



BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE ABRUZZO



Direzione, Redazione e Amministrazione: Ufficio BURA

Speciale N. 118 del 16 Settembre 2016

**DECRETI PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA
(DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI DEL 23/07/2014)**

Vendita e Informazioni

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

Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>
e-mail: bura@regione.abruzzo.it
Servizi online Tel. 0862/ 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 23/07/2014)

DECRETO 23.05.2016, n. 47

Screening oncologici della mammella, colon retto e cervice uterina. Costituzione Comitato unico regionale di coordinamento ed attivazione tavoli tecnici. 4

DECRETO 24.06.2016, n. 64

Individuazione temporanea tariffa per le prestazioni erogate dai Centri Diurni per lo Spettro Autistico. 6

DECRETO 05.07.2016, n. 73

Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete di specialistica ambulatoriale privata accreditata per l'anno 2016. 8

DECRETO 05.07.2016, n. 76

Avvio procedimento di negoziazione con le strutture private titolari di accreditamento pre-definitivo per l'erogazione di prestazioni sanitarie in regime residenziale, riabilitativo e psicoriabilitativo. integrazioni e rettifiche ai DD.CC.AA. 48/2016 e 49/2016. 36

DECRETO 12.08.2016, n. 91

Modifica Decreto del Commissario ad Acta n. 47/2016 del 23 maggio 2016 recante "Screening oncologici della mammella, colon retto e cervice uterina - Costituzione Comitato unico regionale di coordinamento ed attivazione tavoli tecnici. 41

DECRETO 12.08.2016, n. 93

Quote di compartecipazione relative all'assistenza territoriale residenziale per anziani non autosufficienti, disabili e pazienti Alzheimer e Demenze in fase di lungodegenza e mantenimento - Modifiche ed integrazioni ai Decreti del Commissario ad Acta n. 105/2014 del 18/09/2014 e n. 13/2015 del 23 febbraio 2015, nonché integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. 34/2016 del 4 aprile 2016. 42

 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
23/07/2014)**

DECRETO 23.05.2016, n. 47

Screening oncologici della mammella, colon retto e cervice uterina. Costituzione Comitato unico regionale di coordinamento ed attivazione tavoli tecnici.
IL COMMISSARIO AD ACTA
Omissis
DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

1. **di costituire** presso il Dipartimento per la Salute e il Welfare il "Comitato unico regionale di coordinamento per lo screening della mammella, colon retto e cervice uterina" così composto:
 - Cabina di regia con funzioni di governance, indirizzi generali, analisi criticità e indirizzi finalizzati alla individuazione di un modello organizzativo unico regionale di erogazione delle prestazioni di screening costituito da:
 - Dott.ssa Stefania Melena Dirigente del Servizio della Prevenzione e Tutela Sanitaria del Dipartimento per la Salute e il Welfare - Coordinatore del riferito Comitato regionale;
 - Dott.ssa Manuela Di Giacomo Responsabile dell'Ufficio Prevenzione e Tutela Sanitaria del Servizio della

Prevenzione Tutela Sanitaria del Dipartimento per la Salute e il Welfare;

- Referenti aziendali con responsabilità di coordinamento e programmazione in materia di screening:
 - Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila - Dott.ssa Alisia Macerola;
 - Asl Pescara - Dott.ssa Maria Carmela Minna;
 - Asl Lanciano-Vasto-Chieti - Dott.ssa Donatella Caraceni;
 - Asl Teramo - Dott.ssa Maria Mattucci;
- Dott. Adriano Murgano, Funzionario Medico esperto epidemiologo - Responsabile dell'Ufficio Governo dei Dati e Flussi Informativi del Servizio Governo dei Dati, Flussi Informativi e Mobilità Sanitaria del Dipartimento per la Salute e il Welfare;
- Ing. Camillo Odio, Funzionario Ingegnere Informatico - Responsabile dell'Ufficio Sanità digitale e ICT del Servizio Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale del Dipartimento per la Salute e il Welfare;
- Dott.ssa Tiziana Di Corcia, Funzionario Medico specialista in Igiene e Sanità Pubblica dell'Agenzia Sanitaria Regionale Abruzzo ASR;
- Direttori Sanitari Aziendali individuati nei dott.ri :
 - Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila - Dott.ssa Maria Teresa Colizza
 - Asl Lanciano-Vasto-Chieti - Dott. Vincenzo Orsatti
 - Asl Pescara - Dott. Valterio Fortunato
 - Asl Teramo - Dott.ssa Maria Mattucci, già

- individuata con responsabilità aziendale di coordinamento e programmazione in materia di screening;
- Tavoli tecnico-scientifici per ciascuno degli screening della mammella, colon retto e cervice uterina così composti:
 - Tavolo tecnico screening mammella:
 - Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila - Dott.ssa Antonietta Ciccozzi
 - Asl Lanciano-Vasto-Chieti - Dott.ssa Marzia Muzi
 - Asl Pescara - Dott. Arcadio Damiani
 - Asl Teramo - Dott. Fabrizio Capone
 - Tavolo tecnico screening cervice uterina:
 - Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila - Dott.ssa Solidea Saltarelli
 - Asl Pescara - Dott. Sandro Mosca
 - Asl Lanciano-Vasto-Chieti - Dott.ssa Donatella Caraceni
 - Asl Teramo - Dott. Carmine Fortunato
 - Tavolo tecnico screening colon retto:
 - Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila - Dott. Antonio Sedici
 - Asl Pescara - Dott. Alessandro Della Ciucca
 - Asl Lanciano-Vasto-Chieti - Dott.ssa Franca Maria Lattanzio
 - Asl Teramo - Dott. Antonio Astolfi e Franco di Gaetano
 - Tavolo tecnico con funzioni di tipo gestionale ed informatico/statistiche per l'implementazione e armonizzazione dei sistemi informativi per gli screening, per l'omogeneizzazione della raccolta sistematica dei dati da parte delle

AASSLL e per la verifica della qualità degli stessi in base a quanto stabilito nel documento F2 dell'ONS ed agli indicatori di performance e di impatto previsti nei questionari delle Survey GISCI, GISCoR e GISMa;

- Dott.ssa Donatella Caraceni - Referente aziendale della Asl Lanciano-Vasto-Chieti con funzioni di responsabilità e coordinamento in materia di screening, in qualità di esperta dell'utilizzo degli indicatori di performance e di impatto previsti nei questionari delle Survey GISCI, GISCoR e GISMa;
- Dott. Adriano Murgano, Funzionario Medico esperto epidemiologo - Responsabile dell'Ufficio Governo dei Dati e Flussi Informativi del Servizio Governo dei Dati, Flussi Informativi e Mobilità Sanitaria del Dipartimento per la Salute e il Welfare, in qualità di referente del flusso dati ai fini della verifica degli adempimenti LEA;
- Dott.ssa Antonia Petrucci, Funzionario Informatico dell'Ufficio Governo dei Dati e Flussi Informativi del Servizio Governo dei Dati, Flussi Informativi e Mobilità Sanitaria del Dipartimento per la Salute e il Welfare, in qualità di esperta del controllo di qualità dei dati sanitari;
- Ing. Camillo Odio, Funzionario Ingegnere Informatico - Responsabile dell'Ufficio Sanità digitale e ICT del Servizio Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale del Dipartimento per la Salute e il Welfare, in qualità di esperto cui è stata affidata l'informatizzazione degli screening oncologici attraverso l'acquisizione di un sistema unico regionale;

- I Responsabili dei Sistemi Informativi aziendali ove necessario;
2. **di stabilire** che il riferito Comitato sostituisce integralmente i comitati regionali di cui alla DG20/17 del 16 maggio 2013;
 3. **di dare atto** che il soprariferito "Comitato unico regionale di coordinamento per lo screening della mammella, colon retto e cervice uterina" espleta le proprie funzioni mediante la cabina di regia, avvalendosi della attività dei tavoli tematici di cui al punto precedente e tenuto conto delle proposte da essi elaborate;
 4. **di dare mandato** alla Cabina di Regia di cui al precedente punto 1, con il supporto dei tavoli tecnico-scientifici, di aggiornare, laddove necessario, le linee guida regionali di cui ai Decreti del Commissario ad Acta n. 100 del 11.12.2013 e n.150 del 9.12.2014 secondo le più recenti evidenze scientifiche;
 5. **di rinviare** ad atto di indirizzo regionale, previa condivisione con la Cabina di regia di cui al punto 1), la individuazione delle azioni da porre in essere per regolamentare e limitare la prescrizione da parte dei Medici di medicina generale dei tests diagnostici aventi finalità di prevenzione al di fuori dei programmi regionali di screening e per il ri-orientamento delle donne di età compresa nelle fasce oggetto dei programmi di screening regionale per il tumore della mammella e/o il tumore della cervice dalla prevenzione su base individuale verso i programmi di screening;
 6. **di dare atto** che ai componenti del riferito comitato, trattandosi di compiti istituzionali, spetta a ciascuno, a carico dell'Ente di provenienza, il rimborso spese di vitto, viaggio e trattamento di missione secondo la normativa vigente, anche in caso di necessità di partecipazione ad incontri/ in sede istituzionale nazionale in rappresentanza della Regione Abruzzo;
 7. **di procedere**, ai sensi dell'art.11 del D.Lgs 27.10.2009 n.150 ed agli artt.26 e 27 del D.Lgs 14.3.2013 n.33 alla pubblicazione del presente atto

nell'apposito spazio "Amministrazione aperta. Trasparenza";

8. **di trasmettere** il presente provvedimento ai Direttori Generali delle AASSLL della Regione Abruzzo ed ai componenti designati di cui al punto 1);
9. **di dare atto** che il presente provvedimento non è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33;
10. **di pubblicare** il presente provvedimento per estratto sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo;
11. **di trasmettere** il presente atto al Tavolo di monitoraggio del Piano di Risanamento del Sistema Sanitario Regionale, costituito dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, per la dovuta validazione.

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D'Alfonso

DECRETO 24.06.2016, n. 64

Individuazione temporanea tariffa per le prestazioni erogate dai Centri Diurni per lo Spettro Autistico.

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;

RICHIAMATO il Decreto n. 90 del 12 agosto 2014 di insediamento del Presidente pro tempore della Regione Abruzzo Dr. Luciano D'Alfonso come Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario abruzzese;

CONSIDERATO che la predetta Deliberazione individua, quale specificazione della funzione attribuita al Commissario ad acta, la realizzazione dell'intervento prioritario inerente la definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa relativi alle prestazioni da essi erogate;

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;

RICHIAMATE:

- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 492 del 15 giugno 2001 avente ad oggetto la definizione della tariffa per le prestazioni di carattere residenziale e semiresidenziale di natura riabilitativa, la quale, in particolare stabilisce per il setting c.d. "seminternato grave" la tariffa di € 79,70;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1058 del 14.11.2001 recante "Integrazione tariffa per riabilitazione per pazienti col disturbo dello spettro autistico", la quale prevede per il regime semiresidenziale una integrazione di € 36,15 rispetto alla tariffa base di € 79,70 stabilita dalla predetta DGR 492/2001;
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 591/P del 2008 al paragrafo 4.2.7. Manuali di autorizzazione ed accreditamento disciplina i requisiti strutturali ed organizzativi per le strutture che erogano prestazioni ricomprese nell'ambito della prevenzione, cura e trattamento educativo di persone affette da disturbi dello spettro autistico e che tali tipologie di prestazioni assumono carattere distinto rispetto "prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative a pazienti disabili che non necessitano di assistenza residenziale estensiva nelle 24 ore, che sono invece erogate dai centri semiresidenziali di riabilitazione", e che solo in relazione a tali ultime strutture la Regione Abruzzo ha stabilito una tariffa pari ad € 87,67 pro-die;

PRECISATO che tali prestazioni risultano ammesse attualmente a contrattazione ai sensi e per gli effetti dell'art. 26 della l. 833/78, e che nei relativi decreti commissariali di avvio della negoziazione non appare specificata la tariffa applicabile per le prestazioni di prevenzione cura e trattamento educativo di persone affette da disturbi dello spettro autistico e che tale circostanza, qualora protratta anche per la corrente tornata negoziale, è suscettibile di ingenerare discrasie interpretative tra gli operatori, aumentando il rischio di

contestazioni e contenziosi anche di carattere monitorio;

PRECISATO che, con nota n. prot.RA/94984/COMM del 2 maggio 2016 è stato evidenziato che per il Centro diurno spettro autistico, con DGR 1058/2001 la Regione Abruzzo ha approvato, sebbene con riferimento ad un progetto obiettivo una integrazione delle tariffe applicabili pari a € 36,15 pro-capite per la tipologia di assistenza semiresidenziale che vanno aggiunti alla tariffa base prevista per il semi-internato grave - riabilitazione semiresidenziale. Con successiva delibera di Consiglio Regionale n. 157/02 del 2004 è stato disposto un adeguamento tariffario maggiorato del 10% rispetto all'importo precedentemente ottenuto dalla sommatoria delle due componenti così come sopra individuate per cui l'unico riferimento tariffario attualmente disponibile nelle more della individuazione delle nuove tariffe - individuazione che sarà necessitata e possibile solo a seguito della definizione del processo di riconversione delle strutture della rete residenziale e semiresidenziale - è quello di € 115,85 rinviando a successivo provvedimento commissariale la regolamentazione in dettaglio della fattispecie.

RITENUTO per quanto sopra e nelle more della attuazione nell'ordinamento regionale della l. 134/2015 recante " Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie", di poter individuare nella tariffa fissata per il setting " semi-internato grave" stabilito dalla DGR 492/2001 così come integrata dalla DGR 1078/2001 la tariffa di riferimento per le prestazioni erogate da Centri diurni per lo spettro autistico;

DATO ATTO che, con riferimento alle tornate negoziali a partire da quella per l'annualità corrente, come peraltro precisato nella richiamata nota commissariale, il "contenitore negoziale (contratto per l'acquisto di prestazioni ex art. 26 l. 833/78) provvisoriamente individuato al solo fine di garantire continuità assistenziale ai pazienti ospitati presso le predette strutture" non ha inteso far venire meno la peculiarità delle strutture stesse, che non potrebbero a ragione nemmeno essere considerate un sotto insieme

o meglio una sottocategoria delle prestazioni riabilitative propriamente intese”;

RILEVATO che tale circostanza è asseverata anche dal processo motivazionale in forza del quale – in virtù dei richiamati provvedimenti DCA 51/2013 e 65/2013 e in vece analoga per le successive tornate negoziali dai DCA 77/2014 e 33/2015 – le predette strutture sono state ammesse alla negoziazione, i quali, tuttavia specificano che ai fini della individuazione del budget, permane la concorrenza tra gli importi stanziati per i progetti obiettivo (determinati sulla base, pertanto, di quei parametri) e solo per l'importo residuale determinati sulla base del costo storico delle prestazioni - il che non contraddice la applicabilità in via temporanea e in difetto di diversi e successivi provvedimenti tariffari di quei riferimenti normativi;

RITENUTO 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

Per le motivazioni e precisazioni espresse in narrativa che qui si intendono integralmente trascritte ed approvate

DECRETA

1. **di dare atto** che per le strutture “Centro diurno spettro autistico”, con DGR 1058/2001 la Regione Abruzzo ha approvato, sebbene con riferimento ad un progetto obiettivo una integrazione delle tariffe applicabili pari a € 36,15 pro-capite per la tipologia di assistenza semiresidenziale che vanno aggiunti alla tariffa base prevista per il semi-internato grave - riabilitazione semiresidenziale;
2. **di individuare** nella tariffa fissata per il setting “semi-internato grave” stabilito dalla DGR 492/2001 così come integrata dalla DGR 1078/2001 la tariffa di riferimento per le prestazioni erogate da Centri diurni per lo spettro autistico;

3. **di precisare** che la suddetta individuazione ha carattere temporaneo ed è finalizzata al solo obiettivo di individuare a fini di certezza dei rapporti negoziali instaurandi per l'annualità corrente e nelle more dell'attuazione degli indirizzi di cui alla l. 134/2015, apposito riferimento tariffario diverso e distinto da quello stabilito per le prestazioni riabilitative;
4. **di precisare** che di quanto stabilito nel presente atto si terrà conto ai fini della determinazione dei tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni di prevenzione, cura ed educazione in favore di soggetti affetti da disturbo dello spettro autistico, ferma restando l'applicabilità alle predette strutture delle clausole contrattuali previste per l'acquisto di prestazioni ex art. 26 l. 833/78;
5. **di notificare** il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Usl e ai soggetti interessati per opportuna conoscenza;
6. **di trasmettere** copia del presente provvedimento ai Dicasteri competenti per la successiva validazione;
7. **di pubblicare** copia del presente provvedimento sul BURAT (Bollettino Ufficiale Regione Abruzzo).

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D'Alfonso

DECRETO 05.07.2016, n. 73

Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete di specialistica ambulatoriale privata accreditata per l'anno 2016.

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;

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;

VISTO il D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421);

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 a disposizione per tali finalità;

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 Decreto Commissariale n.67/2012 del 27/12/2012 "Definizione del fabbisogno regionale di assistenza specialistica ambulatoriale 2013-2015. Diagnostica per immagini, Laboratorio, Medicina Nucleare, Medicina fisica ed FKT, Odontoiatria e Branche a visita";

VISTO il Decreto Commissariale n.46/2012 del 27.12.2012 "Definizione del fabbisogno regionale di assistenza specialistica ambulatoriale 2013-2015: Diagnostica per immagini, Laboratorio, Medicina Nucleare, Medicina fisica ed FKT, Odontoiatria e Branche a visita";

VISTA la Deliberazione di Giunta regionale n. 591/P del 01.07.2008 avente ad oggetto "Approvazione manuali di autorizzazione ed accreditamento nonché delle relative procedure delle strutture sanitarie e socio sanitarie";

VISTA la deliberazione commissariale n. 36 del 01 giugno 2009 "Procedure di autorizzazione ed accreditamento. Modifiche ed integrazioni ai Manuali e riapertura dei termini di cui agli artt. 11 e 12 della LR 31 luglio 2007 n. 32";

VISTO il Programma Operativo 2013-2015, approvato con Decreto Commissariale n. 84/2013 del 9 ottobre 2013, integrato e modificato con Decreto Commissariale n. 112/2013 del 30 dicembre 2013 il quale prevede, quale tetto massimo di spesa per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale 2015, l'importo di 29,6 milioni di euro;

VISTO l'art 9 quater del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78 convertito nella legge 6 agosto 2015, n. 125 (Conversione in legge, con modificazioni, , recante disposizioni urgenti in materia di enti territoriali), intitolato "Riduzione delle prestazioni inappropriate" ed in particolare il comma 1 che stabilisce che "con decreto del Ministro della salute, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuate le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui al decreto del Ministro della sanità 22 luglio 1996, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 216 del 14 settembre 1996, e successive modificazioni";

CONSIDERATO che il Decreto Ministeriale recante: "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale" a cui si riferisce il citato passaggio normativo è stato adottato solo il 09.12.2015 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.15 del 21 gennaio 2016;

VISTO l'art 9 quater comma 7 del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78 che stabilisce che "Le regioni o gli enti del Servizio sanitario nazionale ridefiniscono i tetti di spesa annui degli erogatori privati accreditati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale interessati dall'introduzione delle condizioni e

indicazioni di cui al presente articolo e stipulano o rinegoziano i relativi contratti. Per l'anno 2015 le regioni o gli enti del Servizio sanitario nazionale rideterminano il valore degli stessi contratti in modo da ridurre la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale complessiva annua da privato accreditato, di almeno l'1 per cento del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014";

ATTESO che la disposizione in parola è strettamente correlata al sopravvenuto divieto di acquistare prestazioni di specialistica ambulatoriale non più erogabili con oneri a carico del SSN, ai sensi del decreto contenente le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale che avrebbe dovuto essere emanato entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del DL 78/2015;

CONSIDERATO il collegamento funzionale del taglio alla spesa di specialistica ambulatoriale con il decreto che stabilisce le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale, che risulta anche dalla collocazione della previsione nell'ambito dell'articolo 9 quater (Riduzione delle prestazioni inappropriate),

RITENUTO, in relazione alla tempistica di adozione del citato provvedimento ministeriale, di praticare l'abbattimento dell'un per cento del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014 sul budget 2015 a far data dalla vigenza del decreto in parola e quindi dall'annualità contrattuale 2016;

VISTA la nota commissariale prot. RA/46599/Comm del 02.3.2016 con la quale nelle more della definizione dei tetti di spesa definitivi sono stati confermati per il 2016 i tetti di spesa 2015 della specialistica ambulatoriale tenuto conto delle disposizioni vigenti;

RITENUTO pertanto di confermare per il 2016 i tetti di spesa 2015 della specialistica ambulatoriale approvati con Decreto del Commissario Ad Acta 35/2015 (valore complessivo euro 29.574.339,00) tenendo

tuttavia conto dell'obbligo di operare preliminarmente a valere per il 2016 la riduzione sul budget 2015 della spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale complessiva annua da privato accreditato dell'un per cento del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014;

PRESO ATTO che il valore complessivo della predetta spesa consuntivata per l'anno 2014 ammonta ad euro 28.701.734 come da comunicazione del servizio competente Servizio Programmazione Economico Finanziaria e Finanziamento del SSR - DPF012 con nota prot.RA/114621 del 20.05.2016;

RITENUTO di stabilire, pertanto, l'importo massimo per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale da privato da rendere a pazienti regionali ed extraregionali nella somma complessiva di euro 29.287.322,00 ottenuta riducendo il valore del tetto di spesa 2016 (pari a euro 29.574.339,00) dell'un per cento della spesa complessiva consuntivata 2014 (pari a euro 287.017,00) con la precisazione che detto importo rappresenta il valore massimo sostenibile per la Regione Abruzzo per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale nel 2016;

ATTESO che ai sensi dell'art.8 quinquies, comma 2, Dlgs 502/92 ss.mm.ii., l'accreditamento ostituisce condizione necessaria per la stipula dei contratti per l'acquisto di prestazioni sanitarie;

PRESO ATTO della corrispondenza intercorsa tra il servizio Programmazione sanitaria e il servizio Contratti Erogati Privati e Sistema di Remunerazione delle Prestazioni Rete Territoriale ed Ospedaliera (ed in particolare alle note prot.NN. RA/65464/16 DPF006 e RA/94824/16 DPF006 e ai relativi riscontri prot.NN.81014/16/DPF009 e RA/109811/16/DPF009) dalla quale sono emerse delle problematiche relative alla completa definizione delle procedure di accreditamento per le seguenti strutture:

- Laboratorio CLINITEST Srl -Pescara
- Laboratorio analisi S. Anna - Penne
- Laboratorio analisi S. Damiano - Pescara
- Laboratorio analisi SOPREMA SRL - Montesilvano

- Stabilimento FKT Villa Romina srl - Paglieta
- Laboratorio analisi EAHS Europe Adriatic Healt Service srl -Pescara
- Dott. De Berardinis -Vasto

ATTESO che la presenza di problematiche in ordine alla titolarità dell'accreditamento comporta l'impossibilità di immediata contrattualizzazione delle relative strutture;

RITENUTO di fissare pertanto al competente Servizio regionale Programmazione sanitaria un termine di 30 giorni dalla adozione del presente provvedimento per la definizione dei predetti procedimenti;

PRECISATO che il contratto per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale per l'anno 2016 con le predette strutture (laboratorio CLINITEST Srl , Laboratorio analisi S. Anna, Laboratorio analisi S.Damiano Laboratorio analisi SOPREMA SRL ,stabilimento FKT Villa Romina srl, laboratorio analisi EAHS Europe Adriatic Healt Service srl - Pescara Dott. De Berardinis,) sarà stipulato solo a seguito del completamento delle suddette procedure, ferma restando l'assegnazione del budget indicato nell'allegato 1 riproporzionato in dodicesimi sulla base del periodo di operatività di ciascuna struttura per la quale sia stata definita la titolarità dell'accreditamento;

CONSIDERATO che, pertanto, gli importi dei contratti per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale, stabiliti per il 2016, 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);

ATTESO che i predetti importi sono stati calcolati applicando proporzionalmente a ciascuna struttura l'abbattimento praticato sul budget complessivo 2016 come meglio sopra illustrato;

VISTA la L.R. 31-7-2007 n. 32 (Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e

private) ed in particolare il Titolo III (Accreditamento istituzionale e accordi contrattuali);

VISTI i Decreti Commissariali con i quali si è provveduto, in conformità alla L.R. 31/7/2007 n.32 e ai manuali di autorizzazione e accreditamento di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n.591/P del 2009, agli accreditamenti istituzionali;

VISTO l'Accordo Stato Regioni del 23.11.11 sul documento recante "Criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio"

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n° 11 /2011 del 29/03/2011 avente ad oggetto "Riorganizzazione e razionalizzazione della rete dei laboratori analisi privati. integrazione manuali di autorizzazione ed accreditamento di cui alla Deliberazione GR 591/p del 01.07.2008 come successivamente modificati ed integrati con Deliberazione Commissariale n. 36/09 del 01 giugno 2009 ed ulteriori disposizioni";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n° 62 /2011 del 02/12/2011 recante "Riorganizzazione e razionalizzazione della rete dei laboratori analisi privati di cui al Decreto Commissariale n. 11/2011 del 29/03/2011 approvazione delle domande ammesse alla riorganizzazione ed ulteriori provvedimenti";

VISTO il Decreto del Commissario Ad Acta n° 80/2015 del 20/08/2015 ed in particolare l'allegato 1 (Modifiche allo schema di contratto) nel quale il commissario ha assunto l'impegno a dare attuazione nel 2016 al Decreto del Commissario ad Acta n° 11/2011;

CONSIDERATO che a tutt'oggi risultano accreditati i seguenti consorzi :

- CONSORZIO ATQ - Decreto del Commissario ad Acta n.7 dell'01.03.2016 recante "Accreditamento istituzionale con prescrizioni del Consorzio ATQ con la seguente articolazione logistico-organizzativa dei laboratori consorziati: CORELAB: Spoltore (PE), Viale Europa snc. PPE: (punti prelievo esterni): L.A. Santa Lucia snc - Montesilvano (PE), L.A. Biotest snc Pescara, L.A. Carboni srl Pescara, L.A. ARS Medica sas Cepagatti

- (PE), L.A. Igea sas Pescara, L.A. Alfa snc Pescara, L.A. Igea snc Montesilvano (PE), L.A. Alhena sas Pescara, L.A. Dott. Marchegiani & Figli snc Pescara, L.A. Sant'Antonio snc Pescara, L.A. Dott. Di Iorio & C. Srl Pescara, L.A. San Camillo sas Spoltore (PE), L.A. Dott.ssa M.E. Rutolo srl Pescara, L.A. Dovim sas Montesilvano (PE), L.A. Fleming a. Srl San Giovanni Teatino (CH), L.A. Mendel G. Srl Chieti, L.A. Di Perna sas Chieti”;
- CONSORZIO BIOFLEMAN - Decreto del Commissario ad Acta n.8 del 01.03.2016 recante “Accreditamento istituzionale con prescrizioni del consorzio Bioflemas con la seguente articolazione logistico-organizzativa dei laboratori consorziati: Corelab: Laboratorio Analisi Biometron sas - L'Aquila. PPE: L.A. Fleming srl L'Aquila - L.A. Biometron sas L'Aquila - L.A. Analitica sas Pizzoli (AQ)”;

CONSIDERATO, tuttavia, che il complesso processo di riordino della rete laboratoristica privata avviato con il decreto commissariale n.11/2011 e ss.mm.ii. non risulta pertanto ancora completato;

PRESO ATTO che il Decreto del Commissario ad Acta del 29/03/2011 n° 11 ha previsto che “al fine di un miglioramento della riorganizzazione della rete dei laboratori privati, è necessario raggiungere una soglia minima di attività al di sotto della quale non si può riconoscere la qualifica di produttore accreditato ovvero di consorzio. La soglia minima di riferimento è di un volume di attività di 200.000 esami di laboratorio complessivi annui prodotti in sede e non tramite service. Tale soglia minima dovrà essere raggiunta entro tre anni di attività partendo da una soglia minima di 100.000 esami di laboratorio complessivi per anno” (pag 2 dell'allegato 1 al predetto provvedimento commissariale);

CONSIDERATO che pertanto, nelle more della conclusione della riorganizzazione di che trattasi, si procederà a contrattualizzare per il 2016 le strutture accreditate successivamente al Decreto del Commissario Ad Acta n.11/11 e cioè le aggregazioni di laboratori e i laboratori singoli definitivamente accreditati;

RITENUTO di contrattualizzare altresì uti singoli, in via transitoria per il 2016, in forza degli accreditamenti predefinitivi di cui risultano tuttora titolari fino all'accREDITAMENTO del consorzio a cui hanno dichiarato aderire, i laboratori che hanno proposto di aggregarsi secondo l'assetto approvato dal Decreto del Commissario ad Acta n. 62/2011 tutt'ora vigente;

CONSIDERATO che in attuazione della normativa sopra richiamata condizione per l'accesso delle strutture laboratoristiche alle contrattazioni rispettivamente per le tre annualità successive alla presente (2017,2018 e 2019) risulta essere la produzione in forma singola o aggregata:

- di 100.000 prestazioni nel 2016 per l'accesso alla contrattazione 2017;
- di una soglia intermedia che viene stabilita in 150.000 nel 2017 per l'accesso alla contrattazione 2018;
- di 200.000 prestazioni nel 2018 per l'accesso alla contrattazione 2019 (e annualità successive);

CONSIDERATO che alla luce dei predetti criteri possono essere ammessi alla contrattazione i laboratori di cui all'allegato 1;

RITENUTO di dover procedere alla definizione di un modello contrattuale uniforme da sottoscrivere tra la Regione Abruzzo, le AA.SS.LL. e gli erogatori privati;

PRECISATO che gli obblighi contrattuali, in particolare la fatturazione e il limite di budget sono riferiti al soggetto che risulta titolare di accREDITAMENTO;

CONSIDERATA l'opportunità di mensilizzare il budget annuo al fine di garantire la continuità dell'assistenza con la previsione tuttavia di una percentuale di oscillabilità per compensare la fisiologica flessibilità dell'andamento della domanda di prestazioni;

PRESO ATTO del parere 69-P del 11.03.2016 reso dal Tavolo di monitoraggio in merito al Decreto Del Commissario ad Acta n.80/2015 nel quale a proposito della concessione dell'ampliamento del margine di oscillabilità mensile dal 10% al 30 % è stato rilevato che “l'ampliamento dell'oscillazione mensile della produzione al 30% è eccessiva in quanto

delega all'erogatore la definizione dei volumi da produrre nel corso dell'anno rendendo possibile un esaurimento anticipato del budget con ovvie ripercussioni sull'erogazione del livello di assistenza nell'ultimo trimestre”;

RITENUTO pertanto di fissare nello schema di contratto 2016, in conformità al predetto parere, il valore della oscillabilità mensile nella misura del 10%;

VISTO l'allegato schema di contratto (Allegato 2), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che sarà sottoscritto tra la Regione Abruzzo, le AA.SS.LL. e gli Stabilimenti FKT, gli Studi di radiologia, i Laboratori di analisi, le Case di Cura e gli Studi Medici-branchie a Visita per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale da rendere nell'anno 2015, sia a pazienti regionali che extraregionali;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.64/2012 del 14/11/2012 recante “Approvazione protocolli di valutazione per le verifiche di appropriatezza, legittimità e congruità delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture accreditate”;

VISTE le disposizioni nazionali e regionali di settore in materia di fatturazione elettronica ed in particolare il Decreto Ministeriale n. 55 del 3 aprile 2013 (Regolamento in materia di emissione, trasmissione e ricevimento della fattura elettronica da applicarsi alle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 1, commi da 209 a 213, della legge 24 dicembre 2007, n. 244) e la Determinazione dirigenziale DPF012/14 del 31/03/2016;

ATTESO 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 e che in nessun caso il superamento di detto tetto può dar luogo a remunerazione;

RITENUTO, a tal fine, di dover procedere alla definizione di un modello contrattuale da sottoscrivere tra Regione Abruzzo, Direttori Generali delle AA.SS.LL. ed 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 (Allegato 2), che sarà sottoscritto tra la Regione Abruzzo, le AA.SS.LL. e le strutture private predefinitivamente accreditate ovvero accreditate, che regola le modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale rese a pazienti regionali ed extraregionali;

VISTO il Decreto Commissariale n.12/2013 del 20/02/2013 avente ad oggetto “Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. D.M. 18.10.2012”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n° 45/2013 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”;

TENUTO CONTO che il presente decreto, unitamente allo schema contrattuale (Allegato 2 al presente atto), viene notificato, a mezzo pec, e solo in caso di problemi tecnici, in via eccezionale, a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, 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 venti 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 venti giorni

fissando entro i successivi dieci giorni la data per la stipula del contratto;

CONSIDERATO che i tetti fissati nel presente provvedimento, per ciascun erogatore privato, 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;

VISTO l'art. 8 quater comma 8 del Dlg.s 502/92 e ss.mm.ii. in conformità al quale le regioni e le unità sanitarie locali attraverso gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies, sono tenute a porre a carico del Servizio sanitario regionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione regionale;

VISTO l'art 7 comma 4 lett c) della LR 32 del 31-7-2007 come modificata dalla L.R. n.12/2016 (Modifiche ed integrazioni alla L.R. 31 luglio 2007, n. 32 (Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private) e successive modifiche ed integrazioni) che prevede la revoca dell'accreditamento nel caso di erogazione 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 5 per cento il programma preventivamente concordato e sottoscritto nell'accordo stesso;

RITENUTO di fissare per tutte le strutture accreditate o predefinitivamente accreditate, con la sola eccezione di quelle per le quali come sopra specificato, la contrattazione va rinviata, la data del 30.09.2016 come termine massimo per la sottoscrizione dei contratti afferenti con gli erogatori privati di specialistica ambulatoriale ammessi alla contrattazione, anche a seguito della eventuale procedura di interlocuzione;

PRECISATO che nei confronti degli erogatori privati che non intenderanno stipulare il contratto offerto, trovano applicazione le disposizioni di cui all'art. 8-quinquies, comma 2-quinquies, del D. Lgs. 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 gli erogatori predefinitivamente accreditati 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 si richiamano quale parte integrante del presente atto:

1. **di dare atto** che gli erogatori privati erogatori di prestazioni di specialistica ambulatoriale con i quali si procede alla negoziazione 2016 sono quelli di cui all'allegato 1 che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. **di autorizzare** nella misura di euro 29.287.322,00 il tetto di spesa massimo complessivo relativo all'anno 2016 per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale in favore di pazienti regionali ed extraregionali, ripartito tra le singole strutture private come indicato nell'allegato prospetto (Allegato 1), che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;
3. **di coprire** la spesa di ciascun contratto con i singoli erogatori privati predefinitivamente accreditati ovvero accreditati - in attuazione dei criteri indicati in narrativa - nella misura indicata nell'Allegato 1;
4. **di approvare** l'allegato schema di contratto negoziale per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale, erogate dalle seguenti strutture private predefinitivamente accreditate ovvero accreditate: Stabilimenti FKT, Studi di radiologia, Laboratori di analisi, Case di Cura, Studi Medici-branche a Visita (Allegato 2), che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;
5. **di stabilire** che il presente decreto, unitamente allo schema contrattuale allegato (Allegato 2) viene notificato, a mezzo pec e solo in caso di problemi tecnici, in via eccezionale, a mezzo

- raccomandata con ricevuta di ritorno, 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 venti giorni;
6. **di stabilire** che il termine di cui sopra può anche essere utilizzato dagli erogatori privati ammessi 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 venti giorni fissando entro i successivi dieci giorni la data per la stipula del contratto;
7. **di fissare**, con le eccezioni appresso specificate, la data del 30.09.2016 come termine massimo per la sottoscrizione dei contratti afferenti con gli erogatori privati di specialistica ambulatoriale ammessi alla contrattazione, anche a seguito della eventuale procedura di interlocuzione;
8. **di fissare** al competente Servizio regionale Programmazione sanitaria un termine di 30 giorni dalla adozione del presente provvedimento per la definizione dei procedimenti concernenti le problematiche relative alla completa definizione delle procedure di accreditamento per le seguenti strutture:
- Laboratorio CLINITEST Srl - Pescara
 - Laboratorio analisi S. Anna - Penne
 - Laboratorio analisi S. Damiano - Pescara
 - Laboratorio analisi SOPREMA SRL - Montesilvano
 - Stabilimento FKT Villa Romina srl - Paglieta
 - Laboratorio analisi EAHS Europe Adriatic Healt Service srl - Pescara
 - Dott. De Berardinis - Vasto
9. **di precisare** che il contratto per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale per l'anno 2016 con strutture appena elencate sarà stipulato solo a seguito del completamento delle suddette procedure, ferma restando l'assegnazione del budget indicato nell'allegato 1 riproporzionato in dodicesimi sulla base del periodo di operatività di ciascuna struttura per la quale sia stata definita la titolarità dell'accREDITamento;
10. **di stabilire** che in attuazione della normativa richiamata in premessa condizione per l'accesso delle strutture laboratoristiche alle contrattazioni rispettivamente per le tre annualità successive alla presente (2017,2018 e 2019) risulta essere la produzione in forma singola o aggregata:
- di 100.000 prestazioni nel 2016 per l'accesso alla contrattazione 2017;
 - di una soglia intermedia che viene stabilita in 150.000 nel 2017 per l'accesso alla contrattazione 2018;
 - di 200.000 prestazioni nel 2018 per l'accesso alla contrattazione 2019 (e annualità successive);
11. **di dare atto** che, con riferimento agli erogatori privati non intenzionati 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;
12. **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, come 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;
13. **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 accreditate e che sia pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D'Alfonso

Segue Allegato

Decreto del Commissario
ad ACTA

ALLEGATO 1

LABORATORI DI ANALISI		ASL	Tetto 2016
CONSORZIO ATQ			
a.	ALFA S.n.c.	3	
b.	ALHENA S.a.s.	3	
c.	ARS MEDICA S.a.s.	3	
d.	BIOTEST S.n.c.	3	
e.	CARBONI S.r.l.	3	
f.	DI IORIO MARIO & C. S.r.l.	3	
g.	DOVIM S.a.s.	3	
h.	IGEA di Di Pietro Rossella e C. S.n.c.	3	
i.	IGEA S.a.s. di F. Ciamarone & C.	3	
l.	MARCHEGIANI S.n.c.	3	
m.	Dr.ssa Maria Eleonora RUTOLO S.r.l.	3	
n.	S. ANTONIO di Anna D'Annunzio S.n.c.	3	
o.	S. CAMILLO S.a.s.	3	
p.	SANTA LUCIA S.n.c.	3	
q.	FLEMING S.r.l.	2	
r.	G. MENDEL S.r.l.	2	
CONSORZIO BIOFLEMAN			
a.	BIOMETRON S.a.s.	1	
b.	FLEMING S.r.l.	1	
c.	Lab. Analisi ANALITICA Sas	1	
3	ALTO SANGRO di Cocco & C. S.a.s.	2	231.640
4	BELLUZZI del Dr. L. Di Muzio e C. S.n.c.	2	21.581
5	BIOANALISI S.r.l.	2	255.763
6	BIOCONTROL S.n.c.	1	181.916
7	LABORATORIO ANALISI BIOLOGICHE S.r.l.	2	36.314
8	BIOS del Dr. Zappacosta Paride, Roberto Luciani & C. S.a.s.	2	103.616
9	CARRESE di Madrigale M. Franca e C. S.n.c.	1	57.931
10	CENTRO MEDICO di Cervone Eliana & C. S.n.c.	2	9.857
11	CLINI.LAB S.r.l.	4	212.456
12	CLINITEST S.r.l.	3	51.611
13	CMAV S.r.l.	2	109.533
14	DACE S.n.c.	2	117.556
15	DI PERNA S.a.s. di Di Perna Stefania & C.	2	37.658
16	DI ROCCO & TARQUINIO S.n.c.	2	48.988
17	FANCI Prof. Dr. Urbano & C. S.a.s.	2	111.134
18	FLEMING S.a.s.	4	155.339
19	FRENTANO S.n.c.	2	97.506
20	GALENO S.a.s.	2	102.106
21	GRAM S.a.s.	2	166.553
22	HISTONIUM S.n.c.	2	178.900
23	IGEA S.r.l.	1	100.477
24	IGEA S.r.l.	4	175.450
25	ITALIA S.r.l.	4	191.290
26	IULIUS S.r.l.	4	241.069
27	MANTOUX S.n.c.	2	242.268
28	MATER DOMINI di ACETOSO M. & PECA P. Snc	2	81.642
29	PETRAGNANI S.n.c.	2	65.273
30	PRECI-LAB di Maruccci & C. S.n.c.	2	255.175
31	RIA S.n.c.	2	82.890
32	S. DAMIANO S.a.s.	3	36.470
33	SALUS di Antonelli Anna Maria S.a.s.	2	27.427
34	EAHS Europe Adriatic Health Services Srl (ex Salus Pescara)	3	31.505
35	SANT'ANNA di MARCUCCI R. & C. Sas	3	-
36	SO.PRE.MA. S.r.l.	3	23.833
37	VAL VIBRATA S.r.l.	4	206.695
TOTALE			5.143.229

ALLEGATO 1

CASE DI CURA			
	Struttura	ASL	Tetto 2016
1	DI LORENZO S.p.A.	1	1.962.606
2	INI S.p.A. - Cdc INI - Divisione CANISTRO	1	532.716
3	ASSOCIAZIONE OPERA S. MARIA DELLA PACE - Cdc L'IMMACOLATA	1	1.522.420
4	SYNERGO S.r.l. - Cdc PIERANGELI S.r.l.	3	3.100.444
5	SAN RAFFAELE S.p.A.	1	416.850
6	SYNERGO S.r.l. - Cdc SPATOCCO	2	2.102.671
7	PRESIDIO OSPEDALIERO VILLA LETIZIA S.r.l.	1	1.172.931
8	SANTA CAMILLA S.p.A. - Cdc VILLA PINI D'ABRUZZO	2	3.661.622
9	VILLA SERENA S.r.l.	3	3.706.204
TOTALE			18.178.463

STABILIMENTI DI FISIOKINESITERAPIA			
	Struttura	ASL	Tetto 2016
1	BLEU S.r.l.	3	189.573
2	CEN.FIS. S.r.l. Centro Fisiokinesiterapico Aquilano	1	168.975
3	COLAROSSO ROBERTO & C. S.a.s.	3	109.575
4	COPAN S.a.s.	3	135.987
5	DE LUCA dr. FABIO	1	108.825
6	DON ORIONE Provincia Religiosa SS. Apostoli Pietro e Paolo	3	141.137
7	FISIOTER S.a.s.	3	403.623
8	GLORIA S.r.l.	1	112.770
9	Dr.ssa MASCI Giovanna & C. S.a.s.	3	274.626
10	MEDICAL MARSICANO S.r.l.	1	133.099
11	FONDAZIONE PADRE ALBERTO MILENO Onlus - S. FRANCESCO D'ASSISI	2	144.931
12	RADIOSANIT S.r.l.	4	12.862
13	SALUS S.r.l.	1	170.966
14	SAN GIUSEPPE S.r.l.	2	240.512
15	S. LUCIA S.r.l.	1	277.299
16	Dr. TORINTO SCIUBA S.r.l.	1	65.523
17	STATIC S.r.l.	3	579.959
18	VILLA ROMINA S.r.l.	2	129.777
19	ISTITUTO DI FISIOKINESITERAPIA VIVIO S.r.l.	1	65.263
20	Dr.ssa VUZA MARIA & C. S.a.s.	3	218.182
TOTALE			3.683.465

STUDI DI RADIOLOGIA			
	Struttura	ASL	Tetto 2016
1	4R S.n.c.	3	75.011
2	BLEU S.r.l.	3	176.290
3	IDI - Istituto Diagnostico Italiano Madonna del Ponte S.r.l.	2	1.293.624
4	RADIOSANIT S.r.l.	4	72.589
5	REGINA MARGHERITA di Lauriti Dr. Giovanni S.a.s.	3	112.961
6	SAN GIUSEPPE S.r.l.	2	183.721
7	Dr. TORINTO SCIUBA S.r.l.	1	170.406
TOTALE			2.084.603

BRANCHE A VISITA			
	Struttura	ASL	Tetto 2016
1	D'ASCENZO dr. Ugo	2	20.686
2	DE BERARDINIS dr. Vincenzo - Centro Oculistico Santa Lucia Srl	2	78.959
3	DI PRINZIO dr. Antonio	2	52.657
4	MINICUCCI dr. Renato	3	22.706
5	ORLANDI dr.ssa Adriana	3	22.554
TOTALE			197.561

ALLEGATO 2

**SCHEMA ACCORDO CONTRATTUALE PROPOSTO ALLE STRUTTURE
PRIVATE ACCREDITATE PER L'EROGAZIONE
DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

ANNO 2016

Allegato al Decreto del Commissario
ad ACTAn. 73/2016 del 05 LUG. 2016 STIPULATO IN PESCARA, DATA _____

TRA

- la Regione Abruzzo, n. 80003170661, con sede in L'Aquila, alla Via Leonardo da Vinci n.1, 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;
- 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 Saragat- Località Campo di Pile, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore, C.F.01792410662, P.I.01792410662;
 2. Azienda Sanitaria Locale 2 – Lanciano, Vasto, Chieti con sede in Chieti, Via Martiri Lancianesi n.17/19, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore, C.F.02307130696, P.I.02307130696;
 3. Azienda Sanitaria Locale 3 – Pescara con sede in Pescara, Via Renato Paolini n.47, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore, C.F.01397530982, P.I.01397530982;
 4. Azienda Sanitaria Locale 4 – Teramo con sede in Teramo, Circonvallazione Ragusa n.1, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore, C.F.00115590671, P.I. 00115590671;

E

- la Società/Associazione/Fondazione/il Consorzio/il Dott. _____, P.IVA _____, con sede legale/residenza in _____, alla Via _____ n. _____, in persona del suo legale rappresentante pro-tempore, _____, il quale si dichiara munito dei poteri necessari a contrarre il presente atto in nome e per conto del/dei Laboratorio/i di Analisi/Consorzio/Centro di Fisiokinesiterapia/Studio di Radiologia/Casa di Cura/Professionista accreditato per la branca specialistica di _____, con sede operativa/ambulatorio/studio in _____ (di seguito "Erogatore privato")

PREMESSO CHE

- con Decreto Commissariale n. ____/2016 del _____, avente ad oggetto: "Linee negoziali per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni erogate dalla rete di specialistica ambulatoriale privata accreditata per l'anno 2016", di cui il presente schema di contratto costituisce allegato e parte integrante e sostanziale sono stati definiti lo schema contrattuale e i tetti di spesa da proporre alle strutture di specialistica ambulatoriale per l'

ALLEGATO 2

- annualità 2016;
- con Decreto Commissariale n. ___/___ del _____, l'Erogatore è stato definitivamente accreditato ai sensi della L.R. 32/;
 - le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale sono state stabilite con Decreto Commissariale n.12/2013 del 20/02/2013 avente ad oggetto "Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. D.M. 18/10/2012", così come modificato ed integrato dal decreto commissariale n.45/2013 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»";
 - con 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, 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;
 - la procedura di interlocuzione negoziale relativa alla contrattazione 2016 è stata conclusa - essendo stato il predetto provvedimento DCA n. ___/___ del _____ ritualmente notificato all'Erogatore e alle AA.SS.LL. ed essendo stato fornito dall'Organo commissariale il riscontro alle osservazioni prodotte in esito alla predetta trasmissione; pertanto nulla osta alla sottoscrizione del presente contratto;
 - per le finalità del presente contratto, l'Erogatore produce, ai sensi e per gli effetti degli artt. 45-46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i., le dichiarazioni sostitutive di certificazione e atti di notorietà, di cui all'elenco Allegato A1 al presente contratto, con dichiarazione acquisita agli atti dei competenti Uffici regionali ed allegata al presente accordo contrattuale;
 - la sottoscrizione del presente contratto è sottoposta alla condizione risolutiva prevista dall'art.92 del D.Lgs. 159/2011 stante l'urgenza della sottoscrizione del presente contratto, come dichiarata e motivata nel Decreto Commissariale di cui il presente schema contrattuale costituisce parte integrante e sostanziale.

**TANTO PREMESSO
SI CONVIENE E SI STIPULA
QUANTO SEGUE**

**Articolo 1
Oggetto**

1. Il presente contratto regola sotto il profilo sia giuridico che economico l'acquisto delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale da privato nell'anno 2016.
2. Per l'anno 2016 il Servizio Sanitario Regionale affida all'Erogatore privato l'erogazione delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale relative alla disciplina per la quale lo stesso risulta accreditato di cui all'art. 3 del presente contratto.
3. Nel rispetto dei limiti e delle condizioni previste dal presente accordo:
 - l'Erogatore privato si obbliga ad erogare le prestazioni di cui all'art. 3;
 - la A.S.L., nel cui ambito territoriale l'Erogatore è ubicato, si obbliga a remunerarle, previa verifica del rispetto degli obblighi e degli adempimenti previsti dal presente contratto e dalla normativa vigente.
4. Le prestazioni sono erogate, nei limiti del budget annuo assegnato all'Erogatore, in favore degli utenti aventi diritto, regionali ed extraregionali che, esercitando la libera scelta, decidono di accedervi.

**Art. 2
Durata**

1. Il presente accordo contrattuale regola le prestazioni rese a decorrere dal 1° gennaio 2016 fino al 31 dicembre 2016.

ALLEGATO 2

Art. 3**Volume di prestazioni erogabili e previsione di spesa**

1. L'Erogatore si impegna ad erogare per l'anno 2016, le prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale, incluse nei LEA e a carico del SSR, afferenti alle specialità accreditate, nei limiti del tetto di spesa di cui al presente articolo e nel rispetto dei provvedimenti quivi richiamati con le specifiche di cui alla pianificazione definita con il Direttore Generale della Unità Sanitaria Locale ove è territorialmente ubicata l'Erogatore, ed accetta, come corrispettivo massimo annuale, il tetto di spesa complessivo di euro _____/___ per l'anno 2016 per l'acquisto di prestazioni in favore di pazienti regionali e extraregionali.
2. Il Direttore Generale della Unità Sanitaria Locale territorialmente competente ha l'obbligo:
 - nella pianificazione di cui al punto precedente di individuare in via prioritaria le prestazioni caratterizzate da elevati tempi di attesa;
 - di rendere tutte le prestazioni erogabili attraverso la prenotazione sul sistema CUP della ASL.
3. La produzione eccedente il tetto massimo annuale di spesa assegnato all'Erogatore di cui ai punti precedenti non può essere remunerata in nessun caso e ad alcun titolo e, pertanto, è considerata inesigibile.
4. 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.

Art. 4**Condizioni di erogabilità delle prestazioni**

1. Costituiscono norme di carattere generale, in materia di condizioni di erogabilità delle prestazioni e come tali trovano applicazione nell'ambito del presente rapporto negoziale:
 - a. il D.P.C.M. 29 novembre 2001 (LEA) e ss.mm.ii.;
 - b. il D.Lgs. 502/92, s.m.i., il D.P.R. 14 gennaio 1997 e la L.R. 31 luglio 2007 n. 32;
 - c. le disposizioni contenute nel Patto per la Salute 2014-2016 ;
 - d. il D.Lgs. n. 81/2008,
 - e. il D.Lgs. n. 81/2015 per quanto applicabile;
 - f. il valore del tetto di spesa di cui all'art.3.
2. L'Erogatore 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. L'Erogatore 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 di specialistica ambulatoriale, 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 10% del tetto mensile, fermo restando quanto previsto all'art.3, comma 3.

Art. 6**Modalità di accesso ed 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 dalle norme nazionali ed in particolare dal

ALLEGATO 2

- D.M. 17/3/2008 e ss.mm.ii., dal D.M. 350/1988 e dal DM 2-11-2011, D.L. 179 del 18.10.2012 convertito con legge 17 dicembre 2012, n. 221 oltre che dalle disposizioni regionali in materia, con l'onere di segnalare alla USL eventuali anomalie e/o irregolarità;
- alla prenotazione attraverso il Sistema CUP Aziendale resa possibile dalla ASL ai sensi dell'art 3 comma 2
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 l'Erogatore 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 l'Erogatore si impegna a rispettare per tutta la vigenza del presente contratto.

Art. 7**Obblighi dell'Erogatore**

1. L'Erogatore privato ha l'obbligo di conservare, nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di *privacy*, tutta la documentazione sanitaria e amministrativa relativa a ciascun assistito.
2. Le operazioni sui dati personali e sanitari del cittadino necessarie per l'alimentazione e l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico rientrano tra i trattamenti di dati sensibili effettuati mediante strumenti elettronici in coerenza con le misure di sicurezza espressamente previste nel D.Lgs. n. 196/2003.

Art.8**Ulteriori obblighi dell'Erogatore privato**

1. L'Erogatore privato ha l'obbligo di conservare, nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di *privacy*, tutta la documentazione sanitaria e amministrativa relativa a ciascun assistito.
2. Le operazioni sui dati personali e sanitari del cittadino necessarie per l'alimentazione e l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico rientrano tra i trattamenti di dati sensibili effettuati mediante strumenti elettronici in coerenza con le misure di sicurezza espressamente previste nel D.Lgs. n. 196/2003.
3. L'Erogatore privato si impegna:
 - 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;
 - a rispettare puntualmente la normativa in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro ed in materia previdenziale;
 - ad adempiere agli obblighi previsti dall'art 3 comma 3 del Dlgs 175/2014 sui dati da inviare al sistema Tessera Sanitaria ai fini fiscali;
 - a rispettare l'obbligo di dotarsi di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi (RCT) e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera (RCO), a tutela dei pazienti e del personale ai sensi dell' art 27 comma 1-bis DL n.90 del 24/06/2014 convertito nella legge n.114 del 11/08/2014;
 - 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;
 - ad aderire al progetto fascicolo sanitario elettronico attraverso la predisposizione di

ALLEGATO 2

- soluzioni telematiche tese alla trasmissione, che garantiscano la corretta gestione del consenso informato, dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito;
- a pubblicare sul sito web in apposita area dedicata dei tempi previsti e di quelli medi effettivi per ciascuna tipologia di prestazione erogata o, in assenza di sito web autonomo, a concordare con la ASL territorialmente competente le modalità per la pubblicazione nel sito aziendale della stessa, nell'apposita sezione denominata «Liste di attesa», dei richiamati tempi in attuazione dell' art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" (GU n.80 del 5-4-2013);
 - a garantire, unitamente alla documentazione contabile ed elettronica di cui agli artt.10 e 12 (entro il 15° giorno successivo al mese di riferimento) e nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii., l'invio, mediante strumenti telematici alla A.S.L. nel cui ambito territoriale è ubicato l'Erogatore privato, delle informazioni di seguito dettagliate:
 - a. impegnativa di richiesta della prestazione;
 - b. trasmissione mensile del prospetto giornaliero del numero delle prestazioni effettuate con oneri a carico del S.S.N., suddivise in relazione alle branche specialistiche;
 - c. avvenuta prenotazione attraverso il CUP Aziendale.

Art. 9

Personale dell'Erogatore e requisiti di compatibilità

1. L'Erogatore 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.
2. L'Erogatore 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 e dell'art 53 comma 16 ter del Dlgs 165/2001 e ss.mm.ii..
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'Erogatore si impegna a comunicare alla ASL di pertinenza oltre che al Servizio "Attività Ispettiva e Controllo Qualità" del Dipartimento per la Salute e il Welfare, apposito elenco della propria dotazione organica 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 e a provvedere con la stessa modalità ad eventuali aggiornamenti trimestrali. L'elenco di cui al paragrafo precedente deve essere validato dal personale del competente Dipartimento di Prevenzione ed essere comprensivo anche del personale operante con forme di contratto di lavoro flessibile e del personale operante in regime libero professionale per il quale l'Erogatore dovrà specificare, salvo gli ulteriori obblighi previsti in materia dal D.Lgs. n.81/2015: le generalità del professionista, la durata della collaborazione indicando la data di inizio e di conclusione del rapporto.
5. L'Erogatore si impegna a mantenere per tutta la durata del contratto l'applicazione del C.C.N.L. di categoria che deve essere dichiarato dall'Erogatore nell'elenco di cui al quarto comma del presente articolo.

Art. 10

Obblighi informativi dell'Erogatore privato

1. L'Erogatore privato 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 "C") relativo alle prestazioni di assistenza di specialistica ambulatoriale, come disciplinato dalla normativa nazionale e dalle disposizioni regionali.
2. Il file "C" costituisce, oltre che obbligo informativo, anche allegato elettronico analitico alla

ALLEGATO 2

- 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 prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale effettuate nel mese di riferimento.
 4. Con ulteriori campi aggiuntivi al tracciato record, di cui al punto 1 del presente articolo, secondo lo schema di cui all'allegato A2, l'Erogatore privato specifica anche le seguenti informazioni indicate in fattura:
 - il valore dell'importo fatturato lordo;
 - l'importo del ticket per ogni prestazione;
 - l'importo corrispondente alla quota fissa per ricetta;
 - il valore dell'importo fatturato netto;
 - il numero progressivo e la data di emissione della fattura.
 5. L'Erogatore privato si impegna, altresì, a rispettare, nei tempi e nei modi previsti, gli obblighi informativi istituzionali stabiliti dalle normative ministeriali e regionali ed, in particolare:
 - Flussi NSIS, modelli STS11, STS14 (per gli Erogatori privati dotati di apparecchiature), STS 21.
 - Flussi ex art. 50 del Decreto-Legge n. 269 del 30 settembre 2003 convertito, con modificazioni, in legge n. 326 del 24 novembre 2003 e, obbligatoriamente, con particolare riferimento all'inserimento delle informazioni rilevabili dalle prescrizioni mediche e traducibili nei flussi di interesse specificatamente per i campi relativi a Data di prenotazione, a Data di erogazione della prestazione, a Tipo accesso, a Classi di priorità, a Garanzia dei tempi massimi.
 6. L'Erogatore privato 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 ai precedenti articoli.
 8. L'A.S.L., al ricevimento della fattura e dell'allegata documentazione informativa, verifica l'esatta attribuzione delle tariffe vigenti alle corrispondenti prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

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 dall'Erogatore privato 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 al lordo delle possibilità di incremento mensile. 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.
3. La A.S.L. competente territorialmente è tenuta a verificare che le prestazioni erogate risultino prenotate attraverso il Sistema CUP Aziendale. L'applicazione della presente disposizione e di quelle precedenti relative alla prenotazione tramite sistema CUP è subordinata alle modalità di attuazione messe in atto dalla ASL di riferimento.
4. La A.S.L. è inoltre tenuta a verificare la coerenza dei dati di produzione con quelli relativi alla fatturazione di cui all'articolo 12, secondo le modalità previste dall'art.14.
5. I controlli presso gli Erogatori privati 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. È comunque in facoltà della Regione Abruzzo e della ASL

ALLEGATO 2

- di pertinenza avvalersi, per lo svolgimento dei predetti controlli, di forme di cooperazione interistituzionale con i soggetti preposti ad attività di controllo e prevenzione 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 all'ottavo comma, fermo restando il termine previsto dall'art.13, comma 3, del presente accordo contrattuale.
 7. L'Erogatore privato 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 alla presenza di rappresentanti dell'Erogatore e di esso è redatto apposito e dettagliato processo verbale nel rispetto di quanto previsto dalla Legge n. 241/1990 e ss.mm.ii.. Resta salva la facoltà per l'Erogatore di trasmettere alla ASL e per conoscenza al competente Servizio "Attività Ispettiva e Controllo Qualità" del Dipartimento per la Salute e il Welfare, apposite controdeduzioni entro e non oltre i successivi dieci giorni dalla consegna del predetto verbale. Entro 10 giorni dalla ricezione delle controdeduzioni formulate dall'Erogatore, la ASL competente comunica all'Erogatore stessa l'esito definitivo della verifica assegnando un termine non superiore a dieci giorni 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'articolo 17 del presente accordo contrattuale. Con successive linee guida saranno adottate specifiche disposizioni per quanto concerne i procedimenti di verifica di particolare complessità.
 9. L'esito della verifica deve indicare il valore in denaro delle prestazioni inappropriate, incongrue, illegittime.
 10. La ASL è tenuta ad inserire campi aggiuntivi al File "C", secondo lo schema di cui all'Allegato A2 del presente contratto, rappresentativi dell'importo liquidato in favore dell'Erogatore privato e delle motivazioni della mancata o diversa liquidazione.
 11. Resta ferma la responsabilità dell'Erogatore privato per inadempimenti relative a circostanze e prestazioni che non hanno formato oggetto di controllo.

Art. 12**Modalità di fatturazione**

1. L'Erogatore privato si adegua alla normativa in materia di fatturazione elettronica e alle disposizioni regionali in materia e trasmette contestualmente alla A.S.L. di competenza territoriale e all'Agenzia Sanitaria della Regione Abruzzo (A.S.R.), la fattura relativa all'integrale produzione del mese di riferimento posta a carico del S.S.R nel rispetto in particolare dei limiti previsti dagli artt. 3, 4 e 5.
2. La fattura è trasmessa contestualmente alla A.S.L. territorialmente competente e all'A.S.R. Abruzzo (alla quale va inviato altresì un riepilogo secondo il prospetto di cui all'allegato A3) entro e non oltre il giorno 15 del mese successivo a quello di riferimento.
3. La fattura deve indicare separatamente le prestazioni rese per tipologia a favore di utenti aventi la residenza nell'ambito della Regione Abruzzo - distinguendole per A.S.L. di residenza del paziente - e quelle rese a favore di utenti residenti in altre Regioni.
4. La fattura deve indicare in calce, a titolo descrittivo, gli introiti per quota fissa di 10 euro per ricetta di cui al punto p) dell'art.1, comma 796 L.27/12/2006, n.296 ed il relativo numero delle ricette degli assistiti non esenti. Gli introiti per quota fissa riscossi dall'Erogatore sono portati in compensazione al momento del pagamento della fattura da parte della ASL e sono imputati in uno specifico sottoconto appositamente aperto dalla ASL.
5. Alla fattura deve essere allegata la documentazione relativa alla produzione di cui all'art. 10 nonché quella eventualmente prevista dalle disposizioni nazionali e regionali in materia di fatturazione elettronica.
6. La A.S.L. non procede alla liquidazione ed al pagamento della fattura non conforme alle previsioni del presente contratto ed in particolare a quelle previste in questo articolo e negli

ALLEGATO 2

arti. 10 e 11.

7. Prima delle liquidazioni la ASL richiede all' Enpam il rilascio della certificazione equipollente al DURC attestante il regolare adempimento degli obblighi contributivi di cui all'art 1 comma 39 L.n.243/2004 e verifica la regolarità del DURC e in caso di ottenimento di un documento che segnali un'inadempienza provvede in conformità alla normativa vigente dandone comunicazione alla Regione ai fini della LR 32/2007.

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 non comprensivo dell'oscillabilità entro 30 giorni dalla protocollazione della fattura.
3. 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 dal presente contratto. Ove necessario l'A.S.L. richiede all'Erogatore privato 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. La nota di credito verrà decurtata sulla liquidazione immediatamente successiva alla data di ricezione della stessa.
5. La mancata emissione della nota di credito, secondo le modalità ed i termini previsti dal presente articolo, se reiterata costituisce inadempimento grave e causa di risoluzione del presente contratto previa formale diffida ai sensi dell'art. 17. Costituisce altresì grave inadempimento e causa di risoluzione del presente accordo contrattuale, previa formale diffida ai sensi dell'art 17 la mancata emissione reiterata di nota di credito a storno totale dell'eventuale eccedenza di produzione rispetto al budget assegnato.
6. Nei casi in cui la somma corrisposta mensilmente in acconto all'Erogatore privato 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. 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.
7. La A.S.L., anche in ottemperanza alle disposizioni regionali in materia, può sospendere i pagamenti in presenza di violazioni della vigente normativa e nei casi previsti dal presente contratto, dandone tempestiva comunicazione entro e non oltre quindici giorni dalla verifica documentata di oggettive condizioni ostative alla liquidazione al Dipartimento regionale salute e welfare, fermo restando l'obbligo di attivare le procedure previste dal presente accordo e dalla vigente normativa.
8. È fatta salva la ripetizione in favore della A.S.L. delle somme che, sulla base dei controlli effettuati sull'attività erogata dall'Erogatore privato in forza del presente contratto, risultino non dovute totalmente o in parte.
9. 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 modalità previste dal

ALLEGATO 2

Decreto Commissariale n.12/2013 del 20/02/2013 avente ad oggetto "Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. D.M. 18/10/2012", così come modificato ed integrato dal decreto commissariale n.45/2013 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»";

2. Le parti concordano che, in caso di modificazioni dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, il volume massimo di prestazioni remunerate si intenderà rideterminato ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lett. e-bis, del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.ii..
3. Le parti convengono che gli importi della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti e della quota fissa per ricetta, (ed eventuali maggiorazioni di dette quote), sono incassati dall'Erogatore privato a titolo di anticipazione e la A.S.L. ne tiene conto all'atto del pagamento degli acconti mensili, corrispondendo solo la differenza tra quanto già riscosso dall'Erogatore privato a titolo di anticipazione e l' 85% del fatturato (come previsto dall'art. 13 del contratto).
4. Le parti stabiliscono che l'eventuale 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 budget annuale assegnato e verranno appresi dall'Erogatore privato a titolo di anticipazione non costituendo in nessun caso fonte di remunerazione aggiuntiva.

Art. 15**Cessione dei crediti**

1. L'Struttura ha l'obbligo di notificare la cessione a qualsiasi titolo dei crediti derivanti dall'esecuzione del presente accordo contrattuale all'Azienda USL competente territorialmente.
2. Le parti convengono che l'efficacia della cessione è condizionata all'accettazione espressa, nel termine di trenta giorni dalla avvenuta ricezione – avvenuta a seguito di raccomandata con avviso di ricevimento (o trasmissione mediante posta elettronica certificata) presso il domicilio indicato nel presente accordo contrattuale e attestata dalla acquisizione del relativo atto di notifica al protocollo – da parte della Azienda USL di pertinenza e della Regione Abruzzo e che la cessione del credito potrà essere accettata esclusivamente nei limiti delle prestazioni verificate positivamente e valorizzate ai sensi degli articoli 13 e 14 del presente accordo contrattuale.
3. L'accettazione espressa da parte della Azienda USL di pertinenza e della Regione Abruzzo di cui al secondo comma è comunicata mediante raccomandata con avviso di ricevimento (o trasmissione mediante posta elettronica certificata) presso il domicilio indicato nel presente accordo contrattuale. Analoga modalità di comunicazione è prevista per il diniego espresso.
4. L'Azienda USL di pertinenza e della Regione Abruzzo possono opporre al cessionario tutte le eccezioni opponibili al cedente in base al presente accordo contrattuale.
5. Restano fermi e impregiudicati gli eventuali ulteriori adempimenti connessi al presente accordo contrattuale.
6. In conseguenza di quanto sopra, l'Erogatore si impegna a mantenere indenne l'Azienda USL e la Regione Abruzzo per eventuali cessioni effettuate al di fuori delle forme e condizioni di cui ai precedenti commi del presente articolo.
7. Sono inefficaci le cessioni di credito non conformi alle prescrizioni del presente articolo e, in conseguenza di quanto sopra, l'Erogatore si impegna a mantenere indenne l'Azienda USL e la Regione Abruzzo 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.

ALLEGATO 2

2. La cessione costituisce grave inadempimento e causa di risoluzione del presente contratto ai sensi dell'art.17.

Art. 17**Risoluzione del contratto**

1. Fermo ogni altro rimedio e sanzione previsti dall'accordo contrattuale e dalla normativa ad esso applicabile costituiscono grave inadempimento e cause di risoluzione *ipso iure* del presente accordo contrattuale:
- a) l'accertata falsità di dichiarazioni rese dall'Erogatore ai fini della stipulazione e della esecuzione del presente accordo contrattuale;
 - b) l'impedimento ai controlli di cui agli articoli 12 e 13 del presente accordo contrattuale;
 - c) la reiterata inottemperanza agli obblighi informativi nelle ipotesi di cui all'art. 10 del presente accordo contrattuale;
 - d) l'inosservanza di quanto previsto dall'articolo 15 del presente accordo contrattuale in materia di cessione dei crediti;
 - e) la cessione del presente accordo contrattuale in violazione di quanto espressamente previsto dall'articolo 16;
 - f) l'inosservanza dell'obbligo di conservazione e custodia dei documenti relativi alle prestazioni rese;
 - g) l'accertata violazione degli obblighi in materia previdenziale e di sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al D.Lgs. n. 81/2008 e all'articolo 8 del presente accordo contrattuale;
 - h) la reiterata mancata emissione della nota di credito di cui all'articolo 13 del presente accordo contrattuale;
 - i) l'inosservanza di quanto previsto dall'articolo 6 del presente accordo contrattuale;
 - j) il diniego definitivo e/o la revoca dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento in corso di rapporto contrattuale;
 - k) la ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni indicati nel presente accordo contrattuale;
 - l) l'impedimento al controllo esercitato dalla Azienda USL di pertinenza e dalla Regione Abruzzo ai sensi dell'art. 11 del presente accordo contrattuale;
 - m) l'esistenza di condanne definitive a carico del legale rappresentante per reati contro la Pubblica Amministrazione.
- Ai fini della reiterazione le misure di cui al presente articolo si applicano a decorrere dal terzo episodio di violazione formalmente contestato.
- La sospensione dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento determina l'automatica sospensione degli effetti del presente accordo contrattuale. In considerazione della gravità delle fattispecie di cui sopra - avuto riguardo alla reiterata violazione di uno o più obblighi dedotti ai sensi del presente accordo contrattuale, la Regione Abruzzo provvede in conformità all'art 7 comma 4 lett. d) LR 32/2007 come modificato dalla LR 12/2016.
2. In caso di definitivo accertamento delle inadempienze contestate di cui al primo comma la Regione Abruzzo e/o l'Azienda USL di competenza ne fanno contestazione in forma scritta all'Erogatore mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento (o trasmissione mediante posta elettronica certificata), concedendo a quest'ultimo il termine di quindici giorni per la produzione di documentazione e deduzioni scritte a eventuale confutazione. Trascorso tale termine, La Regione Abruzzo può procedere alla risoluzione del contratto di diritto ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 c.c..
3. Fermo quanto sopra, in caso di sussistenza di cause di divieto, decadenza, o sospensione previste dall'art. 67, D.Lgs., 6 settembre 2011, n. 159 (c.d. codice antimafia), il contratto è risolto *ipso iure* senza concessione di termini per dedurre.
4. Resta fermo, in ogni caso, il diritto della Regione Abruzzo e dell'Azienda USL competente al risarcimento dei danni derivanti da inadempimento dell'Erogatore.
5. Resta inteso che, in caso di risoluzione ai sensi del presente articolo, l'Erogatore si impegna a non accettare pazienti, fatte salve eventuali esigenze indifferibili e urgenti espressamente

ALLEGATO 2

indicate dalla Azienda USL competente. Eventuali attività rese in violazione di tale divieto non possono essere oggetto di remunerazione a carico del Servizio Sanitario ad alcun titolo.

Art. 18**Responsabile dell'esecuzione dell'accordo contrattuale**

1. L'Azienda USL provvede ad individuare il responsabile della esecuzione del presente accordo contrattuale, secondo il proprio assetto organizzativo interno e ne fornisce comunicazione alla Regione Abruzzo.

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, ovvero il concorrente foro di _____ (luogo ove è ubicato l'Erogatore).

Art. 20**Clausola di salvaguardia**

1. Con la sottoscrizione del presente accordo contrattuale l'Erogatore accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto del medesimo, nonché quello di ogni altro atto allo stesso collegato o presupposto.
2. In considerazione dell'accettazione espressa delle clausole rubricate nel corpo ed in calce al presente accordo contrattuale, l'Erogatore rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese in merito, ovvero ai contenziosi comunque attivabili in relazione al contenuto dispositivo delle predette clausole che, una volta espressamente sottoscritte, si danno per accettate da tutte le parti al presente contratto senza riserve.
3. Resta inteso che l'Erogatore si impegna ad adeguarsi a eventuali ulteriori requisiti che fossero richiesti per effetto di normativa nazionale e/o regionale intervenuta successivamente alla stipulazione del presente accordo contrattuale, come pure ad adeguarsi a prescrizioni dettate da norme imperative.

Art. 21**Norma di rinvio**

1. Per quanto non previsto nel presente accordo contrattuale trovano applicazione – in quanto compatibili – le disposizioni europee e nazionali in materia di appalti e concessioni di servizi, le norme finanziarie contabili e fiscali di carattere nazionale ad oggi vigenti e le ulteriori disposizioni regionali.

Art. 22**Registrazione**

1. Il presente contratto è soggetto a registrazione in caso d'uso ai sensi dell'art. 5 comma 2 del T.U. dell'imposta di registro approvato con D.P.R. n. 131 del 26/04/1986.

Art. 23**Elezione di domicilio**

1. Le parti eleggono domicilio ad ogni effetto di legge e, segnatamente, per l'esecuzione del presente accordo contrattuale presso i rispettivi indirizzi in epigrafe emarginati.
2. L'Erogatore elegge, altresì, il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:
.....
→ la ASL 1 – Avezzano-Sulmona-L'Aquila elegge il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta

ALLEGATO 2

- elettronica certificata:
- la ASL 2 – Lanciano-Vasto-Chieti elegge il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:
- la ASL 3 – Pescara elegge il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:
- la ASL 4 – Teramo elegge il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:
- la Regione Abruzzo elegge il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:

Letto, approvato e sottoscritto

Firme

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

Per l'Erogatore
 Il Rappresentante legale

Per le Aziende Sanitarie Locali di:

1. Avezzano, Sulmona, L'Aquila
 Il Direttore Generale

2. Lanciano, Vasto, Chieti
 Il Direttore Generale

3. Pescara
 Il Direttore Generale

4. Teramo
 Il Direttore Generale

Se e per quanto possa occorrere l'Erogatore approva specificamente le previsioni di cui agli artt.3,4,5,6,7,8,9,10,11,12, 13,14,15,16,17 18,20.

Per l'Erogatore
 Il Rappresentante legale

Allegato al Decreto del Commissario
ad ACTA

ALLEGATO A1

n. 73/2016 del 05 LUG. 2016
DICHIARAZIONI DA PRESENTARE AI FINI DEL CONTRATTO



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE L'ISCRIZIONE IN PUBBLICI REGISTRI:

1. per i soggetti iscritti al Registro delle Imprese: certificazione di iscrizione alla Camera di Commercio riportante l'attestazione di insussistenza di procedure concorsuali o di procedimenti per l'assoggettamento a dette procedure nonché 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 eventualmente acquisita l'informativa antimafia di cui all'art. 91 del D.Lgs. 159/20
2. per i soggetti non iscritti al Registro delle Imprese: Fondazioni, Associazioni ed Enti no profit: certificazione di iscrizione al R.E.A.
3. per gli specialisti che esercitano l'attività in forma individuale: certificazione di iscrizione all'Ordine dei medici .

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO ATTESTANTE L'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI DIVIETO, DECADENZA O SOSPENSIONE PREVISTI DALL'ART. 67 DELLA NORMATIVA ANTIMAFIA

1. per gli enti non iscritti al Registro delle Imprese (Fondazioni, Associazioni ed Enti no profit) la dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l'insussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previsti dall'art. 67 della normativa antimafia del legale rappresentante, dei componenti del Consiglio di Amministrazione e dei soggetti con poteri di gestione;
2. per i soggetti iscritti al registro delle Imprese: la dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l'insussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previsti dall'art. 67 della normativa antimafia, da parte di tutti i soggetti di cui all'art. 85, comma 1 e 2, può essere contenuta nella dichiarazione sostitutiva di iscrizione alla Camera di Commercio;

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO RELATIVA AI DATI DEI PROPRI FAMILIARI CONVIVENTI DI MAGGIORE ETÀ

Per i soggetti iscritti al registro delle Imprese i cui contratti superino il valore indicato all'art. 83, lettera e) del D.Lgs. n. 159/2011 (attualmente pari a € 150.000,00), deve essere acquisita la documentazione antimafia, ai sensi degli articoli 84 e 85 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159 (come da ultimo modificato dal D.Lgs. 15 novembre 2012, n. 218); a tale proposito i soggetti di cui ai commi 1) e 2), dell'art. 85 del citato codice antimafia rilasciano dichiarazione sostitutiva sottoscritta con le modalità di cui all'articolo 38 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, relativa ai dati dei propri familiari conviventi di maggiore età;

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO ATTESTANTE L'OTTEMPERANZA AGLI OBBLIGHI INFORMATIVI IN MATERIA DI DIRITTO AL LAVORO DEI DISABILI:

secondo le modalità di cui all'art. 9 L.12 marzo 1999, n. 68, come modificato dall'art. 40 del D.L. 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2008, n. 133, rilasciata dal legale rappresentante della Erogatore;

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO GENERALE DEL CASELLARIO GIUDIZIARIO E DEI CARICHI PENDENTI

dei soggetti che hanno la rappresentanza legale della Erogatore.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO GIÀ PREVISTO DAGLI ARTT.80 E 81 DEL DLGS 231/01 ss.mm.ii.

ATTESTAZIONE DA PARTE DEL RAPPRESENTANTE LEGALE DELL'ENTE GESTORE

della previsione nello statuto societario dell'obbligo di autocertificazione, da parte di ciascun socio persona fisica che, in ultima istanza, possieda le quote o le azioni, dell'insussistenza di situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 4, comma 7 L. n.412/1991.

ALLEGATO A1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO ATTESTANTE L'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITÀ
ai sensi dell'art. 4, comma 7 L. n. 412/1991 del legale rappresentante, dei componenti del Consiglio di Amministrazione e dei soggetti con poteri di gestione.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO ATTESTANTE

- di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta e che nessun procedimento relativo è avviato nei suoi confronti ;
- di aver / non aver presentato domanda di concordato preventivo;
- che non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67, D.Lgs., n. 159/2011 (c.d. codice antimafia) in capo al/ai soggetto/i che ha/hanno la rappresentanza legale dell'Erogatore.

Allegato al Decreto del Commissario ad ACTA

n. 13/2016 del 05 LUG. 2016



ALEGATO A2

Tracciato record File "C" (SPECIALISTICA AMBULATORIALE)

FILE C1 - dati anagrafici

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Long.	Note	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito	OBB V
4-6	Az. ULSS/Az. Osp. inviante	AN	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7-12	Codice struttura erogatrice	AN	6	Codice regionale struttura erogatrice STS.11 o HSP11 come da rievazione ministeriale DM 23/12/1998 e DM 5/12/2006	OBB
13-28	Medico prescrivente	AN	16	Codice regionale o fiscale	OBB
29-28	Cognome dell'utente	AN	30	Tutto maiuscolo	FAC
58-78	Nome dell'utente	AN	20	Tutto maiuscolo	FAC
79-84	Carico vuoto	AN	16	Riemplire con spazi	FAC
95-110	Codice fiscale dell'utente	AN	16	Codice fiscale dell'utente	OBB V
111	Sesso dell'utente	AN	1	1=maschio, 2=femmina	OBB
112-119	Data di nascita dell'utente	AN	8	Formato GGMMAAAA	OBB
120-125	Provincia e Comune di residenza	AN	6	Codice ISTAT del Comune di residenza	OBB
126-128	USL di residenza	AN	3	Codice USL di residenza	OBB V
129-130	Progressivo riga per ricetta	N	2	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice e l'individuo. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilate ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta. Nel file delle prestazioni sanitarie deve essere presente il corrispondente numero progressivo riga.	OBB V
131-150	ID	AN	20	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni della riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	OBB V

FILE C2 - dati prestazioni sanitarie

Pos.	Descrizione Campo	Tipo	Long.	Note	Codice
1-3	Regione addebitante	AN	3	Codice regione inviante l'addebito	OBB V
4-6	Az. ULSS/Az. Osp. inviante	AN	3	Codice dell'azienda sanitaria inviante l'addebito	OBB V
7-12	Codice struttura erogatrice	AN	6	Codice regionale struttura erogatrice STS.11 o HSP11 come da rievazione ministeriale DM 23/12/1998 e DM 5/12/2006	OBB
13-28	Numero ricetta	AN	16	Riportare il numero della ricetta (dal codice a barre della ricetta va escluso il carattere spaziale posto all'inizio di ciascuno dei due campi che compongono il numero della ricetta) il campo deve obbligatoriamente essere compilato con il codice a barre di 15 cifre allineato a sinistra se la tipologia della modulistica prescrittiva è ricetta unica SSN. Nel caso di prestazioni ad accesso diretto o di pronto soccorso, riportare un numero progressivo univoco.	OBB
29-30	Progressivo riga per ricetta	N	2	Numero progressivo delle prestazioni di una stessa ricetta. Inizia sempre con 01 che è la prima riga/record della ricetta e che contiene tutte le informazioni riguardanti la struttura erogatrice, l'individuo, la data della prestazione e la prima prescrizione. Eventuali righe/record successive dovranno comunque essere integralmente compilate e contengono le informazioni relative alle altre prescrizioni ed andranno codificate con i progressivi 02, 03, ecc. L'ultima riga/record 99 deve essere sempre presente e costituisce l'identificativo di fine ricetta; in essa saranno riportati il ticket pagato e l'importo totale NETTO da porre in compensazione e tutte le informazioni escluse "Quantità", "Data", "Codice Nomenclatore", "Codice Prestazione" e "Codice Discontinuo operativo erogatore". Ogni ricetta deve comportare almeno due righe/record: la riga 01 comporta che i campi "data", "codice prestazione" e "quantità" siano valorizzati; mentre i campi "importo ticket", "posizione ticket" non sono valorizzati. La riga 99 comporta invece una valorizzazione inversa.	OBB V
31-38	Data	AN	8	Formato GGMMAAAA. Data di effettuazione delle prestazioni. Nel caso di un ciclo di prestazioni riportare la data di chiusura ciclo.	OBB V
39	Codifica nomenclatore	AN	1	Codificare con "N" (maiuscola) se si utilizzano le codifiche nazionali; codificare con la lettera alfabetica minuscola (per evitare sovrapposizioni) che identifica la Regione nell'ambito del Sistema Informativo Sanitario nazionale se si utilizzano codifiche regionali.	OBB V
40-48	Codice prestazione	AN	7	Riportare il codice della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Nazionale e quello regionale. Nel caso si utilizzi la codifica nazionale indicare il codice comprensivo dei punti separatori.	OBB V
47-49	Quantità	N	3	1 di default; se trattasi di cicli di prestazioni indicare il numero effettivo di prestazioni erogate.	OBB V
50-51	Posizione dell'utente nei confronti del ticket	AN	2	Usare la seguente codifica per le ricette SSN (tipo erogazione S): 01=esente totale; 02=non esente	OBB
52-58	Importo ticket	N	7	Importo ticket (valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 dove si deve riportare l'importo complessivo del ticket)	OBB
59-98	Importo totale	N	8	Importo ottenuto dalla moltiplicazione della quantità per l'importo unitario. Nella	OBB V

				riga 99 si deve riportare in questo campo la somma degli importi totali delle righe precedenti meno il ticket pagato dal paziente.	
67	Posizione contabile	AN	1	Codici per l'invio delle prestazioni: 1= sempre nel primo invio; Codici per l'invio delle contestazioni: 5= prestazione contestata; Codici per l'invio delle controdeduzioni: A= i dati originariamente contenuti nel record sono confermati; B= i dati originariamente contenuti nel record sono stati corretti in base agli errori segnalati; C= la contestazione viene accolta per l'impossibilità di correggere gli errori segnalati o nel caso di riconoscimento di errore nella individuazione della Regione anche senza contestazione segnalata; 3= prestazioni addebitate in ritardo a seguito di storno ad altri (accettazione della Regione (quindi il relativo importo 'C') solo per errore sull'individuazione della Regione (solo in questo caso dovrà essere valorizzato il campo 'Regione iniziale di addebito'. Può essere inviata solo a fronte di un invio di una controdeduzione con posizione contabile =C' alla Regione che aveva ricevuto erroneamente l'addebito e che aveva eventualmente segnalato la contestazione.	OBB
68	ERR01 Errori anagrafici	AN	1	0 = nessun errore 1 = identificativo utente assente o errato 2 = utente assente da anagrafe dei residenti 4 = Anonimato non coerente con la tipologia della prestazione erogata	
69	ERR02 Errori sulla residenza	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice comune di residenza non valorizzato o errato 2 = comune di residenza valorizzato ma non appartenente a regione che riceve l'addebito	
70	ERR03 Errori sulla prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = codice nomenclatore assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe zn) 2 = codice prestazione assente o non previsto nel dominio (solo sulle righe zn) 3 = prestazione esclusa dal LEA	
71	ERR04 Errori sulla ricetta	AN	1	0 = nessun errore 1 = Tipo erogazione assente o non previsto nel dominio	
72	ERR05 Errori del record	AN	1	0 = nessun errore 3 = Mancanza righe di dettaglio zn (da segnalare sulla riga '99') 4 = Mancanza riga Totale (riga 99) - da segnalare su tutte le righe 'zn'. Da segnalare solo se importo maggiore di zero	
73	ERR06 Errori sull'importo	AN	1	0 = nessun errore 1 = importo riga non valorizzato come numerico i successivi errori sono evidenziabili solo su riga '99'. 2 = Importo Ticket riga '99' non valorizzato come numerico 3 = Importo Totale riga '99' non valorizzato come numerico e Importo ticket riga '99' non valorizzato come numerico 4 = Importo Totale della riga '99' maggiore della somma dell'importo delle righe zn meno il ticket della riga '99' 5 = Importo superiore all'importo calcolato da quantità e tariffa del Nomenclatore	
74	ERR07 Errori su quantità	AN	1	0 = nessun errore 1 = quantità non valorizzato o non numerico (solo su righe zn)	
75	ERR08 Errori sulla data della prestazione	AN	1	0 = nessun errore 1 = la data di erogazione o di fine ciclo assente o errata o non appartenente all'anno di competenza sulla riga zn (nel caso di data non appartenente all'anno di competenza sarà da segnalare l'errore solo se tutte le righe non appartengono all'anno di competenza)	
76	ERR09 Riservato per usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0	
77	ERR10 Riservato ad usi futuri	AN	1	Valorizzare sempre a 0.	
78-97	ID	AN	20	Identificativo record identico per ogni blocco di prestazioni della riga 1 alla riga 99. Ha la stessa funzione del codice ricetta e deve essere univoco per l'anno di riferimento una volta unito ai dati obbligatori dell'erogatore e al progressivo riga.	OBB V
98-100	Regione iniziale di addebito	AN	3	Da utilizzare solo nelle controdeduzioni associata alla posizione contabile =3'. Indica la Regione alla quale, erroneamente, era stato inviato l'addebito.	OBB se Pos. Contab. =3'
101-102	Tipo erogazione	AN	2	Valori ammessi: A = Accesso diretto P = Pronto soccorso D = Ricetta specialistica interna S = Ricetta SSN Valorizzare sulla riga 99	OBB V
103-105	Codice disciplina unità operativa erogatrice	AN	3	Indicare uno dei codici dell'elenco delle discipline Per le prestazioni erogate in Pronto Soccorso il codice della disciplina erogante non dovrà necessariamente essere il codice S1, ma quello della disciplina che ha effettivamente erogato la prestazione. Per le discipline ospedaliere riportare il codice a due caratteri preceduto da uno 0; per le specialità non ospedaliere riportare il codice a tre caratteri. Valorizzare sulle righe zn	FAC
106	Classe di priorità della prenotazione	AN	1	Valori ammessi: U = Nei più brevi tempo possibile, comunque, se differibile, entro 72 ore; B = Entro 10 giorni; D = Entro 30 (visite), entro 60 giorni (visite strumentali) P = Senza priorità Valorizzare sulla riga 99	FAC
107-112	Codice esenzione	AN	8	Codifica delle esenzioni come da tabella nazionale. Obbligatorio se tipo	OBB

				erogazione «S» e posizione utente nei confronti del ticket 01 Valorizzare sulla riga 99	
113	Tipo struttura	N	1	1= struttura pubblica 2= struttura privata Valorizzare su tutte le righe	OBB
114-121	Quota di compartecipazione alla spesa	N	8	Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99	OSP
122-129	Fatturato al lordo di ticket, quota di compartecipazione	N	8	Importo fatturato dall'erogatore privato a carico del SSR (somatoria righe campo "importo totale" 59-86 a eccezione della riga 99) + quota di compartecipazione alla spesa (campo 114-121) Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99	OBB
130-137	Campo vuoto	N	8	Riemplire con spazi	
138-157	Numero della fattura	AN	20	Codice allineato a sinistra e completato con spazi Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99	OBB
158-165	Data della fattura	Data	3	Formato GGMMAAAA Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99	OBB
166-173	Fatturato al netto di ticket, quota di compartecipazione	N	8	Importo fatturato dall'erogatore privato a carico del SSR (somatoria righe campo "importo totale" 59-86 e eccezione della riga 99) - (importo ticket campo 52-58) + quota di compartecipazione alla spesa (campo 114-121) Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99 (emesso valore "negativo")	OBB
174-181	Importo	N	8	Importo riconosciuto a favore dell'erogatore privato Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99	OBB
182	Causa di mancata liquidazione	AN	1	Indica le cause di non riconoscimento dell'importo del fatturato (compartecipazione al cliente, errore di calcolo, dati errati, ecc.) e non corrispondente alle disposizioni: 1= prestazione inadeguata 2= irregolarità amministrativa 3= conformità di un'operazione (Art. 25, n. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25) 4= altro Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99	OBB
183	Causa di parziale liquidazione	AN	1	Indica le cause di non riconoscimento di parte del valore del fatturato (errore di attribuzione della partita, eccezioni ticket, ecc.) 1= errore di attribuzione della partita 2= eccezioni ticket 3= altro Valorizzare sempre a 0 tranne che nella riga 99	OBB

In grigio chiaro: campi ad uso dell'erogatore privato
In grigio scuro: campi ad uso dell'organo di controllo

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

ALLEGATO A3

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____ ASL _____

Via _____ n. _____ Localita' (_____) Tel. _____ Fax _____

ACCREDITAMENTO REGIONE ABRUZZO D.G.R. N. _____ DEL ././..

FATTURA

N.: DEL :...../...../.....

A.S.L. DI COMPETENZA

MESE DI COMPETENZA:

LORDO PRESTAZIONI
 TICKET €
 IMPORTO NETTO €
 QUOTA FISSA SU RICETTA IN CONTO ANTICIPO €
 TOTALE DOCUMENTO A PAGARE €

Prospetto riepilogativo delle prestazioni erogate per conto del S.S.R.

Altre Prestazioni	N°
Anestesia	N°
Cardiologia	N°
Chirurgia	N°
Chirurgia Plastica	N°
Dermatologia	N°
Endocrinologia	N°
Fisioterapia	N°
Gastroenterologia	N°
Medicina di Laboratorio e Anatomia Patologica	N°
Medicina Nucleare	N°
Nefrologia	N°
Neurochirurgia	N°
Neurologia	N°
Oculistica	N°
Odontostomatologia	N°
Oncologia	N°
Ortopedia	N°
Ostetricia e Ginecologia	N°
Otorinolaringoiatria	N°
Pneumologia	N°
Psichiatria	N°
Radiologia	N°
Radioterapia	N°
Urologia	N°
TOTALE N° PRESTAZIONI EROGATE	N°

Allegato al Decreto del Commissario ad ACTA

n. 73/2015 del 05 LUG. 2016



DECRETO 05.07.2016, n. 76

Avvio procedimento di negoziazione con le strutture private titolari di accreditamento pre-definitivo per l'erogazione di prestazioni sanitarie in regime residenziale, riabilitativo e psicoriabilitativo. integrazioni e rettifiche ai DD.CC.AA. 48/2016 e 49/2016.

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, quale specificazione della funzione attribuita al Commissario ad acta, la realizzazione dell'intervento prioritario inerente la definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa relativi alle prestazioni da essi erogate;

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;

RICHIAMATO il Decreto n. 90 del 12 agosto 2014 di insediamento del Presidente pro tempore della Regione Abruzzo Dr. Luciano D'Alfonso come Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario abruzzese;

RILEVATO che il predetto provvedimento, stabilisce tra l'altro che:

- “ per l'espletamento dell'incarico (di Commissario ad acta) è funzionale la collaborazione di tutta la struttura amministrativa della Giunta regionale ed appare necessaria la collaborazione diretta dei Servizi della Direzione Politiche della Salute (rectius Dipartimento per la Salute ed il Welfare), dell'Agenzia Sanitaria Regionale ..omissis”;
- “ dei predetti uffici si avvarrà anche il Subcommissario Dr Giuseppe Zuccatelli, per l'espletamento del compito di affiancamento al Commissario ad acta”;

- “ è confermata la istituzione dell'Ufficio del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro...omissis”;

DATO ATTO che in particolare e per quanto riguarda gli uffici del Dipartimento per la Salute ed il Welfare, questi ultimi sono posti in rapporto di dipendenza funzionale con l'Ufficio del Commissario a cui prestano collaborazione per tutta la durata del mandato commissariale e provvedono a raccordarsi direttamente con gli Organi commissariali dando esecuzione alle direttive impartite da questi ultimi anche per gli aspetti procedurali e organizzativi;

CONSIDERATO:

- che con decreto commissariale n. 48 del 23 maggio 2016 è stato dato avvio al procedimento di negoziazione con le strutture private titolari di accreditamento pre-definitivo per l'erogazione di prestazioni sanitarie in regime residenziale e psico-riabilitativo per il biennio 2016- 2017;
- che con decreto commissariale n. 49 del 23 maggio 2016 è stato dato avvio al procedimento di negoziazione con le strutture private titolari di accreditamento pre-definitivo per l'erogazione di prestazioni sanitarie a carattere riabilitativo per il biennio 2016- 2017;

PRECISATO che l'individuazione dei termini endoprocedimentali e finali è demandata al Servizio competente, il quale - giusta Deliberazione di Giunta Regionale n. 341/2015 recante “ formulazione dell'assetto organizzativo del Dipartimento per la Salute e il Welfare. Precisazione delle competenze e dei programmi da realizzare” - tra le altre attività “ cura i diversi aspetti che regolano l'attività delle strutture della rete territorialeomissis...definisce il budget da assegnare alle strutture private e procede alla definizione degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinques dlgs. 502/92 s.m.i....”;

DATO ATTO che successivamente alla loro approvazione la struttura competente del Dipartimento “ Salute e Welfare”, per quanto sopra rappresentato, ha provveduto per esigenze procedurali ad individuare - per il su menzionato decreto commissariale 48/2016

- quali termini ad quem, tanto per la formulazione di osservazioni allo schema di accordo contrattuale - approvato quale all. 2, parte integrante e sostanziale del predetto provvedimento, quanto per la fissazione del termine ultimo per la conclusione del procedimento e per la sottoscrizione degli accordi contrattuali, rispettivamente il 30 giugno 2016 ed il 12 settembre 2016, mentre - con riferimento al successivo decreto 49/2016 - si è provveduto a fissare al 30 settembre 2016 il termine ultimo per la conclusione del procedimento e la sottoscrizione dei nominati accordi;

PRESO ATTO che i predetti provvedimenti, integrati nei termini e per le finalità di cui sopra, sono stati ritualmente notificati agli erogatori privati ammessi alla negoziazione e alle Aziende Usl per l'avvio della prevista fase di interlocuzione sullo Schema di accordo contrattuale;

DATO ATTO che con nota Prot. n. RA 149359/COMM del 29 giugno 2016 l'Organo commissariale, con riferimento ai suddetti procedimenti di avvio della contrattazione 2016 - 2017 nel postergare i termini per il completamento della complessa istruttoria, ha confermato i termini per la definizione degli accordi contrattuali, così come determinati dalla struttura responsabile del procedimento;

CONSIDERATO inoltre che, per mero errore materiale, nella parte narrativa e dispositiva del decreto 49/2016, risulta indicato quale termine conclusivo per il procedimento di che trattasi quello di gg. 60 (sessanta) dalla notifica del medesimo ai soggetti interessati, laddove, nella trasmissione dell'atto e dei relativi allegati agli erogatori interessati è stato individuato quale termine conclusivo del procedimento il giorno 30 settembre 2016, con la conseguenza che la durata del medesimo si intende protratta, quale termine ultimo a tale data, in ragione della complessità del procedimento stesso;

RICHIAMATI a tal proposito:

- l'art. 8-bis. del decreto legislativo 502/92 s.m.i. (Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali) il quale testualmente recita "1. Le Regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1

avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies;

- l'art. 8 - quater co. 1 e 2 del d.lgs. 502/92 s.m.i. che testualmente prevedono che "L'accREDITAMENTO istituzionale é rilasciato dalla Regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.. omissis "La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 - quinquies. I requisiti ulteriori costituiscono presupposto per l'accREDITAMENTO e vincolo per la definizione delle prestazioni previste nei programmi di attività delle strutture accreditate, così come definiti dall'articolo 8- quinquies".
- l'art. 8 quinquies d.lgs. 502/92 s.m.i. che prevede che " Le Regioni, definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali ed individuano i soggetti interessati", con specifico riferimento agli obblighi derivanti dalla stipula dei predetti accordi in capo agli erogatori privati interessati, nonché individuando le funzioni specificamente ascritte alla Regione, in qualità di ente di programmazione, e alle Aziende Usl quali enti pubblici titolari delle funzioni di gestione dei rapporti con la committenza, predeterminando a tal fine il volume massimo delle prestazioni e il corrispettivo preventivato;

CONSIDERATO che la determinazione dei tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da strutture private accreditate, costituisce da un lato esercizio del potere autoritativo da parte della pubblica amministrazione precedente e dall'altro

implica necessariamente una distribuzione ex ante ed a monte del relativo procedimento di risorse pubbliche;

ATTESO che quanto stabilito dai DDCCAA nn. 48/2016 e 49/2016 e di seguito riportato:

- “CONSIDERATO che tale riduzione lineare non risulta coerente con quanto previsto dall’art. 14 D.L. n. 95/2012, convertito in Legge n. 135/2012, che espressamente circoscrive tale riduzione alle prestazioni di carattere ospedaliero e ambulatoriale e che, pertanto, si rende necessario individuare parametri per la definizione dei tetti di spesa relativi all’acquisto di siffatte tipologie di prestazioni coerenti con la normativa vigente e con le dimensioni dell’attuale domanda ed offerta di servizi psicosocioriabilitativi” (DCA n. 48/2016);
- “PRESO ATTO che tale riduzione lineare non risulta coerente con quanto previsto dall’art. 14 D.L. n. 95/2012, convertito in Legge n. 135/2012, che espressamente circoscrive tale riduzione alle prestazioni di carattere ospedaliero ed ambulatoriale e che, pertanto, si rende necessario individuare parametri per la definizione dei tetti di spesa relativi all’acquisto di siffatte tipologie di prestazioni coerenti con la normativa vigente e con le dimensioni dell’attuale domanda ed offerta di servizi riabilitativi” (DCA n. 49/2016);

può determinare l’insorgere di interpretazioni non in linea rispetto ai provvedimenti commissariali precedentemente adottati in materia - i quali invece sono stati approvati in aderenza alle disposizioni vigenti - e si pongono, stricto sensu, in ineludibile correlazione con l’attuale fase procedimentale, che si caratterizza per una sostanziale continuità dell’azione amministrativa, essendo la Regione Abruzzo ancora in Piano di Rientro e sottoposta a regime commissariale;

PRESO ATTO a tal proposito del parere l’Avvocatura Distrettuale Prot. N. 20890 del 05.07.2016, acclarato al Prot. RA/155048 di pari data, che testualmente recita “I passaggi in questione, per come formulati, presentano effettivamente aspetti di distonia con il precedente operato amministrativo dell’Ufficio commissariale, e con i principi di riferimento già positivamente vagliati in sede ermeneutica;

e profili di non necessità in rapporto alla struttura motivazionale dei decreti cui afferiscono” ed ancora “Sotto il primo aspetto, può risultare utile rammentare la copiosa giurisprudenza maturata proprio nel vaglio di provvedimenti adottati dal Commissario ad Acta abruzzese, che ha chiarito come l’Amministrazione non abbia “esteso” le disposizioni relative alla spending review agli ambiti (dalla norma nazionale non contemplati) della riabilitazione, della psicosocioriabilitazione e della residenzialità, bensì abbia autonomamente imposto il taglio lineare quale misura attuativa del Piano di rientro, idonea, come altre relative a diversi ambiti, a conseguire gli obiettivi di risparmio programmati, intervenendo anche sul livello di spesa per gli acquisti delle prestazioni sanitarie presso gli operatori privati accreditati (cfr., ex multis: TAR Abruzzo - L’Aquila, 26.5.2016, n. 343/2016; idem, sentenza n. 587/15, dalla prima citata). Ossia, ha fatto corretta applicazione di quanto stabilito, appunto, dal dianzi menzionato art. 17, comma 1, lett. a, terzo periodo, DL n. 98/2011, convertito con modificazioni dalla L. n. 111/2011, di per sé sufficiente a motivare e sorreggere il taglio “lineare” a suo tempo operato. Peraltro, va rilevato che in sede interpretativa il criterio della cd “spesa storica” non è stato mai oggetto di “demonizzazione”: particolarmente illuminante può risultare, in argomento, un passaggio della medesima sentenza n. 343/2016 TAR L’Aquila: <<...la ripartizione delle risorse sulla base della “spesa storica” è un criterio inefficiente, ma non è affatto un metodo illegittimo e supplisce alla mancanza di regole per la ripartizione delle risorse secondo il principio del fabbisogno. Al riguardo, è stato già affermato che tale criterio rappresenta un “valido e legittimo parametro cui ancorare la determinazione dei tetti di spesa in assenza di più precisi studi sull’evoluzione delle necessità assistenziali e della relativa spesa, con la possibile applicazione sugli importi così determinati anche di tagli percentuali e dei meccanismi di regressione tariffaria” (cfr., ex multis, T.a.r. Abruzzo 29 luglio 2015, n. 587, Cons. di Stato, n. 108/2014 e 5602/2013 e TAR Campania Napoli, n. 2806/2013)>>”;

PRESO ATTO altresì che nel parere suddetto si precisa “il contenuto degli incisi in commento non pare presentare elementi di necessità rispetto all’impianto motivatorio delle scelte

commissariali, le quali non possono che reggersi - attraverso le opportune esplicitazioni logico-sistematiche - sul raggiungimento dei risparmi di spesa sanciti e sulla concretizzazione delle finalità delineate dalla programmazione regionale. Purtuttavia, il loro mantenimento nella struttura dei provvedimenti potrebbe rendere [per le ragioni sintetizzate nel precedente capoverso] l'azione commissariale vulnerabile a rivendicazioni - anche, in ipotesi, risarcitorie - da parte di quegli erogatori privati che si ritenessero pregiudicati dall'applicazione del budget secondo il parametro utilizzato nelle annualità precedenti.

Appare condivisibile, pertanto, l'esigenza di pervenire all'espunzione delle clausole in parola, cui si ritiene possa pervenirsi mantenendo comunque integro l'impianto dei provvedimenti commissariali, stante la loro sostanziale coerenza con le norme e le finalità dianzi ricordate”;

RITENUTO, pertanto, nell'ambito della propria autonomia programmatica e ferma restando la ratio legittima della previsione riferita al triennio di Programmazione Operativa 2013 - 2015, di dover espungere i capoversi presenti nei DCA n. 48/2016 e n. 49/2016 e espressamente su riportati, in quanto fuorvianti rispetto agli obiettivi dichiarati e sottesi al corrente triennio di Programmazione 2016- 2018, che costituisce sviluppo dei provvedimenti del triennio precedente e si pone in sostanziale continuità con gli stessi, anche in considerazione delle prerogative in capo all'Organo commissariale di indirizzare le risorse per il raggiungimento degli obiettivi preventivati e per il mantenimento di adeguati livelli qualitativi dell'offerta delle prestazioni;

DATO ATTO che si intendono integralmente confermati i contenuti dei decreti commissariali n. 48/2016 e 49/2016 - per quanto non espressamente rettificato, modificato ovvero integrato per effetto del presente provvedimento -, ivi comprese le determinazioni relative alla fissazione dei “Tetti di spesa individuali e complessivo”, di cui all'All. 1 dei relativi provvedimenti nonché lo “Schema di accordo contrattuale” di cui all'All. 2, così come approvati e originariamente inseriti nella sezione “Atti della Regione/Atti del Commissario ad acta”;

RICHIAMATO altresì il DCA n. 55/2016 con il quale è stato approvato il Piano di Riqualficazione 2016 - 2018 precedentemente trasmesso in preventiva approvazione ai Ministeri affiancanti;

PRECISATO in tal senso che i tetti di spesa fissati con i DDCCAA nn. 48 e 49 del 23 maggio 2016 sono ricompresi nei limiti massimi di spesa previsti nel su richiamato DCA 55/2016, per l'annualità 2016, specificando altresì che per l'anno 2017 si provvederà anche a rideterminare gli importi assegnati a ciascuna struttura;

DATO ATTO che in forza del presente provvedimento sono fatti integralmente salvi gli effetti già esplicitati dei procedimenti di negoziazione con gli erogatori privati accreditati, avviati con i menzionati decreti commissariali n. 48/2016 e 49/2016 e perfezionati con l'intervenuta notifica degli stessi;

VISTO l'art. 21 octies della l. 241/90 s.m.i. il quale prevede che “E' annullabile il provvedimento amministrativo adottato in violazione di legge o viziato da eccesso di potere o da incompetenza. 2. Non é annullabile il provvedimento adottato in violazione di norme sul procedimento o sulla forma degli atti qualora, per la natura vincolata del provvedimento, sia palese che il suo contenuto dispositivo non avrebbe potuto essere diverso da quello in concreto adottato.”;

RILEVATO per quanto sopra che le predette irregolarità, laddove sussistenti - di esclusivo carattere formale - non sono comunque tali da comportare l'applicazione della su richiamata disposizione normativa e per l'effetto l'annullamento degli atti, anche in considerazione della preminente circostanza che il contenuto dispositivo dei medesimi non avrebbe in ogni caso potuto essere diverso da quello in concreto adottato;

RILEVATO che quanto sopra rappresentato riveste carattere di urgenza stante la necessità di ultimare in tempi rapidi la definizione delle negoziazioni con le strutture private titolari di accreditamento pre-definitivo 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 prendere atto** della intervenuta individuazione da parte della struttura competente dei termini endoprocedimentali e conclusivi dei nominati provvedimenti commissariali n. 48/2016 e 49/2016, e della conseguente necessità di integrare limitatamente a tali aspetti i menzionati provvedimenti e di rettificare il decreto 49/ 2016 relativamente alla attestazione che la durata del medesimo si intende protratta fino al 30 settembre 2016, in ragione della complessità del procedimento stesso;
2. **di precisare** che si intendono pertanto rideterminati e confermati rispettivamente per il decreto 48/2016 i termini del 25 luglio 2016, per la trasmissione di osservazioni e controdeduzioni, e del 12 settembre 2016 quale termine ultimo per la conclusione del procedimento e la sottoscrizione del contratto per l'acquisto di prestazioni sanitarie da strutture titolari di accreditamento pre-definitivo in regime residenziale e psicosociale riabilitativo per il biennio 2016- 2017;
3. **di precisare** altresì che intendono pertanto rideterminati e confermati rispettivamente per il decreto 49/2016 i termini del 25 luglio 2016, per la trasmissione di osservazioni e controdeduzioni, e del 30 settembre 2016 quale termine ultimo per la conclusione del procedimento e la sottoscrizione del contratto per l'acquisto di prestazioni sanitarie da strutture titolari di accreditamento pre-definitivo in regime riabilitativo per il biennio 2016- 2017;
4. **di dare atto** che si intendono integralmente confermati i contenuti dei decreti commissariali n. 48/2016 e 49/2016 - per quanto non espressamente rettificato, modificato ovvero integrato per effetto del presente provvedimento -, ivi comprese le determinazioni relative alla fissazione dei "Tetti di spesa individuali e complessivo", di cui all'All. 1 dei relativi

5. **di dare** altresì atto che in forza del presente provvedimento sono fatti integralmente salvi gli effetti già esplicitati dei procedimenti di negoziazione con gli erogatori privati accreditati, avviati con i menzionati decreti commissariali n. 48/2016 e 49/2016 e perfezionati con l'intervenuta notifica degli stessi;
6. **di stabilire**, per quanto espressamente riportato in premesse, ed all'esito degli indirizzi formulato con il suddetto parere dell'Avvocatura Distrettuale l'eliminazione dei seguenti capoversi:
 - nel DCA 48/2016: "CONSIDERATO che tale riduzione lineare non risulta coerente con quanto previsto dall'art. 14 D.L. n. 95/2012, convertito in Legge n. 135/2012, che espressamente circoscrive tale riduzione alle prestazioni di carattere ospedaliero e ambulatoriale e che, pertanto, si rende necessario individuare parametri per la definizione dei tetti di spesa relativi all'acquisto di siffatte tipologie di prestazioni coerenti con la normativa vigente e con le dimensioni dell'attuale domanda ed offerta di servizi psicosociali riabilitativi";
 - nel DCA n. 49/2016: "PRESO ATTO che tale riduzione lineare non risulta coerente con quanto previsto dall'art. 14 D.L. n. 95/2012, convertito in Legge n. 135/2012, che espressamente circoscrive tale riduzione alle prestazioni di carattere ospedaliero ed ambulatoriale e che, pertanto, si rende necessario individuare parametri per la definizione dei tetti di spesa relativi all'acquisto di siffatte tipologie di prestazioni coerenti con la normativa vigente e con le dimensioni dell'attuale domanda ed offerta di servizi riabilitativi";
7. **di confermare** che, per l'annualità 2016, conformemente al DCA n. 55/2016, con il

quale è stato approvato il Piano di Riqualificazione 2016 - 2018, i tetti di spesa fissati con i DDCCAA nn. 48 e 49 del 23 maggio 2016 sono ricompresi nei limiti massimi di spesa previsti nel surrichiamato provvedimento;

8. **di stabilire** che, per l'annualità 2017, si procederà ai necessari adeguamenti, rideterminando conseguentemente gli importi assegnati a ciascuna struttura predefinitivamente accreditata, tenuto conto del tetto massimo di spesa individuato dal DCA 55/2016 ed approvato dai Ministeri affiancanti per l'annualità suddetta;
9. **di notificare** copia del presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Usl e agli erogatori privati interessati, precisando che il procedimento di negoziazione avviato in forza del medesimo dovrà concludersi entro i termini massimi su indicati;
10. **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 ai fini della successiva validazione;
11. **di trasmettere** copia del presente provvedimento al Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo (B.U.R.A.T);

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D'Alfonso

DECRETO 12.08.2016, n. 91

Modifica Decreto del Commissario ad Acta n. 47/2016 del 23 maggio 2016 recante "Screening oncologici della mammella, colon retto e cervice uterina - Costituzione Comitato unico regionale di coordinamento ed attivazione tavoli tecnici.

IL COMMISSARIO AD ACTA

Omissis

DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

1. **di modificare** la composizione del Tavolo tecnico screening colon-retto di cui al punto 1) del Decreto del Commissario ad Acta n. 47/2016 del 23 maggio 2016 nel modo seguente:
 - Tavolo tecnico screening colon retto:
 - Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila - Dott.ssa Iole Palladini
 - Asl Pescara - Dott. Alessandro Della Ciucca
 - Asl Lanciano-Vasto-Chieti - Dott.ssa Franca Maria Lattanzio
 - Asl Teramo - Dott. Antonio Astolfi e Franco di Gaetano
2. **di dare mandato** Servizio della Prevenzione e Tutela Sanitaria del Dipartimento per la Salute e il Welfare di provvedere con proprio atto, qualora se ne ravvisi la necessità, alla modifica/integrazione del Comitato unico regionale di coordinamento per lo screening della mammella, colon retto e cervice uterina" composto da una Cabina di regia, da un Tavolo tecnico con funzioni di tipo gestionale ed informatico/statistiche, da tre Tavoli tecnico-scientifici per ciascuno degli screening della mammella, colon retto e cervice uterina;
3. **di procedere**, ai sensi dell'art.11 del D.Lgs 27.10.2009 n.150 ed egli artt.26 e 27 del D.Lgs 14.3.2013 n.33 alla pubblicazione del presente atto nell'apposito spazio "Amministrazione aperta. Trasparenza";
4. **di trasmettere** il presente provvedimento ai Direttori Generali delle A.A.S.S.L.L. della Regione Abruzzo ed al componente designato in sostituzione da parte della Asl di Avezzano-Sulmona-L'Aquila di cui al punto 1);
5. **di dare atto** che il presente provvedimento non è soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33;
6. **di pubblicare** il presente provvedimento per estratto sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo;

7. **di trasmettere** il presente atto al Tavolo di monitoraggio del Piano di Risanamento del Sistema Sanitario Regionale, costituito dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, per la dovuta validazione.

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D'Alfonso

DECRETO 12.08.2016, n. 93

Quote di compartecipazione relative all'assistenza territoriale residenziale per anziani non autosufficienti, disabili e pazienti Alzheimer e Demenze in fase di lungodegenza e mantenimento - Modifiche ed integrazioni ai Decreti del Commissario ad Acta n. 105/2014 del 18/09/2014 e n. 13/2015 del 23 febbraio 2015, nonché integrazione al Decreto del Commissario ad Acta n. 34/2016 del 4 aprile 2016.

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 del Commissario ad acta n. 90/2014 del 12 agosto 2014, di insediamento del Presidente pro tempore Dr. Luciano D'Alfonso, come Commissario ad acta per l'attuazione del summenzionato Piano di Rientro;

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, fra gli interventi prioritari specificatamente attribuiti alla competenza del Sub Commissario ai sensi della riferita deliberazione del 07.06.2012, è contemplata la "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. 20/2012 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;

RICHIAMATI i seguenti provvedimenti regionali in materia di tariffe per assistenza territoriale residenziale erogata nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) a favore di anziani non autosufficienti, disabili e pazienti affetti da morbo di Alzheimer:

- Deliberazione di Giunta Regionale n. 661 del 01 agosto 2002 recante "Modificazioni alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 2502 del 24/11/99, avente ad oggetto: "Fissazione delle diarie da corrispondere per soggiorni in RSA";
- Decreto del Commissario ad Acta n. 105/2014 del 18 settembre 2014, di rettifica della sopracitata DGR 661/2002;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 13/2015 del 26 febbraio 2015, recante "Modifiche ed integrazioni del Decreto del Commissario ad Acta n. 105/2014 del 18 settembre 2014";

DATO ATTO che con i citati provvedimenti di cui al DC 105/2014 e DC 13/2015, in attuazione della vigente normativa in materia di Livelli Essenziali di Assistenza DPCM 29/11/2001 - e fermo restando l'importo delle tariffe già stabilite con la DGR 661/2002 e relativa articolazione dei setting assistenziali per fasce tariffarie connesse alla gravità -, sono state introdotte le quote di compartecipazione relative alle prestazioni di assistenza territoriale residenziale a favore di anziani non autosufficienti, disabili e pazienti affetti da morbo di Alzheimer/demenze;

ATTESO che, ai sensi dei citati provvedimenti:

- sono poste parzialmente a carico del SSR le prestazioni erogate nella prima e seconda fascia delle RSA anziani non autosufficienti, disabili e Alzheimer/demenze;
- sono poste interamente a carico del Servizio Sanitario Regionale le prestazioni residenziali erogate a pazienti classificati nella terza fascia delle RSA anziani non autosufficienti o disabili, in quanto pazienti sottoposti a trattamenti intensivi essenziali per il supporto alle funzioni vitali;

RICHIAMATO altresì il Decreto del Commissario ad Acta n. 34/2016 del 04/04/2016 recante "Determinazione delle tariffe e delle relative quote di compartecipazione per prestazioni residenziali e semiresidenziali - Area assistenziale degli anziani non autosufficienti" che stabilisce tra l'altro la tariffa per le RSA demenze, precisando che la stessa è posta a totale carico del Servizio sanitario regionale in quanto riferita a trattamenti di carattere estensivo;

RILEVATO che i su richiamati Decreti 105/2014 e 13/2015, nello stabilire le quote di compartecipazione, non distinguono in particolare le prestazioni di carattere intensivo ed estensivo dalle prestazioni di lungodegenza e mantenimento, né fanno riferimento alle diverse percentuali di compartecipazione previste per i disabili nel DPCM LEA;

RAVVISATA quindi la necessità di procedere alle integrazioni e modifiche dei citati decreti 105/2014 e 13/2015;

CONSIDERATO che nell'ambito dell'attività di cura erogata a favore dei pazienti dementi occorre distinguere il diverso carico assistenziale che caratterizza la fase centrale della malattia di Alzheimer - generalmente associata a disturbi del comportamento attivo e/o dell'affettività che richiede trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protetico", dalle fasi di demenza cronicizzata che richiede trattamenti di lungodegenza e mantenimento;

RAVVISATA quindi la necessità, alla luce del richiamato decreto 34/2016, di precisare le diverse tipologie di trattamento nell'ambito

dell'assistenza a favore dei soggetti Alzheimer/demenze sulla base di quanto sopra detto;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29/11/2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" (DPCM LEA), che definisce le prestazioni che costituiscono livelli essenziali dell'assistenza garantita dal Servizio Sanitario Nazionale ed i relativi criteri di finanziamento;

PRESO ATTO che l'Allegato 1.C "Area integrazione socio-sanitaria" del citato DPCM al Macrolivello 9. "Assistenza territoriale residenziale" prevede tra l'altro:

- per il Microlivello assistenziale "Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali" le seguenti prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale sub lettera c):
 - disabili gravi, con una compartecipazione a carico dell'Utente/Comune pari al 30 % del costo della prestazione;
 - disabili privi di sostegno familiare, con una compartecipazione a carico dell'Utente/Comune pari al 60% del costo della prestazione;
- per il Microlivello assistenziale "Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani" le seguenti prestazioni, rispettivamente sub lettere a) e b):
 - prestazioni di cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti in fase intensiva ed estensiva, per le quali non è prevista nessuna partecipazione al costo a carico dell'Utente/Comune;
 - prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale ivi compresi interventi di sollievo, per le quali è prevista una compartecipazione al costo pari al 50% a carico dell'Utente/Comune;

RITENUTO che

- siano ricomprese nella 3^a fascia delle RSA standard anziani non autosufficienti

le prestazioni di cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti in fase intensiva ed estensiva a totale carico del SSN;

- siano ricomprese nella 1^a e nella 2^a fascia delle RSA standard anziani non autosufficienti le prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale ivi compresi interventi di sollievo, per le quali è prevista una compartecipazione al costo a carico dell'Utente/Comune del 50%;
- siano ricomprese nella tipologia di Residenza Protetta per Anziani (ex RA Anziani) le prestazioni, a minore intensità assistenziale, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per anziani non autosufficienti in regime residenziale ivi compresi interventi di sollievo, per le quali è prevista una compartecipazione al costo a carico dell'Utente/Comune del 50%;

RIBADITA la competenza delle UVM nella determinazione del setting assistenziale, ai sensi della vigente normativa e del Decreto del

Tariffe giornaliere per RSA standard 60 pl per Anziani non autosufficienti

	Spesa a carico SSN (50%)	Spesa a carico Ospite/Comune (50%)	Tariffa totale
1 ^a fascia	€ 38,65	€ 38,65	€ 77,30
2 ^a fascia	€ 43,93	€ 43,93	€ 87,86

Tariffe giornaliere per RSA standard 60 pl per Disabili gravi

	Spesa a carico SSN (70%)	Spesa a carico Ospite/Comune (30%)	Totale
1 ^a fascia	€ 54,11	€ 23,19	€ 77,30
2 ^a fascia	€ 61,50	€ 26,35	€ 87,86

Tariffe giornaliere per RSA standard 60 pl per Disabili privi sostegno familiare

	Spesa a carico SSN (40%)	Spesa a carico Ospite/Comune (60%)	Totale
1 ^a fascia	€ 30,92	€ 46,38	€ 77,30
2 ^a fascia	€ 35,18	€ 52,70	€ 87,86

Commissario ad Acta 107/2013 del 20/12/2013;

RITENUTO infine, in ragione del carattere di urgenza che riveste il presente provvedimento, di procedere al relativo inoltro ai Ministeri dell'Economia e Finanze e della Salute successivamente alla sua formale adozione;

DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

1. **di integrare e modificare**, fermo restando l'importo delle tariffe fissate con la DGR 661/2002, i decreti del Commissario ad Acta n. 105/2014 del 18/09/2014 e n. 13/2015 del 26/02/2015, definendo per le prestazioni di lungodegenza e mantenimento le quote di compartecipazione relative alla 1^a e alla 2^a fascia delle RSA standard per anziani non autosufficienti e per disabili secondo le seguenti tabelle:

2. **di stabilire** che alle prestazioni di lungodegenza e mantenimento funzionale delle abilità per pazienti affetti dal morbo di Alzheimer relative alla 1^a e 2^a fascia erogate presso la RSA standard Alzheimer, fermo restando

l'importo delle tariffe fissate con la citata DGR 661/2002, si applica a carico dell'Utente/Comune la quota di compartecipazione alla spesa pari al 50%, secondo la seguente tabella:

Tariffe giornaliere per RSA standard da 60 p.l. per pazienti affetti dal Morbo di Alzheimer

	Spesa a carico SSN (50%)	Spesa a carico Ospite/Comune (50%)	Tariffa totale
1 ^a fascia	€ 50,11	€ 50,11	€ 100,22
2 ^a fascia	€ 54,09	€ 54,09	€ 108,18

3. **di confermare** la tariffa stabilita per le RSA Demenze di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 34/2016 del 04/04/2016, precisando che la stessa è posta a totale carico del SSN in quanto relativa a trattamenti estensivi erogati nella fase centrale della malattia di Alzheimer, come da valutazione UVM;
4. **di stabilire** che alle prestazioni di lungodegenza e mantenimento erogate a pazienti affetti da demenza e/o già in cura presso RSA Demenze si applicano le tariffe e le relative quote di compartecipazione a carico dell'utente/Comune previste per il setting appropriato, come da valutazione UVM;
5. **di inviare** il presente provvedimento, per opportuna conoscenza e per i rispettivi adempimenti di competenza, ai Servizi del Dipartimento regionale per la Salute e il Welfare, ai Direttori Generali delle Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo, e, tramite questi ultimi, alle strutture private provvisoriamente accreditate presenti nell'ambito territoriale di competenza;
6. **di trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze per la sua successiva validazione;
7. **di pubblicare** il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo (B.U.R.A.T.) nonché sul sito web istituzionale regionale.

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D'Alfonso



**Dipartimento della Presidenza e
Rapporti con l'Europa**

**Servizio assistenza atti del Presidente
e della Giunta Regionale**

Centralino 0862 3631 Tel.
0862 36 3217/ 3206

Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>
e-mail: bura@regione.abruzzo.it
Pec: bura@pec.regione.abruzzo.it