Dott.ssa Gianna Tollis - Dirigente Medico dell'U.O.S.D. di Pediatria Presidio Ospedaliero "SS. Annunziata" di Sulmona - ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila;
- Dott.ssa Loredana Di Marcello - Dirigente Medico Responsabile dell'U.O.S.D. di Anestesia e rianimazione del Presidio Ospedaliero "S. Liberatore" di Atri -ASL Teramo;
- Dott.ssa Cinzia Di Matteo (ostetrica) - Presidio Ospedaliero clinicizzato "SS. Annunziata" di Chieti - ASL Lanciano-Vasto-Chieti;
- Dott.ssa Ivana Nepomuceno (ostetrica) - Presidio Ospedaliero "Barnabeo" di Ortona - ASL Lanciano-Vasto- Chieti;
- Dott.ssa Lara Candeloro (infermiera) Presidio Ospedaliero Clinicizzato "SS. Annunziata" di Chieti -ASL -Lanciano-Vasto-Chieti;
- Dott.ssa Bruna Iavicoli (infermiera) Presidio Ospedaliero "Barnabeo" di Ortona - ASL Lanciano-Vasto-Chieti;
- Dott. Ercole Core - Medico di Medicina Generale;
- Dott.ssa Silvana Di Palma - Pediatra di Libera Scelta;

**VISTE** le comunicazioni con le quali in riscontro alla nota prot. RA/257789/DG18 del 02.10.2014 le Direzioni Generali delle ASL hanno nominato i propri referenti nelle persone di:

- Dott.ssa Sandra Di Fabio Direttore U.O.C. di Neonatologia e T.I.N. Presidio Ospedaliero "San Salvatore" - de L'Aquila -ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila (nota prot.96092 del 06.10.2014 acquisita al protocollo regionale con il n. RA/261720 del 07.10.2014);
- Prof. Francesco Chiarelli Direttore U.O.C. Clinica Pediatrica del Presidio ospedaliero clinicizzato "SS. Annunziata" di Chieti -ASL Lanciano-Vasto- Chieti (nota prot.54084-CH del 09.10.2014 acquisita al protocollo regionale con il n.RA/266830 del 13.10.2014);
- Prof. Pierluigi Lelli Chiesa -Direttore U.O.C. Chirurgia Pediatrica P.O. "S. Spirito" di Pescara -ASL Pescara (nota prot. 333/DS del 15.10.2014 acquisita al protocollo regionale con il n.RA/270547 del 16.10.2014);
- Dott.ssa Anna Marcozzi, Direttore della U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero "G. Mazzini" di Teramo

- ASL Teramo (nota prot. 52127/14 del 08.10.2014 acquisita al protocollo regionale con il n.RA/265188 del 09.10.2014);

**VISTA** la nota del 03.10.2014 con la quale l'associazione Cittadinanza Attiva a riscontro della richiesta di designazione di un referente in rappresentanza dell'utenza sanitaria (s.p. acquisita al protocollo regionale con il n.RA/prot RA/257812/DG18 del 02.10.2014) ha individuato la Sig.ra Anna Maria Mattioli;

**CONFERMATO** che:

- ai componenti del Comitato per il Percorso Nascita Regionale (C.P.N.R.) nulla è corrisposto né a titolo di compenso né a titolo di rimborso spese;
- il Comitato per il percorso nascita regionale (C.P.N.R.):
  - dura in carica due anni;
  - il funzionamento interno e le modalità di svolgimento dei compiti assegnati sono disciplinati dal regolamento che si allega al presente atto (Allegato A);
  - le funzioni di segretario del Comitato per il Percorso Nascita Regionale (C.P.N.R.) sono svolte dal Responsabile dell'Ufficio Assistenza Ospedaliera della Direzione Politiche della Salute della Regione Abruzzo;
  - per ogni esigenza di tipo organizzativo ed operativo il Comitato per il Percorso Nascita Regionale (C.P.N.R.) si avvale del Servizio Assistenza Ospedaliera, Specialistica Ambulatoriale, Riabilitativa, Protesica e Termale della Direzione Politiche della Salute della Regione Abruzzo;

**STABILITO** di notificare il presente provvedimento ai componenti del Comitato per il Percorso Nascita Regionale (C.P.N.R.) ed alle AA.SS.LL;

**STABILITO**, inoltre, di comunicare la presente deliberazione ai Ministeri dell'Economia e della Salute e di procedere, per finalità notiziali, alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.

**PRECISATO** che il presente atto non comporta alcun onere finanziario a carico del bilancio regionale;

**RILEVATO** che quanto sopra rappresentato riveste carattere di urgenza stante la necessità

di consentire l'immediata operatività del Comitato per il Percorso Nascita Regionale (C.P.N.R.) e che, pertanto, lo stesso non è sottoposto al parere preventivo dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze;

Tutto ciò premesso

### DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- **di procedere** al rinnovo, per scadenza, del Comitato per il percorso nascita regionale (C.P.N.R.) nominato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 897 del 23.12.2011, come successivamente modificata e confermata;
- **di nominare** il nuovo Comitato per il percorso nascita regionale (C.P.N.R.) nella seguente composizione:
  - 1 Direttore pro tempore della Direzione Politiche della Salute ovvero Direttore del Dipartimento per la Salute e il welfare della Regione Abruzzo;
  - i referenti individuati dalle Direzioni Generali delle AA.SS.LL. della Regione Abruzzo nelle persone di:
    - 2 ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila - Dott.ssa Sandra Di Fabio Direttore U.O.C. di Neonatologia e T.I.N. Presidio Ospedaliero "San Salvatore" - de L'Aquila;
    - 3 ASL Lanciano-Vasto-Chieti - Prof. Francesco Chiarelli Direttore U.O.C. Clinica Pediatrica del Presidio ospedaliero clinicizzato "SS. Annunziata" di Chieti;
    - 4 ASL Pescara - Prof. Pierluigi Lelli Chiesa - Direttore U.O.C. Chirurgia Pediatrica P.O. "S. Spirito" di Pescara;
    - 5 ASL Teramo - Dott.ssa Anna Marozzi, Direttore della U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero "G. Mazzini" di Teramo ;
    - 6 Dirigente del Servizio attività ispettiva e controllo qualità della Direzione regionale Politiche della salute;
    - 7 Dirigente del Servizio Programmazione Sanitaria della Direzione regionale Politiche della Salute ;
    - 8 Dirigente del Servizio flussi informativi, mobilità sanitaria, procedure informatiche ed emergenza sanitaria

- della Direzione regionale Politiche della Salute;
- 9 Dirigente del Servizio Assistenza Ospedaliera, Specialistica Ambulatoriale, Riabilitativa, Protesica e Termale della Direzione regionale Politiche della Salute;
  - referenti per le figure professionali di cui alla comunicazione prot. DGPROG 0024768 - P del 21/07/2011 citata in premessa, nelle persone di:
  - 10 Prof. Marco Liberati - Direttore della U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia del Presidio ospedaliero clinicizzato "SS. Annunziata" di Chieti - ASL Lanciano-Vasto-Chieti;
  - 11 Prof. Gaspare Carta - Direttore della U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero "San Salvatore" - L'Aquila ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila;
  - 12 Dott. Antonio Vizioli - Dirigente Medico Responsabile dell'U.O. di Ostetricia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero "S. Massimo" di Penne - ASL Pescara;
  - 13 Dott. Carmine D'Incecco - Direttore U.O.C. di Neonatologia e patologia neonatale T.I.N. P.O. "S. Spirito" Pescara- ASL Pescara;
  - 14 Dott.ssa Luciana Breda Dirigente Medico U.O.C. Clinica Pediatrica del Presidio ospedaliero clinicizzato "SS. Annunziata" di Chieti -ASL Lanciano-Vasto- Chieti;
  - 15 Dott.ssa Gianna Tollis - Dirigente Medico dell'U.O.S.D. di Pediatria Presidio Ospedaliero "SS. Annunziata" di Sulmona -ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila;
  - 16 Dott.ssa Loredana Di Marcello - Dirigente Medico Responsabile dell'U.O.S.D. di Anestesia e rianimazione del Presidio Ospedaliero "S. Liberatore" di Atri -ASL Teramo;
  - 17 Dott.ssa Cinzia Di Matteo (ostetrica) - Presidio Ospedaliero clinicizzato "SS. Annunziata" di Chieti- ASL Lanciano-Vasto-Chieti;
  - 18 Dott.ssa Ivana Nepomuceno (ostetrica) - Presidio Ospedaliero "Barnabeo" di Ortona - ASL Lanciano-Vasto-Chieti;
  - 19 Dott.ssa Lara Candeloro (infermiera) - Presidio Ospedaliero Clinicizzato "SS. Annunziata" di Chieti -ASL Lanciano-Vasto-Chieti;
  - 20 Dott.ssa Bruna Iavicoli (infermiera) - Presidio Ospedaliero "Barnabeo" di Ortona - ASL Lanciano-Vasto-Chieti;
  - 21 Dott. Ercole Core - Medico di Medicina Generale;
  - 22 Dott.ssa Silvana Di Palma - Pediatra di Libera Scelta Pediatra di Libera Scelta;
  - 23 Presidente Comitato Emergenza-Urgenza Regione Abruzzo (C.R.E.A.);
  - 24 Sig.ra Annamaria Mattioli dell'Associazione Cittadinanza attiva, in rappresentanza dell'utenza.
- **di precisare** che ai componenti del Comitato per il percorso nascita regionale (C.P.N.R.) nulla è corrisposto né a titolo di compenso né a titolo di rimborso spese;
  - **di confermare** che Comitato per il percorso nascita regionale (C.P.N.R.):
    - dura in carica due anni;
    - il funzionamento interno e le modalità di svolgimento dei compiti assegnati sono disciplinati dal regolamento che si allega al presente atto (Allegato A);
    - le funzioni di segretario del Comitato per il Percorso Nascita Regionale (C.P.N.R.) sono svolte dal Responsabile dell'Ufficio Assistenza Ospedaliera della Direzione Politiche della Salute della Regione Abruzzo;
    - per ogni esigenza di tipo organizzativo ed operativo il Comitato per il Percorso Nascita Regionale (C.P.N.R.) si avvale del Servizio Assistenza Ospedaliera, Specialistica Ambulatoriale, Riabilitativa, Protesica e Termale della Direzione Politiche della Salute della Regione Abruzzo;
  - **di notificare** il presente provvedimento ai componenti del Comitato per il Percorso Nascita Regionale (C.P.N.R.) ed alle AA.SS.LL;
  - **di comunicare** la presente deliberazione ai Ministeri dell'Economia e della Salute e di procedere, per finalità notiziali, alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.

IL COMMISSARIO AD ACTA  
**Dott. Luciano D'Alfonso**

*Segue allegato*

## Regolamento per il funzionamento del Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR)

Allegato al Decreto del Commissario  
ad ACTAn. 143 del 30 OTT. 2014

ALLEGATO A

**REGOLAMENTO PER IL FUNZIONAMENTO DEL COMITATO PERCORSO  
NASCITA REGIONALE (CPNR)**

Il Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR) di seguito denominato "Comitato", è stato costituito in conformità a quanto stabilito dal punto 10 dell'Accordo approvato dalla conferenza Unificata del 16/12/2010 concernente "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo".

**Art.1****Attribuzioni- composizione - durata -sede**

1. Il Comitato esercita i compiti previsti dall'Accordo approvato dalla conferenza Unificata del 16/12/2010 e dai provvedimenti regionali di recepimento dello stesso.
2. La composizione del Comitato è quella risultante dal provvedimento regionale di rinnovo del Comitato stesso.
3. Il Comitato dura in carica due anni.
4. Il Comitato ha sede in Pescara via Conte di Ruvo n.74, presso gli uffici della Direzione Politiche della Salute della Regione Abruzzo.

**Art.2****Il Presidente**

1. Il Presidente è il Direttore pro tempore della Direzione Politiche della Salute ovvero il Direttore del Dipartimento per la Salute e il welfare della Regione Abruzzo.
2. Il Presidente rappresenta il Comitato, ne convoca e presiede le riunioni e ne coordina i lavori; stabilisce l'ordine del giorno anche sulla base delle indicazioni dei componenti.

**Art.3****Attività di segreteria e supporto**

1. L'attività di segreteria e di supporto al Comitato è assicurata dal personale del Servizio Assistenza Ospedaliera, Specialistica ambulatoriale, Riabilitativa, Protesica e Termale.

---

**Regolamento per il funzionamento del Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR)**

---

2. Essa consiste in particolare nelle seguenti attività:
- invio, tramite la posta elettronica, delle convocazioni e del materiale relativo agli argomenti delle riunioni;
  - tenuta dell'archivio del Comitato (verbali delle sedute, corrispondenza interna, etc.);
  - redazione del verbale di ogni seduta.

**Art.4**  
**Funzionamento**

1. Per la validità delle riunioni del Comitato è necessaria la presenza della metà più uno dei componenti.
2. Le riunioni del Comitato sono convocate dal Presidente almeno 5 giorni prima della data della riunione. In caso di necessità e/o urgenza la riunione può essere convocata con preavviso di 48 ore.
3. La convocazione è inviata esclusivamente a mezzo e-mail agli indirizzi di posta elettronica comunicati dai componenti e deve contenere l'indicazione dell'ordine del giorno e la documentazione strettamente necessaria per la trattazione dei relativi argomenti.
4. Il Comitato in riunione:
  - approva il verbale della precedente riunione;
  - approva il programma di lavoro.
5. Per l'adozione delle decisioni occorre il voto favorevole della metà più uno dei presenti.
6. Le riunioni del Comitato devono essere verbalizzate in forma sintetica e il verbale è firmato dal Presidente e dal Segretario.
7. I Componenti possono far risultare a verbale le loro dichiarazioni testuali.
8. I verbali delle sedute vengono inviati, ai componenti del comitato, a cura del personale addetto alle attività di segreteria.

**Art. 5**  
**Commissioni e gruppi di lavoro**

1. Nello svolgimento della sua attività il Comitato può operare in commissioni o gruppi di lavoro .
2. il Comitato, può designare tra i componenti un coordinatore responsabile per singoli settori o competenze del Comitato stesso il quale svolge le



---

**Regolamento per il funzionamento del Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR)**

---

funzioni di relatore sulle questioni rientranti nel settore assegnato curando a tal fine l'attività preparatoria ed istruttoria, riferisce al Comitato e formula proposte allo stesso.

**Art.6**  
**Disposizioni di rinvio**

1. Per ogni altra disposizione non prevista dal presente regolamento si rinvia alla normativa vigente.



**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO  
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA  
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del  
23 luglio 2014)**

DECRETO 30.10.2014, n. 146

**Criteri regionali per il dimensionamento delle dotazioni organiche delle unità operative di medicina penitenziaria delle Aziende Unità Sanitarie Locali della Regione Abruzzo.**

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTA** la deliberazione di Giunta Regionale n. 224 del 13 marzo 2007, con la quale è stato approvato l'accordo sottoscritto in data 6 marzo 2007 tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e la Regione Abruzzo per l'approvazione del Piano di Rientro e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge 30.12.2004 n. 311;

**VISTA** la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014, con la quale il Presidente pro tempore della Regione Abruzzo, dott. Luciano D'Alfonso, è stato nominato quale Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo, secondo i Programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni e integrazioni;

**CONSIDERATO** che la predetta deliberazione individua, tra l'altro, quale intervento prioritario assegnato al Commissario, la "razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale";

**VISTO** il decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, recante norme per il riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'art. 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419;

**VISTA** la legge 24 dicembre 2007, n. 244, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2008)" e, in particolare, l'art. 2, comma 283, secondo cui, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria di cui al citato decreto legislativo n. 230 del 1999, con decreto del Presidente del

Consiglio dei Ministri, sono definiti le modalità e i criteri per il trasferimento, dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale, di tutte le funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali afferenti alla sanità penitenziaria;

**CONSIDERATO** che, in attuazione della succitata normativa, è stato emanato il D.P.C.M. 1 aprile 2008 (pubblicato nella G.U. 30 maggio 2008, n. 126) avente per oggetto "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria";

**DATO ATTO** che il suddetto decreto prevede, tra l'altro, che "Le regioni assicurano l'espletamento delle funzioni trasferite con il presente decreto attraverso le Aziende sanitarie locali comprese nel proprio territorio e nel cui ambito di competenza sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari e i servizi minorili di riferimento";

**VISTA** la deliberazione della Giunta Regionale n. 544 del 23.06.2008 con la quale si è provveduto a recepire il D.P.C.M. 1 aprile 2008 e ad approvare Modelli Organizzativi che rappresentano atto di indirizzo alle Aziende UU.SS.LL. circa l'organizzazione da adottare per garantire l'assistenza sanitaria penitenziaria;

**VISTA** la deliberazione del Commissario ad Acta n. 34 del 21.05.2009 recante ulteriori provvedimenti in ordine al recepimento del DPCM 1° aprile 2008, con la quale - ferma restando la competenza esclusiva delle Aziende Unità Sanitarie Locali nella gestione del personale - sono state fornite indicazioni alle Aziende UU.SS.LL. in materia di personale al fine di assicurare l'assistenza sanitaria nelle strutture penitenziarie e minorili ubicate nei rispettivi ambiti territoriali;

**CONSIDERATO** che:

- la Regione Abruzzo, attraverso le Aziende UU.SS.LL, garantisce la tutela della salute in carcere con i vari servizi intramurari, istituiti con il personale transitato e preso in carico, con gli infermieri e con attività

offerta attraverso le ore di specialistica fornite in ogni istituto;

- la Regione Abruzzo intende riorganizzare, riqualificare ed implementare l'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari, negli istituti penali per minori, nelle Centri di Prima Accoglienza per minori;

**VISTO** il decreto commissariale n. 84 del 9 ottobre 2013, con il quale è stato approvato il Programma Operativo 2013-2015, nell'ambito del quale - tra i risultati programmati con riferimento all'Intervento 5.1 "Sanità Penitenziaria" - figura anche l'emanazione di un provvedimento regionale con il quale "indirizzare i Direttori Generali attraverso criteri per l'identificazione di livelli minimi di dimensionamento delle dotazioni organiche delle unità operative di medicina penitenziaria";

**PRESO ATTO** che:

- con la determinazione DG20/9 del 14.03.2014 del Dirigente del Servizio "Prevenzione Collettiva" della Direzione Politiche della Salute, si è provveduto a costituire un gruppo di lavoro composto da personale delle Unità Operative di Medicina Penitenziaria delle Aziende UU.SS.LL. e da personale del predetto Servizio per l'elaborazione di un documento che sintetizzasse i bisogni di salute della popolazione detenuta e suggerisse le misure conseguenti da adottare per la loro soddisfazione;
- il suddetto documento, concernente i criteri regionali per il dimensionamento delle dotazioni organiche delle Unità Operative di Medicina Penitenziaria, è stato trasmesso al Servizio "Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane" della Direzione Politiche della Salute in data 17.06.2014;

**PRESO ATTO** che, il predetto Servizio "Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane" sulla base del documento di cui sopra, con il supporto del menzionato Servizio "Prevenzione Collettiva" e dei componenti del suddetto gruppo di lavoro, ha proceduto, dopo aver sentito per le vie brevi il Dirigente del Servizio "Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica" della Direzione Politiche della Salute, all'individuazione dei criteri per il dimensionamento delle dotazioni organiche delle Unità Operative di Medicina Penitenziaria

delle Aziende Unità Sanitarie Locali della Regione Abruzzo;

**PRECISATO** che le linee di indirizzo per l'individuazione del fabbisogno di personale delle Unità Operative di Medicina Penitenziaria delle Aziende UU.SS.LL. sono specificate nell'allegato documento recante "Criteri regionali per il dimensionamento delle dotazioni organiche delle Unità Operative di Medicina Penitenziaria delle Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo" (Allegato A), che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

**PRECISATO** che, ferma restando l'autonomia organizzativa e gestionale delle Aziende USL, lo scopo di tale documento è quello di fornire alle Aziende UU.SS.LL. criteri uniformi per il dimensionamento nei rispettivi ambiti territoriali delle dotazioni organiche da destinare alle Unità Operative di Medicina Penitenziaria;

**RITENUTO** di dover procedere ad approvare i criteri regionali di cui sopra (allegato A);

**RITENUTO**, altresì, opportuno stabilire, conformemente a quanto previsto nel Programma Operativo 2013-2015, che le Aziende UU.SS.LL. regionali dovranno provvedere entro il 30.06.2015 a rideterminare le dotazioni organiche delle Unità Operative in questione;

**RITENUTO**, infine, che il presente atto riveste carattere di indifferibilità ed urgenza e che, pertanto, sarà trasmesso ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze successivamente alla sua adozione, per la relativa validazione;

#### **DECRETA**

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

1. **di approvare** l'allegato documento recante "Criteri regionali per il dimensionamento delle dotazioni organiche delle Unità Operative di Medicina Penitenziaria delle Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo" (allegato A), che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento,

- ferma restando l'autonomia organizzativa e gestionale delle Aziende UU.SS.LL.;
2. **di prevedere** che, conformemente a quanto previsto nel Programma Operativo 2013-2015, le Aziende Unità Sanitarie Locali dovranno provvedere entro il 30.06.2015 a rideterminare le dotazioni organiche delle suddette Unità Operative nel rispetto dei criteri di cui al punto 1;
  3. **di disporre** la pubblicazione del presente decreto sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo;

4. **di incaricare** il Servizio Prevenzione Collettiva e il Servizio Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane della Direzione Politiche della Salute per la trasmissione del presente provvedimento alle Aziende UU.SS.LL. regionali, affinché le medesime possano provvedere agli adempimenti consequenziali.

IL COMMISSARIO AD ACTA  
**Dott. Luciano D'Alfonso**

*Segue allegato*

Allegato al Decreto del Commissario  
ad ACTA

n. 146 del 30 OTT. 2014



Allegato A

**CRITERI REGIONALI PER IL DIMENSIONAMENTO  
DELLE DOTAZIONI ORGANICHE DELLE  
UNITA' OPERATIVE DI MEDICINA PENITENZIARIA  
DELLE AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI DELLA REGIONE ABRUZZO**

**1. Premessa**

Le prestazioni sanitarie attualmente erogate, attraverso le UU.OO. di Medicina Penitenziaria delle Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo, all'interno delle strutture penitenziarie e a favore dei minorenni sottoposti a provvedimento penale residenti negli ambiti territoriali di competenza di ciascun ASL, consistono essenzialmente in:

- assistenza medica di primo livello (visite ordinarie, visite urgenti, ecc.);
- assistenza specialistica;
- consulenza psicologica;
- assistenza infermieristica;
- prestazioni di fisioterapia (solo in alcune Aziende UU.SS.LL.);
- prestazioni di sostegno sociale (solo in una Azienda USL).

Tali funzioni sono riconducibili alla erogazione dei LEA nei confronti dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale che, come previsto dall'art. 1 - comma 1 - del D.Lgs. n. 230/99, "hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali" e che conservano l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale per tutte le forme di assistenza, ivi compresa quella medico-generica, con esclusione dal sistema di compartecipazione alla spesa delle prestazioni sanitarie (art. 1 - commi 4, 5, 6 - del D.Lgs. n. 230/99). Naturalmente le suddette funzioni sono subordinate a criteri di appropriatezza basati su evidenze scientifiche (D.Lgs. n. 229/99) e all'osservanza del Codice Deontologico.

Similmente, in conformità a quanto previsto dall'art. 7 del DPCM 1 aprile 2008 e dal Documento approvato in sede di C.U. Stato-Regioni in data 20 novembre 2008 Rep. n. 102/CU, vengono garantite le funzioni derivanti dall'Ordinamento Penitenziario vigente sia per esigenze di sicurezza che di organizzazione interna, ivi comprese le certificazioni in uso nell'ambito penitenziario.

Inoltre, secondo quanto previsto dal Documento approvato in sede di C.U. Stato-Regioni in data 29 ottobre 2009 n. 51/CU, vengono garantite le prestazioni medico-legali in favore del Corpo di Polizia Penitenziaria.

**2. Requisiti organizzativi**

L'art. 2 del D. Lgs. n. 230/1999 recita testualmente: *L'assistenza sanitaria ai detenuti e agli internati è organizzata secondo principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, di integrazione della assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica*.

Rispetto al precedente sistema assistenziale fornito dall'Amministrazione penitenziaria, prevalentemente improntato sulla "consulenza", la rimodulazione dell'offerta assistenziale è finalizzata all'efficacia degli interventi di cura e deve essere basata su un modello che prevede la presa in carico, la gestione integrata del paziente e la continuità delle cure dal momento

## Allegato A

dell'ingresso nella struttura penitenziaria e/o penale minorile e fino alla sua uscita sia per trasferimento ad altro Istituto che per ritorno in libertà.

Per l'eterogeneità della popolazione detenuta, per l'alta prevalenza di stati morbosi, per il diffuso fenomeno dell'autolesionismo e per la peculiarità del contesto in cui si opera, è necessario che gli interventi, e per quanto possibile soprattutto quelli urgenti, siano assicurati da personale presente all'interno degli Istituti penitenziari. Va garantita infatti la continuità assistenziale H 24 ore, anche attraverso l'integrazione con le strutture sanitarie esterne.

Le prestazioni sanitarie vengono assicurate da personale medico, infermieristico e di altro profilo professionale necessario che afferisce al Presidio Sanitario Penitenziario (P.S.P.) costituente l'articolazione intramuraria dell'U.O.M.P. (Unità Operativa di Medicina Penitenziaria).

Ulteriori articolazioni aziendali, quali ad esempio il Ser.T., il D.S.M. e l'U.O. di Neuropsichiatria Infantile, forniscono personale proprio per garantire le prestazioni a favore dei detenuti, internati e minorenni sottoposti a provvedimento penale che siano presi in carico dai rispettivi servizi per patologie di propria competenza (tossicodipendenza e malattie psichiatriche). Il personale afferente a tali articolazioni deve rapportarsi funzionalmente con l'U.O.M.P. per garantire l'unitarietà del trattamento assistenziale rivolto alla persona nella sua globalità.

L'assistenza sanitaria viene erogata da ciascuna Azienda USL attraverso l'Unità Operativa di Medicina Penitenziaria (U.O.M.P.), nella quale operano:

- *il Responsabile/Direttore di U.O.;*
- *un Coordinatore infermieristico;*
- *un Collaboratore/Assistente Amministrativo;*
- *n. 1/2 Psicologo/i;*
- *Responsabile/i di/dei PSP/PPSSPP;*
- *Dirigenti Medici individuati secondo i criteri sotto specificati;*
- *Infermieri individuati secondo i criteri sotto specificati*
- *Ulteriori figure professionali, ritenute necessarie o già in servizio presso le UU.OO. di Medicina Penitenziaria delle rispettive Aziende, nel numero massimo di n. 2 unità, nel caso in cui un solo Presidio Sanitario Penitenziario sia presente sul territorio aziendale, e nel numero massimo di n. 3 unità nel caso in cui più Presidi Sanitari Penitenziari siano presenti sul territorio aziendale.*

L'Unità Operativa di Medicina Penitenziaria si avvale anche dei Medici del servizio di medicina specialistica.

L'assistenza sanitaria è garantita nell'arco delle 24 ore giornaliere:

- nella fascia oraria 8.00 - 20.00 dal personale sopra specificato;
- nella fascia oraria notturna e durante le giornate festive, ciascuna AUSL organizza le attività afferenti le esigenze assistenziali, con il personale infermieristico dell'U.O.M.P. sopra indicato e con il personale medico convenzionato presente all'interno della struttura penitenziaria oppure nella vicina sede aziendale di continuità assistenziale.

Il servizio di medicina specialistica, da erogarsi in regime ambulatoriale, viene garantito - nell'ambito dei limiti di spesa previsti per il personale convenzionato - secondo le esigenze assistenziali rilevate. Gli specialisti sono individuati in base all'Accordo Collettivo Nazionale della specialistica ambulatoriale. Nel caso in cui vi fossero difficoltà a reperire tale personale, l'Azienda USL può ricorrere a soluzioni proprie in similitudine a quanto garantito negli altri servizi territoriali.

## Allegato A

L'assistenza psicologica deve essere garantita a tutti i detenuti, internati e minorenni sottoposti a provvedimento penale. Infatti, è necessario che sia assicurato il colloquio di primo ingresso a coloro che entrano all'interno dell'istituto penitenziario sia provenienti dalla libertà che trasferiti da altro istituto, il cosiddetto "servizio nuovi giunti", in conformità a quanto previsto in merito dal DPCM 1 aprile 2008 e dagli atti di indirizzo regionale conseguentemente emanati. Inoltre, è necessario assicurare le prestazioni di sostegno psicologico a favore dei minorenni sottoposti a provvedimento penale come stabilito dai protocolli regionali e aziendali vigenti con il Centro di Giustizia Minorile. Il Dirigente psicologo garantisce, quindi, sia il colloquio psicologico finalizzato alla redazione del profilo di personalità che il colloquio di sostegno a favore dei detenuti, internati e minori sottoposti a provvedimento penale che non siano stati presi in carico da altri servizi aziendali: dal Ser.T. in caso di tossicodipendenti, dal Dipartimento di Salute Mentale in caso di portatori di patologia psichiatrica e dall'U.O. di Neuropsichiatria Infantile.

Le attività di supporto logistico vengono garantite dai servizi aziendali (trasporto farmaci, trasporto liquidi biologici, corrispondenza, ecc.).

### 3. Dimensionamento del personale

Per quanto attiene alla dotazione organica delle Unità Operative di Medicina Penitenziaria delle Aziende UU.SS.LL, si precisa che ciascuna di esse deve essere dimensionata prevedendo l'assegnazione del sottoelencato personale:

- Δ *il Responsabile/Direttore di U.O.;*
- Δ *un Coordinatore infermieristico;*
- Δ *un Collaboratore/Assistente Amministrativo;*
- Δ *n. 1/2 Psicologo/i;*
- Δ *Responsabile/i di/dei PSP/PPSSPP;*
- Δ *Dirigenti Medici individuati secondo i criteri sotto specificati;*
- Δ *Infermieri individuati secondo i criteri sotto specificati*
- Δ *Ulteriori figure professionali, ritenute necessarie o già in servizio presso le UU.OO. di Medicina Penitenziaria delle rispettive Aziende, nel numero massimo di n. 2 unità, nel caso in cui un solo Presidio Sanitario Penitenziario sia presente sul territorio aziendale, e nel numero massimo di n. 3 unità nel caso in cui più Presidi Sanitari Penitenziari siano presenti sul territorio aziendale.*

Il Dirigente psicologo è incrementato di una unità nelle Aziende UU.SS.LL. ove - oltre al servizio per la Giustizia Minorile - è necessario garantire le attività di supporto psicologico all'interno di più presidi sanitari penitenziari.

In ciascun presidio sanitario intramurario è previsto il Responsabile PSP che coincide, in fase di prima applicazione, con la figura dell'ex "sanitario incaricato" il cui rapporto di lavoro, disciplinato dalla Legge n. 740/70, è stato preso in carico da ciascuna Azienda USL fino alla relativa scadenza, in ossequio a quanto disposto dall'art. 4 comma 4 del DPCM 1 aprile 2008.

Il fabbisogno del personale medico ed infermieristico viene definito in base al parametro denominato "*bisogno stimato*", espresso come media tra la capienza teorica dell'istituto penitenziario e la presenza effettiva di detenuti/internati.

## Allegato A

<i>bisogno stimato</i>	<i>Responsabile PSP</i>	<i>Dirigenti Medici</i>	<i>Infermieri</i>
<150 detenuti/internati	1	2 unità	6 unità
150> e <300 detenuti/internati	1	2 unità	7 unità
>300 detenuti/internati	1	3 unità	9 unità

Il fabbisogno del personale infermieristico è stato calcolato al fine di garantire il numero minimo di infermieri sufficiente ad assicurare la turnistica, tenuto conto dell'impiego notturno dei medesimi. Il fabbisogno del personale infermieristico può essere incrementato di una unità in base al parametro definito "*carico assistenziale*" di ciascun istituto espresso dai seguenti indici di correzione:

- a) *numero di detenuti/internati in trattamento complesso e continuativo portatori di patologie psichiatriche, patologie infettivologiche, patologie legate all'abuso di sostanze e patologie croniche - rilevate dalla griglia di reportistica approvata in sede di Osservatorio regionale sulla sanità penitenziaria - che incida in misura percentuale superiore al 35% della popolazione media detenuta/internata presente unitamente alla presenza di una particolare tipologia di detenuti/internati, sottoposti al regime di 41/bis e di Alta Sicurezza, documentata dai dati forniti dal Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria;*
- b) *presenza all'interno dell'istituto penitenziario di sezione psichiatrica, come da disposizioni regionali in merito, e/o di una sezione dedicata a tipologie particolari di detenuti.*

**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO  
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA  
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del  
23 luglio 2014)**

DECRETO 30.10.2014, n. 148

**Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete ospedaliera privata accreditata per l'anno 2014.**

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTA** la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014 con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

**CONSIDERATO** che la predetta deliberazione individua, tra l'altro, quale specificazione della funzione attribuita al Commissario, la definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni;

**ATTESO** che, in base all'art. 4 comma 2 del D.L. 01.10.2007 n.159, convertito in Legge 29.11.2007 n. 222, l'incarico commissariale è conferito per l'intero periodo di vigenza del Piano di Rientro;

**VISTO** l'art 17 comma 1 lett a) del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n.111. il quale prevede che le regioni adottano tutte le misure necessarie a garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati, intervenendo anche sul livello di spesa per gli acquisti delle prestazioni sanitarie presso gli operatori privati accreditati;

**VISTO** il D.L. 6 luglio 2012 n. 95 convertito nella L. 7-8-2012 n. 135 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012 n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini) ed in particolare l'art 15 comma 14 -come successivamente modificato ed integrato dall' art. 49, comma 2-bis, lett. b), D.L. 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla L. 9 agosto 2013, n. 98 - il quale prevede che "A tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio

2012, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014. Qualora nell'anno 2011 talune strutture private accreditate siano rimaste inoperative a causa di eventi sismici o per effetto di situazioni di insolvenza, le indicate percentuali di riduzione della spesa possono tenere conto degli atti di programmazione regionale riferiti alle predette strutture rimaste inoperative, purché la Regione assicuri, adottando misure di contenimento dei costi su altre aree della spesa sanitaria, il rispetto dell'obiettivo finanziario previsto dal presente comma. La misura di contenimento della spesa di cui al presente comma è aggiuntiva rispetto alle misure eventualmente già adottate dalle singole regioni e province autonome di Trento e Bolzano e trova applicazione anche in caso di mancata sottoscrizione dei contratti e degli accordi, facendo riferimento, in tale ultimo caso, agli atti di programmazione regionale o delle province autonome di Trento e Bolzano della spesa sanitaria. Il livello di spesa determinatosi per il 2012 a seguito dell'applicazione della misura di contenimento di cui al presente comma costituisce il livello su cui si applicano le misure che le regioni devono adottare, a decorrere dal 2013, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, lettera a), terzo periodo del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111.";

**VISTO** il Programma Operativo 2013-2015, approvato con Decreto Commissariale n. 84 del 9 ottobre 2013, integrato e modificato con Decreto Commissariale n. 112 del 30 dicembre 2013, il quale prevede, quale tetto massimo di spesa per l'acquisto di prestazioni ospedaliere 2014, l'importo di euro 123.963.659,43;

**CONSIDERATO** che detto importo rappresenta il valore del tetto massimo complessivo di

spesa per l'acquisto di prestazioni ospedaliere 2013, riportato nello stesso Programma operativo, decurtato dell' 1% ;

**CONSIDERATO**, altresì, che condizione necessaria per l'esercizio del potere di fissazione dei tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati è la concreta individuazione delle somme che la Regione ha a disposizione per tali finalità;

**VISTA** la nota prot RA/46432/Comm del 18.02.2014 con la quale, nelle more della adozione del provvedimento commissariale di approvazione dello schema di contratto per l'acquisto da privato di prestazioni ospedaliere per l'anno 2014 e di determinazione e ripartizione del tetto massimo complessivo di spesa, sono state comunicate alle Case di Cura le modalità operative medio tempore e il budget provvisorio per ciascuna struttura per complessivi euro 123.963.659,43, con la previsione del frazionamento del tetto di spesa in mensilità e l'obbligo di non superamento dei limiti progressivi mensili;

**RITENUTO** di dover procedere, per l'annualità 2014, alla definizione di un modello contrattuale da sottoscrivere tra Regione Abruzzo, Direttori Generali delle AA.SS.LL. ed Erogatori privati e all'individuazione del budget definitivo per ciascuna struttura;

**RITENUTO** di assegnare alle Case di Cura private un tetto di spesa individuale determinato con riferimento ai tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni ospedaliere riportati per il 2013 nell'allegato 3 al Decreto Commissariale n. 24 del 29.03.2013 (Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete ospedaliera privata provvisoriamente accreditata per l'anno 2013) decurtati dell' 1%;

**CONSIDERATO** che, pertanto, gli importi dei contratti per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera, stabiliti per il 2014, corrispondenti ai volumi di prestazioni da erogare a pazienti regionali ed extraregionali, vanno determinati complessivamente per ciascuna struttura nella misura indicata nel prospetto che si allega al presente decreto quale parte integrante e sostanziale (allegato 1 al presente atto);

**RITENUTO** di stabilire l'importo massimo per l'acquisto di prestazioni ospedaliere da privato da rendere a pazienti regionali ed extraregionali nella somma complessiva di euro 123.963.659,43, che rappresenta il valore massimo sostenibile per la Regione Abruzzo per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera nel 2014;

**RILEVATO**, altresì, che il surrichiamato Programma Operativo 2013/2015, al punto 3.1-Intervento 1 "Rete Ospedaliera" stabilisce, fra l'altro, che al 01/01/2014 la rete ospedaliera regionale vigente, con riferimento ai posti letto, è quella raffigurata alla figura 7 laddove è indicato per ciascuna Casa di Cura privata il numero dei posti letto per attività e per regime di degenza;

**EVIDENZIATO**, inoltre, che il Programma Operativo di che trattasi all'Intervento 18 "Autorizzazione ed Accredimento" stabilisce che l'accredimento istituzionale delle strutture ospedaliere private va effettuato con riferimento ai posti letto di cui alla tabella 15;

**VISTI** i seguenti Decreti Commissariali con i quali si è provveduto, in conformità alla L.R. 31-7-2007 n. 32 e ai manuali di autorizzazione e accredimento di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 591/P del 2009, all'accredimento istituzionale delle Case di cura private appresso indicate:

- Decreto commissariale n. 78 del 09.10.2013 avente ad oggetto "Accredimento istituzionale Casa di cura Privata S. Raffaele;
- Decreto commissariale n. 79 del 09.10.2013 avente ad oggetto "Accredimento istituzionale Casa di cura Privata Villa Serena";
- Decreto commissariale n. 80 del 09.10.2013 avente ad oggetto "Accredimento istituzionale Casa di cura Privata Pierangeli";
- Decreto commissariale n. 81 del 09.10.2013 avente ad oggetto "Accredimento istituzionale Casa di cura Privata Nova Salus";
- Decreto commissariale n. 88 del 24.10.2013 avente ad oggetto "Accredimento istituzionale Casa di cura Privata Villa Letizia";

- Decreto commissariale n. 89 del 24.10.2013 avente ad oggetto "Accreditamento istituzionale Casa di cura Privata Spatocco";
- Decreto commissariale n. 81 del 09.06.2014 avente ad oggetto "Accreditamento istituzionale Casa di Cura Privata Di Lorenzo";

**RILEVATO** che i posti letto accreditati di cui ai surrichiamati provvedimenti sono conformi a quelli indicati nel Programma Operativo 2013/2015;

**ATTESO** che sono tuttora in corso le procedure per l'accREDITAMENTO istituzionale delle seguenti Case di Cura:

- INI Canistro;
- L'Immacolata;
- San Francesco;
- Villa Pini;

**VISTO** il Decreto Commissariale n.98 del 25.08.2014 recante: " Voltura in favore della società Casa di cura Santa Camilla SPA dell'accREDITAMENTO predefinitivo relativo alle attività di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale già in capo al complesso aziendale Villa Pini d'Abruzzo srl";

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta n. 50 del 16/11/2011, "Piano regionale per la riduzione delle prestazioni inappropriate" come successivamente modificato ed integrato con i Decreti Commissariali n. 63 del 07/12/2011 e n. 8 del 12/03/2012, con il quale sono state approvate le soglie di ammissibilità calcolate per specifico DRG unitamente ai disciplinari tecnici per i DRG medici e DRG chirurgici trasferiti in regime ambulatoriale, di cui all'allegato B del Patto della Salute 2010 - 2012 (Intesa Rep. n. 243 del 03/12/2009), e stabiliti criteri per la verifica dell'appropriatezza delle relative prestazioni;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta n. 64 del 14/11/2012 recante "Approvazione protocolli di valutazione per le verifiche di appropriatezza, legittimità e congruità delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture accreditate";

**VISTA** la nota prot. RA/264970/Comm del 23/11/2012 con la quale il Commissario ad acta, richiamando anche il disappunto già manifestato in proposito dal Tavolo di

monitoraggio, ha invitato le strutture ospedaliere private ad attenersi al budget assegnato, disapprovando espressamente ogni produzione prestazionale superiore al tetto di spesa assegnato, per altro assolutamente ingiustificata, tenuto conto anche del fatto che l'attività delle Case di Cura private consiste esclusivamente in prestazioni di ricovero programmato;

**VISTA** la nota prot. RA/8178/Comm del 11/01/2013 con la quale il Commissario ad acta nell'assegnare alle strutture di ospedalità privata il tetto provvisorio 2013 ha raccomandato ancora una volta alle stesse di "provvedere ad erogare volumi di prestazioni correlati a detto importo, tenuto conto del fatto che la produzione delle Case di Cura consiste esclusivamente in attività di ricovero programmato e che le strutture pubbliche regionali sono comunque in grado di soddisfare la domanda prestazionale";

**ATTESO** che la predetta raccomandazione ad attenersi alla produzione nei limiti del budget assegnato è stata reiterata alle strutture di ospedalità privata nel Decreto Commissariale n.24 del 29 marzo 2013 di approvazione dei tetti di spesa 2013 e nel relativo schema contrattuale, oltre che negli accordi contrattuali sottoscritti dalle medesime Case di cura private nel 2013, mediante esplicito richiamo alla nota prot RA/264970/Comm del 23/11/2012 già detta;

**CONSIDERATO** che lo stesso invito ad una produzione nei limiti del tetto di spesa assegnato è stato ulteriormente ribadito, nei medesimi termini, anche nella già citata nota la nota prot RA/46432/Comm del 18.02.2014 con la quale è stato assegnato alle strutture il budget provvisorio 2014;

**VISTO** il verbale della riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la Verifica degli Adempimenti Regionali con il Comitato Permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza del 17 e 22 aprile 2014 nel quale viene suggerito al Commissario ad Acta l'inserimento nel contratto di clausole "che penalizzino gli erogatori che non trasmettono con tempestività il flusso SDO e di clausole che, oltre a prevedere la non remunerabilità della produzione oltre il budget, prevedano anche ulteriori penalizzazioni riguardanti il rapporto

di accreditamento e la definizione dei tetti degli esercizi successivi”;

**RITENUTO**, conseguentemente, di inserire nello schema di contratto 2014 le seguenti previsioni:

- il mancato invio, entro il termine indicato nel contratto del file di produzione (ASDO), da parte della struttura privata, non consente il pagamento della relativa fattura;
- nel caso in cui la struttura realizzi una produzione eccedente il tetto massimo annuale di spesa assegnato con il contratto, la Regione si riserva di escluderla dalla contrattazione per l'acquisto di prestazioni ospedaliere relativa all'annualità successiva;

**VISTO** l'allegato schema di contratto che si acclude al presente provvedimento (allegato 2 al presente atto), che sarà sottoscritto tra la Regione Abruzzo, le AA.SS.LL. e le strutture private accreditate, che regola le modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera rese a pazienti regionali ed extraregionali;

**VISTO** il Decreto Commissariale n. 13 del 13/02/2013 avente ad oggetto "Approvazione del tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera. D.M. 18.10.2012";

**VISTO** il Decreto Commissariale n. 32 del 13.05.2013 recante "Approvazione del tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera D.M. 18.10.2012 - Rettifica ed integrazione Allegato "A";

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta n° 45 del 12/06/2013 avente ad oggetto "Modifiche e integrazioni ai Decreti del Commissario ad acta n° 12/2013 del 20.02.2013 "Approvazione Nomenclatore Tariffario regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - D.M. 18.10.2012" e n° 13/2013 del 20.02.2013 "Approvazione del Tariffario Regionale per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera - D.M. 18.10.2012";

**VISTO** l'art. 8, comma 4, della legge regionale n. 32 del 31.07.2007, che stabilisce che gli accordi contrattuali vengono stipulati con

l'amministrazione regionale e sottoscritti dal Presidente della Giunta Regionale;

**TENUTO CONTO** che il presente decreto, unitamente agli allegati, viene notificato, a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno/posta elettronica certificata, a ciascun erogatore privato entro il termine di sette giorni dalla data di adozione, fissando, altresì, la data di sottoscrizione del contratto con gli erogatori ammessi alla contrattazione che deve essere effettuata entro i successivi quindici giorni;

**CONSIDERATO** che il termine di cui sopra può anche essere utilizzato dalla struttura privata ammessa alla contrattazione ai fini del deposito di eventuali controdeduzioni al Commissario ad acta in ordine al rapporto di sua competenza quale risultante dallo schema di contratto e dai tetti assegnati e che, in tal caso, il Commissario provvederà a fornire la relativa risposta entro i successivi quindici giorni fissando entro i successivi dieci giorni la data per la stipula del contratto;

**RITENUTO** di fissare la data del 12 dicembre 2014 come termine massimo per la sottoscrizione dei contratti afferenti l'ospedalità privata, anche a seguito della eventuale procedura di interlocuzione;

**CONSIDERATO** che i tetti fissati nel presente provvedimento, per ciascuna struttura privata, costituiscono il limite massimo di spesa che la Regione Abruzzo può mettere a disposizione per la copertura di contratti per gli erogatori privati ed il cui rispetto è quindi condizione per l'esistenza e validità del contratto;

**PRECISATO** pertanto che la Regione Abruzzo, non dispone di risorse aggiuntive da destinare al finanziamento di eventuali produzioni eccedenti il budget complessivo che non possono, pertanto, in alcun modo essere remunerate;

**STABILITO** che, qualora le verifiche periodiche sul fatturato evidenzino il reiterato superamento del tetto massimo annuale di spesa assegnato con il presente provvedimento come valorizzato per ciascuna Casa di cura nell'allegato prospetto (allegato 1), la Regione può motivatamente riservarsi, fatti salvi i principi di garanzia del contraddittorio e di

partecipazione degli interessati al procedimento amministrativo di cui alla L. 241/90 e successive modifiche ed integrazioni, di non invitare i predetti erogatori interessati alle negoziazioni per l'acquisto di prestazioni ospedaliere successive a quelle a cui è riferita la verifica;

**VISTO** l'art 7 comma 5 lett b) della LR 32 del 31-7-2007 che prevede la revoca dell'accreditamento nel caso di erogazione per due annualità, nel periodo di validità dell'accordo contrattuale, di prestazioni - delle quali è comunque vietata la remunerazione - eccedenti nella misura massima del 7,5% il programma preventivamente concordato e sottoscritto nell'accordo stesso;

**PRECISATO** che nei confronti degli erogatori privati che non provvederanno a stipulare il contratto offerto, trovano applicazione le disposizioni di cui all'art. 8 quinquies, comma 2 quinquies, del D. L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

**RILEVATO** che quanto sopra rappresentato riveste carattere di urgenza stante la necessità di addivenire in tempi rapidi alla definizione delle negoziazioni con le strutture private di che trattasi e che, pertanto, il presente atto non è sottoposto al parere preventivo dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze;

Tutto ciò premesso

### DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano:

- **di dare atto** che le strutture private erogatrici di prestazioni ospedaliere con le quali si procede alla negoziazione 2014 sono quelle che hanno ottenuto l'accreditamento istituzionale nonché quelle provvisoriamente accreditate operanti sul territorio all'atto dell'emanazione della L.R. 31.07.2007, n. 32, ai sensi dell'articolo 12 della legge stessa;
- **di autorizzare** nella misura di euro 123.963.659,43 il tetto di spesa massimo complessivo relativo all'anno 2014 per l'acquisto di prestazioni di ospedalità privata in favore di pazienti regionali ed extraregionali, ripartito tra le singole

strutture private come indicato nell'allegato prospetto (allegato1) che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;

- **di dare atto** che il predetto valore risulta coerente con il programma Operativo 2013-2015, approvato con Decreto Commissariale n. 84 del 9 ottobre 2013, integrato e modificato con Decreto Commissariale n. 112 del 30 dicembre 2013;
- **di dare atto** altresì che, in conformità a quanto previsto dall'art 15 comma 14 -come successivamente modificato ed integrato dall' art. 49, comma 2-bis, lett. b), D.L. 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla L. 9 agosto 2013, n. 98 - "il predetto valore massimo complessivo di spesa tiene conto anche degli atti di programmazione regionale riferiti a strutture provvisoriamente accreditate precedentemente operanti sul territorio regionale e rimaste inoperative a causa di eventi sismici o per effetto di situazioni di insolvenza (e conseguentemente non ammesse alla negoziazione per l'anno in corso)";
- **di specificare** che anche nella fattispecie, di cui al capoverso precedente, la Regione assicura, tramite l'adozione di misure di contenimento dei costi su altre aree della spesa sanitaria, il rispetto dell'obiettivo finanziario previsto dal menzionato art. 15 comma 14 -come successivamente modificato ed integrato dall' art. 49, comma 2-bis, lett. b), D.L. 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla L. 9 agosto 2013, n. 98;
- **di stabilire** che, qualora le verifiche periodiche sul fatturato evidenzino il reiterato superamento del tetto massimo annuale di spesa assegnato con il presente provvedimento come valorizzato per ciascuna Casa di cura nell'allegato prospetto (allegato 1), la Regione può motivatamente riservarsi, fatti salvi i principi di garanzia del contraddittorio e di partecipazione degli interessati al procedimento amministrativo di cui alla L. 241/90 e successive modifiche ed integrazioni, di non invitare i predetti erogatori interessati alle negoziazioni per l'acquisto di prestazioni ospedaliere successive a quelle a cui è riferita la verifica;
- **di approvare** lo schema di contratto negoziale per le prestazioni di assistenza ospedaliera, erogate dalle strutture private accreditate, di cui all'allegato 2 che forma

parte integrante e sostanziale del presente atto;

- **di stabilire** che il presente decreto, unitamente agli allegati, viene notificato, a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno/posta elettronica certificata, a ciascun erogatore privato entro il termine di sette giorni dalla data di adozione, fissando, altresì, la data di sottoscrizione del contratto con gli erogatori ammessi alla contrattazione che deve essere effettuata entro i successivi quindici giorni;
- **di stabilire** che il termine di cui sopra può anche essere utilizzato dalla struttura privata ammessa alla contrattazione ai fini del deposito di eventuali controdeduzioni al Commissario ad acta in ordine al rapporto di sua competenza quale risultante dallo schema di contratto e dai tetti assegnati e che, in tal caso, il Commissario provvederà a fornire la relativa risposta entro i successivi quindici giorni fissando entro i successivi dieci giorni la data per la stipula del contratto;
- **di fissare** la data del 12 dicembre 2014 come termine massimo per la sottoscrizione dei contratti di ospedalità privata con gli erogatori ammessi alla contrattazione,

anche a seguito della eventuale procedura di interlocuzione;

- **di dare atto** che, con riferimento agli erogatori privati che non provvederanno a sottoscrivere il contratto proposto, trovano applicazione le disposizioni di cui all'art. 8 quinquies, comma 2 quinquies, del D. L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;
- **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, siccome previsto nell'Accordo con la Regione Abruzzo per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi e individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico;
- **di disporre** che il presente provvedimento venga trasmesso ai Direttori Generali delle Unità Sanitarie Locali e comunicato, secondo le modalità indicate in narrativa, alle strutture private interessate e che sia pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.

IL COMMISSARIO AD ACTA  
**Dott. Luciano D'Alfonso**

*Seguono allegati*

Allegato al Decreto del Commissario  
ad ACTA

n. 168 del 30 OTT. 2014



ALLEGATO 1

TETTI MASSIMI DI SPESA OSPEDALITA' PRIVATA 2014	
<i>Struttura</i>	<i>Tetti</i>
Villa Serena	27.188.052,89
Pierangeli	19.424.118,79
Villa Pini	17.060.865,36
Spatocco	14.046.932,56
Di Lorenzo	10.644.008,87
Ini Canistro	7.711.517,60
Villa Letizia	11.150.854,35
L'Immacolata	8.236.618,86
San Raffaele	4.561.581,80
Nova Salus	2.389.095,17
San Francesco	1.550.013,18
<i>Totale</i>	123.963.659,43

Allegato al Decreto del Commissario  
ad ACTA

n. 168 del 30 OTT. 2014



ALLEGATO 2

**CONTRATTO PER L'EROGAZIONE  
DI PRESTAZIONI OSPEDALIERE  
ANNO 2014**

STIPULATO PRESSO \_\_\_\_\_, IN DATA \_\_\_\_\_

TRA

— la Regione Abruzzo, C.F. e P.I. 80003170661, con sede in \_\_\_\_\_, alla Via \_\_\_\_\_, in persona del Commissario Ad Acta per la realizzazione del Piano di rientro dei disavanzi del Servizio Sanitario Regionale Abruzzese nonché Presidente della Giunta Regionale della Regione Abruzzo, Dott. Giovanni Chiodi;

— le Aziende Sanitarie Locali della Regione Abruzzo come sotto indicate:

1. Azienda Sanitaria Locale 1 - Avezzano, Sulmona, L'Aquila con sede in L'Aquila, Via \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_
2. Azienda Sanitaria Locale 2 - Lanciano, Vasto, Chieti con sede in Chieti, Via \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_
3. Azienda Sanitaria Locale 3 - Pescara, con sede in Pescara, Via \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_
4. Azienda Sanitaria Locale 4 - Teramo con sede in Teramo, Via \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

E

— La Società/Associazione/Fondazione \_\_\_\_\_, P.IVA \_\_\_\_\_, con sede in \_\_\_\_\_, alla Via \_\_\_\_\_, in persona del suo legale rappresentante pro-tempore, Sig. \_\_\_\_\_, il quale si dichiara munito dei poteri necessari a contrarre il presente atto in nome e per conto della Casa di Cura \_\_\_\_\_ con sede operativa in \_\_\_\_\_ (di seguito indicata come Struttura)

## PREMESSO CHE

La Struttura è accreditata, ovvero provvisoriamente accreditata, all'esercizio di prestazioni di ospedalità ai sensi della L.R. 32/2007;

## PRESO ATTO

- del Decreto Commissariale n. \_\_\_\_/2014 del \_\_\_\_\_ avente ad oggetto: "Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete ospedaliera privata accreditata per l'anno 2014.", di cui il presente schema di contratto costituisce allegato parte integrante e sostanziale;
- del Programma Operativo 2013-2015;
- del Decreto Commissariale n.13 del 13/02/2013 avente ad oggetto "Approvazione del tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera. D.M. 18.10.2012" come modificato dal Decreto Commissariale n. 32 del 13.05.2013 ("Approvazione del tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera D.M. 18.10.2012 - Rettifica ed integrazione Allegato "A") nonché dal Decreto del Commissario ad Acta n.45 del 12/06/2013 ("Modifiche e integrazioni ai Decreti del Commissario ad acta n° 12/2013 del 20.02.2013 "Approvazione Nomenclatore Tariffario regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - D.M. 18.10.2012" e n° 13/2013 del 20.02.2013 "Approvazione del Tariffario Regionale per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera - D.M. 18.10.2012");
- del Decreto del Commissario ad Acta n. 50 del 16/11/2011, "Piano regionale per la riduzione delle prestazioni inappropriate" come successivamente modificato ed integrato con i Decreti Commissariali n. 63 del 07/12/2011 e n. 8 del 12/03/2012, con il quale sono state approvate le soglie di ammissibilità calcolate per specifico DRG unitamente ai disciplinari tecnici per i DRG medici e DRG chirurgici trasferiti in regime ambulatoriale, di cui all'allegato B del Patto della Salute 2010 - 2012 (Intesa Rep. n. 243 del 03/12/2009), e stabiliti criteri per la verifica dell'appropriatezza delle relative prestazioni;
- del Decreto del Commissario ad Acta n. 64 del 14/11/2012 recante "Approvazione protocolli di valutazione per le verifiche di appropriatezza, legittimità e congruità delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture accreditate";
- del Decreto Commissariale n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, con il quale la struttura è stata accreditata ai sensi della L.R. 32/2007.

## SI CONVIENE E SI STIPULA

## Art. 1

## Documentazione

1. Per la sottoscrizione del presente accordo la Struttura presenta, nel termine di 7 giorni dal ricevimento di copia del Decreto Commissariale n. \_\_\_\_/2014 del \_\_\_\_\_, avente ad oggetto: "Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete ospedaliera privata accreditata per l'anno 2014." unitamente all'allegato schema contrattuale (All.2), distinte dichiarazioni, rilasciate ai sensi del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 15, comma 1, Legge 12/11/2011, n.183, sostitutive dei seguenti certificati:
  - a) Certificato attestante l'iscrizione al Registro delle Imprese - ove previsto-, ovvero alla C.C.I.A.A. riportante i dati anagrafici di tutti i soggetti nei confronti dei quali -

- ai sensi e nel rispetto dell'art. 85 del D.Lgs. n. 159/2011 - deve essere acquisita l'informativa antimafia di cui all'art. 91 del predetto D.Lgs. 159/2011 nonché l'attestazione di insussistenza di procedure concorsuali o di procedimenti per l'assoggettamento a dette procedure;
- b) Certificato dei carichi pendenti relativo ai soggetti che hanno il potere di rappresentare la Struttura;
  - c) Certificato generale del casellario giudiziale per i soggetti che hanno il potere di rappresentare la Struttura;
  - d) Certificato già previsto dagli art.li 80 e 81 del D.Lgs.231/01 come attualmente contemplato dal DPR 14/11/2002 n.313 di non aver subito la Struttura nessuna sanzione e di non esser pendente nei suoi confronti nessun procedimento concernente le comminatorie;
  - e) Certificato attestante l'ottemperanza alle norme per il diritto al lavoro dei disabili (ex art. 17 della l. 12 marzo 1999, n. 68).
2. Ciascuna A.S.L., nello stesso termine di 7 giorni dal ricevimento di copia del Decreto Commissariale n. /2014 del \_\_\_\_\_, avente ad oggetto: "*Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete ospedaliera privata accreditata per l'anno 2014.*" e dell'allegato schema contrattuale, trasmette all'Amministrazione Regionale, per le strutture di propria competenza, il Documento Unico di Regolarità Contributiva acquisito secondo le modalità previste dall'art. 44 bis del D.P.R. 445/2000;
  3. L'Amministrazione Regionale, nelle more della realizzazione della Banca dati Unica della Documentazione Antimafia - provvederà a richiedere l'informativa antimafia di cui al D.lg. 159/2011 alle Prefetture competenti;
  4. Stante l'urgenza della sottoscrizione del presente contratto, come dichiarata e motivata nel Decreto Commissariale n. /2014 del \_\_\_\_\_, avente ad oggetto: "*Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete ospedaliera privata accreditata per l'anno 2014.*", di cui il presente schema contrattuale costituisce parte integrante e sostanziale, decorso il termine di quindici giorni dalla ricezione della richiesta da parte della Prefettura interessata si procederà, anche in assenza dell'informativa antimafia, alla sottoscrizione del presente contratto, che sarà sottoposto alla condizione risolutiva prevista dall'art. 92 del D.Lgs. 159/2011;
  5. Le suddette informazioni saranno recapitate all'A.S.L. di competenza tenuta a segnalare alla Regione eventuali tentativi di infiltrazione mafiosa accertati successivamente alla stipula del presente accordo.

#### Art. 2

##### Oggetto

1. Per l'anno 2014 il Servizio Sanitario Regionale affida alla Struttura l'erogazione delle prestazioni sanitarie di ricovero ospedaliero di cui all'art. 3 del presente contratto.
2. Nel rispetto dei limiti e delle condizioni previste dal presente accordo:
  - la Struttura si obbliga ad erogare le prestazioni di cui all'art. 3;
  - la A.S.L., nel cui ambito territoriale la Struttura è ubicata, si obbliga a remunerarle.

3. Le prestazioni sono erogate, nei limiti del budget assegnato alla struttura, in favore degli utenti aventi diritto, regionali ed extraregionali che, esercitando la libera scelta, decidono di accedervi.
4. Il Sistema sanitario Regionale si avvale della struttura per prestazioni sanitarie di ricovero ospedaliero (ordinario, DH/DS) , con l'utilizzo dei posti letto nelle discipline accreditate, ovvero provvisoriamente accreditate e precisamente:

<i>Disciplina</i>	<i>n. p.l. ordinari</i>	<i>n. pl. DH</i>	<i>n. posti letto totali</i>

#### Art. 3

##### Volume di prestazioni erogabili e previsione di spesa

1. La Struttura si impegna ad erogare per l'anno 2014, le sole prestazioni sanitarie di ospedalità di cui al piano delle prestazioni che sarà definito con il Direttore Generale della Unità Sanitaria Locale ove è territorialmente ubicata la Struttura, nei limiti del tetto di spesa di cui al presente articolo e nel rispetto dei provvedimenti quivi richiamati ed accetta, come corrispettivo massimo annuale, il tetto di spesa complessivo di euro \_\_\_\_\_ per l'acquisto di prestazioni in favore di pazienti regionali e extraregionali.
2. La produzione eccedente il tetto massimo annuale di spesa assegnato alla struttura di cui al punto 1 non può essere remunerata in nessun caso e ad alcun titolo e, pertanto, è considerata inesigibile. Nel caso in cui la struttura realizzi una produzione eccedente il tetto massimo annuale di spesa assegnato con il presente contratto la Regione si riserva altresì di escluderla dalla contrattazione per l'acquisto di prestazioni ospedaliere relativa all'annualità successiva.
3. Sono considerate rese al di fuori del contratto e si dichiarano fin da ora non coperte dal tetto di spesa e, quindi, non remunerabili e non esigibili, le prestazioni eseguite in misura superiore al 100% della capacità produttiva massima giornaliera dei posti letto accreditati per disciplina, così come risulta nella tabella di cui all'art 2 comma 4.

#### Art. 4

##### Condizioni di erogabilità delle prestazioni

1. Le prestazioni sanitarie di cui agli artt. 2 e 3 devono essere erogate nel rispetto, in particolare:
  - del DPCM 29/11/2001 (LEA) e ss.mm.ii.;
  - della normativa e dei provvedimenti nazionali e regionali in materia di autorizzazione e accreditamento, del D.P.R. 14/01/1997 e della L.R. n. 32 /2007;
  - del valore del tetto di spesa di cui all'art. 3;
  - delle disposizioni contenute nel Patto per la Salute 2010-2012;
  - della normativa antinfortunistica.

2. La Struttura dichiara di possedere alla data odierna, e si impegna a mantenere per la durata del presente contratto, i requisiti tecnologici, organizzativi e strutturali di cui ai provvedimenti autorizzativi ed agli atti di accreditamento.
3. La Struttura dichiara e garantisce l'adeguatezza ed il perfetto stato di uso di tutte le apparecchiature e si impegna a tenere a disposizione della A.S.L. competente e della Regione, per consentire i relativi controlli, i contratti di manutenzione e /o la documentazione delle attività di manutenzione effettuata in maniera adeguata a ciascuna apparecchiatura.

#### Art. 5

##### Criteria di ripartizione della spesa preventivata

1. A garanzia della previsione di spesa concordata con il presente contratto e a tutela della continuità nell'erogazione delle prestazioni di ospedalità, le parti convengono che il tetto annuale di spesa, di cui all'art. 3 del presente accordo, è frazionato in mensilità con l'obbligo di non superamento dei limiti progressivi mensili.

#### Art. 6

##### Modalità di erogazione delle prestazioni

1. L'erogazione della prestazione sanitaria è subordinata alla richiesta compilata su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale a cura del medico prescrittore in conformità a quanto previsto dal D.M. 17/3/2008 e ss.mm.ii., dal D.M. 350/1988 oltre che dalle disposizioni regionali in materia.
2. Non sono remunerabili ed esigibili le prestazioni erogate su richieste del S.S.N. non conformi alla richiamata normativa.
3. Per procedere all'erogazione delle prestazioni la Struttura è tenuta a verificare, preliminarmente, la regolarità della richiesta nel rispetto dei requisiti di cui al punto 1 del presente articolo.
4. Le prestazioni sono erogate secondo le modalità e con le caratteristiche previste dai provvedimenti nazionali e regionali in materia ed, in ogni caso, nel rispetto dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento, di qualità e di appropriatezza imposti dalla buona e diligente pratica professionale, e secondo l'assetto organizzativo e funzionale di cui ai provvedimenti autorizzativi ed agli atti di accreditamento che la Struttura si impegna a rispettare per tutta la vigenza del presente contratto.

#### Art. 7

##### Ulteriori obblighi della Struttura

1. La Struttura si impegna:
  - ad adeguare la propria organizzazione interna ai principi di programmazione regionale in materia di "reti cliniche", agli standard di profilo ed ai percorsi assistenziali concernenti le prestazioni oggetto del presente contratto, definiti a livello nazionale e regionale;
  - a garantire la partecipazione dei propri operatori ad eventuali iniziative formative promosse dalle AA.SS.LL. e dalla Regione;

- ad adottare strumenti di formazione e comunicazione ai cittadini/carta dei servizi, di rilevazione/valutazione della qualità percepita da utenti/cittadini e gestione del rischio clinico come da Programma operativo 2013-2015;
- a rispettare puntualmente la normativa in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro ed in materia previdenziale;
- a trasmettere al CUP Aziendale, per la condivisione telematica, le agende di prenotazione e monitoraggio delle prestazioni al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sui sistemi aziendali e regionali secondo quanto verrà specificato dall'Amministrazione regionale e a dare riscontro sul relativo campo SDO della data di prenotazione del ricovero;
- ad aderire al progetto fascicolo sanitario elettronico;
- a garantire, nel rispetto del DLgs 196/2003 e ss.mm.ii., l'invio mediante strumenti telematici alla ASL nel cui ambito territoriale è ubicata la struttura, delle informazioni di seguito dettagliate:
  - a) impegnativa di richiesta della prestazione
  - b) numero dei presenti dalle ore 00.00 alle ore 24.00 del giorno precedente, suddivisi in relazione alle singole discipline ed ai relativi posti letto accreditati specificando il numero dei ricoveri ordinari e diurni a carico del SSR;
  - c) numero ed orario dei ricoveri effettuati nel giorno precedente, suddivisi in relazione alle singole discipline ed ai relativi posti letto accreditati, specificando il numero dei ricoveri ordinari e diurni a carico del SSR;
  - d) numero ed orario delle dimissioni effettuate nel giorno precedente, suddivise in relazione alle singole discipline ed ai relativi posti letto accreditati, specificando il numero dei ricoveri ordinari e diurni a carico del SSR.

#### Art. 8

##### Documentazione relativa agli utenti

1. La Struttura ha l'obbligo di istituire dei fascicoli personali contenenti tutta la documentazione sanitaria degli utenti nei quali dovrà conservare, nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di privacy:
  - a) tutta la documentazione sanitaria (cartella clinica) relativa a ciascun paziente;
  - b) tutta la documentazione amministrativa relativa a ciascun paziente.

#### Art. 9

##### Personale della Struttura e requisiti di compatibilità

1. La Struttura si impegna ad erogare le prestazioni di cui agli artt. 2 e 3 utilizzando il personale e le figure professionali del ruolo sanitario, tecnico e amministrativo previste dalla normativa vigente in materia di autorizzazione e accreditamento.
2. La Struttura garantisce l'impiego, anche per le attività di consulenza, di personale in possesso dei titoli abilitanti che non versino in situazioni di incompatibilità ai sensi della legge 23.12.1996 n.662.
3. Le parti si danno atto che eventuali situazioni di incompatibilità e l'accertamento della insussistenza della capacità di garantire le prestazioni nei termini di cui al presente articolo, determinano l'apertura del procedimento amministrativo finalizzato all'irrogazione delle sanzioni previste dall'art. 1, comma 19, della legge n. 662/1996.

4. L'elenco della dotazione organica della Struttura controfirmato dal Legale Rappresentante, indicante, la tipologia del rapporto di lavoro (es. dipendente, collaborazione, consulenza etc...) il codice fiscale di ogni singolo dipendente/collaboratore/consulente, la relativa qualifica, la mansione svolta, il monte ore settimanale ed eventuali, successive, variazioni deve essere comunicato trimestralmente all'A.S.L. di pertinenza oltre che al Servizio Attività Ispettiva e Controllo Qualità della Direzione Regionale Politiche della Salute. L'elenco dovrà essere comprensivo anche del personale in regime libero professionale per il quale la Struttura dovrà specificare: le generalità del professionista, la durata della collaborazione indicando la data di inizio e di conclusione del rapporto.
5. La Struttura si impegna a mantenere per tutta la durata del contratto l'applicazione del C.C.N.L. di categoria che deve essere dichiarato dalla Struttura nell'elenco di cui al punto 4 del presente articolo.

#### Art. 10

##### Obblighi informativi della Struttura

1. La Struttura fornisce alla A.S.L. competente per territorio, entro il quindicesimo giorno del mese successivo a quello di riferimento, unitamente alla fattura di cui all'art. 12, il file di produzione (ASDO) relativo alle prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di ricovero, come disciplinato dalle disposizioni regionali; il mancato invio entro il surrichiamato termine del file di produzione (ASDO) da parte della struttura privata non consente il pagamento della relativa fattura.
2. Il file ASDO costituisce, oltre che obbligo informativo, anche allegato elettronico analitico alla fattura, chiarendosi che sono oggetto di fatturazione tutte le prestazioni erogate a carico del S.S.R. nel mese di competenza, nel rispetto dei limiti di cui agli artt. 3 e 4 del presente contratto.
3. Per prestazioni erogate sono da intendersi le dimissioni avvenute nel mese di riferimento.
4. Con ulteriori campi aggiuntivi al tracciato record, di cui al punto 1 del presente articolo, la Struttura specifica per ogni prestazione:
  - il valore dell'importo fatturato;
  - il numero progressivo e la data di emissione della fattura.
5. La Struttura si impegna, altresì, a rispettare, nei tempi e nei modi previsti, gli ulteriori obblighi informativi stabiliti dalle normative ministeriali (NSIS) e regionali ed, in particolare, i modelli HSP11, HSP13, HSP14, HSP 23. Per quanto concerne la rilevazione del personale si obbliga ad inviare il modello di rilevazione di cui all'allegato 1 al DM 29.01.2013 direttamente all'Ispettorato Generale per gli Ordinamenti del Personale (IGOP) del Dipartimento della Ragioneria dello Stato, mediante il sistema conoscitivo del personale dipendente delle amministrazioni pubbliche (sistema informativo SICO).
6. A garanzia di un preciso efficace monitoraggio della produzione, la Struttura è tenuta ad allegare al file di produzione ASDO l'elenco analitico dei posti letto attivi al primo giorno del mese di riferimento, distinti per disciplina e regime di ricovero secondo la

struttura del modello ministeriale HSP 13.

7. La Struttura ha l'obbligo di comunicare eventuali ritardi nella trasmissione delle informazioni; l'omissione dei suddetti obblighi informativi, se protratta per due mesi consecutivi o mantenuta nell'arco di complessivi 90 giorni dell'anno di riferimento, costituisce inadempimento grave e causa di risoluzione del presente contratto ai sensi dell'art.18.
8. Restano salvi gli obblighi informativi di cui all'art 7.
9. L'A.S.L. al ricevimento della fattura e dell'allegata documentazione informativa verifica l'esatta attribuzione delle tariffe vigenti ai corrispondenti DRG.

#### Art. 11

##### Controlli di appropriatezza e congruità

1. Fatte salve le verifiche sul fatturato di cui al successivo art. 12, durante la vigenza del presente accordo, la Regione e la A.S.L., potranno in qualunque momento verificare l'accessibilità, l'appropriatezza clinica ed organizzativa, la legittimità e la congruità delle prestazioni svolte dalla Struttura che, in ogni caso, dovranno essere eseguite a regola d'arte sotto il profilo tecnico/funzionale, secondo le condizioni, le modalità ed i termini previsti dalle norme di settore e dal Decreto commissariale n. 64 del 14/11/2012.
2. Il campione dei controlli di appropriatezza, congruità e legittimità deve essere rappresentativo di almeno il dieci per cento della produzione fatturata. La Regione e le AASSLL, in relazione a particolari criticità segnalate dal NOC competente, potranno disporre ulteriori e mirati controlli incrementando il campione oggetto di verifica.
4. L'A.S.L. competente territorialmente deve verificare la coerenza dei dati di produzione con quelli relativi alla fatturazione di cui all'articolo 12 secondo le modalità previste dall'art.13
5. I controlli presso le Strutture sono di competenza dei Nuclei Operativi di Controllo (N.O.C.) secondo le modalità previste dai provvedimenti regionali ed in particolare dal Decreto commissariale n. 64/2012.
6. E' in facoltà della Regione e della A.S.L. di pertinenza avvalersi, per lo svolgimento dei predetti controlli, del Protocollo di Intesa, concluso il 21/02/2011, tra la Regione Abruzzo e il Comando Carabinieri per la tutela della Salute nonché di altro personale in possesso di particolare e comprovata competenza tecnica.
7. I controlli di cui al presente articolo devono essere svolti nei tempi utili a garantire il rispetto dei termini del procedimento di verifica, di cui al punto 8, fermo restando il termine previsto dall'art. 13 punto 1.
8. La Struttura si impegna a predisporre e mantenere, a sue spese, condizioni organizzative necessarie ed utili a consentire il corretto e regolare svolgimento dell'attività di controllo.

9. Il procedimento di verifica si svolge nel rispetto della L. 241/90 e ss.mm.ii. con le seguenti precisazioni:
- le verifiche avvengono alla presenza di Rappresentanti della Struttura;
  - di esse è redatto verbale attestante, tra l'altro:
    - a) le generalità degli intervenuti;
    - b) la descrizione delle circostanze di fatto rilevate;
    - c) le operazioni compiute;
    - d) le osservazioni eventualmente avanzate dalla Struttura.
- Al termine delle operazioni di verifica, il verbale è consegnato alla Struttura.
- entro i successivi 10 giorni dalla consegna del verbale, la Struttura può presentare contro-deduzioni;
  - entro 10 giorni dalla ricezione delle contro-deduzioni formulate dalla Struttura, l'A.S.L. competente comunica alla Struttura l'esito definitivo della verifica, assegnando un termine non superiore a 10 giorni, per adempiere alle prescrizioni eventualmente impartite, decorsi inutilmente i quali l'A.S.L. adotta i provvedimenti e le prescrizioni del caso, la cui inosservanza costituisce grave inadempimento e causa di risoluzione del presente contratto ai sensi dell'art. 17.
10. L'esito della verifica deve indicare il valore economico delle prestazioni inappropriate, incongrue, illegittime rispetto al tetto mensile di cui all'art. 5.
11. La ASL è tenuta ad inserire campi aggiuntivi al file ASDO, secondo lo schema di cui all'All. A del presente contratto, rappresentativi dell'importo liquidato in favore della Struttura e delle motivazioni della mancata o diversa liquidazione.
12. Resta ferma la responsabilità della Struttura per inadempienze relative a circostanze e prestazioni che non hanno formato oggetto di controllo.

#### Art. 12

##### Modalità di fatturazione

1. La Struttura trasmette alla A.S.L. di competenza territoriale e all'Agenzia Sanitaria della Regione Abruzzo (ASR), la fattura relativa all'integrale produzione del mese di riferimento posta a carico del S.S.R nel rispetto dei limiti previsti dagli artt. 3, 4 e 5.
2. La fattura è trasmessa all'A.S.L. territorialmente competente e all'ASR Abruzzo entro e non oltre il giorno 15 del mese successivo a quello di riferimento.
3. La fattura deve indicare separatamente le prestazioni rese per regime di ricovero e disciplina a favore di utenti aventi la residenza nell'ambito della Regione Abruzzo - distinguendole per A.S.L. di residenza del paziente- e quelle rese in favore di utenti residenti in altre regioni.
4. Alla fattura deve essere allegata la documentazione relativa alla produzione di cui all'art. 10.
5. La A.S.L. verifica la regolarità del DURC e non procede alla liquidazione ed al pagamento della fattura non conforme alle previsioni del presente articolo e a quanto previsto

nell'art 10.

#### Art. 13

##### Controlli sul fatturato, liquidazione e pagamento

1. Il pagamento delle prestazioni, fatturate secondo le modalità di cui all'articolo precedente, avviene ai sensi del DL 9/10/2002 n.231 così come modificato dal D.lgs. 09/11/2012 n. 192 entro 60 (sessanta) giorni dalla data di ricezione della fattura/nota contabile di riferimento a cura dell'ASL di competenza.
2. La A.S.L. deve effettuare acconti mensili pari all' 85% (ottantacinqueper cento) della somma fatturata entro il tetto mensile di cui all'art. 5 entro 30 giorni dalla protocollazione della fattura.
3. Entro il termine di cui al comma 1, la A.S.L. procede al saldo della fattura - positivo o negativo - sulla base della produzione accertata e validata come appropriata, congrua e legittima ed in osservanza di quanto previsto all'art. 11 e all'art 13 del presente contratto. Ove necessario l'A.S.L. richiede alla Struttura nota di credito.
4. La nota di credito è emessa entro e non oltre 60 giorni decorrenti dalla ricezione della relativa richiesta ed indica le prestazioni a cui si riferisce e la residenza dell'utente a cui favore è stata erogata la prestazione.
5. La mancata emissione della nota di credito, secondo le modalità ed i termini previsti dal presente articolo, costituisce inadempimento grave e causa di risoluzione del presente contratto previa formale diffida ai sensi dell'art. 18.
6. Nei casi in cui la somma corrisposta mensilmente in acconto alla Struttura ecceda, nel bimestre, il valore della produzione accertata e validata per lo stesso periodo, la A.S.L. procede a compensazione con il credito delle mensilità relative al bimestre successivo, in costanza di rapporto.
7. Le parti convengono che per produzione accertata e validata si intende il totale delle prestazioni fatturate, poste a carico del S.S.R., nei limiti del tetto di spesa sottoscritto, che hanno positivamente superato i controlli di cui agli artt. 11 e 13 del presente accordo e debitamente certificata dalla A.S.L., non costituendo il solo fatturato, ex se, pretesa di corrispettivo.
8. La A.S.L. sospende i pagamenti in presenza di violazioni della vigente normativa e nei casi previsti dal presente contratto, fermo restando l'obbligo di attivare le procedure previste dal presente accordo e dalla vigente normativa.
9. È fatta salva la ripetizione in favore della A.S.L. delle somme che, sulla base dei controlli effettuati in qualunque tempo sull'attività erogata dalla Struttura in forza del presente contratto, risultino non dovute totalmente o in parte.
10. Gli interessi per ritardato pagamento sono fissati nella misura di legge e decorrono dal sessantesimo giorno successivo alla data di protocollazione della fattura.

**Art. 14****Tariffe**

1. Le prestazioni di cui al presente contratto sono remunerate secondo le modalità previste dal Decreto Commissariale n. 13 del 13/02/2013 come modificato dal Decreto Commissariale n. 32 del 13.05.2013 nonché dal Decreto Commissariale n. 45 del 12/06/2013.
2. Le parti stabiliscono che l'eventuale introduzione e/o aumento di quote di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti comporterà che gli importi derivanti dalle stesse verranno portate in decremento rispetto al budget annuale assegnato e verranno apprese dalla Struttura a titolo di anticipazione non costituendo in nessun caso fonte di remunerazione aggiuntiva. La ASL territorialmente competente terrà conto di tali importi incassati a titolo di anticipazione all'atto dell'erogazione degli acconti mensili.

**Art. 15****Cessione dei crediti**

1. La Struttura ha l'obbligo di notificare la cessione a qualsiasi titolo dei crediti derivanti dall'esecuzione del presente contratto alla A.S.L. competente territorialmente.
2. Le parti convengono che l'efficacia della cessione è condizionata all'accettazione espressa nel termine di 20 giorni dalla relativa notifica dall'A.S.L. di pertinenza e che la cessione del credito potrà essere accettata esclusivamente nei limiti delle prestazioni verificate positivamente e valorizzate ai sensi dell'art. 13 punto 7. In conseguenza di quanto sopra la struttura si impegna a mantenere indenne la ASL per eventuali cessioni effettuate al di fuori delle forme e condizioni di cui ai precedenti commi del presente articolo.
3. Sono inefficaci le cessioni di credito non conformi alle prescrizioni del presente articolo ed in conseguenza di quanto sopra la struttura si impegna a mantenere indenne la ASL per eventuali cessioni effettuate al di fuori di quanto previsto ai commi precedenti del presente articolo.

**Art. 16****Incedibilità del contratto**

1. Il presente contratto è incedibile in tutto o in parte.
2. La cessione costituisce grave inadempimento e causa di risoluzione ai sensi dell'art. 18.

**Art. 17****Durata**

1. Il presente contratto regola le prestazioni rese a decorrere dal 1 gennaio 2014 fino al 31 dicembre 2014.

**Art. 18****Risoluzione del contratto**

1. Fermo ogni altro rimedio e sanzione previsti dal presente contratto e dalla normativa ad esso applicabile, costituiscono grave inadempimento e cause di risoluzione del presente

accordo:

- l'accertata falsità di dichiarazioni rese dalla Struttura ai fini della stipula e della esecuzione del presente contratto;
  - l'impedimento ai controlli di cui agli artt. 11, 13;
  - la mancata ottemperanza agli obblighi informativi nelle ipotesi di cui all'art. 10;
  - la cessione del presente contratto di cui all'art. 16;
  - l'inosservanza dell'obbligo di conservazione e custodia dei documenti relativi alle prestazioni rese;
  - l'accertata violazione degli obblighi in materia previdenziale e di sicurezza nei luoghi di lavoro di cui all'art. 7;
  - la mancata emissione della nota di credito di cui all'art.13;
  - l'inosservanza grave e ripetuta dell'art. 4 comma 1 e 2;
  - la revoca dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento provvisori, ovvero definitivi, la sospensione dei quali determina l'automatica interruzione degli effetti del presente contratto;
  - il rilascio di documentazione antimafia interdittiva ai sensi e per gli effetti previsti dal D.Lgs. 159/2011;
  - inosservanza dei provvedimenti aziendali di cui all'art. 11 punto 8 del presente contratto.
2. Le predette inadempienze sono contestate dalle parti per iscritto con fissazione di un termine per le eventuali repliche.
  3. In caso di definitivo accertamento delle inadempienze contestate di cui al comma 1 la Regione e/o l'A.S.L. di competenza potrà richiedere la risoluzione di diritto del presente contratto previa comunicazione scritta alla Struttura ai sensi dell'art. 1456 C.C.
  4. Resta fermo il diritto della Regione e dell'A.S.L. competente al risarcimento dei danni derivanti da inadempimento della Struttura.

#### Art. 19

##### Controversie

1. Per tutte le controversie di pertinenza della giurisdizione ordinaria inerenti la conclusione e l'esecuzione del presente contratto è competente il foro di L'Aquila ove ha sede legale la Regione Abruzzo.

#### Art. 20

##### Clausola di salvaguardia

1. 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.
2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati al comma 1 (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.

**Art. 21**

**Norma di rinvio**

1. Per quanto non previsto nel presente contratto si fa riferimento alle disposizioni del codice civile, alle norme vigenti in materia di appalti, in quanto compatibili, alle norme finanziarie, contabili e fiscali che regolano l'attività delle P.A. e, per quanto possa occorrere, alle disposizioni regionali.

**Art. 22**

**Registrazione**

1. Il presente contratto è soggetto a registrazione in caso d'uso ai sensi del T.U. dell'imposta di registro approvato con D.P.R. n. 131 del 26.04.1986.

*Firme*

Per la Regione Abruzzo  
Il Commissario ad Acta e  
Presidente della Giunta Regionale

\_\_\_\_\_

Per la Struttura

\_\_\_\_\_

Per le Aziende Sanitarie Locali di:

1. Avezzano, Sulmona, L'Aquila

\_\_\_\_\_

2. Lanciano, Vasto, Chieti

\_\_\_\_\_

3. Pescara

\_\_\_\_\_

4. Teramo

\_\_\_\_\_

Se e per quanto possa occorrere la Struttura approva specificamente le previsioni di cui agli artt. 3,4,5,6,7,10,11,12, 13,14,15,16, 18,20.

Per la Struttura

\_\_\_\_\_

ALLEGATO A al "Contratto proposto alle strutture private per l'erogazione delle prestazioni ospedaliere"

Variabili aggiuntive al tracciato ASDO 2 - Archivio dati prestazioni sanitarie

Sono previsti nuovi campi aggiuntivi da utilizzare in calce al tracciato record ASDO (archivio ASDO 2 -- Prestazioni Sanitarie)

A cura della Casa di Cura:

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Vincolo
185-193	Fatturato	N	9	Importo fatturato della CdC	CBB
194-213	Numero della fattura	AN	20	Codice allineato a sinistra e compilato con spazi	CBB
214-221	Data della fattura	Data	8	Formato GGMMYAAA	CBB

A cura degli Organi di Controllo della ASL:

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Lung.	Note	Vincolo
222-231	Liquidato	N	3	Importo riconosciuto e liquidato alla CdC	CBB
231	Causa di mancata liquidazione	AN	1	Indica la causa di non riconoscimento dell'intero valore del fatturato 1= ricevere il pagamento 2= ricevere inappropiato 3= ricevere incerto 4= concomitanza di più condizioni (1+2, 2+3, 1+4, 1+2+3) 5= altro	CBB
232	Causa di parziale liquidazione	AN	1	Indica la causa di non riconoscimento di parte del valore del fatturato 1= DRG modificato 2= DRG valorizzato ordinario e riconosciuto essere altro 3= altro	CBB

PALAZZO I. SILONE



**DIREZIONE AFFARI DELLA PRESIDENZA  
POLITICHE LEGISLATIVE E COMUNITARIE, PROGRAMMAZIONE,  
PARCHI, TERRITORIO, AMBIENTE, ENERGIA  
Servizio Verifica Atti del Presidente e della Giunta Regionale,  
Legislativo e Bura  
UFFICIO BURA**

**DIREZIONE - REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE:**

Via Leonardo Da Vinci n. 6  
67100 L'Aquila

centralino: 0862 3631  
Tel. 0862 363264/3206

Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>  
e-mail: [bura@regione.abruzzo.it](mailto:bura@regione.abruzzo.it)  
Pec: [bura@pec.regione.abruzzo.it](mailto:bura@pec.regione.abruzzo.it)