



BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE ABRUZZO



Direzione, Redazione e Amministrazione: Ufficio BURA

Speciale N. 94 del 1 Luglio 2016

DECRETI COMMISSARIO AD ACTA

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 04.04.2016, n. 34

Determinazione delle tariffe e delle relative quote di compartecipazione per prestazioni residenziali e semiresidenziali - Area assistenziale degli Anziani non autosufficienti. 4

DECRETO 23.05.2016, n. 48

Avvio procedimento di negoziazione con le strutture private titolari di accreditamento pre-definitivo per l'erogazione di prestazioni sanitarie in regime residenziale e psicoriabilitativo. biennio 2016/2017..... 6

DECRETO 23.05.2016, n. 49

Avvio procedimento di negoziazione con le strutture private titolari di accreditamento predefinitivo per l'erogazione di prestazioni sanitarie a carattere riabilitativo. biennio 2016/2017.....30

DECRETO 30.05.2016, n. 50

Trasferimento dei pazienti della struttura Medical Centra Maria Ausliatrice. sospensione accreditamento. autorizzazione all'attivazione di moduli residenziali presso il pta di Guardiagrele.....54

DECRETO 06.06.2016, n. 52

Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (pdta) del tumore del colon - retto.....61

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 04.04.2016, n. 34

Determinazione delle tariffe e delle relative quote di compartecipazione per prestazioni residenziali e semiresidenziali - Area assistenziale degli Anziani non autosufficienti.

IL COMMISSARIO AD ACTA

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

VISTO il Decreto commissariale n. 90/2014 del 12 agosto 2014 di insediamento del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

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

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

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

VISTO il Piano Sanitario Regionale 2008-2010, approvato con LR 10 marzo 2008, n. 5, il quale, nel recare indirizzi in materia di riorganizzazione della rete dei servizi residenziali e semiresidenziali, ha provveduto alla definizione delle tipologie di strutture extraospedaliere residenziali e semiresidenziali dell'Area assistenziale degli Anziani non autosufficienti, caratterizzando ciascuna di esse sulla base dei bisogni assistenziali da soddisfare, delle tipologie di utenze e di struttura, delle modalità di accesso, della durata di degenza, degli standard di struttura e degli standard minimi di personale;

ATTESO che sulla base degli standards di personale e delle descrizioni delle tipologie di strutture contenuti nel citato Piano Sanitario Regionale 2008-2010 di cui alla Legge Regionale 5/2008, con il Manuale di Autorizzazione ed Accreditamento approvato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 591/P del 1° luglio 2008 e successive modifiche ed integrazioni si è provveduto a definire i requisiti minimi tecnologici organizzativi e di personale per le strutture che erogano servizi nell'Area assistenziale degli Anziani non autosufficienti;

VISTE in particolare, le schede sinottiche contenute nel citato Piano Sanitario Regionale, (paragrafo 5.2.7.2.4), relative alle tipologie di struttura delle RSA Demenze (tabella 14, pag. 108) e delle Semiresidenze per anziani (tabella 16, pag. 109), queste ultime distinte in Semiresidenze per anziani non autosufficienti (SR Anziani) e Semiresidenze per pazienti anziani affetti da demenza (SR Demenze);

VISTE, altresì, le definizioni puntuali, contenute nel citato Manuale di Autorizzazione ed Accredimento approvato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 591/P del 1° luglio 2008 e successive modifiche ed integrazioni, delle caratteristiche strutturali, organizzative e di personale delle Residenze Sanitarie Assistenziali Demenze (RSA Demenze, scheda 4.4.2), delle Semiresidenze per anziani (SR Anziani, scheda 4.4.4) e delle Semiresidenze demenza (SR Demenze, scheda 4.4.5);

ATTESO che dalle citate schede sinottiche e definizioni si individuano, per ciascuna tipologia di struttura sopra citata, rispettivamente le seguenti tipologie di prestazioni e di utenze:

- RSA Demenze: cura - in residenze sanitarie o nuclei dedicati - di pazienti affetti da demenza senile, non assistibili a domicilio, nella fase centrale della malattia in cui il disturbo mnesico è

associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protesico";

- Semiresidenze per anziani (SR Anziani): trattamenti di mantenimento per anziani erogati presso centri diurni;
- Semiresidenze per pazienti anziani affetti da demenza (SR demenze): prestazioni di cure estensive presso centri diurni a pazienti con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale;

ATTESO altresì che dalle citate descrizioni e dalle relative schede sinottiche risultano indirizzi per la determinazione delle tariffe giornaliere, IVA esclusa, delle prestazioni erogate, con l'individuazione dei seguenti valori minimo e massimo:

Tipologia di struttura	Tariffe (euro)	
	minima	massima
RSA Demenze	115	135
Semiresidenze per anziani non autosufficienti (SR Anziani)	35	50
Semiresidenze per pazienti anziani affetti da Demenze (SR Demenze)	45	60

CONSIDERATO che il citato Piano sanitario rinvia l'individuazione delle tariffe per le prestazioni erogate da ciascuna tipologia delle strutture di che trattasi ad apposito provvedimento regionale;

RITENUTO di dover fissare tali tariffe ai livelli minimi indicati da Piano Sanitario Regionale, ferma restando la possibilità, contenuta nel Piano stesso (tabella 14 a pagina 108), di articularle e modularle sulla base della tipologia di utenza e degli standard assistenziali;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", ed in particolare l'Allegato 1 C di classificazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria garantite dal Servizio Sanitario Nazionale;

VISTA, in particolare la sezione relativa alle prestazioni residenziali afferenti il macro-livello 9 "Assistenza territoriale residenziale",

micro-livello "Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani", che prevede che le "Prestazioni di cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti in fase intensiva ed estensiva" di cui alla lettera a) siano ad intero carico del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTA, altresì la sezione relativa alle prestazioni afferenti il macro-livello 8 "Assistenza territoriale semi-residenziale", nelle lettere a) dei micro-livelli "Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali", e "Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e /o delle famiglie", cui sono riconducibili le prestazioni riabilitative di natura intensiva ed estensiva in regime semiresidenziale;

VISTA, infine, la sezione relativa alle prestazioni afferenti il macro-livello 8 "Assistenza territoriale semi-residenziale",

micro-livello "Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani", che prevede che il costo delle "prestazioni terapeutiche di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti, in regime semiresidenziale, ivi compresi interventi di sollievo" di cui alla lettera a) sia sostenuto per il 50% dal Servizio Sanitario Nazionale e per il restante 50% dall'utente o dal Comune di residenza;

RILEVATO, per quanto sopra:

- che le prestazioni erogate delle RSA Demenze, in quanto riferite alla lettera a) del micro-livello "Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani" all'interno del macro-livello 9 "Assistenza territoriale residenziale" del citato Allegato 1.C del DPCM 29 novembre 2001 sono ad intero carico del Servizio Sanitario Nazionale;
- che le prestazioni erogate delle Semiresidenze Demenze, in quanto di carattere estensivo, ovvero riferibili alla lettera a) dei micro-livelli "Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali" e "Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie" all'interno del macro-livello 8 "Assistenza territoriale semi-residenziale" del citato Allegato 1.C del DPCM 29 novembre 2001, sono ad intero carico del Servizio Sanitario Nazionale;
- che il costo delle prestazioni erogate delle Semiresidenze Anziani, in quanto riferite alla lettera a) del micro-livello "Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani", all'interno del macro-livello 8 "Assistenza territoriale semi-residenziale" del citato Allegato 1.C del DPCM 29 novembre 2001, sia sostenuto per il 50% dal Servizio Sanitario Nazionale e per il restante 50% dall'utente o dal Comune di residenza;

Tutto ciò premesso

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

DECRETA

- **di stabilire**, per le prestazioni erogate dalle tipologie di strutture sotto riportate, le seguenti tariffe giornaliere per paziente al netto di IVA:

Tipologia di struttura	Tariffe (euro)
RSA Demenze	115
Semiresidenze per anziani (SR Anziani)	35
Semiresidenze per pazienti anziani affetti da Demenze (SR Demenze)	45

- **di precisare** che le tariffe per prestazioni, di carattere estensivo, erogate nelle RSA Demenze e nelle Semiresidenze demenze, sono interamente a carico del Servizio Sanitario Regionale;
- **di precisare** altresì che il costo delle tariffe delle prestazioni erogate nelle Semiresidenze Anziani (SR Anziani), in quanto prestazioni relative a cure di mantenimento, è per il 50% a carico dell'utente o Comune di residenza;
- **di trasmettere** il presente decreto al Ministero dell'Economia e Finanze ed al Ministero della Salute per la successiva validazione;
- **di trasmettere** copia del presente provvedimento al BURA per la relativa pubblicazione e di notificare copia del presente provvedimento alle Aziende USL della Regione Abruzzo, e, per il loro tramite, agli erogatori privati interessati.

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D'Alfonso

DECRETO 23.05.2016, n. 48

Avvio procedimento di negoziazione con le strutture private titolari di accreditamento pre-definitivo per l'erogazione di prestazioni sanitarie in regime residenziale e psicoriabilitativo. biennio 2016/2017.

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. 1° ottobre 2007 n. 159, convertito in Legge 29 novembre 2007 n. 222, l'incarico commissariale è conferito per l'intero periodo di vigenza del Piano di Rientro;

CONSIDERATO:

- che occorre procedere in tempo utile alla definizione dei tetti di spesa programmati per l'acquisto delle prestazioni sanitarie erogate dalla rete privata provvisoriamente accreditata;
- che la definizione dei summenzionati tetti di spesa va effettuata per singola struttura;
- che i citati tetti di spesa sono stabiliti con riferimento all'acquisto delle prestazioni sanitarie in strutture residenziali, riabilitative e psicosociali da erogare in favore dei pazienti residenti nella Regione Abruzzo;

ATTESO 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), D.L. 6 luglio 2011 n. 98, convertito - con modificazioni - in Legge 15 luglio 2011 n. 11, 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;

CONSIDERATO altresì che la definizione dei tetti di spesa, in relazione al fabbisogno regionale accertato di cui al D.C.A.to commissariale n. 52 dell'11 ottobre 2012, deve ragionevolmente essere effettuata sulla base della capacità produttiva massima di ciascuna struttura, in base ai posti letto provvisoriamente accreditati, calcolata con le modalità indicate nella L.R. 31 marzo 2008 n. 5 recante "Piano Sanitario Regionale 2008/2010";

RILEVATO che il procedimento di negoziazione con gli erogatori privati accreditati è finalizzato - ai sensi e per gli effetti dell'art. 8-quinquies, D.Lgs. n. 502/1992 - a stabilire quali attività siano riservate alla Regione, in funzione di ente di programmazione, quali attività siano invece attribuite alle Aziende Sanitarie, quali enti del SSN e quali diritti ed obblighi assuma l'erogatore privato che acconsente alla stipula dell'accordo contrattuale, la cui esistenza e validità è condizione essenziale al fine di poter erogare prestazioni a carico del SSR;

DATO ATTO che risultano essere operative sul territorio regionale n. 17 strutture titolari di accreditamento predefinitivo per l'erogazione di prestazioni in RSA, n. 16 Strutture titolari di accreditamento predefinitivo per l'erogazione di prestazioni in RP e n. 6 strutture titolari di accreditamento predefinitivo per l'erogazione di prestazioni sanitarie in strutture psicosociali e che dal competente Servizio "Programmazione socio-sanitaria" non risultano ad oggi essere state comunicate circostanze e/o condizioni ostative all'ammissione alla negoziazione delle predette strutture;

PRECISATO che nella definizione dei tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie nelle strutture psicosociali individuati per il triennio 2013-2015 dal Programma Operativo 2013-2015 approvato con D.C.A. n. 84/2013 e s.m.i. e con D.C.A. n. 112/2013 - i cui effetti sono venuti a cessare in data 31 dicembre 2015, è stato assunto come

parametro di riferimento il fatturato storico così come rilevato ed riportato nei rapporti riepilogativi trasmessi con cadenza trimestrale e consuntiva annuale dall'Agenzia Sanitaria Regionale;

RILEVATO, altresì, con particolare riferimento alle predette strutture psico-riabilitative, che i tetti di spesa nell'ammontare individuali e complessivi risultano essere stati determinati con una riduzione lineare del 10% rispetto agli importi massimi stabiliti con riferimento al biennio 2011-2012;

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;

RITENUTO di poter applicare, nelle more della formalizzazione del nuovo strumento di programmazione operativa 2016-2018, nella definizione dei tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie in strutture psicosociali, e nelle more del processo di riconversione delle strutture psichiatriche, di cui al D.C.A. n. 10/2016, il criterio del tasso medio annuo di occupazione, in analogia con il criterio di calcolo - mutuato nella Programmazione operativa 2013-2015 - per le strutture residenziali;

DATO ATTO che i suddetti tetti di spesa si intendono calcolati, per le strutture che erogano prestazioni di carattere residenziale e psicosociali, con riferimento al tasso medio annuo di occupazione, e avuto riguardo ai volumi effettivi di prestazioni appropriate, oltre che al numero dei posti letto accreditati per i quali le strutture sono in grado, avuto riguardo ai requisiti strutturali ed organizzativi di garantire prestazioni idonee, alla sola quota sanitaria della tariffa e al netto di quanto dovuto dall'assistito o in caso di incapacità di questo dal Comune di residenza a titolo di partecipazione alla spesa sanitaria in coerenza con gli adeguamenti alla normativa lea

introdotti con i D.C.A. n. 91/2014, D.C.A. n. 92/2014, D.C.A. n. 104/2014, D.C.A. n. 105/2014 e s.m.i., D.C.A. n. 13/2015 e D.C.A. n. 20/2015;

PRECISATO con riferimento alle strutture psico-riabilitative ed ai processi di riorganizzazione dell'offerta sanitaria in itinere che, con riguardo alle Strutture SRP3.1 - ex tipologia B di cui alla DGR 877/2001, il nominato decreto 10/2016, in adesione alle previsioni di cui al DPCM lea, introduce la compartecipazione alla spesa sanitaria anche per detta tipologia di struttura, con conseguente verosimile risparmio e riqualificazione strutturale della spesa sanitaria in un settore per cui la domanda di servizi di media intensità assistenziale risulta crescente (così come evidenziato nel documento tecnico all. 1 parte integrante e sostanziale al predetto decreto commissariale);

RICHIAMATA riguardo alla ragionevolezza dei parametri di determinazione dei tetti di spesa per l'acquisto delle prestazioni sanitarie di carattere residenziale e psicosociali, ex multis la sentenza del Cons. Stato, Sez. III, n. 1353/2015, nella quale, si precisa che il termine generalmente fissato alle regioni nella Legge n. 133/2008, poiché tale sistema, presupponendo una totale identità e coincidenza tra status di accreditamento predefinitivo e sistema convenzionale (art. 8-quinquies, D.Lgs. n. 502/1992) sarebbe produttivo di inefficienze, per le quali pertanto si rende necessario, introdurre correttivi volti a una progressiva ristrutturazione della spesa nel breve- medio termine funzionale ad una riqualificazione strutturale dell'equilibrio domanda - offerta nel settore;

RITENUTO inoltre di dover procedere alla definizione di uno schema contrattuale uniforme per l'acquisto delle prestazioni in strutture residenziali psicosociali, da sottoscrivere tra la Regione Abruzzo, le quattro Aziende USSL insistenti nel territorio regionale e le strutture provvisoriamente accreditate;

VISTO l'allegato schema di contratto di cui all'allegato 2 "Schema di accordo contrattuale", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento - predisposto ai fini della sottoscrizione degli accordi contrattuali tra la

Regione Abruzzo, le quattro Aziende USL insistenti nel territorio regionale e le strutture provvisoriamente accreditate operanti nella Regione Abruzzo – disciplinante le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie rese dalle strutture residenziali e psico-riabilitative in favore dei pazienti residenti nella Regione Abruzzo;

RICHIAMATO l'art .8, comma 4, L.R. 31 luglio 2007, n. 32, che stabilisce che gli accordi contrattuali vengono stipulati con l'amministrazione regionale e sottoscritti dal Presidente della Giunta Regionale;

TENUTO CONTO che il presente provvedimento, unitamente agli allegati 1 "Tetti di spesa biennio 2016/2017" e 2 "Schema di accordo contrattuale" viene notificato - a mezzo PEC - a ciascun erogatore privato fissando, altresì, la data di sottoscrizione del contratto al giorno ;

DATO ATTO che il suddetto schema di accordo negoziale è stato condiviso con i referenti aziendali per il Tavolo di monitoraggio, analisi e verifica per i contratti e il contenzioso costituito con Determina Dirigenziale n. DPF006/3/2015 - ritualmente notificata agli interessati - e opportunamente integrato con le osservazioni da essi formulate;

PRECISATO che entro il termine stabilito delgli erogatori privati interessati possono produrre osservazioni allo schema di accordo contrattuale, da notificarsi a mezzo PEC / raccomandata A/R all'Ufficio commissariale e alle Aziende USL di afferenza;

PRECISATO altresì che le osservazioni trasmesse dagli erogatori privati in merito allo schema di accordo contrattuale proposto ed approvato in forza del presente atto, saranno sottoposte a valutazione congiunta da parte dei competenti uffici regionali e dei referenti aziendali di cui alla Determinazione Dirigenziale n. DPF006/3/2015 e riscontrate nel termine di 20 (venti) giorni dalla acquisizione al protocollo del Servizio "Contratti con gli erogatori privati e Sistema di remunerazione delle prestazioni rete territoriale e ospedaliera" delle suddette osservazioni;

ATTESO che, in ogni caso, viene fissata la data del come termine ultimo per la sottoscrizione di tutti gli accordi contrattuali negoziali relativi alle strutture residenziali e psicosociali, anche a seguito di eventuale fase di interlocuzione e che successivamente a tale fase si procederà, in caso di accoglimento anche parziale delle osservazioni formulate alla predisposizione di apposito provvedimento ricognitivo degli esiti della interlocuzione negoziale;

RICHIAMATA, in tal senso e tra le altre, l'ordinanza del Consiglio di Stato n. 7581/2014 la quale espressamente precisa, con riferimento alle clausole dell'accordo negoziale, per cui è prevista la sottoscrizione espressa del privato erogatore ai sensi dell'art. 1341 c.c. e, in particolare, alla clausola di salvaguardia di cui all'art. 20 del predetto schema di accordo negoziale, in adesione alle richieste dei Dicasteri affiancanti per esigenze di programmazione finanziaria che le stesse "lungi dal ledere garanzie costituzionali, sembrano evocare un impegno della parte privata contraente al rispetto ed all'accettazione dei vincoli di spesa essenziali in un regime come quello esistente in Abruzzo sottoposto a Piano di rientro";

RIBADITO che la Regione Abruzzo, in quanto in Piano di Rientro e in regime di commissariamento, non dispone di risorse aggiuntive da destinare al finanziamento di eventuali prestazioni extrabudget che non possono in alcun modo essere remunerate e che, pertanto, l'onere relativo a quelle eccedenti il limite massimo di spesa messo a disposizione dalla Regione Abruzzo può essere posto unicamente a carico delle strutture private;

PRECISATO, con riferimento agli erogatori privati non intenzionati a sottoscrivere il contratto proposto, che non potranno essere da questi erogate a nessun titolo prestazioni a carico del Servizio Sanitario Regionale dalla data della mancata stipula del suddetto accordo contrattuale e che - contestualmente - verrà data formale comunicazione, ai sensi degli artt. 7 e 8, Legge, n. 241/1990 e ss. mm. ii., di avvio del procedimento di sospensione dell'accreditamento per effetto dell'art. 8-quinquies, comma 2-quinquies, D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e ss. mm. ii;

CONSIDERATO che le prestazioni eventualmente erogate nelle more del termine fissato con il presente provvedimento in ordine alla stipula del contratto e che non venissero ricoperte con la sottoscrizione del contratto di che trattasi- che ha decorrenza giuridica a partire dal 1° gennaio 2016 fino al 31 dicembre 2017 – ove ne venisse accertata da parte del Servizio Sanitario Regionale l'effettiva utilità ricevuta, verranno indennizzate nella misura massima del 90% delle tariffe stabilite;

DATO ATTO della natura complessa del procedimento per l'effetto del presente atto avviato e della conseguente necessità di prevedere quale termine massimo per la sua definizione quello di giorni 90 (novanta) dalla sua approvazione da parte dell'Organo commissariale;

PRECISATO, altresì, che per le strutture riabilitative ex art. 26 Legge n. 833/1978, si procederà, in ragione della pluralità di erogatori attualmente titolari di accreditamento predefinitivo per tipologie di prestazioni a vario titolo ascrivibili all'area della riabilitazione residenziale e ambulatoriale, domiciliare, nonché della peculiare situazione delle strutture precedentemente ammesse a finanziamento tramite progetti obiettivo, per l'erogazione di prestazioni in favore di soggetti affetti da autismo, e dal 2013 ammesse a negoziazione ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 26 Legge n. 833/1978, con apposito e successivo provvedimento alla determinazione dei tetti di spesa individuali e complessivi e all'approvazione del relativo schema di accordo contrattuale;

EVIDENZIATO che, alla luce di quanto sarà eventualmente disposto da futuri provvedimenti commissariali di programmazione relativamente al secondo anno di vigenza contrattuale, si potrà procedere alla ridefinizione dell'ammontare, complessivo e per singola struttura, delle risorse destinate all'area riabilitazione ex art.26 L.833/78, RP, RSA, strutture psicoriabilitative;

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

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;

DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

1. **di dare atto** che, in forza del presente atto, è avviato il procedimento di negoziazione con gli erogatori privati titolari di accreditamento predefinitivo per l'erogazione di prestazioni in regime residenziale, riabilitativo e psico-riabilitativo per il biennio 2016-2017;
2. **di approvare** l'allegato 1 "Tetti di spesa biennio 2016/2017" e l'allegato 2 "Schema di accordo contrattuale" precisando che gli stessi costituiscono parte integrante e sostanziale al presente provvedimento;
3. **di precisare** che, nelle more della formalizzazione del nuovo strumento di programmazione operativa 2016-2018, nonché del completamento del processo di riorganizzazione dell'offerta residenziale psichiatrica di cui al DCA 10/2016, nella definizione dei tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie in strutture psico-riabilitative, trova applicazione il criterio del tasso medio annuo di occupazione, in analogia con il criterio di calcolo – mutuato dalla L.R. n. 5/2008 nonché nella Programmazione operativa 2013-2015 – per le strutture residenziali;
4. **di dare atto**, altresì, che i suddetti tetti di spesa si intendono calcolati con riferimento alla sola quota sanitaria della tariffa e al netto di quanto dovuto dall'assistito o in caso di incapienza di questo dal Comune di residenza a titolo di partecipazione alla spesa sanitaria in coerenza con gli adeguamenti alla normativa lea introdotti con i D.C.A. n. 91/2014, D.C.A. n. 92/2014, D.C.A. n. 104/2014, D.C.A. n. 105/2014 e s.m.i., D.C.A. n. 13/2015 e D.C.A. n. 20/2015;
5. **di precisare** che il suddetto schema di accordo negoziale è stato condiviso con i referenti aziendali per il Tavolo di monitoraggio, analisi e verifica per i contratti e il contenzioso costituito con

- Determina Dirigenziale n. DPF006/3/2015 - ritualmente notificata agli interessati - e opportunamente integrato con le osservazioni da essi formulate;
6. **di precisare** altresì che entro il termine stabilito del gli erogatori privati interessati possono produrre osservazioni allo schema di accordo contrattuale, da notificarsi a mezzo PEC / raccomandata A/R all'Ufficio commissariale e alle Aziende USL di afferenza;
 7. **di specificare** che le osservazioni trasmesse dagli erogatori privati in merito allo schema di accordo contrattuale proposto ed approvato in forza del presente atto, saranno sottoposte a valutazione congiunta da parte dei competenti uffici regionali e dei referenti aziendali di cui alla Determinazione Dirigenziale n. DPF006/3/2015 e riscontrate nel termine di 20 (venti) giorni dalla acquisizione al protocollo del Servizio "Contratti erogatori privati e Sistema di remunerazione delle prestazioni rete territoriale e ospedaliera" delle suddette osservazioni;
 8. **di dare atto** che a seguito di eventuale fase di interlocuzione e, successivamente, a tale fase si procederà, in caso di accoglimento anche parziale delle osservazioni formulate alla predisposizione di apposito provvedimento ricognitivo degli esiti della interlocuzione negoziale;
 9. **di precisare**, altresì, che per le strutture riabilitative ex art. 26 Legge n. 833/1978, si procederà, in ragione della pluralità di erogatori attualmente titolari di accreditamento predefinitivo per tipologie di prestazioni a vario titolo ascrivibili all'area della riabilitazione residenziale e ambulatoriale, domiciliare, nonché della peculiare situazione delle strutture precedentemente ammesse a finanziamento tramite progetti obiettivo, per l'erogazione di prestazioni in favore di soggetti affetti da autismo, e dal 2013 ammesse a negoziazione ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 26 Legge n. 833/1978, con apposito e successivo provvedimento alla determinazione dei tetti di spesa individuali e complessivi e

- all'approvazione del relativo schema di accordo contrattuale;
10. **di evidenziare** che, alla luce di quanto sarà eventualmente disposto da futuri provvedimenti commissariali di programmazione relativamente al secondo anno di vigenza contrattuale, si potrà procedere alla ridefinizione dell'ammontare, complessivo e per singola struttura, delle risorse destinate all'area riabilitazione ex art.26 L.833/78, RP, RSA, strutture psicoriabilitative;
 11. **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, in quanto connotato da elevata complessità dovrà concludersi entro il termine massimo di giorni 90 (novanta);
 12. **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;
 13. **di pubblicare** il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo (B.U.R.A.T).

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D'Alfonso

Segue Allegato

Allegato al Decreto del Commissario
ad ACTA



n. 48/2016 del 23 MAG. 2016

ALLEGATO 1

TETTI DI SPESA BIENNIO 2016/2017

RESIDENZE PROTETTE

n°	Denominazione Abitativa	Denominazione sede Operativa	Inirizzo Sede Operativa	ASL	tipo	Totale pp. LL Accreditati	TETTO DI SPESA ANNUALE a carico SSR
1	Centro Servizi per Anziani del Comune dell'Aquila	Centro Servizi per Anziani del Comune dell'Aquila	Via Cepo Croca 1 (AQ)	1	Pubblica	40	490.621,25
2	Società "LIDO" s.r.l.	Casa Albergo "IL CASTELLO"	Via Piana 20/21 - Credchio (CH)	2	Privato	43	720.015,97
3	Società "LIDO" s.r.l.	Casa di Riposo "TOMMASO BERARDI"	Via della Libertà 248 - Ortana (CH)	2	Privato	80	981.302,50
4	Società "C. SIMEONI" s.r.l.	"LA CASA DEL SOLE"	Via Torre Peligna 14/A - Orsogna (CH)	2	Privato	50	613.314,06
5	Società "C. SIMEONI" s.r.l.	"SEN. E. BORRELLI"	Colle Granaro - Guardiareggiate (CH)	2	Privato	25	306.637,03
6	"ISTITUTI RIUNITI S.G. BATTISTA"	"ISTITUTI RIUNITI S.G. BATTISTA"	Piazza G. Garibaldi 2 (CH)	2	Pubblica	198	3.069.117,19
7	Istituto "FIGLIE DI S. CAMILLO"	Casa Sollievo "SAN CAMILLO"	Via Piana 7 - Bucchianico (CH)	2	Privato	40	490.651,25
8	Istituto "SACRI CUORI C. CIAMPOLI"	Istituto "SACRI CUORI C. CIAMPOLI"	Via C. Colombo 34 - S. Vito Chiseno (CH)	2	Privato	23	306.657,03
9	Istituto "SACRI CUORI MARIA ASSUNTA"	Istituto "SACRI CUORI MARIA ASSUNTA"	Via Scifo Spirito 13 - Lanciano (CH)	2	Privato	33	429.319,84
10	FRATI RELIGIOSI dell'Ordine Fratelli Minori d'Abruzzo	Casa Religiosa "ANTONIANO"	Via Sant'Antonio 4 - Landiano (CH)	2	Privato	60	735.976,88
11	Cooperativa Sociale "FRATERNITAS"	Centro Residenziale "FRATERNITAS"	Via Paludi 4 - Castel Frentano (CH)	2	Privato	30	367.988,44
12	Società "Il Giardino" S.P.A.	"IL GIARDINO"	Via Carradino d'Ascanio 25 - Popoli (PE)	3	Privato	63	772.775,72
13	Cooperativa Sociale "Il Quadrioglio" s.r.l. ONLUS	"IL QUADRIOGGIO"	Via Bompaine 36 - Giulianova (TE)	4	Privato	90	367.988,44
14	I.P.A.B. Casa di Riposo "F. ALESSANDRINI"	Casa di Riposo "F. ALESSANDRINI"	Via Ferdinando II di Borbone 77 - Civitella del Tronto (TE)	4	Pubblica	73	895.438,53
15	I.P.A.B. Casa di Riposo "DE BENEDICTIS"	Casa di Riposo "DE BENEDICTIS"	Via F. Crispi 245 (TE)	4	Pubblica	142	1.741.811,94
16	Società "IS.BR.CO" S.r.l.	"CITY RESIDENCE"	Via Vincenzo Inelli 16/18 (TE)	4	Privato	24	294.390,75
						Totale	12.584.056,02

Allegato al Decreto del Commissario
ad ACTA

n. 68/2016 del 23 MAG 2016

ALLEGATO I



TETTI DI SPESA BIENNIO 2016/2017

RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

n°	Denominazione Residenti	Denominazione Struttura Operativa	Sede Struttura Operativa	ASL	Tipo	PP.LL. accreditati per struttura	TETTO DI SPESA ANNUALE a carico SSR	
1	SOCIETA' CISE S.r.l.	SANTA MARIA AUSILIATRICE	Montebelluno (PE)	3	Privato	36	737.493,64	
2	COOPERATIVA SOCIALE SAMEDAD s.r.l.	IL CHIOSTRO	Celenza sul Tigno (CH)	2	Privato	20	645.880,82	
3	COOPERATIVA SOCIALE IL QUADRIFOGLIO s.c. Onlus	RESIDENZE CRISTAL	Giulianova (TE)	4	Privato	30	655.393,91	
4	ASSOCIAZIONE OPERA SANTA MARIA DELLA PACE	OPERA S. MARIA DELLA PACE	Fontecchio (AQ)	1	Privato	80	1.726.338,22	
5	ASSOCIAZIONE OPERA SANTA MARIA DELLA PACE	OPERA S. MARIA DELLA PACE	Celano (AQ)	1	Privato	40	819.439,60	
6	CASA DI CURA DE CESARIS S.p.A.	DE CESARIS	Spoltore (PE)	3	Privato	104	2.212.171,38	
7	PROVINCIA RELIGIOSA SS. APOSTOLI PIETRO E PAOLO	ISTITUTO DON ORIONE	Avezzano (AQ)	1	Privato	44	901.383,36	
8	SOCIETA' MONTERRANTE S.r.l.	DOMUS PACIS	Castibardino (CH)	2	Privato	30	702.038,72	
9	CASA DI CURA VILLA SERENA S.r.l.	RSA PSICOGERIATRICA AZZURRA	Città S. Angelo (PE)	3	Privato	80	1.813.797,34	
10	COOPERATIVA SOCIALE SERVIZIO 2000 s.r.l.	PAX CRISTI	Castel di Sangro (AQ)	1	Privato	28	643.574,94	
11	CASA DI CURA NOVA SALUS S.r.l.	NOVA SALUS	Trascaso (AQ)	1	Privato	24	491.663,76	
12	SOCIETA' VILLA LETIZIA S.r.l.	VILLA DOROTEA	Scoppito (AQ)	1	Privato	48	983.327,52	
13	INI S.r.l. a socio unico	INI CANISTRO	Canistro (AQ)	1	Privato	56	1.147.215,44	
14	SANGRO GESTIONI S.p.A. (EDOS)	VILLA SAN GIOVANNI	S. Giovanni Teatino (CH)	2	Privato	50	1.024.299,80	
15	SANGRO GESTIONI S.p.A. (EDOS)	SAN VITALE	S. Salvo (CH)	2	Privato	32	655.551,68	
16	SANGRO GESTIONI S.p.A. (EDOS)	SAN DOMENICO	Villalago (AQ)	1	Privato	16	327.775,84	
17	SANGRO GESTIONI S.p.A. (EDOS)	SANTA RITA	S. Maria Imbaro (CH)	2	Privato	40	819.439,60	
Totale							758	16.306.787,36

Delegato al Decreto del Commissario
J ACTA



23 MAG 2016
del

**TETTI DI SPESA BIENNIO 2016/2017
STRUTTURE PSICORABILITATIVE**

ALLEGATO 1

1	2	3	4	5	6	7	8
Numero	Determinazione Spese/Proiezione	Ente operatore	Punt. letto occupati	Tipologia	TETTO DI SPESA ANNUALE e carico del SSR		
1		Armonia - Città S. Angelo (PE)	30	A	1.163.649,66		
		Incontro - Città S. Angelo (PE)	30	A	1.163.649,66		
		Gardena - Città S. Angelo (PE)	30	A	1.163.649,66		
		Arcovalere - Città S. Angelo (PE)	30	A	1.163.649,66		
		Il Ciliegio - Città S. Angelo (PE)	12	A	465.459,86		
		S.N. - C.da Madonna della Pace (1) - Città S. Angelo (PE)	12	D	494.039,60		
		S.N. - C.da Madonna della Pace (2) - Città S. Angelo (PE)	12	D	494.039,60		
		In Campagna (1) - Città S. Angelo (PE)	20	D	823.399,49		
		In Campagna (2) - Città S. Angelo (PE)	20	D	823.399,49		
		Villa Teresa - Pescara	10	D	411.699,74		
		La Tartaruga - Monteliviano (PE)	10	D	411.699,74		
		TOTALE SOCIETA'			6.578.836,36		
2		Passaggi srl - Oricola (AQ)	8	A	310.306,58		
		TOTALE SOCIETA'			310.306,58		
3		Società IL CASTELLO - Anversa degli Abruzzi (AQ)	20	D	823.399,49		
4		FONDAZIONE PADRE ALBERTO MILENO Onlus - Vasto Marina (CH)			823.399,49		
		Villa Chiara (ex Villa Arduina) - Vasto (CH)	10	A	387.883,22		
		Il Cabbiano (A) - Landano (CH)	10	A	387.883,22		
		Villa Chiara (ex L'Atrone) - Vasto (CH)	10	B	268.800,60		
		Il Cabbiano (B) - Landano (CH)	10	B	268.800,60		
		TOTALE FONDAZIONE			1.313.367,64		
5		Quadrifoglio - Roselle (CH)	10	A	387.883,22		
		Quadrifoglio - Roselle (Ch) Dellib. C.A.n.9 del 28/01/2010	20	A	775.766,44		
		Quadrifoglio - Roselle (Ch)	10	B	268.800,60		
		TOTALE SOCIETA'			1.432.450,26		
6		Chieti - Loc. Crocifisso ex Faraese	10	A	387.883,22		
		Chieti - Via M. del Prodo	13	A	504.248,18		
		Chieti - S. Domenico - Via Giuliantone 1	10	B	268.800,60		
		Chieti - Via Ferr. n° 3 unità	35	D	1.440.949,10		
		Chieti - Via dei Frontani 228	13	D	535.209,67		
		Chieti - Via dei Frontani 228 (Via Eugenio Anze)	13	D	535.209,67		
		TOTALE SOCIETA'			3.672.300,44		
		Totale			16.180.160,75		

Allegato al Decreto del Commissario
ad ACTA

n. 18/2016 del 23 MAG. 2016



ALLEGATO 2

**SCHEMA DI ACCORDO CONTRATTUALE
EX ART. 8-QUINQUES D.LGS. N. 502/1992
PROPOSTO ALLE STRUTTURE PRIVATE PROVVISORIAMENTE ACCREDITATE
PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE
IN STRUTTURE RESIDENZIALI E PSICORIABILITATIVE
PER IL BIENNIO 2016- 2017**

STIPULATO IN, IN DATA

TRA

- la Regione Abruzzo, C.F. e P.I. 80003170661, con sede con 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 Unità Sanitarie Locali della Regione Abruzzo come sotto indicate:
 - Azienda Unità 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. e P.I. 01792410662;
 - Azienda Unità 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. e P.I. 02307130696;
 - Azienda Unità 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. e P.I. 01397530982;
 - Azienda Unità Sanitaria Locale 4 – Teramo con sede in Teramo, Circonvallazione Ragusa n. 1, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore, C.F. e P.I. 00115590671;

E

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

PREMESSO CHE

1. L'Erogatore è autorizzato in via predefinitiva all'esercizio di prestazioni sanitarie in e accreditato in via predefinitiva ad erogare dette prestazioni a carico del Servizio Sanitario Regionale per n. p.l., giusta D.G.R. n.....
2. che l'Erogatore eroga, in virtù dei titoli sopra indicati, l'attività di:
 - a)
 - b)

3. L'Erogatore esercita le prestazioni sanitarie per le quali è in corso la procedura finalizzata al rilascio del titolo di accreditamento istituzionale, per conto e a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR), nei limiti delle risorse assegnate.
4. Con D.C.A. /2016 del..... sono state approvate le "Linee negoziali di regolamentazione dei rapporti con gli erogatori privati provvisoriamente accreditati dell'area residenziale e psico-riabilitativa. Biennio 2016-2017". Con nota del..... l'Erogatore..... ha trasmesso osservazioni in merito alla schema di accordo contrattuale proposto e particolarmente
5. Con note del le Aziende USL, quali parti sostanziali del contratto, hanno provveduto a trasmettere ulteriori osservazioni in merito alle clausole negoziali di immediata afferenza;
6. Con nota del..... l'Organo commissariale ha ritenuto di accogliere le osservazioni proposte in relazione ai punti, confermando per il restante le previsioni negoziali dandone comunicazione ai soggetti interessati.
7. La procedura di interlocuzione negoziale può ritenersi positivamente conclusa e nulla osta alla sottoscrizione del contratto tra Regione, Aziende USL e Erogatore
8. Per le finalità del presente contratto, l'Erogatore oltre a produrre ai sensi e per gli effetti degli artt. 45-46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i. le necessarie dichiarazioni sostitutive di certificazione/ di atto di notorietà, di cui all'elenco allegato, con apposita e distinta dichiarazione acquisita agli atti dei competenti Uffici regionali ed allegata al presente accordo contrattuale, si impegna a mantenere e/o a conformarsi a quanto previsto dai Manuali di autorizzazione ed accreditamento di cui alla D.G.R. n. 591/P/2008, s.m.i., anche ai fini della legittima ed effettiva remunerabilità delle prestazioni erogate.
9. Ferma restando l'acquisizione della documentazione di cui all'Allegato 2A, che è parte integrante del presente accordo, l'Erogatore dichiara:
 - a) di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta e che nessun procedimento relativo è avviato nei suoi confronti;
 - b) di aver/non aver presentato domanda di concordato preventivo;
 - c) 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 della Erogatore.
10. L'Erogatore si impegna a garantire l'adeguatezza ed il perfetto stato di uso di tutte le apparecchiature e si impegna, altresì, a tenere a disposizione della Azienda USL competente e della Regione Abruzzo, per consentire i relativi controlli, i contratti di manutenzione e/o la documentazione delle attività di manutenzione effettuata in maniera adeguata a ciascuna apparecchiatura. Sono fatti salvi i casi di caso fortuito e forza maggiore.
11. Le parti prendono, altresì, atto degli indirizzi in materia di remunerazione delle prestazioni formulati con nota n. prot. RA/244549/COMM del 29 settembre 2015 che è parte integrante del presente accordo contrattuale.

SI CONVIENE E SI STIPULA

ARTICOLO 1 OGGETTO

1. Per il biennio 2016-2017 il Servizio Sanitario Regionale, in forza del presente accordo contrattuale, acquista dall'Erogatore....., nel rispetto dei provvedimenti quivi richiamati con le specifiche di cui alla pianificazione definita con il Direttore Generale della Azienda USL di afferenza, le prestazioni di cui al rispettivo titolo di accreditamento pre-definitivo e meglio specificate nel piano delle prestazioni;
2. Nel rispetto dei limiti e delle condizioni previste dal presente accordo contrattuale:

- a) l'erogatore assume l'obbligo di erogare le prestazioni indicate al primo comma del presente articolo alle condizioni contemplate nel successivo articolo 4 del presente accordo contrattuale, per tutta la durata del presente accordo e secondo i termini e le modalità in esso stabilite;
 - b) l'Azienda USL, nel cui ambito territoriale l'Erogatore è ubicata, assume l'obbligo di remunerarle entro i limiti e nei termini previsti dai successivi articoli 14, 15 e 16 in base alla vigente normativa.
3. Le prestazioni sono erogate - in favore di pazienti residenti nel territorio della Regione Abruzzo - per il tramite dell'Erogatore sottoscrittore del presente accordo contrattuale, in nome e per conto del Servizio Sanitario Regionale, nei limiti del tetto massimo di spesa ad essa assegnato ed in ossequio al principio di libera scelta del paziente.

ARTICOLO 2

DURATA

1. Il presente accordo contrattuale regola le prestazioni rese a decorrere dal 1° gennaio 2016 fino al 31 dicembre 2017 e fatte espressamente salve eventuali modifiche e integrazioni che si dovessero rendere necessarie in conseguenza della definizione di ulteriori indirizzi programmatici inerenti l'offerta residenziale e psichiatrica.

ARTICOLO 3

VOLUME DI PRESTAZIONI EROGABILI E PREVISIONE DI SPESA

(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)

1. L'Erogatore si impegna ad erogare, per il biennio 2016-2017, le prestazioni sanitarie per le quali risulta autorizzato ed accreditato in via predefinitiva, nei limiti del tetto massimo di spesa di cui al presente articolo e nel rispetto dei provvedimenti quivi richiamati, ed accetta, come corrispettivo massimo relativo a ciascun anno nel biennio 2016-2017, il tetto di spesa di € così come rideterminato ai sensi del successivo articolo, 14 comma 3, in conseguenza dei provvedimenti commissariali di seguito riportati: D.C.A. n.91/2014, D.C.A. n.104/2014, D.C.A. n. 05/2014, D.C.A. n.13/2015 e D.C.A. n.20/2015;
2. Qualora l'accordo contrattuale venga sottoscritto con strutture operanti su più sedi tale previsione è integrata, nelle more della costituzione dell'Azienda Unica Regionale, con la individuazione suddivisa per Azienda USL di afferenza del relativo tetto di spesa.
3. La produzione eccedente il tetto massimo di cui al primo comma non può essere remunerata in nessun caso e ad alcun titolo e, pertanto, è considerata inesigibile.
4. Sono considerate rese al di fuori del presente accordo contrattuale e si dichiarano, fin da ora, non coperte dal tetto di spesa e, quindi, non remunerabili e non esigibili, le prestazioni eseguite in misura superiore al 100% della capacità produttiva massima giornaliera dei posti letto accreditati.

ARTICOLO 4

CONDIZIONI DI EROGABILITÀ DELLE PRESTAZIONI

(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)

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 (L.E.A) e ss.mm.ii. e - laddove previsto - per i trattamenti di lungo-assistenza/mantenimento i decreti commissariali di introduzione/adeguamento quota di compartecipazione a carico dell'utente/Comune;
 - 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 e ss.mm.ii.;
 - c) le disposizioni contenute nel Patto per la Salute 2014-2016 anche con riferimento alla revisione dei meccanismi di compartecipazione alla spesa sanitaria;

- d) il D.Lgs. n. 81/2008 e ss. mm. ii.;
- e) il D.Lgs. n. 81/2015 per quanto applicabile.

ARTICOLO 5

CRITERI DI RIPARTIZIONE DELLA SPESA PREVENTIVATA

(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)

1. A garanzia della previsione di spesa concordata con il presente accordo contrattuale e a tutela della continuità nell'erogazione delle prestazioni in le parti convengono che il tetto di spesa, di cui all'art. 4 del presente accordo, sia frazionato in mensilità con l'obbligo di non superamento dei limiti progressivi mensili, con una oscillabilità (*mensile*) non superiore al 30 % per le RSA e al 10% per le RP e le strutture psicosociali del tetto mensile massimo, fermo restando quanto previsto all'art. 3, comma 3, dell'accordo contrattuale.
2. Le prestazioni dichiarate inappropriate, incongrue ed illegittime dagli Organismi di controllo di cui all'articolo 13 dell'accordo contrattuale non ricentrano nel limite mensile del 30 % previsto al primo comma del presente articolo, e non possono essere remunerate o esigibili ai sensi dell'ultimo comma del successivo articolo 7 dell'accordo contrattuale.

ARTICOLO 6

MODALITÀ DI ACCESSO ED EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)

1. L'erogazione della prestazione sanitaria è subordinata alla richiesta compilata su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale a cura del medico prescrittore in conformità a quanto previsto dal D.M. 17 marzo 2008 e ss.mm.ii., dal D.M. n. 350/1988 oltre che dalle disposizioni regionali in materia. A tal proposito medico di base e medico della struttura effettuano le predette attività in opportuna collaborazione tra loro. Ai sensi del P.S.R. 2008/2010 (L.R. n. 5/2008) l'accesso alle prestazioni sanitarie ricomprese nell'ambito dell'assistenza dell'Erogatore (specificare se riabilitativa, RSA/RP/Erogatore psicosociali) è subordinato all'autorizzazione delle UVM secondo quanto previsto dall'art. 8 del Decreto Commissariale n. 107 del 30 dicembre 2013.
2. L'accesso alle prestazioni sanitarie ricomprese nell'ambito dell'assistenza dell'Erogatore è subordinato all'autorizzazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) competente per territorio ed è regolato dalle disposizioni di cui al Decreto del Commissario ad acta n. 107 del 30 dicembre 2013, recante "Attività e procedure di competenza del punto unico di accesso e della unità di valutazione multidimensionale - linee guida regionali", e s.m.i.. Per procedere all'erogazione delle prestazioni l'Erogatore è tenuto a verificare, preliminarmente, la sussistenza della richiesta e la sua compilazione sul ricettario nel rispetto dei requisiti di cui al primo comma del presente articolo segnalando alla Azienda USL competente, per le necessarie valutazioni, ogni eventuale anomalia e/o irregolarità. La mancata segnalazione alla Azienda USL comporta la non remunerabilità della prestazione. L'Azienda USL è tenuta ad accertare la correttezza e la remunerabilità delle prescrizioni segnalate.
3. L'Erogatore è tenuto a rispettare gli adempimenti previsti dall'articolo 8 del decreto commissariale n. 107 del 30 dicembre 2013 relativo alla presa in carico del paziente.
4. Le prestazioni sono erogate secondo le modalità e con le caratteristiche previste dai provvedimenti Nazionali e Regionali in materia ed, in ogni caso, nel rispetto dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento, di qualità e di appropriatezza imposti dalla buona e diligente pratica professionale, e secondo l'assetto organizzativo e funzionale di cui ai provvedimenti autorizzativi ed agli atti di accreditamento che la Erogatore si impegna a rispettare sino all'adozione dei provvedimenti concernenti la ricollocazione nei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria e socio-sanitaria (D.P.C.M. 29 novembre 2001) delle attività svolte dalle strutture extra ospedaliere a carattere residenziale.

5. Non sono remunerabili ed esigibili le prestazioni erogate su richieste del S.S.N. non conformi alla richiamata normativa.

ARTICOLO 7

OBBLIGHI DELL' EROGATORE

(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)

1. L'Erogatore, per quanto attiene le prestazioni in, si obbliga a garantire, nel rispetto del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e ss.mm.ii., l'invio telematico alla Azienda USL territorialmente competente, delle informazioni di seguito dettagliate:
 - a) comunicazione dell'ammissione del Paziente presso la Erogatore, comprensiva di impegnativa della richiesta di prestazione da parte del medico prescrittore e dell'autorizzazione della UVM, entro 24 ore;
 - b) comunicazione di dimissione e/o di dimissioni temporanee (ricovero in ospedale) del Paziente entro 24 ore;
 - c) trasmissione mensile del prospetto giornaliero delle presenze a carico del S.S.N., distinto per tipologia di fascia e relativa tariffa (valore economico della prestazione così come riportato in fattura).

ARTICOLO 8

ULTERIORI OBBLIGHI DELL' EROGATORE

(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)

1. L'Erogatore, oltre al rispetto degli obblighi di cui al precedente articolo 7 del presente accordo contrattuale si impegna:
 - a) ad adeguare la propria organizzazione interna ai principi di programmazione regionale in materia di "governo clinico" ed ai percorsi assistenziali concernenti le prestazioni oggetto del presente contratto, definiti a livello nazionale e regionale;
 - b) a garantire la partecipazione dei propri operatori ad eventuali iniziative formative promosse dalle Aziende UUSSLL e dalla Regione Abruzzo;
 - c) a rispettare puntualmente la normativa in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro ed in materia previdenziale;
 - d) ad aderire al Progetto Fascicolo Sanitario Elettronico, secondo quanto verrà indicato dalla Regione, al fine di consentire la condivisione telematica delle agende di prenotazione e di monitoraggio delle prestazioni.
2. L'Erogatore ha l'obbligo di istituire dei fascicoli personali contenenti tutta la documentazione sanitaria degli utenti nei quali dovrà conservare, nel rispetto del D.Lgs., 30 giugno 2003, n. 196 e ss.mm.ii. in materia di trattamento e protezione dei dati personali:
 - a) tutta la documentazione sanitaria (cartella clinica) relativa a ciascun paziente;
 - b) tutta la documentazione amministrativa relativa a ciascun paziente.

ARTICOLO 9

PERSONALE DELLA EROGATORE E REQUISITI DI COMPATIBILITÀ

(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)

1. L'Erogatore utilizza, per l'erogazione delle prestazioni di cui agli articoli 1 e 3 del presente accordo contrattuale, il personale e le figure professionali del ruolo sanitario, tecnico e amministrativo previste dalla normativa vigente in materia di autorizzazione e accreditamento.
2. L'Erogatore garantisce l'impiego di personale in possesso dei titoli abilitanti e che non versi in situazioni di cui al D.Lgs. n. 159/2011 e di incompatibilità ai sensi delle disposizioni di cui alla Legge n. 412/1992 e alla Legge n. 662/1996.
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, determi-

nano l'avvio del procedimento amministrativo finalizzato all'irrogazione delle sanzioni previste dall'art. 1, comma 19, Legge, 23 dicembre 1996, n. 662.

4. L'Erogatore si impegna a comunicare trimestralmente, all'Azienda USL di pertinenza oltre che al Servizio "Attività Ispettiva e Controllo Qualità" e per conoscenza anche al Servizio "Contratti con gli erogatori privati e sistema di remunerazione delle prestazioni dell'area ospedaliera e territoriale" del Dipartimento Salute e 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. 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.

ARTICOLO 10

OBBLIGHI INFORMATIVI DELL' EROGATORE

1. L'Erogatore fornisce all'Azienda USL competente per territorio, entro il quindicesimo giorno del mese successivo a quello di riferimento, unitamente alla fattura elettronica di cui all'articolo 12 del presente accordo contrattuale, il file di produzione relativo alle prestazioni sanitarie erogate.
2. Il file di produzione costituisce, oltre che obbligo informativo, anche allegato elettronico analitico alla fattura, chiarendosi che sono oggetto di fatturazione tutte le prestazioni erogate a carico del Servizio Sanitario Regionale nel mese di competenza, nel rispetto dei limiti di cui agli articoli 3 e 5 del presente accordo contrattuale. Per prestazioni erogate sono da intendersi le giornate di presenza maturate e le prestazioni erogate nel mese di riferimento.
3. Con ulteriori campi aggiuntivi al file di produzione, di cui al primo comma del presente articolo, l'Erogatore specifica per ogni prestazione:
 - a) il valore dell'importo fatturato;
 - b) il numero progressivo e la data di emissione della fattura.
4. L'Erogatore si impegna, altresì, a rispettare, nei tempi e nei modi previsti, gli ulteriori obblighi informativi stabiliti dalle normative ministeriali (NSIS) e regionali ed in particolare il flusso informativo FAR (Flusso Assistenza Residenziale) – in attuazione del D.M. 17 dicembre 2008 – nonché il modello ministeriale STS24.
5. L'Erogatore ha l'obbligo di comunicare eventuali ritardi nella trasmissione delle informazioni.
6. 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'articolo 17 del presente accordo contrattuale.
7. Restano salvi gli obblighi informativi di cui agli articoli 7 e 8 del presente accordo contrattuale.
8. Al ricevimento della fattura e dell'allegata documentazione informativa, l'Azienda USL competente verifica l'esatta attribuzione elettronica della prestazione e della tariffa corrispondente.

ARTICOLO 11

CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA E CONGRUITÀ

(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)

1. Fatto salve le verifiche sul fatturato di cui al successivo articolo 13, durante la vigenza del pre-

sente accordo, la Regione Abruzzo e l'Azienda USL potranno in qualunque momento verificare l'appropriatezza, la legittimità e la congruità delle prestazioni svolte dall'Erogatore che, in ogni caso, dovranno essere eseguite a regola d'arte sotto il profilo tecnico e funzionale, secondo le condizioni, le modalità ed i termini previsti dalle norme di settore e dai provvedimenti regionali.

2. Il campione dei controlli di appropriatezza, congruità e legittimità deve essere rappresentativo di almeno il dieci per cento della produzione fatturata, fatto salvo un incremento del campione percentuale derivante da eventuali modifiche dei D.C.A. n. 19, D.C.A. n. 43/2010 e D.C.A. n. 64/2012.
3. L'Azienda USL competente territorialmente verifica la coerenza dei dati di produzione con quelli relativi alla fatturazione di cui all'articolo 12 del presente accordo contrattuale secondo le modalità previste dall'articolo 14 del presente accordo contrattuale.
4. I controlli presso le Strutture sono di competenza dei *Nuclei Operativi di Controllo (N.O.C.)*, secondo le modalità previste dai provvedimenti regionali. È comunque in facoltà della Regione Abruzzo e dell'Azienda USL 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.
5. 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.
6. L'Erogatore 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.
7. 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 s.m.i. Resta salva la facoltà per l'Erogatore di trasmettere alla Azienda USL e per conoscenza al competente Servizio Ispettivo della Regione Abruzzo, apposite controdeduzioni entro e non oltre i successivi dieci giorni dalla consegna del predetto verbale. Entro dieci giorni dalla ricezione delle controdeduzioni formulate dall'Erogatore l'Azienda USL 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 l'Azienda USL adotta i provvedimenti e le prescrizioni del caso la cui inosservanza costituisce grave inadempimento e causa di risoluzione del presente contratto ai sensi dell'articolo 18 del presente accordo contrattuale.
8. Con successive linee guida regionali saranno adottate specifiche disposizioni per quanto concerne i procedimenti di verifica di particolare complessità.
9. L'esito della verifica deve indicare il valore in danaro delle prestazioni inappropriate, incongrue, illegittime.

ARTICOLO 12

MODALITÀ DI FATTURAZIONE

(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)

1. L'Erogatore si adegua alla normativa in materia di fatturazione elettronica e trasmette, all'Azienda USL territorialmente competente e all'*Agenzia Sanitaria Regionale dell'Abruzzo (A.S.R.)* la fattura relativa all'integrale produzione del mese di riferimento posta a carico del S.S.R nel rispetto dei limiti previsti dagli articoli 4 e 5 del presente accordo contrattuale.
2. La fattura è trasmessa all'Azienda USL territorialmente competente e all'*Agenzia Sanitaria Regionale dell'Abruzzo (A.S.R.)* entro e non oltre il giorno quindici del mese successivo a quello di riferimento.
3. La fattura deve indicare separatamente le prestazioni rese a favore di utenti aventi la residenza nell'ambito della Regione Abruzzo, distinguendole per Azienda USL di residenza del paziente.

4. Alla fattura, deve essere allegata la seguente documentazione:
 - a) documentazione relativa alla produzione di cui all'articolo 11 del presente accordo contrattuale;
 - b) eventuale ulteriore documentazione prevista dalla normativa in materia di fatturazione elettronica.
5. L'Azienda USL effettua presso i competenti enti previdenziali i necessari controlli relativi al DURC e in ogni caso non procede alla liquidazione ed al pagamento della fattura non conforme alle previsioni del presente articolo.

ARTICOLO 13

CONTROLLI SUL FATTURATO, LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)

1. Il pagamento delle prestazioni, fatturate secondo le modalità di cui all'art 12, avviene – ai sensi del D.Lgs. 9 ottobre 2002 n.231, così come modificato dal D.Lgs. 9 novembre 2012, n.192 – entro sessanta giorni dalla data di ricezione della fattura/nota contabile di riferimento a cura dell'Azienda USL di competenza.
2. L'Azienda USL può effettuare acconti mensili pari all'85% della somma fatturata entro il tetto mensile di cui all'art. 4 del presente accordo contrattuale non comprensivo dell'oscillabilità del 30 %, entro 30 (*trenta*) giorni dalla ricezione della fattura/nota contabile, e in misura anche minore all'85%, - in ragione di accertate persistenti carenze sotto il profilo dei requisiti organizzativi dell'Erogatore ed in misura proporzionale alla gravità delle carenze stesse, se compatibili con i requisiti di autorizzazione e accreditamento. Con successiva circolare i competenti Uffici regionali forniranno indirizzi operativi in materia.
3. In ogni caso, entro il termine di cui al primo comma, l'Azienda USL procede al saldo della fattura – positivo o negativo – sulla base della produzione accertata e validata come appropriata, congrua e legittima ed in osservanza di quanto previsto agli articoli 8 e 10 del presente accordo contrattuale, l'Azienda USL, ove sussista decurtazione da parte del competente Nucleo Operativo di Controllo, richiede all'Erogatore apposita nota di credito.
4. La nota di credito è emessa entro e non oltre sessanta giorni decorrenti dalla ricezione della relativa richiesta ed indica le prestazioni a cui si riferisce, nonché 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 da parte della Regione Abruzzo ai sensi dell'articolo 18 del presente accordo contrattuale. Costituisce altresì grave inadempimento e causa di risoluzione del presente accordo contrattuale previa formale diffida ai sensi dell'articolo 17 del presente accordo contrattuale, la mancata emissione reiterata di nota di credito a storno totale dell'eventuale eccedenza di produzione rispetto al budget assegnato di cui all'art.3 del presente accordo contrattuale.
6. Nei casi in cui la somma corrisposta mensilmente, in acconto all'Erogatore ecceda, nel bimestre, il valore della produzione accertata e validata per lo stesso periodo, l'Azienda USL procede a compensazione con i crediti non ancora pagati, 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 Servizio Sanitario Regionale, che hanno positivamente superato i controlli di cui ai commi precedenti, nonché di quelli di cui all'art. 11 del presente accordo contrattuale e debitamente certificata dall'Azienda USL, non costituendo il solo fatturato, *ex se*, pretesa di corrispettivo.
7. L'Azienda USL, anche in ottemperanza a quanto previsto da apposite circolari regionali in materia, sospende i pagamenti in presenza di violazioni della vigente normativa e nei casi previsti

dal presente accordo contrattuale, dandone tempestiva comunicazione entro e non oltre quindici giorni dalla verifica documentata di oggettive condizioni ostative alla liquidazione, al "Servizio Contratti con gli erogatori privati e sistema di remunerazione delle prestazioni dell'area ospedaliera e territoriale" e al "Servizio Ispettivo" del Dipartimento per la Salute e il Welfare della Regione Abruzzo, fermo restando l'obbligo di attivare le procedure previste dal presente accordo e dalla vigente normativa.

8. È fatta salva la ripetizione in favore dell'Azienda USL delle somme che, sulla base dei controlli effettuati in qualunque tempo sull'attività erogata dall'Erogatore in forza del presente accordo contrattuale, 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.

ARTICOLO 14

TARIFFE

(Clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)

1. Le prestazioni di cui al presente accordo contrattuale sono remunerate secondo il setting assistenziale per il quale sono eleggibili gli assistiti, in conformità alle apposite valutazioni rilasciate dalle U.V.M. competenti per territorio, avendo a parametro le tariffe di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. del, così come modificate dal Decreto del Commissario ad acta n. del e ferme restando le previsioni contenute nel Patto della Salute 2014/2016.
2. Le parti concordano che in caso di incremento, a seguito di modificazioni dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni, il volume massimo di prestazioni remunerate potrà essere rideterminato, in ogni caso compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lett. e-bis, D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii.
3. Le parti si danno reciprocamente atto che le disposizioni di cui al comma precedente trovano applicazione per quanto concerne la liquidazione della c.d. quota della tariffa a carico del Servizio Sanitario Nazionale, mentre per quanto attiene alla quota c.d. sociale posta per le prestazioni di lungo- assistenza/ mantenimento a carico dell'utente/Comune, si fa riferimento oltre che ai provvedimenti giuntali sopra richiamati, alle più recenti fonti regolamentari di carattere regionale in materia di compartecipazione. A tal fine, il competente "Servizio Programmazione Socio-Sanitaria" del Dipartimento per la Salute e il Welfare della Regione Abruzzo trasmette, con cadenza periodica almeno semestrale, un apposito elenco aggiornato delle strutture provvisoriamente ovvero definitivamente accreditate per l'area residenziale al Servizio "Contratti con gli erogatori privati e sistema di remunerazione delle prestazioni dell'area ospedaliera e territoriale" del Dipartimento per la Salute e il Welfare della Regione Abruzzo e ai Comuni.
4. I corrispettivi contrattuali dovuti all'erogatore dalla Azienda USL, in forza del presente accordo contrattuale, sono quelli stabiliti dalle tariffe di cui alle D.G.R. n. 661/2002 (RSA), D.G.R. n. 662/2002 (RP), D.G.R. n. 877/2001 (Psicoriabilitative), D.G.R. n. 492/2001, D.G.R. n. 671/2002, D.G.R. n. 157/2004 (strutture riabilitative) così come modificate con D.C.A. n. 91/2014, D.C.A. n. 92/2014, D.C.A. n. 103/2014, D.C.A. n. 104/2014 e D.C.A. n. 105/2014, a loro volta integrati e rettificati con D.C.A. n. 13/2015, D.C.A. n. 19/2015 e D.C.A. n. 20/2015.
5. La quota a carico del Servizio Sanitario Regionale stabilita a termini dei provvedimenti richiamati nel precedente comma 4 è così quantificata: (ad esempio, RSA standard I fascia € 77,30 di cui € 38,65 a carico della Aziende USL).
6. In nessun caso, nella fatturazione di cui all'articolo 12 del presente accordo contrattuale, la c.d. quota sociale può essere considerata sovrapponibile alla quota alberghiera.
7. La "quota alberghiera" si intende dovuta direttamente dall'assistito solo a fronte di effettivi servizi aggiuntivi, rispetto a quanto previsto dalla diaria giornaliera, dall'Erogatore.

8. Per il periodo di eventuali ricoveri in ospedale di anziani non autosufficienti e disabili, al fine di conservare il posto letto al paziente, dall'Azienda USL viene corrisposto alla Erogatore il 50% della tariffa giornaliera per i primi quindici giorni di ricovero, mentre nessun compenso viene corrisposto a partire dal sedicesimo giorno di ricovero in ospedale e, conseguentemente, non viene più conservato il posto letto al paziente.

ARTICOLO 15 CESSIONE DEI CREDITI

(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)

1. L'Erogatore 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, la 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.

ARTICOLO 16 INCEDIBILITÀ DELL'ACCORDO CONTRATTUALE

(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)

1. Il presente accordo contrattuale è incedibile in tutto o in parte.
2. La cessione costituisce grave inadempimento e causa di risoluzione ai sensi dell'articolo 17 del presente accordo contrattuale.

ARTICOLO 17 RISOLUZIONE DELL'ACCORDO CONTRATTUALE

(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)

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; l'inosservanza dell'obbligo di conservazione e custodia dei documenti relativi alle prestazioni rese;
 - f) 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;
 - g) la reiterata mancata emissione della nota di credito di cui all'articolo 13 del presente accordo contrattuale;
 - h) l'inosservanza di quanto previsto dall'articolo 6 del presente accordo contrattuale;
 - i) il diniego definitivo e/o la revoca dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento provvisori;
 - j) l'inosservanza dei provvedimenti aziendali di cui all'articolo 13 del presente accordo 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) la reiterata contestazione delle risultanze delle verifiche fatte dalla Azienda USL, sia attraverso i N.O.C., sia con altri mezzi;
 - n) l'esistenza di condanne definitive a carico del legale rappresentante per reati contro la Pubblica Amministrazione.
2. La sospensione dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento provvisori determina l'automatica sospensione degli effetti del presente accordo contrattuale, fermo restando l'obbligo di assistere i pazienti già in carico. 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 - con provvedimento motivato ed anche in assenza di tempestiva adozione da parte dei Servizi regionali competenti di provvedimenti inerenti - procede con la sospensione ovvero la revoca dell'accreditamento, riservandosi di non ammettere l'Erogatore alla successiva tornata negoziale.
 3. 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..
 4. 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.
 5. Resta fermo, in ogni caso, il diritto della Regione Abruzzo e dell'Azienda USL competente al risarcimento dei danni derivanti da inadempimento dell'Erogatore.
 6. Resta inteso che, in caso di risoluzione ai sensi del presente articolo, l'Erogatore si impegna a non ricoverare pazienti, fatte salve eventuali esigenze indifferibili e urgenti espressamente indicate dalla Azienda USL competente.
-

ARTICOLO 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.

ARTICOLO 19
CONTROVERSIE

(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)

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).

ARTICOLO 20
CLAUSOLA DI SALVAGUARDIA

(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)

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.
4. Ai sensi dell'art. 8-*quinquies*, comma 2-*quinquies*, D.Lgs., n. 502/1992, in caso di mancata stipulazione del presente accordo contrattuale, l'accreditamento istituzionale di cui all'art. 8-*quater*, D.Lgs. n. 502/1992 della Struttura è sospeso.

ARTICOLO 21
NORMA DI RINVIO

1. Per quanto non previsto nel presente accordo contrattuale trovano applicazione 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 – per quanto compatibili – le ulteriori disposizioni regionali.

ARTICOLO 22
REGISTRAZIONE

1. Il presente accordo contrattuale è soggetto a registrazione, a cura della parte che ne abbia interesse.

ARTICOLO 23
ELEZIONE DI DOMICILIO

1. Le parti eleggono domicilio ad ogni effetto di legge e, segnatamente, per l'esecuzione del pre-

- sente 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:
 3. L'Azienda USL 1 – Avezzano, Sulmona, L'Aquila elegge, altresì, il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:
 4. L'Azienda USL 2 – Lanciano, Vasto, Chieti elegge, altresì, il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:
 5. L'Azienda USL 3 – Pescara elegge, altresì, il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:
 6. L'Azienda USL 4 – Teramo elegge, altresì, il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:
 7. La Regione Abruzzo elegge, altresì, 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

Per la Regione Abruzzo

Per le Aziende Unità Sanitarie Locali di:

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

Per l'Erogatore

Se e per quanto possa occorrere l'Erogatore approva specificamente le previsioni di cui agli articoli 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, e 20 del presente accordo contrattuale.

Per l'Erogatore

ALLEGATO 2A

DICHIARAZIONI DA PRESENTARE AI FINI DEL CONTRATTO

- a) **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE L'ISCRIZIONE IN PUBBLICI REGISTRI:**
- a1) 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. 159/2011;
- a2) per i soggetti non iscritti al Registro delle Imprese: Fondazioni, Associazioni ed Enti no profit: certificazione di iscrizione al R.E.A.;
- a3) per gli specialisti che esercitano l'attività in forma individuale: certificazione di iscrizione all'Ordine dei medici;
- b) **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO ATTESTANTE L'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI DIVIETO, DECADENZA O SOSPENSIONE PREVISTI DALL'ART. 67 DELLA NORMATIVA ANTIMAFIA**
- b1) 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;
- b2) 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;
- c) **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;
- d) **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 dell'Erogatore;

-
- e) **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO GENERALE DEL CASELLARIO GIUDIZIARIO E DEI CARICHI PENDENTI** dei soggetti che hanno la rappresentanza legale della Erogatore.
- f) **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO GIÀ PREVISTO DAGLI ARTT.80 E 81 DEL DLGS 231/01**, come attualmente contemplato dal D.P.R. n.313/2002, che attesti l'inesistenza di sanzioni e misure cautelari comminate nei confronti della Società, tali da impedire di contrattare con le Pubbliche Amministrazioni;
- g) **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'inesistenza di situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 4, comma 7 L. n.412/1991;
- h) **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.

DECRETO 23.05.2016, n. 49

Avvio procedimento di negoziazione con le strutture private titolari di accreditamento predefinitivo per l'erogazione di prestazioni sanitarie a carattere riabilitativo. biennio 2016/2017.

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. 1 ottobre 2007 n. 159, convertito in Legge 29 novembre 2007 n. 222, l'incarico commissariale è conferito per l'intero periodo di vigenza del Piano di Rientro;

CONSIDERATO che:

- occorre procedere in tempo utile alla definizione dei tetti di spesa programmati per l'acquisto delle prestazioni sanitarie erogate dalla rete privata provvisoriamente accreditata;
- la definizione dei summenzionati tetti di spesa va effettuata per singola struttura;
- i citati tetti di spesa sono stabiliti con riferimento all'acquisto delle prestazioni sanitarie in strutture residenziali riabilitative da erogare in favore dei pazienti residenti nella Regione Abruzzo;

ATTESO 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 D.L. 6 luglio 2011 n. 98, convertito - con modificazioni - in Legge 15 luglio 2011 n. 11, 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;

TENUTO CONTO dell'insieme degli adempimenti richiesti alla Regione Abruzzo dal Tavolo di monitoraggio, in ordine al processo di riconversione delle strutture della rete residenziale e semiresidenziale, avviato con DCA 20/2014, nell'ottica della migliore allocazione delle risorse del SSR su una domanda di prestazioni appropriate, per setting a diversa e decrescente intensità assistenziale, relativamente al fabbisogno stimato dal D.C.A. n. 52/2012, con possibilità di integrarne il fabbisogno;

CONSIDERATO che, ai sensi e per gli effetti del D.C.A. n. 20/2014 così come modificato ed integrato dal D.C.A. n. 133/2014, sono state acquisite le proposte aziendali di rimodulazione per la successiva istruttoria e che, con nota Prot. n. RA/280821/COMM del 9 novembre 2015, il Commissario ad Acta ha disposto la costituzione di un Gruppo di lavoro per la redazione di un documento tecnico di supporto per consentire il completamento del procedimento in essere, anche sotto il profilo della valorizzazione della capacità produttiva delle strutture interessate e dell'equilibrio dell'offerta di servizi su base territoriale, anche in termini di verifica sulla sostenibilità, dei relativi costi per il SSR;

TENUTO CONTO, inoltre, che il D.M. n. 70/2015 ha avviato un processo di riqualificazione del sistema ospedaliero ed ha imposto alle Regioni di intervenire con provvedimenti generali di programmazione riducendo la "dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, garantendo, entro il triennio di attuazione del patto per la salute 2014-2016, il progressivo adeguamento agli standard di cui al presente decreto, in coerenza con le risorse

programmate per il Servizio sanitario nazionale (SSN) e nell'ambito della propria autonomia organizzativa nell'erogazione delle prestazioni incluse nei Livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni”;

ATTESO che, in particolare per le Regioni in piano di rientro, la rimodulazione di cui al menzionato decreto 70/2015 “avverrà progressivamente entro il triennio di attuazione del patto per la salute 2014-2016, nei tempi e con le modalità definite nei vigenti programmi operativi 2013-2015 ovvero nei piani di riorganizzazione, riqualificazione e rafforzamento del Servizio sanitario regionale, così' come ridefiniti ai sensi dell'articolo 12 del nuovo patto per la salute 2014-2016”, considerando l'equivalenza tra i posti letto ospedalieri, conseguentemente rientranti nelle relativa dotazione per mille abitanti, ed i posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, per i quali le regioni coprono un costo giornaliero a carico del Servizio sanitario regionale pari o superiore ad un valore soglia della tariffa regionale giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera;

CONSIDERATO che il mutamento degli attuali assetti organizzativi e gestionali, dettato dalla predetta normativa nazionale, comporterà un rafforzamento del modello regionale di welfare e conseguentemente un più ampio governo della domanda e dell'offerta di servizi di tutela della salute e consentirà anche di intervenire sul piano della riqualificazione della spesa stessa, non più soggetta ad ulteriori “tagli lineari”, già effettuati in regime di Spending Review, e sul piano del governo della domanda di salute, per assicurare il massimo sforzo di equità e protezione sociale;

CONSIDERATO altresì che, la definizione dei tetti di spesa, in relazione al fabbisogno regionale accertato di cui al decreto commissariale n. 52 dell'11.10.2012, deve ragionevolmente essere effettuata sulla base della capacità produttiva massima di ciascuna struttura, in base ai posti letto provvisoriamente accreditati, calcolata con le modalità indicate nella L.R. 31 marzo 2008 n. 5 recante “Piano Sanitario Regionale 2008/2010”;

RILEVATO che il procedimento di negoziazione con gli erogatori privati accreditati è finalizzato - ai sensi e per gli effetti dell'art. 8-quinquies, D.Lgs. n. 502/1992 s.m.i. - a stabilire quali attività siano riservate alla Regione Abruzzo, in funzione di ente di programmazione, quali attività siano invece attribuite alle Aziende Sanitarie, quali enti del SSN e quali diritti ed obblighi assuma l'erogatore privato che acconsente alla stipula dell'accordo contrattuale, la cui esistenza e validità è condizione essenziale al fine di poter erogare prestazioni a carico del SSR;

RILEVATO, con riferimento alle prestazioni riabilitative, che i tetti di spesa nell'ammontare individuali e complessivi risultano essere stati determinati con una riduzione lineare del 5% rispetto agli importi massimi stabiliti con riferimento al biennio 2011-2012;

ATTESO che il Programma Operativo 2013-2015, approvato con D.C.A. n. 84/2013 e s.m.i. con D.C.A. n. 112/2013 e i cui effetti sono venuti a cessare al 31 dicembre 2015, nel definire i tetti di spesa, per il triennio 2013-2015, per l'acquisto di prestazioni sanitarie nelle strutture riabilitazione ha assunto come parametro di riferimento il fatturato storico, così come rilevato e riportato nei rapporti riepilogativi trasmessi con cadenza trimestrale e consuntiva annuale dall'Agenzia Sanitaria Regionale;

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;

RITENUTO pertanto che, nel definire i volumi massimi di spesa preventivabili, non sia più funzionale, nell'attuale contesto di transizione, mutuare il c.d criterio di “spesa storica”, soprattutto alla luce del descritto processo di riorganizzazione, che determinerà una riallocazione della domanda e dell'offerta di servizi di riabilitazione;

RITENUTO altresì che una metodologia di calcolo dei tetti di spesa, che consenta una graduale valorizzazione della spesa effettiva in rapporto ai posti letto ed alle prestazioni accreditati rispetto alla succitata spesa storica assoggettata, peraltro a progressive riduzioni lineari, appare maggiormente coerente con l'obiettivo di garantire la sostenibilità economica del Sistema Sanitario Regionale per assicurare, al contempo, livelli prestazionali di servizi di riabilitazione adeguati e qualità nell'assistenza ai pazienti in carico, rispetto al setting appropriato;

VALUTATO per quanto sopra descritto, di poter procedere a detta definizione, per il biennio 2016 - 2017, tenendo conto:

- del numero di prestazioni per setting erogato;
- della durata degli interventi riabilitativi, intensivi od estensivi:
 - a. in regime residenziale per le 24 ore e in regime semiresidenziale per le 6/12 ore;
 - b. in regime ambulatoriale e domiciliare, per i pazienti in grado di vivere con sicurezza nel proprio ambiente di vita ed ambulant, che manifestano disabilità di modesta entità e gravità o che manifestano difficoltà al trasporto e che tuttavia "necessitano di completare il processo di recupero e/o di prevenire il degrado delle abilità", come descritti nella Tabella 22 del PSR 2008 - 2010;

RICHIAMATA la L.R. n. 5/2008 di approvazione del PSR 2008- 2010 in particolare al par. 5.2.7.3.3. "Le criticità della riabilitazione in Abruzzo" nella quale si sottolinea l'esistenza di un "sistema di offerta dei servizi di Riabilitazione nella Regione Abruzzo" caratterizzato da "una serie di criticità legate alla assenza di percorsi clinici e regole definite, configurando una situazione di indeterminatezza che è particolarmente delicata anche avuto riguardo alla concentrazione di detta offerta in maniera pressoché esclusiva nel settore del c.d. privato convenzionato e conseguentemente si evidenzia l'anomalia regionale, con eccesso di PL residenziali e semiresidenziali e prestazioni

ex. art 26 rispetto al dato medio italiano - Tabella 25 del PSR 2008 - 2010;

CONSIDERATO che, per ciascun erogatore di prestazioni di riabilitazione (ex art.26 Legge n. 833/1978), alla luce delle evidenze del P.S.R. 2008 -2010 citato, la relativa istruttoria è stata opportunamente preceduta dalla ricognizione sulla base dei dati di flussi informativi trasmessi mensilmente dalle strutture alle Aziende USL, giusta nota del 08.03.2016 Prot. n. RA/ 51001del Servizio Contratti erogati privati e Sistema di remunerazione delle prestazioni Rete Territoriale e Ospedaliera, determinando:

- numero di prestazioni fascia A e fascia B - Riabilitazione residenziale intensiva (Rei);
- numero di prestazioni per internato grave e medio grave - Riabilitazione residenziale estensiva (Ree);
- numero di prestazioni per internato grave e medio grave - Riabilitazione estensiva semiresidenziale (Rse);
- numero di prestazioni singole e di gruppo, extramurali singole e di gruppo - Riabilitazione in regime ambulatoriale;
- numero di prestazioni domiciliari - Riabilitazione in regime domiciliare;

PRESO ATTO dei provvedimenti commissariali - DCA 103/2014 e 19/2015- in materia di adeguamento e/o introduzione delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente/ Comune di residenza dell'assistito, e del prevedibile risparmio di oneri impropriamente posti a carico per gli anni pregressi della spesa sanitaria, determinato per singolo erogatore e tipologia nell'all. A "Tetti di spesa" parte integrante e sostanziale al presente provvedimento;

PRECISATO che, i vincoli imposti alla Regione Abruzzo di contenimento dei costi, "essenziali in un regime come quello esistente in Abruzzo sottoposto a Piano di rientro", nelle more della formalizzazione del nuovo strumento di programmazione operativa 2016-2018, per la presente fase di transizione verso il nuovo assetto dell'offerta di servizi residenziali, non appare funzionale fare riferimento al numero di posti letto accreditati ed al tasso di occupazione, dagli stessi solo teoricamente sviluppabile;

PRECISATO, altresì, che per le strutture ammesse alla negoziazione:

- con contratto per l'acquisto di prestazioni di carattere riabilitativo (ex art. 26 Legge n. 833/1978) residenziali, intensive, estensive e semiresidenziali estensive;
- con contratto per l'acquisto di prestazioni di carattere riabilitativo (ex art. 26 Legge n. 833/1978) di carattere ambulatoriale e sue declinazioni e domiciliare;

nelle more del procedimento di riconversione e riorganizzazione dell'offerta sanitaria territoriale, nonché, nello specifico per la riabilitazione ambulatoriale e domiciliare, dell'adozione dei relativi atti di programmazione regionale del fabbisogno di prestazioni, i tetti di spesa sono stati rideterminati con riguardo all'ammontare complessivo delle prestazioni (numero di prestazioni) sviluppato da ciascun erogatore, nel triennio 2013 - 2015 - con particolare riguardo all'annualità 2015 -, commisurato alle giornate di degenza/ai pazienti trattati/al setting di afferenza, come rilevato dall'evidenza dei flussi aziendali e dal Flusso Informativo Ministeriale RIA, ferme le indicazioni di cui alla L.R. n. 5/2008 di approvazione del P.S.R. 2008-2010 recante "Un sistema di garanzie per la salute" e ferme le tariffe stabilite dai provvedimenti regionali relativi a ciascun setting;

RITENUTO, conseguentemente e prima che siano determinate le classi di erogatori con riguardo ai livelli effettivamente erogati, di valorizzare le prestazioni a carattere estensivo, residenziale e semiresidenziale, tale che siano erogati trattamenti riabilitativi finalizzati al recupero funzionale in un tempo definito a persone con disabilità complessa, nella fase di immediata post acuzie e/o riacutizzazione della malattia, rispetto a quello di prestazioni cosiddette di mantenimento, ad alto o a basso carico assistenziale, che invece prevedono trattamenti a persone con grave disabilità, clinicamente stabilizzate, non assistibili a domicilio e che necessitano di azioni finalizzate ad evitare l'aggravamento e favorire l'autonomia nella vita quotidiana, riconoscendo una quota non superiore al 10% a carico del SSR, ritenuta la ragionevolezza dell'incidenza media sulla domanda complessiva di prestazioni;

RILEVATO che, con riferimento alle strutture ammesse alla negoziazione con contratto per l'acquisto di prestazioni di carattere riabilitativo (ex art. 26 Legge n. 833/1978), le quali erogano servizi in favore di soggetti autistici o assimilati, attesa la necessità di non procedere per la conferma dei tetti di spesa previsti per il triennio 2013-2015, il tetto di spesa per la contrattualizzazione di dette strutture si intende determinato con riferimento alle rilevazioni dei dati aziendali e dei flussi regionali - Flusso Informativo Ministeriale RIA - con la precisazione che, per le prestazioni erogate in favore di soggetti minori, i quali necessitano di un trattamento ad alta intensità assistenziale, le stesse non risultano soggette a compartecipazione da parte dell'assistito a termini del D.C.A. n. 103/2014 e D.C.A. n. 19/2015, mentre per le prestazioni erogate in favore di soggetti autistici, i quali necessitano di trattamento assimilabile, sotto il profilo dell'intensità assistenziale a quello erogato in favore di soggetti inabili fisici, psichici e sensoriali, trovano applicazione le disposizioni in materia di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'assistito, di cui al D.C.A. n. 104/2014 e al D.C.A. n. 20/2015;

RITENUTO di riservare la successiva integrazione dei budget individuati per l'acquisto di prestazioni da strutture ammesse alla negoziazione con contratto per l'acquisto di prestazioni di carattere riabilitativo (ex art. 26 Legge n. 833/1978), le quali erogano servizi in favore di soggetti autistici o assimilati, all'apprezzamento tariffario riconosciuto da specifico provvedimento commissariale, anche, medio tempore, al fine di consentire alle Aziende UU.SS.LL di poter procedere senza soluzione di continuità alla remunerazione delle prestazioni erogate a carico del Servizio Sanitario Regionale dalla data della stipula del accordo negoziale con le suddette strutture;

PRECISATO, altresì, che i suddetti tetti di spesa si intendono calcolati, per le strutture che erogano prestazioni di carattere residenziale riabilitativo, avuto riguardo ai requisiti strutturali ed organizzativi che consentono alle stesse di garantire prestazioni idonee, individuando quota sanitaria della tariffa e la quota dovuta dall'assistito o in caso di incapienza di questo dal Comune di residenza a titolo di partecipazione alla spesa sanitaria in

coerenza con gli adeguamenti alla normativa lea introdotti con D.C.A. n. 92/2014, D.C.A. n. 103/2014, D.C.A. n. 104/2014, D.C.A. n. 19/2015 e D.C.A. n. 20/2015;

RICHIAMATA riguardo alla ragionevolezza dei parametri di determinazione dei tetti di spesa per l'acquisto delle prestazioni sanitarie di carattere residenziale riabilitativo, ex multis la sentenza Consiglio di Stato, Sez. III, n. 1353/2015, nella quale, l'organo giurisdizionale adito precisa che il termine generalmente fissato alle regioni nella L. 133/2008, poiché tale sistema presupponendo una totale identità e coincidenza tra status di accreditamento predefinitivo e sistema convenzionale (art. 8-quinquies, D.Lgs. n. 502/1992) sarebbe produttivo di inefficienze, laddove accelerare e/o favorire con tempi amministrativi certi l'ingresso di nuovi soggetti nel mercato potrebbe portare ad esternalità positive o anche ad economie di scala;

PRECISATO a tale riguardo che, l'Agenzia Sanitaria Regionale ha provveduto in data 18 marzo 2016 a trasmettere, ai componenti del Gruppo di lavoro individuato con nota del Commissario ad acta del 12 novembre 2015 - resosi necessario, anche in conseguenza dei nuovi termini previsti dalla Legge n. 124/2015 per l'esercizio del potere di autotutela riconosciuto in capo alla P.A., apposito documento tecnico, attualmente all'esame dei competenti uffici regionali, per la verifica e predisposizione di apposita proposta di decreto commissariale;

RITENUTO, inoltre, di dover procedere alla definizione di uno schema contrattuale uniforme da sottoscrivere tra la Regione Abruzzo, le quattro Aziende UU.SS.LL. insistenti nel territorio regionale e le strutture provvisoriamente accreditate;

VISTO l'allegato schema di contratto di cui all'Allegato 2 "Schema di accordo contrattuale", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento - predisposto ai fini della sottoscrizione degli accordi contrattuali tra la Regione Abruzzo, le quattro Aziende UU.SS.LL. insistenti nel territorio regionale e le strutture provvisoriamente accreditate operanti nella Regione Abruzzo - disciplinante le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie rese dalle strutture residenziali riabilitative in

favore dei pazienti residenti nella Regione Abruzzo;

RICHIAMATO l'art. 8, c.4, L.R. 31/07/2007, n. 32 e ss.mm.ii. che stabilisce che gli accordi contrattuali vengono stipulati con l'amministrazione regionale e sottoscritti dal Presidente della Giunta Regionale;

TENUTO CONTO che il presente provvedimento, unitamente all'Allegato 1 "Tetti di spesa biennio 2016/2017" e all'Allegato 2 "Schema di accordo contrattuale" viene notificato - a mezzo PEC - a ciascun erogatore privato fissando, altresì, la data di sottoscrizione del contratto che deve essere effettuata entro i successivi 20 (venti) giorni;

DATO ATTO che il suddetto schema di accordo negoziale è stato condiviso con i referenti aziendali per il Tavolo di monitoraggio, analisi e verifica per i contratti e il contenzioso costituito con Determina Dirigenziale 3/2015/DPF006 - ritualmente notificata agli interessati - e opportunamente integrato con le osservazioni da essi formulate;

PRECISATO, altresì, che le osservazioni trasmesse dagli erogatori privati in merito allo schema di accordo contrattuale, proposto ed approvato in forza del presente atto, saranno sottoposte a valutazione congiunta da parte dei competenti uffici regionali e dei referenti aziendali di cui alla determinazione dirigenziale n. 3/2015 e riscontrate nel termine di 20 (venti) giorni dalla acquisizione al protocollo del Servizio "Contratti con gli erogatori privati e Sistema di remunerazione delle prestazioni rete territoriale e ospedaliera" delle suddette osservazioni;

ATTESO che, in ogni caso, viene fissata la data delcome termine ultimo per la sottoscrizione di tutti gli accordi contrattuali/negoziali relativi alle strutture residenziali, riabilitative, anche a seguito di eventuale fase di interlocuzione;

RICHIAMATA, in tal senso e tra le altre, l'ordinanza del Consiglio di Stato n. 7581/2014, la quale espressamente precisa, con riferimento alle clausole dell'accordo negoziale, per cui è prevista la sottoscrizione espressa del privato erogatore ai sensi dell'art. 1341 c.c. e in particolare alla clausola di

salvaguardia di cui all'art. 20 del predetto schema di accordo negoziale, in adesione alle richieste dei Dicasteri affiancanti per esigenze di programmazione finanziaria che le stesse "lungi dal ledere garanzie costituzionali, sembrano evocare un impegno della parte privata contraente al rispetto ed all'accettazione dei vincoli di spesa essenziali in un regime come quello esistente in Abruzzo sottoposto a Piano di rientro";

RIBADITO che la Regione Abruzzo, in quanto in Piano di Rientro e in regime di commissariamento, non dispone di risorse aggiuntive da destinare al finanziamento di eventuali prestazioni extrabudget che non possono in alcun modo essere remunerate e che, pertanto, l'onere relativo a quelle eccedenti il limite massimo di spesa messo a disposizione dalla Regione Abruzzo può essere posto unicamente a carico delle strutture private;

PRECISATO, con riferimento agli erogatori privati non intenzionati a sottoscrivere il contratto proposto, che non potranno essere da questi erogate a nessun titolo prestazioni a carico del Servizio Sanitario Regionale dalla data della mancata stipula del suddetto accordo contrattuale e che - contestualmente - verrà data formale comunicazione, ai sensi degli artt. 7 e 8 della Legge 241/1990 e ss. mm. ii., di avvio del procedimento di sospensione dell'accreditamento per effetto dell'art. 8-quinquies, comma 2 -quinquies, D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii.;

CONSIDERATO che le prestazioni eventualmente erogate nelle more del termine fissato con il presente provvedimento in ordine alla stipula del contratto e che non venissero ricoperte con la sottoscrizione del contratto di che trattasi - che ha decorrenza giuridica a partire dal 1° gennaio 2016 fino al 31 dicembre 2017 - ove ne venisse accertata da parte del Servizio Sanitario Regionale l'effettiva utilità ricevuta, potranno essere indennizzate nella misura massima del 90% delle tariffe stabilite;

PRECISATO che, qualora nell'arco del biennio di vigenza contrattuale, si pervenga alla definizione del processo di riorganizzazione della rete territoriale riabilitativa ed al completamento del procedimento di ricognizione, che per disposizione del

legislatore statale, è condizione ineludibile per l'esercizio del potere di concedere i nuovi accreditamenti, si potrà procedere alla rideterminazione dell'ammontare complessivo delle risorse per l'area della riabilitazione, all'esito dell'accertamento della sostenibilità economica del nuovo fabbisogno dei posti contrattualizzabili;

EVIDENZIATO che, alla luce di quanto sarà eventualmente disposto da futuri provvedimenti commissariali di programmazione relativamente al secondo anno di vigenza contrattuale, si potrà procedere alla ridefinizione dell'ammontare, complessivo e per singola struttura, delle risorse destinate all'area riabilitazione ex art. 26 L. 833/78, RP, RSA, strutture psicosociali;

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 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;

DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

1. **di dare atto** che, in forza del presente provvedimento, è avviato il procedimento di negoziazione con gli erogatori privati titolari di accreditamento predefinitivo per l'erogazione di prestazioni in regime residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale - sue declinazioni e domiciliare riabilitativo per il biennio 2016-2017;
2. **di approvare** l'Allegato 1 "Tetti di spesa biennio 2016/2017" e l'Allegato 2 "Schema di accordo contrattuale" precisando che gli stessi costituiscono parte integrante e sostanziale al presente provvedimento;
3. **di precisare** che nelle more del procedimento di riconversione e riorganizzazione dell'offerta sanitaria territoriale, nonché, nello specifico per la riabilitazione ambulatoriale e

- domiciliare, dell'adozione dei relativi atti di programmazione regionale del fabbisogno di prestazioni, per le strutture ammesse alla negoziazione per l'acquisto di prestazioni riabilitative di cui all'art. 26 l. 833/78, i tetti di spesa, per il biennio 2016 - 2017, vengono rideterminati secondo le modalità di cui in narrativa;
4. **di stabilire** che, conseguentemente e prima che siano determinate le classi di erogatori con riguardo ai livelli effettivamente erogati, siano valorizzate le prestazioni a carattere estensivo, residenziale e semiresidenziale, riconoscendo una quota non superiore al 10% a carico del SSR, ritenuta la ragionevolezza dell'incidenza media di tale tipologia sulla domanda complessiva di prestazioni, rispetto alle prestazioni cosiddette di mantenimento, come premesso in narrativa;
 5. **di dare atto**, altresì, che i suddetti tetti di spesa, si intendono calcolati con riferimento alla quota sanitaria della tariffa e con indicazione della quota a titolo di partecipazione alla spesa sanitaria, dovuta dall'assistito o, in caso di incapienza di questo, dal Comune di residenza, in coerenza con gli adeguamenti alla normativa Lea introdotti con i D.C.A. 103/2014 e D.C.A. n. 19/2015;
 6. **di precisare** che, con riferimento alle strutture ammesse alla negoziazione con contratto per l'acquisto di prestazioni di carattere riabilitativo (ex art. 26 Legge n. 833/1978), le quali erogano servizi in favore di soggetti autistici o assimilati, i relativi tetti di spesa sono determinati facendo riferimento alle rilevazioni dei dati aziendali e dei flussi regionali - Flusso Informativo Ministeriale RIA - con la puntualizzazione che, per le prestazioni erogate in favore di soggetti minori, i quali necessitano di un trattamento ad alta intensità assistenziale, le stesse non risultano soggette a compartecipazione da parte dell'assistito a termini dei D.C.A. n. 103/2014 e D.C.A. n. 19/2015, mentre per le prestazioni erogate in favore di soggetti autistici, i quali necessitano di trattamento assimilabile, sotto il profilo dell'intensità assistenziale a quello erogato in favore di soggetti inabili fisici, psichici e sensoriali, trovano applicazione le disposizioni in materia di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'assistito, di cui al D.C.A. n. 104/2014 e al D.C.A. n. 20/2015;
 7. **di riservare** a successivo provvedimento commissariale l'integrazione dei budget individuati per l'acquisto di prestazioni da strutture di cui al punto precedente, le quali erogano servizi in favore di soggetti autistici o assimilati, a definitivo apprezzamento tariffario e ciò al fine di consentire alle Aziende UU.SS.LL di poter procedere, senza soluzione di continuità, alla remunerazione delle prestazioni erogate a carico del Servizio Sanitario Regionale dalla data della stipula del accordo negoziale con le suddette strutture;
 8. **di evidenziare** che, alla luce di quanto sarà eventualmente disposto da futuri provvedimenti commissariali di programmazione relativamente al secondo anno di vigenza contrattuale, si potrà procedere alla ridefinizione dell'ammontare, complessivo e per singola struttura, delle risorse destinate all'area riabilitazione ex art. 26 L. 833/78, RP, RSA, strutture psicosociali;
 9. **di precisare** che il suddetto schema di accordo negoziale è stato condiviso con i referenti aziendali per il Tavolo di monitoraggio, analisi e verifica per i contratti e il contenzioso costituito con Determina Dirigenziale 3/2015/DPF006 - ritualmente notificata agli interessati - e opportunamente integrato con le osservazioni da essi formulate;
 10. **di specificare** che le osservazioni trasmesse dagli erogatori privati in merito allo schema di accordo contrattuale proposto ed approvato in forza del presente atto, saranno sottoposte a valutazione congiunta da parte dei competenti uffici regionali e dei referenti aziendali di cui alla Determinazione Dirigenziale n. 3/2015/DPF006 e riscontrate nel termine di 20 (venti) giorni dalla acquisizione al protocollo del Servizio "Contratti erogatori privati e Sistema di remunerazione delle prestazioni rete

- territoriale e ospedaliera” delle suddette osservazioni;
11. **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 il termine di giorni 60 (sessanta);
 12. **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;
 13. **di pubblicare** il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo (B.U.R.A.T).

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D'Alfonso

Segue Allegato

TETTI DI SPESA BIENNIO 2016/2017
STRUTTURE EX ART.26 L.833/1978

ALLEGATO 1

Denominazione Enti gestori	Direzione strutture operative	ASL di riferimento	TETTO DI SPESA ANNUALE SUITE GESTIONE A CARICO SSN (Migliaia 2016/2017)
1 FONDAZIONE ANFFAS - Teramo	a. Teramo	ASL 4 Teramo	1.913.120,29
2 FONDAZIONE PADRE ALBERTO MAENO - Oria - Vasto (CH)	a. Oria - Viale Serro, 1	ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti	5.534.415,14
	b. Vasto - C.da S. Tommaso		
	c. Lanciano - Zona Industriale 65/A		
	d. Vasto - Via Dalmazia 116		
	e. Vasto - C.da Labba	ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila	
	f. Vasto - Via Platena, 50		
	g. Avezzano - Via Maccorine		
	h. Sulmona - Via Mazzini, 73		
3 SAN RAFFAEL - Sulmona	a. Sulmona	ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila	551.635,16
4 ISTITUTO DOM ORIONE - Pescara	a. Pescara	ASL 3 Pescara	4.043.274,99
5 FONDAZIONE PAPA PAOLO IV	a. Chieti	ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti	10.925.352,33
	b. Castiglione a Casauria	ASL 3 Pescara	
	c. Bolognaro		
	d. Perna		
	e. Pescara - Via Pape Giovanni XXII, 2		
	f. Pescara - Via Pesaro, 9		
	g. Pescara - Via Tovo, 86		
	h. Rofano		
6 FONDAZIONE SANTA CATERINA - Francavilla al Mare (CH)	a. Francavilla al Mare (CH)	ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti	2.542.970,50
7 MONTEFERBANTE Srl - Lanciano (CH)	a. Lanciano (CH)	ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti	1.161.223,95
8 CASA DI CURA NOVA SALUS - Trassacco (AQ)	a. Trassacco	ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila	328.861,58
9 RIABILITATIVA SAN ROCCO Srl	a. Casoli	ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti	2.128.212,05
	b. Alissa		
10 VILLA SERENA (S. AGNESE - PINETO)	a. Pineto (TE)	ASL 4 Teramo	5.709.723,12
11 WELNESS e C. SAS - Montorio al Vomano (TE)	a. Montorio al Vomano (TE)	ASL 4 Teramo	1.064.258,30
12 MEDISALUS - Lecce de' Marsi (AQ)	a. Lecce de' Marsi (AQ)	ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila	517.174,40
13 MEDICAL MARSCANO - Capistrello (AQ)	a. Capistrello (AQ)	ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila	553.073,22
14 SANEX Srl - Campi (TE)	a. Campi (TE)	ASL 4 Teramo	849.449,66
15 IARENIS Srl - Avezzano (AQ)	a. Avezzano (AQ)	ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila	984.639,81
16 VILLA DOROTEA - Scoppito (AQ)	a. Scoppito (AQ)	ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila	1.601.609,86
17 SANTA CATERINA Spa	a. Chieti	ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti	3.833.208,96
18 SAN STEF A.R. Abruzzo S.r.l.	a. Castel di Sangro (AQ)	ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila	9.496.252,95
	b. L'Aquila		
	c. Chieti Scalo (CH)		
	d. Chieti		
	e. Lanciano (CH)	ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti	
	f. Vasto (CH)		
	g. Villa S. Maria (CH)		
	h. Casalbordino (CH)		
	i. San Salvo (CH)		
	l. Pescara		
	m. Montebelluna (PE)		
	n. S. Egidio alla Vibrata (TE)	ASL 4 Teramo	
	o. Atri (TE)		
	p. Roseto degli AbruZZi (TE)		
q. Alba Adriatica (TE)			
r. Teramo			
r. Teramo			
19 IL PICCOLO PRINCIPE	a. Pescara	ASL 3 Pescara	188.123,32
20 IL CIRENIO	a. Lanciano e Vasto	ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti	925.374,26
21 Centro Riabilitativo Polivalenti PRIMAVERA	a. Teramo	ASL 4 Teramo	491.847,93
22 CISE Srl	a. Pelena (CH)	ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti	125.320,00
23 FONDAZIONE PICCOLA OPERA CHARITAS	a. Giulianova	ASL 4 Teramo	4.969.765,50
	b. Chieti	ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti	
			40.432.267,71

Allegato al Decreto del Commissario
ad ACTA

n. 19/2016 del 23 MAG. 2016



Allegato al Decreto del Commissario
ad ACTA

n. 181/2016 del 23 MAG. 2016



ALLEGATO 2

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA N. /2016 DEL

**SCHEMA DI ACCORDO CONTRATTUALE
EX ART. 8-QUINQUIES D.LGS. N. 502/1992
PROPOSTO ALLE STRUTTURE PRIVATE TITOLARI DI ACCREDITAMENTO
PREDEFINITIVO PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE A CARAT-
TERE RIABILITATIVO PER IL BIENNIO 2016- 2017**

STIPULATO IN PESCARA, IN DATA

TRA

- la Regione Abruzzo, C.F. e P.I. 80003170661, con sede con 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 Unità Sanitarie Locali della Regione Abruzzo come sotto indicate:
 - Azienda Unità 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. e P.I. 01792410662;
 - Azienda Unità 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. e P.I. 02307130696;
 - Azienda Unità 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. e P.I. 01397530982;
 - Azienda Unità Sanitaria Locale 4 – Teramo con sede in Teramo, Circonvallazione Ragusa n. 1, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore, C.F. e P.I. 00115590671;

E

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

PREMESSO CHE

1. L'Erogatore è autorizzato in via predefinitiva all'esercizio di prestazioni sanitarie in e accreditato in via predefinitiva ad erogare dette prestazioni a carico del Servizio Sanitario Regionale per n. p.l./prestazioni ambulatoriali, domiciliari giusta D.G.R. n.....

2. che la Erogatore eroga, in virtù dei titoli sopra indicati, l'attività di:
 - a)
 - b)
 - c)
3. L'Erogatore esercita le prestazioni sanitarie per le quali è in corso la procedura finalizzata al rilascio del titolo di accreditamento istituzionale, per conto e a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR), nei limiti delle risorse assegnate.
4. Con D.C.A. del sono state approvate le " linee negoziali di regolamentazione dei rapporti con gli erogatori privati titolari di accreditamento predefinitivo per prestazioni a carattere riabilitativo per il biennio 2016- 2017¹. Con nota del l'Erogatore ha trasmesso osservazioni in merito alla schema di accordo contrattuale proposto e particolarmente
5. Con note del le Aziende USL, quali parti sostanziali del contratto hanno provveduto a trasmettere ulteriori osservazioni in merito alle clausole negoziali di immediata afferenza;
6. Con nota del l'Organo commissariale ha ritenuto di accogliere le osservazioni proposte in relazione ai punti, confermando per il restante le previsioni negoziali dandone comunicazione ai soggetti interessati.
7. La procedura di interlocuzione negoziale può ritenersi positivamente conclusa e nulla osta alla sottoscrizione del contratto tra Regione, Aziende Usl e Erogatore
8. Per le finalità del presente contratto, l'Erogatore oltre a produrre ai sensi e per gli effetti degli artt. 45-46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i. le necessarie dichiarazioni sostitutive di certificazione/ di atto di notorietà, di cui all'elenco allegato, con apposita e distinta dichiarazione acquisita agli atti dei competenti Uffici regionali ed allegata al presente accordo contrattuale, si impegna a mantenere e/o a conformarsi a quanto previsto dai Manuali di autorizzazione ed accreditamento di cui alla D.G.R. n. 591/P/2008, s.m.i., anche ai fini della legittima ed effettiva remunerabilità delle prestazioni erogate.
9. Ferma restando l'acquisizione della documentazione di cui all'Allegato 2A, che è parte integrante del presente accordo, l'Erogatore dichiara:
 - a) di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta e che nessun procedimento relativo è avviato nei suoi confronti;
 - b) di aver / non aver presentato domanda di concordato preventivo;
 - c) 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 della Erogatore.
10. L' Erogatore si impegna a garantire l'adeguatezza ed il perfetto stato di uso di tutte le apparecchiature e si impegna, altresì, a tenere a disposizione della Azienda USL competente e della Regione Abruzzo, per consentire i relativi controlli, i contratti di manutenzione e/o la documentazione delle attività di manutenzione effettuata in maniera adeguata a ciascuna apparecchiatura. Sono fatti salvi i casi di caso fortuito e forza maggiore.
11. Le parti prendono, altresì, atto degli indirizzi in materia di remunerazione delle prestazioni formulati con nota n. prot. RA/ 244549/ COMM del 29 settembre 2015 che è parte integrante del presente contratto.

¹ *N.B. Per gli erogatori titolari di accreditamento predefinitivo per prestazioni ambulatoriali, domiciliari ed extramurali della riabilitazione ex art. 26 trova applicazione, nelle more della definizione del processo di riconversione, quanto previsto dal presente accordo contrattuale.*

SI CONVIENE E SI STIPULA

**ARTICOLO 1
OGGETTO**

1. Per il biennio 2016-2017 il Servizio Sanitario Regionale, in forza del presente atto, acquista dall'Erogatore..... nel rispetto dei provvedimenti quivi richiamati con le specifiche di cui alla pianificazione definita con il Direttore Generale della Azienda USL di afferenza, le prestazioni meglio specificate nel piano delle prestazioni e di seguito sinteticamente elencate:.....(ad esempio, prestazioni in Riabilitazione intensiva ascrivibili alla tariffazione di fascia A e di fascia B);
2. Nel rispetto dei limiti e delle condizioni previste dal presente accordo contrattuale:
 - a) l'erogatore assume l'obbligo di erogare le prestazioni indicate al primo comma del presente articolo alle condizioni contemplate nel successivo articolo 4 del presente accordo contrattuale, per tutta la durata del presente accordo e secondo i termini e le modalità in esso stabilite;
 - b) l'Azienda USL, nel cui ambito territoriale l'Erogatore è ubicato, assume l'obbligo di remunerarle entro i limiti e nei termini previsti dai successivi artt. 14, 15 e 16 in base alla vigente normativa.
3. Le prestazioni sono erogate - in favore di pazienti residenti nel territorio della Regione Abruzzo - per il tramite della Erogatore sottoscrittrice del presente accordo, in nome e per conto del SSR, nei limiti del tetto massimo di spesa ad essa assegnato ed in ossequio al principio di libera scelta del paziente.

**ARTICOLO 2
DURATA**

1. Il presente accordo contrattuale regola le prestazioni rese a decorrere dal 1° gennaio 2016 fino al 31 dicembre 2017 e fatte espressamente salve eventuali modifiche e integrazioni che si rendessero necessarie in conseguenza della definizione di ulteriori indirizzi programmatici inerenti l'offerta residenziale.

**ARTICOLO 3
VOLUME DI PRESTAZIONI EROGABILI E PREVISIONE DI SPESA
(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)**

1. L'Erogatore si impegna ad erogare, per il biennio 2016-2017, le prestazioni sanitarie per le quali risulta autorizzata e accreditata in via pre-definitiva, nei limiti del tetto massimo di spesa di cui al presente articolo e nel rispetto dei provvedimenti quivi richiamati ed accetta, come corrispettivo massimo relativo a ciascun anno nel biennio 2016-2017, il tetto di spesa di € _____, così come rideterminato ai sensi del successivo art. 14 comma 3, in conseguenza dei provvedimenti commissariali di seguito riportati (ad es. D.C.A. n. 103/2014 e DCA n.19/2015 in materia di adeguamento e/o introduzione delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente/ Comune di residenza dell'assistito).
2. Qualora il contratto venga sottoscritto con strutture operanti su più sedi tale previsione è integrata, nelle more della costituzione dell'Azienda Unica Regionale, con la individuazione suddivisa per Azienda USL di afferenza del relativo tetto di spesa.
3. La produzione eccedente il tetto massimo di cui al primo comma non può essere remunerata in nessun caso e ad alcun titolo e, pertanto, è considerata inesigibile.
4. Sono considerate rese al di fuori del presente contratto e si dichiarano fin da ora non coperte dal tetto di spesa e, quindi, non remunerabili e non esigibili, le prestazioni eseguite in misura superiore al 100% della capacità produttiva massima giornaliera dei posti letto accreditati.

ARTICOLO 4

CONDIZIONI DI EROGABILITÀ DELLE PRESTAZIONI*(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)*

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. e - laddove previsto - per i trattamenti di lungo-assistenza/mantenimento i decreti commissariali di introduzione/adeguamento quota di compartecipazione a carico dell'utente/Comune;
 - 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 e ss.ii.;
 - c) le disposizioni contenute nel Patto per la Salute 2014-2016 anche con riferimento alla revisione dei meccanismi di compartecipazione alla spesa sanitaria;
 - d) il D.Lgs. n. 81/2008,
 - e) il D.Lgs. n. 81/2015 per quanto applicabile.

ARTICOLO 5

CRITERI DI RIPARTIZIONE DELLA SPESA PREVENTIVATA*(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)*

1. A garanzia della previsione di spesa concordata con il presente accordo contrattuale e a tutela della continuità nell'erogazione delle prestazioni in le parti convengono che il tetto di spesa, di cui all'art. 4 del presente accordo, sia frazionato in mensilità con l'obbligo di non superamento dei limiti progressivi mensili, con una oscillabilità (mensile) non superiore al 30 % del tetto mensile massimo, fermo restando quanto previsto all'art. 3, comma 3.
2. Le prestazioni dichiarate inappropriate, incongrue ed illegittime dagli Organismi di controllo di cui all'articolo 13 non rientrano nel limite mensile del 30 % previsto al primo comma, e non possono essere remunerate o esigibili ai sensi dell'ultimo comma del successivo articolo 7.

ARTICOLO 6

MODALITÀ DI ACCESSO ED EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI*(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)*

1. L'erogazione della prestazione sanitaria è subordinata alla richiesta compilata su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale a cura del medico prescrittore in conformità a quanto previsto dal D.M. 17 marzo 2008 e ss.mm.ii., dal D.M. 350/1988, dal DM 2.11.2011 e dal DL 179 del 18.10.2012 convertito in L. 17.12.2012 n. 221, oltre che dalle disposizioni regionali in materia. Ai sensi del P.S.R. 2008/2010 (L.R. n. 5/2008) l'accesso alle prestazioni sanitarie ricomprese nell'ambito dell'assistenza nella Erogatore (specificare se riabilitativa, RSA/RP/Erogatore psicosociale) è subordinato all'autorizzazione delle UVM secondo quanto previsto dall'art. 8 del Decreto Commissariale n. 107 del 30 dicembre 2013.
2. L'accesso alle prestazioni sanitarie ricomprese nell'ambito dell'assistenza da parte dell'Erogatore è subordinato all'autorizzazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) competente per territorio ed è regolato dalle disposizioni di cui al Decreto del Commissario ad acta n. 107 del 30 dicembre 2013, recante "Attività e procedure di competenza del punto unico di accesso e della unità di valutazione multidimensionale - linee guida regionali", e s.m.i.. Per procedere all'erogazione delle prestazioni l'Erogatore è tenuta a verificare, preliminarmente, la sussistenza della richiesta e la sua compilazione sul ricettario nel rispetto dei requisiti di cui al punto 1 del presente articolo segnalando alla Azienda USL competente, per le necessarie valutazioni, ogni eventuale anomalia e/o irregolarità. La mancata segnalazione alla Azienda USL comporta la non remunerabilità della prestazione. L'Azienda USL è tenuta ad accertare la correttezza e la remunerabilità delle prescrizioni segnalate.

3. L'Erogatore è inoltre tenuto a rispettare gli adempimenti previsti dall'art. 8 del decreto commissariale n. 107 del 30 dicembre 2013 relativo alla presa in carico del paziente.
4. Le prestazioni sono erogate secondo le modalità e con le caratteristiche previste dai provvedimenti Nazionali e Regionali in materia ed, in ogni caso, nel rispetto dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento, di qualità e di appropriatezza imposti dalla buona e diligente pratica professionale, e secondo l'assetto organizzativo e funzionale di cui ai provvedimenti autorizzativi ed agli atti di accreditamento che la Erogatore si impegna a rispettare sino all'adozione dei provvedimenti concernenti la ricollocazione nei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria e socio-sanitaria (D.P.C.M. 29 novembre 2001) delle attività svolte dalle strutture extra ospedaliere a carattere residenziale.
5. Non sono remunerabili ed esigibili le prestazioni erogate su richieste del S.S.N. non conformi alla richiamata normativa.

ARTICOLO 7 OBBLIGHI DELL'EROGATORE

(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)

1. L'Erogatore, per quanto attiene le prestazioni in, si obbliga a garantire, nel rispetto del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e ss.mm.ii., l'invio telematico alla Azienda USL territorialmente competente, delle informazioni di seguito dettagliate:
 - a) comunicazione dell'ammissione del Paziente presso la Erogatore, comprensiva di impegnativa della richiesta di prestazione da parte del medico prescrittore e dell'autorizzazione della UVM, entro 24 ore;
 - b) comunicazione di dimissione e/o di dimissioni temporanee (ricovero in ospedale) del Paziente entro 24 ore;
 - c) trasmissione mensile del prospetto giornaliero delle presenze a carico del S.S.N., distinto per tipologia di fascia e relativa tariffa (valore economico della prestazione così come riportato in fattura).

ARTICOLO 8 ULTERIORI OBBLIGHI DELL'EROGATORE

(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)

1. L'Erogatore, oltre al rispetto degli obblighi di cui al precedente articolo 7 si impegna:
 - a) ad adeguare la propria organizzazione interna ai principi di programmazione regionale in materia di "governo clinico" ed ai percorsi assistenziali concernenti le prestazioni oggetto del presente contratto, definiti a livello nazionale e regionale;
 - b) a garantire la partecipazione dei propri operatori ad eventuali iniziative formative promosse dalle Aziende UUSSLL e dalla Regione Abruzzo;
 - c) a rispettare puntualmente la normativa in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro ed in materia previdenziale;
 - d) ad aderire al Progetto Fascicolo Sanitario Elettronico, secondo quanto verrà indicato dalla Regione, al fine di consentire la condivisione telematica delle agende di prenotazione e di monitoraggio delle prestazioni.
2. L'Erogatore ha l'obbligo di istituire dei fascicoli personali contenenti tutta la documentazione sanitaria degli utenti nei quali dovrà conservare, nel rispetto del D.Lgs., 30 giugno 2003, n. 196 e ss.mm.ii. in materia di trattamento e protezione dei dati personali:
 - a) tutta la documentazione sanitaria (cartella clinica) relativa a ciascun paziente;
 - b) tutta la documentazione amministrativa relativa a ciascun paziente.

ARTICOLO 9 PERSONALE DELLA EROGATORE E REQUISITI DI COMPATIBILITÀ

(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)

1. L'Erogatore utilizza, per l'erogazione delle prestazioni di cui agli articoli 1 e 3 del presente accordo contrattuale, il personale e le figure professionali del ruolo sanitario, tecnico e amministrativo previste dalla normativa vigente in materia di autorizzazione e accreditamento.
2. L'Erogatore garantisce l'impiego di personale in possesso dei titoli abilitanti e che non versi in situazioni di cui al D.Lgs. n. 159/2011 e di incompatibilità ai sensi delle disposizioni di cui alla Legge n. 412/1992 e alla Legge n. 662/1996.
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'avvio del procedimento amministrativo finalizzato all'irrogazione delle sanzioni previste dall'art. 1, comma 19, Legge, 23 dicembre 1996, n. 662.
4. L'Erogatore si impegna a comunicare trimestralmente, all'Azienda USL di pertinenza oltre che al Servizio "Attività Ispettiva e Controllo Qualità" e per conoscenza anche al Servizio "Contratti con gli erogatori privati e sistema di remunerazione delle prestazioni dell'area ospedaliera e territoriale" del Dipartimento *Salute e 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. 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.I. di categoria che deve essere dichiarato dalla Erogatore nell'elenco di cui al quarto comma del presente articolo.

ARTICOLO 10

OBBLIGHI INFORMATIVI DELL'EROGATORE

1. L'Erogatore fornisce all'Azienda USL competente per territorio e contestualmente all'*Agenzia Sanitaria Regionale (A.S.R.)*, entro il quindicesimo giorno del mese successivo a quello di riferimento, unitamente alla fattura elettronica di cui all'art. 12 del presente accordo contrattuale, il file di produzione relativo alle prestazioni sanitarie erogate.
2. Il file di produzione costituisce, oltre che obbligo informativo, anche allegato elettronico analitico alla fattura, chiarendosi che sono oggetto di fatturazione tutte le prestazioni erogate a carico del S.S.R. nel mese di competenza, nel rispetto dei limiti di cui agli artt. 3 e 5 del presente accordo contrattuale. Per prestazioni erogate sono da intendersi le giornate di presenza maturate e le prestazioni erogate nel mese di riferimento.
3. Con ulteriori campi aggiuntivi al file di produzione, di cui al primo comma del presente articolo, la Erogatore specifica per ogni prestazione:
 - a) il valore dell'importo fatturato;
 - b) il numero progressivo e la data di emissione della fattura.
4. L'Erogatore si impegna, altresì, a rispettare, nei tempi e nei modi previsti, gli ulteriori obblighi informativi stabiliti dalle normative ministeriali (NSIS) e regionali ed in particolare il flusso informativo FAR (Flusso Assistenza Residenziale) – in attuazione del D.M. 17 dicembre 2008 – nonché il modello ministeriale STS24.
5. L'Erogatore ha l'obbligo di comunicare eventuali ritardi nella trasmissione delle informazioni.
6. 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'articolo 17

del presente accordo contrattuale.

7. Restano salvi gli obblighi informativi di cui agli articoli 7 e 8 del presente accordo contrattuale.
8. Al ricevimento della fattura e dell'allegata documentazione informativa, l'Azienda USL competente verifica l'esatta attribuzione elettronica della prestazione e della tariffa corrispondente.

ARTICOLO 11

CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA E CONGRUITÀ

(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)

1. Fatte salve le verifiche sul fatturato di cui al successivo articolo 13, durante la vigenza del presente accordo, la Regione e l'Azienda USL potranno in qualunque momento verificare l'appropriatezza, la legittimità e la congruità delle prestazioni svolte dall'Erogatore che, in ogni caso, dovranno essere eseguite a regola d'arte sotto il profilo tecnico e funzionale, secondo le condizioni, le modalità ed i termini previsti dalle norme di settore e dai provvedimenti regionali.
2. Il campione dei controlli di appropriatezza, congruità e legittimità deve essere rappresentativo di almeno il dieci per cento della produzione fatturata, fatto salvo un incremento del campione percentuale derivante da eventuali modifiche dei DCA 19 - 43/2010 e 64/2012.
3. L'Azienda USL competente territorialmente verifica la coerenza dei dati di produzione con quelli relativi alla fatturazione di cui all'articolo 12 del presente accordo contrattuale secondo le modalità previste dall'articolo 14 del presente accordo contrattuale.
4. I controlli presso le Strutture sono di competenza dei *Nuclei Operativi di Controllo (N.O.C.)* secondo le modalità previste dai provvedimenti regionali. È comunque in facoltà della Regione Abruzzo e dell'Azienda USL 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.
5. 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.
6. L'Erogatore 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;
7. 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 s.m.i.. Resta salva la facoltà per l'Erogatore di trasmettere alla Azienda USL e per conoscenza al competente Servizio Ispettivo della Regione, apposite controdeduzioni entro e non oltre i successivi dieci giorni dalla consegna del predetto verbale. Entro 10 giorni dalla ricezione delle contro-deduzioni formulate dall'Erogatore l'Azienda USL 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 l'Azienda USL adotta i provvedimenti e le prescrizioni del caso la cui inosservanza costituisce grave inadempimento e causa di risoluzione del presente contratto ai sensi dell'articolo 18 del presente accordo contrattuale.
8. Con successive linee guida regionali saranno adottate specifiche disposizioni per quanto concerne i procedimenti di verifica di particolare complessità.
9. L'esito della verifica deve indicare il valore in danaro delle prestazioni inappropriate, incongrue, illegittime.

ARTICOLO 12

MODALITÀ DI FATTURAZIONE

(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)

1. L'Erogatore si adegua alla normativa in materia di fatturazione elettronica ed alle conse-

- guenti disposizioni regionali, trasmettendo all'Azienda USL territorialmente competente e all'*Agenzia Sanitaria Regionale dell'Abruzzo* (A.S.R.) la fattura relativa all'integrale produzione del mese di riferimento, posta a carico del S.S.R nel rispetto dei limiti previsti dagli articoli 4 e 5 del presente accordo contrattuale.
2. La fattura è trasmessa all'Azienda USL territorialmente competente e all'*Agenzia Sanitaria Regionale dell'Abruzzo* (A.S.R.) entro e non oltre il giorno 15 del mese successivo a quello di riferimento.
 3. La fattura deve indicare separatamente le prestazioni rese a favore di utenti aventi la residenza nell'ambito della Regione Abruzzo, distinguendole per Azienda USL di residenza del paziente.
 4. Alla fattura, deve essere allegata la seguente documentazione:
 - a) documentazione relativa alla produzione di cui all'articolo 11 del presente accordo contrattuale.
 - b) eventuale ulteriore documentazione prevista dalla normativa in materia di fatturazione elettronica.
 5. L'Azienda USL effettua presso i competenti enti previdenziali i necessari controlli relativi al DURC e in ogni caso non procede alla liquidazione ed al pagamento della fattura non conforme alle previsioni del presente articolo.

ARTICOLO 13

CONTROLLI SUL FATTURATO, LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)

1. Il pagamento delle prestazioni, fatturate secondo le modalità di cui all'art 12, avviene – ai sensi del D.Lgs. 9 ottobre 2002 n. 231, così come modificato dal D.Lgs. 9 novembre 2012, n. 192 – entro 60 (sessanta) giorni dalla data di ricezione della fattura/nota contabile di riferimento a cura dell'Azienda USL di competenza.
2. L'Azienda USL può effettuare acconti mensili pari all'85% della somma fatturata entro il tetto mensile di cui all'art. 4 del presente contratto non comprensivo dell'oscillabilità del 30 %, entro 30 (trenta) giorni dalla ricezione della fattura/nota contabile, e in misura anche minore all'85%, - in ragione di accertate persistenti carenze sotto il profilo dei requisiti organizzativi dell'Erogatore ed in misura proporzionale alla gravità delle carenze stesse, se compatibili con i requisiti di autorizzazione e accreditamento. Con successiva circolare i competenti Uffici regionali forniranno indirizzi operativi in materia.
3. In ogni caso, entro il termine di cui al primo comma, l'Azienda USL procede al saldo della fattura – positivo o negativo – sulla base della produzione accertata e validata come appropriata, congrua e legittima ed in osservanza di quanto previsto agli articoli 8 e 10 del presente accordo contrattuale, l'Azienda USL, ove sussista decurtazione da parte del competente NOC, richiede all'Erogatore apposita nota di credito.
4. La nota di credito è emessa entro e non oltre sessanta giorni decorrenti dalla ricezione della relativa richiesta ed indica le prestazioni a cui si riferisce, nonché 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 da parte della Regione Abruzzo ai sensi dell'articolo 18 del presente accordo contrattuale. Costituisce altresì grave inadempimento e causa di risoluzione del presente accordo contrattuale previa formale diffida ai sensi dell'articolo 17 del presente accordo contrattuale, la mancata emissione reiterata di nota di credito a storno totale dell'eventuale eccedenza di produzione rispetto al budget assegnato di cui all'art. 3 del presente accordo contrattuale.
6. Nei casi in cui la somma corrisposta mensilmente, in acconto all'Erogatore ecceda, nel bimestre, il valore della produzione accertata e validata per lo stesso periodo, l'Azienda USL

- procede a compensazione con i crediti non ancora pagati, 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., che hanno positivamente superato i controlli di cui ai commi precedenti, nonché di quelli di cui all'art. 11 del presente accordo contrattuale e debitamente certificata dall'Azienda USL, non costituendo il solo fatturato, *ex se*, pretesa di corrispettivo.
7. L'Azienda USL, anche in ottemperanza a quanto previsto da apposite circolari regionali in materia, sospende i pagamenti in presenza di violazioni della vigente normativa e nei casi previsti dal presente accordo contrattuale, dandone tempestiva comunicazione entro e non oltre quindici giorni dalla verifica documentata di oggettive condizioni ostative alla liquidazione, al "Servizio Contratti con gli erogatori privati e sistema di remunerazione delle prestazioni dell'area ospedaliera e territoriale" e al Servizio "Ispottivo", fermo restando l'obbligo di attivare le procedure previste dal presente accordo e dalla vigente normativa.
 8. È fatta salva la ripetizione in favore dell'Azienda USL delle somme che, sulla base dei controlli effettuati in qualunque tempo sull'attività erogata dall'Erogatore in forza del presente accordo contrattuale, 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.

ARTICOLO 14

TARIFFE

(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)

1. Le prestazioni di cui al presente accordo contrattuale sono remunerate secondo il setting assistenziale per il quale sono eleggibili gli assistiti, in conformità alle apposite valutazioni rilasciate dalle UVM competenti per territorio, avendo a parametro le tariffe di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. del, così come modificate dal Decreto del Commissario ad acta n. eferme restando le previsioni contenute nel Patto della Salute 2014/2016.
2. Le parti concordano che in caso di incremento, a seguito di modificazioni dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni, il volume massimo di prestazioni remunerate potrà essere rideterminato, in ogni caso compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lett. e-bis, D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii.
3. Le parti si danno reciprocamente atto che le disposizioni di cui al comma precedente trovano applicazione per quanto concerne la liquidazione della c.d. quota della tariffa a carico del Servizio Sanitario Nazionale, mentre per quanto attiene alla quota c.d. sociale posta per le prestazioni di lungo- assistenza/ mantenimento a carico dell'utente / Comune, si fa riferimento oltre che ai provvedimenti giuntali sopra richiamati, alle più recenti fonti regolamentari di carattere regionale in materia di compartecipazione. A tal fine, il competente Servizio Programmazione Sanitaria trasmette con cadenza periodica almeno semestrale apposito elenco aggiornato delle strutture provvisoriamente ovvero definitivamente accreditate per l'area residenziale al Servizio "Contratti con gli erogatori privati e sistema di remunerazione delle prestazioni dell'area ospedaliera e territoriale" e ai Comuni.
4. I corrispettivi contrattuali dovuti all'erogatore dalla Asl, in forza del presente accordo contrattuale, sono quelli stabiliti dalle tariffe di cui alle D.G.R. n. 492/2001, D.G.R. n. 671/2002, D.G.R. n. 157/2004 (strutture riabilitative) così come modificate dai Decreti commissariali nn. 91/2014 - 103/2014-104-2014, a loro volta integrati e rettificati con D.C.A. n. 19/2015 e D.C.A. n. 20/2015.
5. In nessun caso, nella fatturazione di cui all'articolo 12 del presente accordo contrattuale, la c.d. quota sociale può essere considerata sovrapponibile alla quota alberghiera.
6. La "quota alberghiera" si intende dovuta direttamente dall'assistito solo a fronte di effettivi

- servizi aggiuntivi, rispetto a quanto previsto dalla diaria giornaliera, dall'Erogatore.
7. Per il periodo di eventuali ricoveri in ospedale dei pazienti in riabilitazione intensiva ed estensiva residenziale, al fine di conservare il posto letto al paziente, dall'Azienda USL viene corrisposto alla Erogatore il 50% della tariffa giornaliera per i primi quindici giorni di ricovero, mentre nessun compenso viene corrisposto a partire dal sedicesimo giorno di ricovero in ospedale e, conseguentemente, non viene più conservato il posto letto al paziente.

ARTICOLO 15 CESSIONE DEI CREDITI

(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)

1. L'Erogatore 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, la 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.

ARTICOLO 16 INCEDIBILITÀ DELL'ACCORDO CONTRATTUALE

(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)

1. Il presente accordo contrattuale è incedibile in tutto o in parte.
2. La cessione costituisce grave inadempimento e causa di risoluzione ai sensi dell'articolo 17 del presente accordo contrattuale.

ARTICOLO 17 RISOLUZIONE DELL'ACCORDO CONTRATTUALE

(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)

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 provvisori;
 - k) l'inosservanza dei provvedimenti aziendali di cui all'articolo 13 del presente accordo contrattuale;
 - l) la ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni indicati nel presente accordo contrattuale;
 - m) l'impedimento al controllo esercitato dalla Azienda USL di pertinenza e dalla Regione Abruzzo ai sensi dell'art. 11 del presente accordo contrattuale;
 - n) la reiterata contestazione delle risultanze delle verifiche fatte dalla Asl sia attraverso i Noc sia con altri mezzi.
 - o) l'esistenza di condanne definitive a carico del legale rappresentante per reati contro la Pubblica Amministrazione.
2. La sospensione dei provvedimenti di autorizzazione e accreditamento provvisori determina l'automatica sospensione degli effetti del presente accordo contrattuale, fermo restando l'obbligo di assistere i pazienti già in carico. 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 - con provvedimento motivato ed anche in assenza di tempestiva adozione da parte dei Servizi regionali competenti di provvedimenti inerenti - procede con la sospensione ovvero la revoca dell'accreditamento, riservandosi di non ammettere l'Erogatore alla successiva tornata negoziale.
 3. 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..
 4. 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.
 5. Resta fermo, in ogni caso, il diritto della Regione Abruzzo e dell'Azienda USL competente al risarcimento dei danni derivanti da inadempimento dell'Erogatore.
 6. Resta inteso che, in caso di risoluzione ai sensi del presente articolo, l'Erogatore si impegna a non ricoverare pazienti, fatte salve eventuali esigenze indifferibili e urgenti espressamente indicate dalla Azienda USL competente.

ARTICOLO 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.

ARTICOLO 19
CONTROVERSIE

(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)

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).

ARTICOLO 20
CLAUSOLA DI SALVAGUARDIA

(clausola sottoposta ad espressa approvazione e sottoscrizione)

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.
4. Ai sensi dell'art. 8-*quinquies*, comma 2-*quinquies*, D.Lgs., n. 502/1992, in caso di mancata stipulazione del presente accordo contrattuale, l'accreditamento istituzionale di cui all'art. 8-*quater*, D.Lgs. n. 502/1992 della Struttura è sospeso.

ARTICOLO 21
NORMA DI RINVIO

1. Per quanto non previsto nel presente accordo contrattuale trovano applicazione 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 – per quanto compatibili – le ulteriori disposizioni regionali.

ARTICOLO 22
REGISTRAZIONE

1. Il presente accordo contrattuale è soggetto a registrazione, a cura della parte che ne abbia interesse.

ARTICOLO 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:

-
3. L'Azienda USL 2 - Lanciano, Vasto, Chieti elegge, altresì, il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:
 4. L'Azienda USL 3 - Pescara elegge, altresì, il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:
 5. L'Azienda USL 4 - Teramo elegge, altresì, il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:
 6. La Regione Abruzzo elegge, altresì, 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

Per la Regione Abruzzo

Per le Aziende Unità Sanitarie Locali di:

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

Per l'Erogatore

Se e per quanto possa occorrere l'Erogatore approva specificamente le previsioni di cui agli articoli 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, e 20 del presente accordo contrattuale.

Per l'Erogatore

ALLEGATO 2A

DICHIARAZIONI DA PRESENTARE AI FINI DEL CONTRATTO

- a) **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE L'ISCRIZIONE IN PUBBLICI REGISTRI:**
- a1) 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. 159/2011;
- a2) per i soggetti non iscritti al Registro delle Imprese: Fondazioni, Associazioni ed Enti no profit: certificazione di iscrizione al R.E.A.;
- a3) per gli specialisti che esercitano l'attività in forma individuale: certificazione di iscrizione all'Ordine dei medici;
- b) **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO ATTESTANTE L'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI DIVIETO, DECADENZA O SOSPENSIONE PREVISTI DALL'ART. 67 DELLA NORMATIVA ANTIMAFIA**
- b1) 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;
- b2) 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;
- c) **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;
- d) **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 dell' Erogatore;

- e) **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO GENERALE DEL CASSELLARIO GIUDIZIARIO E DEI CARICHI PENDENTI** dei soggetti che hanno la rappresentanza legale della Erogatore.
- d) **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO GIÀ PREVISTO DAGLI ARTT.80 E 81 DEL DLGS 231/01**, come attualmente contemplato dal D.P.R. n.313/2002, che attesti l'incidenza di sanzioni e misure cautelari comminate nei confronti della Società, tali da impedire di contrattare con le Pubbliche Amministrazioni;
- g) **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;
- h) **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.

DECRETO 30.05.2016, n. 50

Trasferimento dei pazienti della struttura Medical Centra Maria Ausiliatrice. sospensione accreditamento. autorizzazione all'attivazione di moduli residenziali presso il pta di Guardiagrele.

IL COMMISSARIO AD ACTA

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

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

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

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

VISTA la legge regionale n. 32/2007 del 30 luglio 2007 "Norme regionali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private" come novellata dalla LR n. 12/2016;

VISTO il DCA n. 43/2013 del 12 giugno 2013 come rettificato ed integrato dal provvedimento commissariale n. 14/2014 del 12 febbraio 2014 che, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 della LR n. 32/2007 e ss.mm.ii., ha

espresso, in favore della CISE srl P.IVA 017480683 con sede in Pescara alla Via Venezia n. 4, la compatibilità programmatica:

- al trasferimento della struttura Centro di Riabilitazione Maristella C.I.S.E. srl, sita in Chieti, alla via Dei Frentani n. 228, nella struttura denominata Medical Centre Maria Ausiliatrice ubicata in Palena (CH) alla via Colleveduta, per una dotazione di complessivi 20 pl in regime residenziale di riabilitazione estensiva già autorizzati ed accreditati pre definitivamente ai sensi degli artt. 11 e 12 della LR n. 32/2007 e ss.mm.ii.
- all'attivazione, presso la struttura Medical Centre Maria Ausiliatrice, di n. 40 pl in regime residenziale di residenza protetta - RADA - previa definizione degli iter autorizzatori di cui agli artt. 3 e 4 della riferita legge regionale;

VISTO il provvedimento prot. n. 1512 del 27 marzo 2014 con il quale, alla luce del suddetto parere di compatibilità programmatica regionale e delle valutazioni igienico-sanitarie espresse dall'Azienda USL Lanciano-Vasto-Chieti, il Comune di Palena, con riferimento alla struttura Medical Centre Maria Ausiliatrice, ha rilasciato alla CISE srl, l'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, ex art. 4 della LR n. 32/2007 e ss.mm.ii., per 20 pl ex art. 26 L. n. 833/78 e per n. 20 pl di RADA;

VISTO il DCA n. 67/2014 del 19 maggio 2014 che, oltre a riconoscere alla struttura Medical Centre Maria Ausiliatrice, la dotazione di posti letto di cui al DCA n. 43/2013, ha precisato che, "fermi restando i contenuti del provvedimento autorizzatorio prot. n. 1512 del 27 marzo 2014", la stessa "continua ad operare come soggetto provvisoriamente accreditato con riguardo ai n. 20 pl per le prestazioni di riabilitazione ex art. 26 della L. n. 833/78 al fine di assicurare l'assistenza ai pazienti ivi ospitati precedentemente assistiti presso la struttura ex Maristella e non altrimenti ricollocati in altre strutture dell'Azienda USL Lanciano-Vasto-Chieti o presso altri enti erogatori";

VISTE le note del 17 marzo 2016 e del 22 aprile 2016, agli atti dell'Ufficio commissariale, con le quali la CISE srl ha comunicato la volontà di sospendere, in via temporanea, l'attività sanitaria erogata presso la Struttura Medical

Centre Maria Ausiliatrice data la “non più sostenibile situazione finanziaria generatasi” invitando la competente Azienda USL a programmare il trasferimento dei pazienti attualmente in carico alla struttura;

VISTA la nota prot. n. 27415 U16 – CH del 24 maggio 2016 acquisita dal Dipartimento per la Salute ed il Welfare il 27 maggio u.s. con prot. n. RA/121130 con la quale, l’Azienda USL Lanciano-Vasto-Chieti, in ragione della volontà espressa dalla CISE srl, ha chiesto di essere autorizzata a trasferire, in appositi locali individuati presso il PTA di Guardiagrele, i pazienti attualmente assistiti presso la struttura Medical Centre Maria Ausiliatrice – “in numero di 11, valutati dalla UVM appropriati per RP disabili” - prevedendo di assicurarne l’assistenza tramite l’impiego di personale già operante nel Presidio territoriale;

CONSIDERATO che, nel documento che si allega al presente provvedimento quale parte costitutiva ed integrante (All.1), l’Azienda USL ha dettagliato la procedura per la riallocazione dei suddetti pazienti;

PRECISATO che, come da missiva prot. n. 27415 U16-CH del 24 maggio 2016, l’Azienda ha già acquisito dai tutori e/o familiari dei pazienti della struttura Medical Centre Maria Ausiliatrice espresso e specifico consenso al loro trasferimento presso i locali del PTA h 24;

RILEVATA l’urgente necessità di assicurare la continuità assistenziale dei pazienti attualmente ospitati presso la struttura di Palena;

ATTESA la congruità della procedura di ricollocazione proposta dall’ASL Lanciano-Vasto-Chieti (All.1);

RITENUTO, pertanto, di autorizzare, secondo le modalità dettagliate nel programma aziendale (All.1) il trasferimento presso i locali del PTA di Guardiagrele, degli 11 pazienti attualmente assistiti presso la struttura Medical Centre Maria Ausiliatrice;

RILEVATA, correlativamente, la necessità di garantire l’utilizzo di locali adeguati ai bisogni assistenziali dei pazienti da riallocare per consentirne l’assistenza in condizioni di sicurezza;

STABILITO, in tal senso, che il trasferimento dei pazienti è condizionato alla verifica, espressamente certificata dall’Azienda USL Lanciano-Vasto-Chieti e trasmessa all’Organo commissariale, dell’idoneità dei locali del PTA DI Guardiagrele ad assicurare loro un’assistenza adeguata ed in condizioni di sicurezza;

RITENUTO, in considerazione della volontà espressa dalla CISE srl ed a tutela della certezza dei rapporti giuridici, di sospendere l’accreditamento pre-definitivo rilasciato in favore della suddetta società, con riferimento alla Struttura Medical Centre Maria Ausiliatrice, in relazione ai n. 20 pl per l’erogazione di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 della L. n. 833/78;

PRECISATO che il regime di sospensione dell’accreditamento pre-definitivo decorrerà dal completo trasferimento degli 11 pazienti attualmente ivi assistiti che dovrà essere attestato dall’Azienda USL Lanciano-Vasto-Chieti con espressa e formale comunicazione da notificare contestualmente a mezzo PEC all’Organo commissariale ed alla CISE srl ;

RICHIAMATA la LR n. 32/2007 e ss.mm.ii. con specifico riferimento all’art. 4, comma 4 lett. C), all’art. 5 – ter comma 7 lett. D) e all’art. 7 comma 5 lett. A);

PRECISATO che, in attuazione delle suddette disposizioni, decorsi 6 mesi dal trasferimento dei pazienti presso i locali del PTA di Guardiagrele, come attestato dall’Azienda USL, in caso di mancato riavvio dell’attività sanitaria presso la struttura Medical Centre Maria Ausiliatrice, si attiveranno le verifiche funzionali all’adozione dei provvedimenti incidenti, in via definitiva, sui relativi titoli di accreditamento pre-definitivo e di autorizzazione all’esercizio;

VISTO il Piano sanitario regionale 2008 – 2010, approvato con Legge della Regione Abruzzo n. 5 del 10 marzo 2008, che ha programmato la riorganizzazione della rete dei servizi residenziali e semiresidenziali, prevedendo una riserva di posti letto pubblici di almeno il 50% “ ai fini del riequilibrio dell’offerta pubblico-privato”;

VISTO Il Decreto del Commissario ad Acta n. 52/2012 dell'11 ottobre 2012, che, in attuazione del PSR 2008-2010 e sulla base degli standard ivi individuati, ha rideterminato i fabbisogni assistenziali regionali per la non autosufficienza, la disabilità, la riabilitazione, la salute mentale e le dipendenze patologiche;

VISTA la nota prot n 2848 U16 CH del 25 gennaio 2016 con la quale l'Azienda USL Lanciano, Vasto, Chieti, nell'ambito del processo di riordino di cui al DCA n. 52/2012, nel rispetto dei fabbisogni ivi individuati e nei limiti della quota di riserva prevista dal PSR 2008 - 2010, ha manifestato, tra l'altro, la volontà di attivare nel PTA H 24 di Guardiagrele un modulo da 20 pl di RP disabili ed un modulo da 20 pl di RP Anziani avviando, all'acquisizione del richiesto assenso commissariale, le procedure previste dalla LR n. 32/2007 e ss.mm.ii.;

RILEVATA la congruità, con i vigenti atti di programmazione regionale, del progetto aziendale di riorganizzazione e di implementazione dell'offerta sanitaria del PTA di Guardiagrele;

CONSIDERATO che i vigenti Livelli Essenziali di Assistenza impongono alla Regione Abruzzo un notevole aumento dell'offerta residenziale per gli anziani ultrasessantacinquenni;

RITENUTO, pertanto, di autorizzare l'Azienda USL Lanciano-Vasto-Chieti, ad attivare, presso i locali del PTA H 24 di Guardiagrele, i moduli residenziali richiesti, avviando, conseguentemente, le procedure di cui alla già riferita LR n. 32/2007 e ss.mm.ii.;

STABILITO, in tal senso, che, l'Azienda USL, a garanzia dell'effettiva implementazione dell'offerta assistenziale regionale oltre che a tutela del buon andamento dell'azione amministrativa, entro 30 giorni dalla notifica del presente provvedimento dovrà presentare al Comune di competenza la domanda per il rilascio del titolo di cui al ridetto art. 3 della LR n. 32/2007 e ss.mm.ii.;

PRECISATO che, a tutela dell'economicità dell'azione amministrativa, la presente autorizzazione deve intendersi anche quale parere di compatibilità programmatica funzionale al rilascio dell'autorizzazione alla

realizzazione di cui al più volte ripetuto art. 3 della LR n. 32/2007 e ss.mm.ii.;

RITENUTO, per l'urgenza che riveste il presente provvedimento di disporre la trasmissione ai Ministeri affiancanti il Piano di Rientro successivamente alla sua formale approvazione;

DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

1. **di autorizzare**, secondo le modalità dettagliate nel programma che si allega (All.1), il trasferimento nei locali individuati dall'Azienda USL Lanciano-Vasto-Chieti presso il PTA di Guardiagrele, degli 11 pazienti valutati dalla UVM come appropriati per RP disabili ed attualmente assistiti presso la struttura Medical Centre Maria Ausiliatrice ubicata in Palena (CH) alla via Colleveduta, di proprietà della CISE srl P.IVA 017480683 con sede in Pescara alla Via Venezia n. 4;
2. **di stabilire** che il trasferimento dei pazienti è condizionato alla verifica, espressamente certificata dall'Azienda USL Lanciano-Vasto-Chieti e comunicata all'Organo commissariale, dell'idoneità dei locali del PTA ad assicurare loro un'assistenza adeguata ed in condizioni di sicurezza;
3. **di sospendere** l'accreditamento predefinitivo rilasciato in favore della CISE srl con riferimento alla Struttura Medical Centre Maria Ausiliatrice, in relazione ai n. 20 pl per l'erogazione di prestazioni di riabilitazione ex art. 26 della L. n. 833/78;
4. **di precisare** che il regime di sospensione dell'accreditamento predefinitivo decorrerà dal completo e definitivo trasferimento, degli 11 pazienti attualmente ivi assistiti che dovrà essere attestato dall'Azienda USL Lanciano-Vasto-Chieti con espressa e formale comunicazione, da notificare a mezzo PEC, contestualmente all'Organo commissariale ed alla CISE srl;
5. **di precisare** che, decorsi 6 mesi dal trasferimento dei pazienti presso i locali del PTA di Guardiagrele, come attestato

dall'Azienda USL, in caso di mancato riavvio, presso la struttura Medical Centre Maria Ausiliatrice, dell'attività sanitaria, si attiveranno le verifiche funzionali all'adozione dei provvedimenti previsti dalla LR n. 32/2007 e ss.mm.ii. ed incidenti, in via definitiva, sui relativi titoli di accreditamento pre-definitivo e di autorizzazione all'esercizio;

6. **di autorizzare** l'Azienda USL Lanciano-Vasto-Chieti, all'attivazione, presso i locali del PTA H 24 di Guardiagrele, di un modulo da 20 pl di RP disabili e di un modulo da 20 pl di RP Anziani;
7. **di stabilire** che, a tal fine, entro 30 giorni dalla notifica del presente provvedimento l'Azienda USL dovrà presentare al Comune di competenza, la domanda per il rilascio del titolo di cui al ridetto art. 3 della LR n. 32/2007 e ss.mm.ii.
8. **di precisare** che la presente autorizzazione deve intendersi anche quale parere di compatibilità programmatica funzionale al rilascio della suddetta autorizzazione alla realizzazione (ex art. 3 della LR n. 32/2007 e ss.mm.ii);
9. **di notificare**, a mezzo PEC, il presente provvedimento alla CISE srl, all'Azienda USL Lanciano-Vasto-Chieti e al Comune di Palena, di procederne alla pubblicazione sul BURA e sul sito ufficiale della Regione Abruzzo, di trasmetterne copia ai competenti Servizi del Dipartimento per la Salute ed il Welfare e all'Agenzia sanitaria regionale (ASR Abruzzo) per le attività di pertinenza e di disporne l'inoltro ai Ministeri affiancanti il Piano di Rientro per la prescritta validazione.

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D'Alfonso

Segue Allegato

	S.S.N. REGIONE ABRUZZO AZIENDA SANITARIA LOCALE 02 LANCIANO-VASTO-CHieti
	Procedura per il trasferimento dei pazienti dalla Struttura Riabilitativa ex art. 26 C.I.S.E- Maristella, Patena, alla Struttura Pubblica di Guardiagrele

Indice

Premessa e scopo	2
Diagramma di flusso	2
Descrizione attività	3

Gruppo di Lavoro (GdL):

UOC VAPS: Dott.ssa Annabella Antonucci;
 NOD SANGRO AVENTINO: Dott. Fioravante Di Giovanni;
 NOD GUARDIAGRELE: Dott.ssa Lucilla Gagliardi;
 SAPS: Dott. Franco Giancristofaro;
 : Dott.ssa Antonella Abbonizio

Allegato al Decreto del Commissario
 ad ACTA

n. 50/2016 del 30 MAG. 2016



1 Premessa e scopo

La presente procedura ha lo scopo di regolamentare le modalità operative da adottare per il trasferimento dei pazienti dalla Struttura Riabilitativa ex art. 26 CI.SE-Maristella, Palena, alla struttura pubblica di Guardiagrele.

2 Responsabilità

Come da diagramma di flusso.

3 Diagramma di flusso

	Responsabili	Attività	Documentazione
FASI PRELIMINARI PER ATTIVAZIONE DEL TRASFERIMENTO	Direttore NOD Sangro Aventino Direzione Aziendale Responsabili NOC Sangro Aventino e NOD Guardiagrele	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Comunicazione del trasferimento ai tutori e/o familiari dei pazienti</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Acquisizione del consenso</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Comunicazione alla Struttura, della data e delle modalità di trasferimento.</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Preparazione ed acquisizione documentazione sanitaria ed amministrativa per la Struttura Pubblica ospitante e comunicazione alle Autorità</div>	Modulo di consenso Copie cartelle cliniche, autorizzazioni UVM ed ulteriore documentazione amministrativa
TRASFERIMENTO	SAPS Personale ambulanza/infermiere Responsabile NOD Guardiagrele	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Organizzazione trasferimento: chiamata Infermiere, Ambulanza, e Assistente sociale</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Trasferimento paziente</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Accoglienza nella Struttura Pubblica ospitante</div>	Elenco personale infermieristico

4 Descrizione attività

Il trasferimento dei pazienti dalla Struttura Riabilitativa ex art. 26 CI SE- Maristella, Palena, alla struttura pubblica di Guardiagrele si svolge secondo due specifiche fasi. La fase preliminare rappresenta l'esito delle interlocuzioni con la Struttura Riabilitativa CI SE- Maristella in occasione delle quali, la stessa ha manifestato l'intenzione di sospendere l'erogazione delle prestazioni fuori setting (n. 11 pazienti valutati dall'UVM come RP disabili), a fronte dei ricavi insufficienti a sostenere i costi di struttura (provvisoriamente accreditata come ex art 26 L. 833/78), e, contestualmente, ha chiesto alla ASL 02 di garantire la continuità delle prestazioni sanitarie in favore dei pazienti attraverso la ricollocazione degli stessi in strutture pubbliche.

Successivamente, dopo la comunicazione, da parte del Direttore del NOD Sangro Aventino, del trasferimento dei pazienti ricoverati nella Struttura CI SE, ai relativi tutori e/o familiari ed aver acquisito, dagli stessi, il consenso al detto trasferimento presso la Struttura pubblica di Guardiagrele, si comunica alla Società CI SE la data del 30 p.v. e le modalità operative previste.

I responsabili dei NNODD Sangro Aventino e Guardiagrele, ognuno per propria competenza, provvedono sia alla preparazione ed acquisizione di tutta la documentazione sanitaria ed amministrativa per la struttura pubblica ospitante, sia alle comunicazioni alle Autorità competenti.

Nella seconda fase, specificatamente del trasferimento, il SAPS (Servizio Aziendale Professioni Sanitarie) individua il personale infermieristico necessario per il trasporto dei pazienti, provvedendo, inoltre, a reperire le ambulanze ed a contattare le assistenti sociali.

Si procede, quindi, con il trasferimento dei pazienti e l'accoglienza da parte del Responsabile del NOD presso la Struttura ospitante di Guardiagrele.

DECRETO 06.06.2016, n. 52

Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (pdta) del tumore del colon-retto.

IL COMMISSARIO AD ACTA

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

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

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

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

RICHIAMATO l' Art. 4, comma 1, lettera g) dell'Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005: che impone alle Regioni lo "sviluppo e l'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello di cura ospedaliero, che per quello territoriale, allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio della gestione"

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 10 febbraio 2011 "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro per gli anni 2011-2013"

VISTA l'Intesa Stato -Regioni del 30 ottobre 2014 "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden di malattia del cancro per gli anni 2014-2016"

VISTA la deliberazione giunta n. 575/2011 dell'11 agosto 2011 "Approvazione Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA)"

VISTO il decreto del Commissario ad Acta n. 60/2015 del 25 giugno 2015 "Recepimento e avvio del Piano Operativo per il contenimento delle Liste di Attesa di cui alla delibera n. 9 del 03 febbraio 2015 dell'Agenzia sanitaria regionale";

CONSIDERATO che, tra gli interventi per il contenimento delle Liste di Attesa, il Piano Operativo di cui al riferito DCA n. 60/2015, programma anche l'implementazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, demandando all'Agenzia Sanitaria Regionale - ASR Abruzzo - l'elaborazione del PDTA regionale per il tumore del Colon Retto;

VISTA la nota dell'ASR Abruzzo prot. n. 732/2016 del 06 maggio 2016 acquisita dal Dipartimento per la Salute ed il Welfare il 10 maggio 2016 con prot. n. RA/103250 ed assegnata al Servizio Programmazione Socio - Sanitaria il 23 maggio u.s. di trasmissione del Documento Tecnico "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) del Tumore del Colon Retto", di seguito, per brevità PDTA - TCR, che si allega al presente decreto quale parte costitutiva ed integrante (All.1) ;

CONSIDERATO che il Documento Tecnico trasmesso dall'ASR (All.1) uniforma sul territorio regionale l'assistenza prestata ai pazienti con TCR puntualizzando i cardini basilari definiti dalle vigenti Linee Guida e le best practice a garanzia di un'offerta sanitaria appropriata ed efficace;

RILEVATA la necessità oltre che l'opportunità di procedere all'approvazione anche a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al DPCM 2001 e ss.mm.ii., che, alla lettera X, prevedono l'implementazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali;

PRECISATO che l'applicazione del Documento Tecnico che si approva non coprirà costi

aggiuntivi a carico del Servizio sanitario regionale;

RITENUTO, in ragione delle specifiche competenze del Dipartimento per la salute ed il welfare, di modificare il paragrafo 7 del Documento Tecnico, demandando ai Servizi del Dipartimento, specificatamente competenti in materia, il monitoraggio degli indicatori organizzativi, di attività e del Piano Nazionale Esiti indicati dal Documento tecnico (All.1) e la definizione di uno specifico e puntuale Report informativo da pubblicare con cadenza annuale sul sito istituzionale della Regione Abruzzo;

STABILITO che, nell'esercizio della propria autonomia organizzativa, le Aziende UUSSLL regionali dovranno elaborare specifici Protocolli Operativi che, in coerenza con il Documento Tecnico che si approva (All.1), ne consentiranno l'adeguamento agli specifici e peculiari contesti locali integrandoli di connotati specifici;

RITENUTO, per l'urgenza che riveste il presente provvedimento, di procedere all'immediata approvazione disponendone la successiva trasmissione ai Ministeri affiancanti il Piano di Rientro per la relativa approvazione;

DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

1. **di approvare** il Documento Tecnico "Percorso Diagnostico Terapeutico assistenziale (PDTA) del tumore del Colon retto" (All.1);
2. **di modificare** il paragrafo 7 del Documento tecnico (All.1) demandando ai Servizi del Dipartimento, specificatamente competenti in materia, il monitoraggio degli indicatori organizzativi, di attività e del Piano Nazionale Esiti indicati dal Documento tecnico (All.1) e la definizione di uno specifico e puntuale Report informativo da pubblicare con cadenza annuale sul sito istituzionale della Regione Abruzzo ;
3. **di precisare** che l'applicazione del Documento Tecnico che si approva non coprirà costi aggiuntivi a carico del Servizio sanitario regionale;

4. **di stabilire** che, nell'esercizio della propria autonomia organizzativa, le Aziende UUSSLL regionali dovranno elaborare specifici Protocolli Operativi che, in coerenza con il Documento Tecnico che si approva (All.1), ne consentiranno l'adeguamento agli specifici e peculiari contesti locali integrandoli di connotati specifici;
5. **di notificare** il presente decreto alle AASSLL e all'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR Abruzzo) per gli adempimenti di competenza, di notificarne i competenti Servizi del Dipartimento per la Salute ed il Welfare, di disporre la trasmissione ai Ministeri affiancanti il PdiR per la prescritta validazione e di procedere alla pubblicazione sul BURAT.

IL COMMISSARIO AD ACTA
Dott. Luciano D'Alfonso

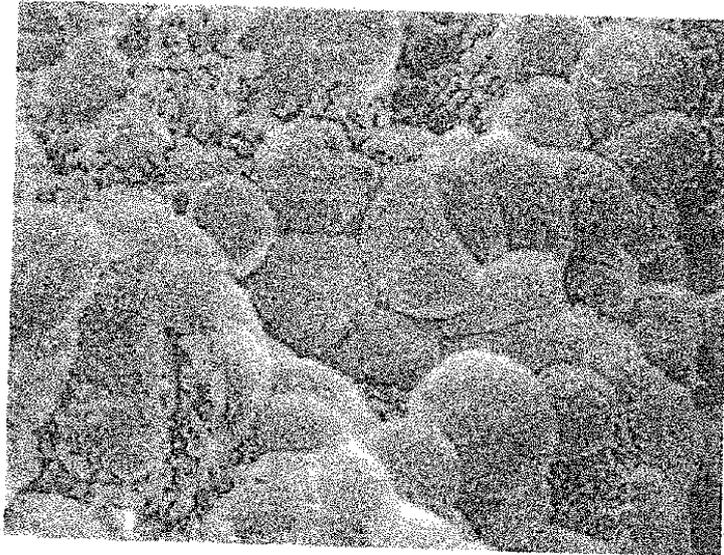
Segue Allegato

Allegato al Decreto del Commissario
ad ACTA

n. 52/2016 del 06 GIU. 2016



**PERCORSO DIAGNOSTICO
TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)
DEL TUMORE DEL COLON-RETTO**



Regione Abruzzo





PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) DEL TUMORE DEL COLON-RETTO

SOMMARIO

INTRODUZIONE	2
1. EPIDEMIOLOGIA DEL TUMORE DEL COLON RETTO NELLA REGIONE ABRUZZO	4
Tabella 1: Volumi di ricoveri dimessi nell'anno 2014-2015 con diagnosi principale di Tumore maligno del colon nella Regione Abruzzo	4
Tabella 2: Volumi di ricoveri dimessi nell'anno 2014-2015 con diagnosi principale di Tumore maligno del retto nella Regione Abruzzo	4
Tabella 3: Volumi di interventi effettuati in regime ordinario, nell'anno 2014-2015, con diagnosi principale di Tumore maligno del retto nella Regione Abruzzo	5
Tabella 4: Volumi di interventi effettuati in regime ordinario, nell'anno 2014-2015, con diagnosi principale di Tumore maligno del colon nella Regione Abruzzo	5
2. GRUPPO INTERDISCIPLINARE DI CURE ONCOLOGICHE (GICO)	6
3. UMANIZZAZIONE DELLE CURE	7
4. RISPETTO DELLA NORMATIVA SUL MONITORAGGIO DELLE LISTE DI ATTESA	7
5. STADIAZIONE DEL TUMORE DEL COLON RETTO	9
6. PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) DEL TUMORE DEL COLON-RETTO (TCR)	11
6.1 PDTA PER SOSPETTO TCR	11
Figura 1: Flowchart del percorso del paziente con sospetto TCR	13
6.2 PDTA DEL TCR GESTITO DAL GRUPPO INTERDISCIPLINARE DI CURE ONCOLOGICHE (GICO)	14
Figura 2: Flowchart del percorso del paziente con TCR gestito dal GICO	17
6.3 PDTA DEL TCR CON GESTIONE DI URGENZA	18
Figura 3: Flowchart del percorso del paziente con TCR con gestione di urgenza	18
6.4 PDTA DEL TCR GESTITO IN FASE AVANZATA	19
Figura 4: Flowchart del percorso del paziente con TCR in fase avanzata	20
7. INDICATORI	21
7.1 INDICATORI ORGANIZZATIVI	21
7.2 INDICATORI DI ATTIVITÀ	21
7.3 INDICATORI DEL PIANO NAZIONALE ESITI	21
8. BIBLIOGRAFIA	22





PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPIUTICO
ASSISTENZIALE (P.O.I.) DEL TUMORE DEL
COLON-RETTO

COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO

Prof. Corrado Ficorella
corrado.ficorella@univaq.it
ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila

Dott. Antonello Piuze
antonio.piuze@gasl2abruzzo.it
ASL Lanciano-Vasto-Chieti

Prof. Paolo Innocenti
innocenti@unich.it
ASL Lanciano-Vasto-Chieti

Prof. Matteo Neri
mneri@unich.it
ASL Lanciano-Vasto-Chieti

Prof.ssa Clara Natoli
natoli@unich.it
ASL Lanciano-Vasto-Chieti

Dott. Carlo Garufi
carlo.garufi@unisi.pe.it
ASL Pescara

Dott. Marco D'Alessandro
marco.dallessandro@gasl.pe.it
ASL Pescara

Dott. Donato Natale
donato.natale@gasl.pe.it
ASL Pescara

Dott. Massimo Basti
massimo.basti@gasl.pe.it
ASL Pescara

Dott. Edoardo Liberatore
edoardo.liberatore@gasl.pe.it
ASL Pescara

Dott. Amedeo Pancotti
amedeo.pancotti@asiteramo.it
ASL Teramo

Dott.ssa Manuela Di Virgilio
manuela.divirgilio@asrabruzzo.it
ASR Abruzzo

Dott. Alfonso Mascitelli
alfonso.mascitelli@asrabruzzo.it
Direttore ASR Abruzzo
Coordinatore del Gruppo Tecnico





PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE (PDTA) DEL TUMORE DEL
COLON-RETTO

INTRODUZIONE

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) è uno strumento tecnico-gestionale che permette di delineare, rispetto a una patologia o un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione e ha come obiettivi quello di garantire la riproducibilità delle azioni, l'uniformità delle prestazioni erogate, la riduzione dell'evento straordinario, lo scambio di informazioni e la definizione dei ruoli.

Tutto quanto esposto sopra porta ad un governo dei processi clinici ed organizzativi con un miglioramento della fruibilità dell'iter affrontato dal paziente.

Il PDTA è il perno su cui ruotano gli interventi trasversali delle diverse professionalità e specificità cliniche e costituisce il filo logistico e temporale per l'esito positivo del processo di cura.

Il tumore del Colon Retto (di seguito nominato TCR) richiede il coinvolgimento di diverse figure professionali e pertanto va valutato in maniera multidisciplinare, in coerenza con le linee guida delle varie Società Scientifiche coinvolte e secondo le più recenti evidenze disponibili, al fine di garantire al paziente la migliore cura possibile.

L'approccio multidisciplinare integrato è la migliore garanzia di qualità e di efficienza del percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale per i pazienti affetti da neoplasia del colon retto. Tale approccio permette oggi un trattamento personalizzato sulle caratteristiche biologiche della malattia e sulle condizioni specifiche del singolo individuo.

La stesura del PDTA per il TCR ha utilizzato, per quanto riguarda la parte clinica, le evidenze più recenti della letteratura, riassunte sostanzialmente nelle principali linee guida internazionali. Tra queste sono state scelte quelle che meglio soddisfano criteri di elevata qualità (AGREE- Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation), con opportune integrazioni ricavate da linee guida nazionali.

La metodologia di elaborazione (ed attuazione) del PDTA tiene poi conto del "continuous quality improvement"; in particolare verranno definiti indicatori relativi a varie fasi del percorso da utilizzarsi come monitoraggio del percorso stesso.

Pur riconoscendo che ogni azienda sanitaria è organizzata secondo le proprie risorse, sia umane che tecnologiche, e che l'esercizio professionale del medico è fondato sui principi di autonomia e responsabilità, il documento in oggetto è uno strumento organizzativo che:

- 1) uniforma l'assistenza erogata al paziente con TCR su tutto il territorio abruzzese,
- 2) puntualizza i cardini basilari, definiti da Linee guida e "best practice", che sono garanti di un'assistenza appropriata ed efficace per il paziente affetto da TCR.

Resta nell'autonomia delle Aziende Sanitarie elaborare specifici protocolli operativi purché coerenti con il documento tecnico regionale, adattandoli al contesto locale e integrandoli di connotati specifici.



ASR ABRUZZO
 AZIENDA SANITARIA REGIONALE

PLENARIO DI GINECOLOGIA GINECOLOGIA
 GINECOLOGIA (P.O.) DEL TUMORE DEL
 COLON-RETTO

1. EPIDEMIOLOGIA DEL TUOMOIRE DEL COLON RETTO NELLA REGIONE ABRUZZO

Nella Regione Abruzzo i pazienti dimessi nell'anno 2014 e 2015 con diagnosi principale di tumore maligno del colon (ICD-9-CM 153,197.5) sono rispettivamente: 1.010 e 892.

Nella tabella seguente viene illustrato in dettaglio i Presidi e le Case di Cura accreditate in cui sono stati registrati le dimissioni di cui sopra.

Tabella 1: Valori di ricoveri dimessi nell'anno 2014-2015 con diagnosi principale di Tumore maligno del colon nella Regione Abruzzo

ASL	DESIONI/INIZIATIVE STRUTTURALE	SECS	ANNO 2014	ANNO 2015
AVERZANO-SULMONA-CASERTA	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	71	50
	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	13	14
	HOSPITALC CIVILE S. PIETRO E NICOLA	AVZANO	35	52
	HOSPITALC CIVILE S. PIETRO E NICOLA	AVZANO	6	3
	CASA DI CURA DI MONZANO	AVZANO	14	2
	CASA DI CURA DI MONZANO	AVZANO	9	2
	CASA DI CURA DI MONZANO	AVZANO	1	1
	CASA DI CURA DI MONZANO	AVZANO	1	1
LANCIANO-CASERTA-CHIETI	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	29	21
	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	144	123
	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	36	48
	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	15	13
	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	1	1
	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	2	1
	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	28	25
	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	41	38
PESCARA	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	15	11
	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	220	208
	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	288	117
	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	17	23
TERAMO	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	20	21
	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	26	47
	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	26	21
	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	27	22
TOTALI REGIONALI			1010	892

I pazienti dimessi nell'anno 2014 e 2015 con diagnosi principale di Tumore Maligno del Retto (ICD-9-CM 154,197.5) , a livello regionale sono rispettivamente: 376 e 467

Tabella 2: Valori di ricoveri dimessi nell'anno 2014-2015 con diagnosi principale di Tumore maligno del retto nella Regione Abruzzo

ASL	DESIONI/INIZIATIVE STRUTTURALE	SECS	ANNO 2014	ANNO 2015
AVERZANO-SULMONA-CASERTA	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	20	20
	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	13	5
	HOSPITALC CIVILE S. PIETRO E NICOLA	AVZANO	10	12
	HOSPITALC CIVILE S. PIETRO E NICOLA	AVZANO	3	3
	CASA DI CURA DI MONZANO	AVZANO	3	1
	CASA DI CURA DI MONZANO	AVZANO	3	1
	CASA DI CURA DI MONZANO	AVZANO	1	1
	CASA DI CURA DI MONZANO	AVZANO	1	1
LANCIANO-CASERTA-CHIETI	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	11	11
	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	27	23
	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	11	11
	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	1	1
	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	1	1
	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	1	1
	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	1	1
	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	1	1
PESCARA	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	11	11
	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	11	11
	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	11	11
	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	11	11
TERAMO	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	11	11
	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	11	11
	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	11	11
	HOSPITALC VILLAGGI S. VIVATORE	TERAMO	11	11
TOTALI REGIONALI			376	467





L'ABRUZZO ULTIMOSTIMA TRAPIANTO
INNOVATIVITÀ E INDIRIZZO DEL LAVORO DEL
CULTORI-RETO

Il Piano Nazionale Esiti (PNE) in riferimento all'intervento chirurgico per il tumore del colon, e del retto utilizza i seguenti indicatori:

- * volume di interventi chirurgici isolati per tumore maligno del colon
- * volume di interventi chirurgici isolati per tumore maligno del colon in laparoscopia
- * volume di interventi chirurgici isolati per tumore maligno del retto
- * volume di interventi chirurgici isolati per tumore maligno del retto in laparoscopia

Nelle tabelle seguenti vengono riportati i dati degli indicatori illustrati sopra utilizzando i protocolli operativi del PNE riferiti agli anni 2014-2015.

Tabella 3: Volumi di interventi effettuati in regime ordinario, nell'anno 2014-2015, con diagnosi principale di Tumore maligno del retto nella Regione Abruzzo

ASL	DESCRIZIONE INTERVENTO	2014	2015	TOTALE
ASL TERAMO	COLONECTOMIA CON ANASTOMOZA	0	0	0
	COLONECTOMIA CON ANASTOMOZA IN LAPAROSCOPIA	0	0	0
	COLONECTOMIA CON ANASTOMOZA E RESECTOMIA DEL RETTO	0	0	0
	COLONECTOMIA CON ANASTOMOZA E RESECTOMIA DEL RETTO IN LAPAROSCOPIA	0	0	0
ASL PESCARA	COLONECTOMIA CON ANASTOMOZA	0	0	0
	COLONECTOMIA CON ANASTOMOZA IN LAPAROSCOPIA	0	0	0
	COLONECTOMIA CON ANASTOMOZA E RESECTOMIA DEL RETTO	0	0	0
	COLONECTOMIA CON ANASTOMOZA E RESECTOMIA DEL RETTO IN LAPAROSCOPIA	0	0	0
ASL L'AQUILA	COLONECTOMIA CON ANASTOMOZA	0	0	0
	COLONECTOMIA CON ANASTOMOZA IN LAPAROSCOPIA	0	0	0
	COLONECTOMIA CON ANASTOMOZA E RESECTOMIA DEL RETTO	0	0	0
	COLONECTOMIA CON ANASTOMOZA E RESECTOMIA DEL RETTO IN LAPAROSCOPIA	0	0	0
ASL CHIETI	COLONECTOMIA CON ANASTOMOZA	0	0	0
	COLONECTOMIA CON ANASTOMOZA IN LAPAROSCOPIA	0	0	0
	COLONECTOMIA CON ANASTOMOZA E RESECTOMIA DEL RETTO	0	0	0
	COLONECTOMIA CON ANASTOMOZA E RESECTOMIA DEL RETTO IN LAPAROSCOPIA	0	0	0
ASL MOSENA	COLONECTOMIA CON ANASTOMOZA	0	0	0
	COLONECTOMIA CON ANASTOMOZA IN LAPAROSCOPIA	0	0	0
	COLONECTOMIA CON ANASTOMOZA E RESECTOMIA DEL RETTO	0	0	0
	COLONECTOMIA CON ANASTOMOZA E RESECTOMIA DEL RETTO IN LAPAROSCOPIA	0	0	0
ASL PESCARA DEL VULturno	COLONECTOMIA CON ANASTOMOZA	0	0	0
	COLONECTOMIA CON ANASTOMOZA IN LAPAROSCOPIA	0	0	0
	COLONECTOMIA CON ANASTOMOZA E RESECTOMIA DEL RETTO	0	0	0
	COLONECTOMIA CON ANASTOMOZA E RESECTOMIA DEL RETTO IN LAPAROSCOPIA	0	0	0

Dal PNE 2015 si evince che la percentuale degli interventi in laparoscopia sul totale degli interventi per il tumore del colon nell'anno 2014 è pari al 29,79%.

Tabella 4: Volumi di interventi effettuati in regime ordinario, nell'anno 2014-2015, con diagnosi principale di Tumore maligno del retto nella Regione Abruzzo

ASL	DESCRIZIONE INTERVENTO	2014	2015	TOTALE
ASL TERAMO	RESECTOMIA DEL RETTO CON ANASTOMOZA	0	0	0
	RESECTOMIA DEL RETTO CON ANASTOMOZA IN LAPAROSCOPIA	0	0	0
	RESECTOMIA DEL RETTO CON ANASTOMOZA E COLONECTOMIA	0	0	0
	RESECTOMIA DEL RETTO CON ANASTOMOZA E COLONECTOMIA IN LAPAROSCOPIA	0	0	0
ASL PESCARA	RESECTOMIA DEL RETTO CON ANASTOMOZA	0	0	0
	RESECTOMIA DEL RETTO CON ANASTOMOZA IN LAPAROSCOPIA	0	0	0
	RESECTOMIA DEL RETTO CON ANASTOMOZA E COLONECTOMIA	0	0	0
	RESECTOMIA DEL RETTO CON ANASTOMOZA E COLONECTOMIA IN LAPAROSCOPIA	0	0	0
ASL L'AQUILA	RESECTOMIA DEL RETTO CON ANASTOMOZA	0	0	0
	RESECTOMIA DEL RETTO CON ANASTOMOZA IN LAPAROSCOPIA	0	0	0
	RESECTOMIA DEL RETTO CON ANASTOMOZA E COLONECTOMIA	0	0	0
	RESECTOMIA DEL RETTO CON ANASTOMOZA E COLONECTOMIA IN LAPAROSCOPIA	0	0	0
ASL CHIETI	RESECTOMIA DEL RETTO CON ANASTOMOZA	0	0	0
	RESECTOMIA DEL RETTO CON ANASTOMOZA IN LAPAROSCOPIA	0	0	0
	RESECTOMIA DEL RETTO CON ANASTOMOZA E COLONECTOMIA	0	0	0
	RESECTOMIA DEL RETTO CON ANASTOMOZA E COLONECTOMIA IN LAPAROSCOPIA	0	0	0
ASL MOSENA	RESECTOMIA DEL RETTO CON ANASTOMOZA	0	0	0
	RESECTOMIA DEL RETTO CON ANASTOMOZA IN LAPAROSCOPIA	0	0	0
	RESECTOMIA DEL RETTO CON ANASTOMOZA E COLONECTOMIA	0	0	0
	RESECTOMIA DEL RETTO CON ANASTOMOZA E COLONECTOMIA IN LAPAROSCOPIA	0	0	0
ASL PESCARA DEL VULturno	RESECTOMIA DEL RETTO CON ANASTOMOZA	0	0	0
	RESECTOMIA DEL RETTO CON ANASTOMOZA IN LAPAROSCOPIA	0	0	0
	RESECTOMIA DEL RETTO CON ANASTOMOZA E COLONECTOMIA	0	0	0
	RESECTOMIA DEL RETTO CON ANASTOMOZA E COLONECTOMIA IN LAPAROSCOPIA	0	0	0

Dal PNE 2015 si evince che la percentuale degli interventi in laparoscopia sul totale degli interventi per il tumore del retto nell'anno 2014 è pari al 34,81%.





PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ATTIVITÀ VLE (VIA) DEL TIMORE DEL
COLO-RETTO

Z. GRUPPO INTERDISCIPLINARE DI CURE ONCOLOGICHE (GICO)

L'esigenza di coordinamento tra specialisti e l'evidenza a favore di una associazione tra elevato numero di casi trattati e miglioramento dei risultati a medio e lungo termine sono alla base delle raccomandazioni contenute in tutte le linee guida emanate a favore della formazione di un Gruppo Interdisciplinare di Cure Oncologiche (GICO) con far affluire i pazienti per la diagnosi o il trattamento.

I pazienti con Tumore del Colon - retto devono essere gestiti da un GICO costituito da clinici e da infermieri specializzati esperti nei diversi aspetti del trattamento; un componente del gruppo deve assumersene la responsabilità di coordinamento a seconda della fase della malattia.

Costituenti essenziali del GICO sono:

- chirurgo (preferibilmente esperto nella chirurgia colo-rettale);
- oncologo;
- radioterapista;
- radiologo;
- anatomopatologo;
- endoscopista.

Il GICO deve mantenere uno stretto contatto anche con le altre figure coinvolte nel trattamento dei pazienti:

- MMG, infermieri per l'assistenza sul territorio, assistente sociale, operatori di ambulatori per stomizzati, ecc.;
- Team per le Cure Palliative, composto da personale infermieristico, medici esperti nel trattamento analgico e nel supporto psicologico, assistente sociale possibilmente dedicati;
- nutrizionista, dietologo;
- consulente genetico;
- riabilitatore;
- psicologo.

Il GICO deve avere la figura del CASE-MANAGER che è un infermiere che accompagna il percorso individuale di cura della persona malata, divenendo riferimento e facilitatore dell'effettiva continuità del percorso stesso.

Il case-manager, con specifiche competenze formative, si occupa del coordinamento organizzativo del percorso assistenziale.

È importante che la condivisione delle informazioni avvenga senza l'eccessivo appesantimento o rallentamento dei processi (ripetizioni, eccessiva burocratizzazione delle comunicazioni, etc.) ed evitando la dispersione delle stesse; d'altro canto, la gestione dei tempi consente la razionalizzazione delle risorse, parallelamente alla buona riuscita del percorso.

In ogni fase del trattamento, al paziente deve essere comunicato a quale medico membro del GICO deve riferirsi, cioè chi lo ha attualmente in quel momento in cura (es: chirurgo, quindi oncologo, ecc.).

Il GICO deve essere collocato presso strutture, anche a carattere inter-ospedaliero, in grado di garantire la presenza degli specialisti, che possono essere coinvolti anche per via telematica, al fine di minimizzare i processi di riorganizzazione del servizio ed evitare eccessivi spostamenti ai pazienti.

L'obiettivo del GICO è pianificare nel modo migliore il trattamento di ogni singolo paziente preso in gestione. Ogni singolo caso clinico deve essere discusso collegialmente per valutarne le opzioni terapeutiche e assistenziali.

Il GICO deve:

- adottare protocolli aziendali specifici, in conformità con il PDTA regionale;
- riunirsi periodicamente per discutere i casi clinici e il trattamento. Le decisioni prese devono essere aderenti alle linee guida di riferimento. Qualora vi sia uno scostamento è opportuno





PERIODO PLACENTATO TERRITORIO
 VERBALE DEL COMITATO REGIONALE
 ONCOLOGICO

- esplicitare i motivi. Gli incontri, riassunti in sintetica verbale, vengono firmati da tutti i componenti presenti.
- sviluppare e documentare un'attività di audit.
- deve garantire la gestione dei problemi che possono insorgere nel paziente, eventualmente riprendendolo in carico.

Terminata la fase diagnostico-terapeutica, alla dimissione del paziente deve essere fornita una documentazione adeguata per il paziente, per il MMG e per i servizi di supporto dell'area territoriale, nonché lo schema di follow up.

Le linee guida raccomandano che il trattamento dei tumori colo-rettali venga affidato a gruppi multidisciplinari che siano responsabili del trattamento di almeno 100 nuovi pazienti per anno.

Ogni Azienda Sanitaria deve, con atto aziendale entro 60 giorni dal recepimento del PDFA regionale, approvare la composizione del GICO.

3. UMANIZZAZIONE DELLE CURE

In ogni fase descritta da queste Linee Guida, il paziente, i familiari o conviventi indicati, previo consenso del paziente stesso, devono ricevere una chiara, adeguata e sollecita informazione sulla malattia, sulle procedure diagnostiche, sulle opzioni terapeutiche e sulle loro conseguenze e un giudizio ponderato sull'aspettativa e sulla qualità di vita.

Il paziente deve avere sufficiente tempo per riflettere sulle informazioni fornitogli. Le informazioni devono essere fornite dal medico che ha in cura il paziente in ognuna delle singole fasi, e devono essere adattate alla psicologia del paziente. Un adeguato rapporto del paziente col personale infermieristico è altrettanto importante.

Testi e supporti audiovisivi possono essere di utilità.

In alcune fasi, specie nei pazienti portatori di stomia o con prognosi infausta, può essere necessario un supporto psicologico, offerto sia in ambiente ospedaliero che a domicilio, per il paziente stesso e per i suoi familiari.

Occorre assicurarsi che anche pazienti che non hanno una buona conoscenza della nostra lingua (comunitari o extracomunitari), o un livello culturale modesto, abbiano compreso appieno le informazioni.

Pertanto devono essere previsti corsi di formazione per il personale medico e infermieristico sugli aspetti metodologici e psicologici della comunicazione con il paziente.

4. RISPETTO DELLA NORMATIVA SUL MONITORAGGIO DELLE LISTE DI ATTESA

La normativa nazionale e regionale sul monitoraggio delle liste di attesa rispetto ai percorsi diagnostici terapeutici rivolge priorità soprattutto alle patologie oncologiche e in particolare il carcinoma del colon-retto, il carcinoma del la mammella e il carcinoma del polmone.

La metodologia si può sinteticamente riportare ad una logica che, nell'ambito del percorso diagnostico terapeutico, si focalizza su tre momenti fondamentali:

- a) "prima prestazione suggestiva": permette di identificare l'inizio del percorso diagnostico
- b) data dell'esame "conclusivo" (per i tumori, solitamente è il citologico o istologico): informa sul momento in cui solitamente si è giunti ad una diagnosi di certezza, in base alla quale si definiranno le strategie terapeutiche
- c) data di ricovero per l'inizio della terapia chirurgica.

Il tempo trascorso tra il momento a) ed il momento b) indica tendenzialmente la fase diagnostica (anche se questa può richiedere ancora delle procedure, in particolare per la stadiazione), mentre l'intervallo b)-c) può dare la misura del tempo di attesa per l'inizio della fase terapeutica chirurgica.





PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPIUTICO
ASSISTENZIALE PER IL TUMORE DEL
COLON RETTO

Pur nel rispetto delle disposizioni e delle normative nazionali e regionali il tempo tra a) e c) non deve superare 45 giorni.

L'esperienza ha evidenziato come spesso il tempo tra la conclusione del percorso diagnostico e la programmazione della terapia è influenzato da diversi fattori legati al paziente alla sua famiglia che a fronte di una diagnosi grave spesso chiedono una seconda opinione o si rivolgono ad un altro centro per avere conferma della diagnosi e delle terapie proposte. Pertanto in tali casi si è ritenuto più affidabile considerare l'intervallo temporale intercorso tra la "Data di prenotazione" e la "Data di ricovero", presenti nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), come più preciso per dimensionare la fase terapeutica chirurgica.

Per quanto riguarda la fase prettamente diagnostica essa inizia con l'identificazione della "prima procedura suggestiva" per la patologia, che permette di comprendere che si è passati da un generico sospetto (a bassa sensibilità) ad un sospetto consistente per avviare un processo di approfondimento. La prima procedura suggestiva può essere stata effettuata dal paziente sia a livello ambulatoriale che a livello ospedaliero in sede di ricovero.

Pertanto, attualmente, la metodologia utilizzata per il monitoraggio dei tempi di attesa identifica delle prestazioni traccianti sia l'inizio che la conclusione della fase diagnostica sia nell'ambito della Specialistica Ambulatoriale (File C) che nell'ambito del ricovero (File SDO).

Prestazioni traccianti l'inizio della fase diagnostica del percorso nella specialistica ambulatoriale - codici nomenclatore (si prende la più vicina al ricovero)

45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE
45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Endoscopia del colon discendente
45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL'INTESTINO CRASSO
45.42	POLIPLECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'INTESTINO CRASSO
45.43	ASPORTAZIONE E DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'INTESTINO CRASSO PER VIA ENDOSCOPICA

Prestazioni traccianti l'inizio della fase diagnostica del percorso nella SDO - codici ICDIX CIM (si prende la più vicina al ricovero)

45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE
45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Endoscopia del colon discendente
45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL'INTESTINO CRASSO
45.42	POLIPLECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'INTESTINO CRASSO
45.43	ASPORTAZIONE E DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'INTESTINO CRASSO

Prestazioni traccianti la conclusione della fase diagnostica del percorso specialistico ambulatoriale (si prende la più vicina al ricovero)

91.42.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Poliplectomia endoscopica (Sedi multiple).
91.42.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Poliplectomia endoscopica (Singole).
91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Serie unica).
91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple).
87.65.1	CLISMA OPACO SEMPLICE Non Associabile A Clisma Con Doppio Contrasto (87.65.2)
87.65.2	CLISMA CON DOPPIO CONTRASTO Non Associabile A Clisma Opaco Semplice (87.65.1)
88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO.
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO.





PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPIUTICO
INVESTIGAZIONE TOTALE DEL TUMORE DEL
COLON-RETTO

Prestazioni inserite in conclusione della fase diagnostica del percorso nella SDO - codici ICDIX CM (si prende la più vicina al servizio)

88.91	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME
88.92	ALTRA TOMOGRAFIA ADDOMINALE
90.9	ESAMI MICROSCOPICI DI CAMPIONE DI TUBO GASTROENTERICO INFERIORE E FELCI

Il metodo utilizzato permette di realizzare l'analisi dei singoli casi, ma il dato di maggior rilievo non è quello relativo al singolo paziente, ma lo studio dello svolgimento del percorso complesso, al fine di identificare possibilmente criticità da affrontare in una logica di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

Per questo motivo i risultati del monitoraggio dei tempi previsti per questo percorso diagnostico terapeutico saranno condivisi con il gruppo tecnico di lavoro composto dagli stessi specialisti e professionisti che hanno realizzato il documento in oggetto al fine di ricercare le modalità più opportune per migliorare le situazioni di criticità identificate.

5. STADIAZIONE DEL TUMORE DEL COLON RETTO

Secondo i criteri TNM (VII edizione - 2009) gli stadi del tumore del colon e del retto intraperitoneale e extraperitoneale sono così definiti:

T: Tumore primitivo

- Tx Tumore primitivo non definibile
- T0 Tumore primitivo non evidenziabile
- T1a Carcinoma in situ: intraepiteliale o invasione della lamina propria
- T1 Tumore che invade la meglio sottomucosa
- T2 Tumore che invade la muscolare propria
- T3 Tumore che invade la sottosterza o i tessuti peri-colici e peri-rettali non ricoperti dal peritoneo)
- T4a Tumore che penetra il peritoneo viscerale
- T4b Tumore che invade direttamente altri organi o strutture

N: Linfonodi regionali

- Nx Linfonodi regionali non valutabili
- N0 Assenza di metastasi ai linfonodi regionali
- N1 Metastasi a 1-3 linfonodi regionali
- N1a Metastasi a un linfonodo regionale
- N1b Metastasi a 2-3 linfonodi regionali
- N1c Deposito di cellule neoplastiche in sottosterza, mesentere o tessuti peri-colici o peri-rettali non peritonealizzati senza metastasi ai linfonodi regionali
- N2 Metastasi in 4 o più linfonodi regionali
- N2a Metastasi a 4-6 linfonodi regionali
- N2b Metastasi in 7 o più linfonodi regionali

M: Metastasi a distanza

- Mx Metastasi a distanza non valutate
- M0 Assenza di metastasi a distanza
- M1 Presenza di metastasi a distanza
- M1a Metastasi in un solo organo/sito
- M1b Metastasi in più di un organo/sito e nel peritoneo





PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPIUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) DEL TUMORE DEL COLON-RETTO

	T1	N0	M0		
	T1	N0	M0	A	A
	T2	N0	M0	A	B1
	T3	N0	M0	B	B3
	T4a	N0	M0	B	B3
	T4b	N0	M0	B	B3
	T1-T2	N1-N1c	M0	C	C1
	T1	N2a	M0	C	C1
	T3-T4a	N1-N1c	M0	C	C2
	T2-T3	N2a	M0	C	C1/C2
	T1-T2	N2b	M0	C	C1
	T4a	N2a	M0	C	C2
	T3-T4a	N2b	M0	C	C2
	T4b	N1-N2	M0	C	C3
	Any T	Any N	M1a	-	-
	Any T	Any N	M1b	-	-





PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA)
 ASSISTENZIALE DEL TUMORE DEL COLON-RETTO

8. PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) DEL TUMORE DEL COLON-RETTO (TCR)

A seconda delle condizioni cliniche del paziente si possono attivare 4 tipologie di PDTA del TCR:

- PDTA per sospetto TCR
- PDTA del TCR gestito dal GICO
- PDTA del TCR con gestione di urgenza
- PDTA del TCR in fase avanzata

6.1 PDTA PER SOSPETTO TCR

Il PDTA per il sospetto del TCR viene attivato dal Medico di Medicina Generale o altro Scienziato

Il paziente che entra in questo PDTA presenta segni e sintomi che pongono un sospetto reale di TCR.

La maggior parte dei pazienti con cancro del colon-retto si presenta con i seguenti sintomi:

- sanguinamento rettale (fiammiste o meno a feci),
- cambiamenti delle abitudini intestinali (aumento della frequenza di defecazione, feci non formate), sintomi non specifici (perdita di peso, astenia a causa di anemia da carenza di ferro definita come valore di emoglobina <math>< 11\text{g/ml}</math> nelle donne in post-menopausa ed uguale/inferiore a 12g/ml negli uomini, dolore addominale, sensazione di gonfiore addominale)
- presenza di muco nelle feci,
- riscontro di massa addominale,
- quadro clinico di ostruzione intestinale.

A seguito dell'anamnesi e dell'esame obiettivo si possono presentare due possibili scenari:

- 1) Segni e sintomi ad alta predittività di tumore colo-rettale
- 2) Segni e sintomi a bassa predittività di tumore colo-rettale.

Nel caso 1) i segni e sintomi che evidenziano un quadro di urgenza per cui il paziente viene inviato dal MMG al Pronto Soccorso del Presidio più idoneo altrimenti allo specialista gastroenterologo e/o endoscopista attivando la classe di priorità U o B sono i seguenti:

- ostruzione:
 - distensione
 - vomito
 - rumori intestinali acuti
 - coliche addominali
- evidenza di sanguinamento rettale con sospetto di compromissione cardiovascolare
- evidenza di perforazione
- peritonite

Un invio prioritario deve essere fatto in:

- pazienti di età 40 anni o più con sanguinamento rettale e presenza di cambiamento delle abitudini intestinali persistenti da oltre 6 settimane
- pazienti di età 60 anni o più con sanguinamento rettale persistente da 6 settimane ed oltre, in assenza di cambiamento delle abitudini intestinali ed in assenza di sintomi anali





PERCORSO DI DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ESSENTIALE (PO-P) DEL TUMORE DEL
COLON-RETTO

- pazienti di età 50 anni o più con un cambiamento delle abitudini intestinali senza sanguinamento rettale persistente da oltre 6 settimane
- in pazienti con una massa addominale nei quadranti inferiori suggestivi di un coinvolgimento del grosso intestino
- in pazienti con una massa palpabile intraluminale rettale
- uomini affetti da anemia da carenza di ferro e con emoglobina uguale o inferiore a 11g per 100ml non altrimenti spiegabile
- donne non mestruate con anemia da carenza di ferro e con emoglobina uguale o inferiore a 10 g per 100ml non altrimenti spiegabile.

Nel caso 2) le caratteristiche che indicano un basso di rischio di cancro colonrettale per cui il MMG può decidere di inviare il paziente allo specialista gastroenterologo e/o endoscopista attivando la classe di priorità, B o D che riterrà più appropriata, o effettuare lui stesso un monitoraggio per verificare se i disturbi persistono o meno sono:

- sanguinamento rettale con sintomi anali
- sanguinamento rettale con una causa esterna visibile, come ad esempio:
 - emorroidi prolapsate
 - prolasso rettale
 - ragadi anali
- cambiamento delle abitudini intestinali (ridotta frequenza della defecazione e feci dure) per meno di 6 settimane
- dolore addominale in assenza di anemia da carenza di ferro o di massa addominale palpabile
- dolore addominale in assenza di evidenza di ostruzione intestinale.

Lo specialista gastroenterologo e/o endoscopista una volta preso in carico il paziente può e secondo dei risultati degli esami da lui richiesti:

- 1) Monitorare il paziente
- 2) Portare all'attenzione del GICO il caso

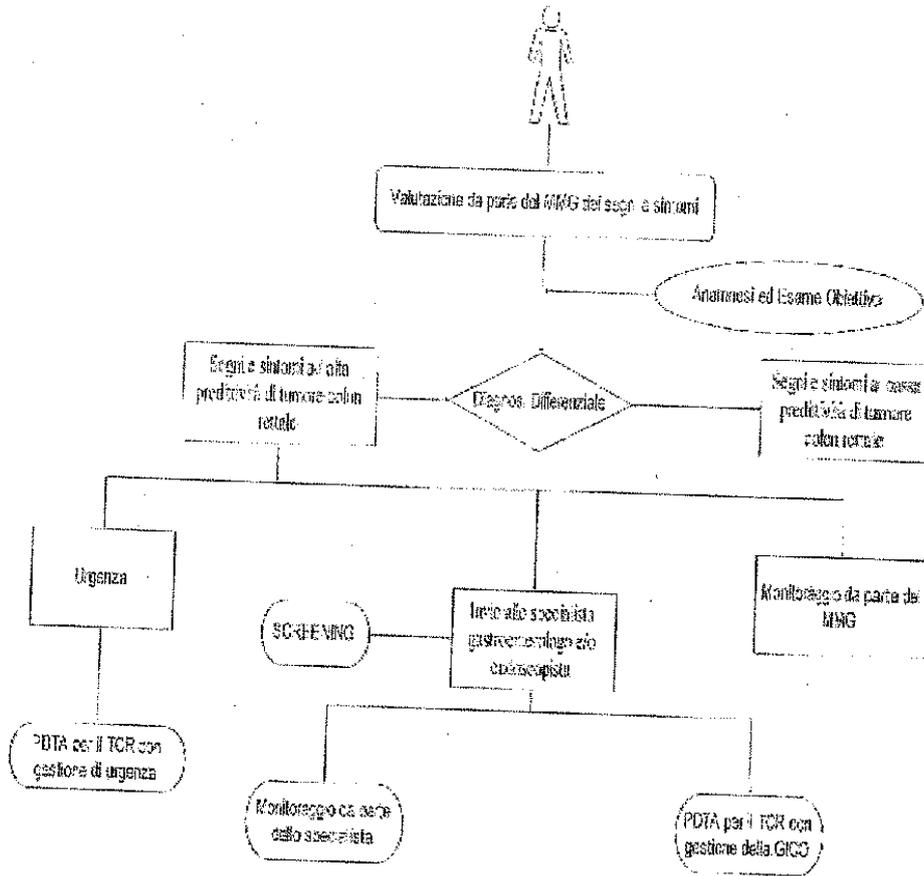
N.B. In questo PDTA interviene anche il percorso dello screening: infatti qualora i soggetti sottoposti allo screening di primo livello risultassero positivi al test del sangue occulto fecale, essi vengono avviati ai test diagnostici di II livello con l'invio allo specialista gastroenterologo endoscopista.





PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPIUTICO
ASIA/LESC/LE/IPS/IV/PLI/TECNICHE DRI
CONFIN-RETTU

Figura 1: Flowchart del percorso del paziente con sospetto TCR





PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPIUTICO
ASSISTENZIALE (PDTA) DEL TUMORE DEL
COLON-RETTO

6.2 PDTA DEL TCR GESTITO DAL GRUPPO INTERDISCIPLINARE DI CURE ONCOLOGICHE (GICO)

Il PDTA del TCR gestito dal GRUPPO INTERDISCIPLINARE DI CURE ONCOLOGICHE (GICO) viene attivato da qualsiasi specialista componente del gruppo.

La presa in carico del paziente è di tutto il gruppo interdisciplinare ma in maniera particolare dello specialista che lo ha in cura a seconda delle varie fasi del PDTA.

Il primo obiettivo che il GICO deve raggiungere è una corretta stadiazione preoperatoria.

La valutazione pre-operatoria dovrebbe includere (a meno che non vi sia controindicazione):

- * TC del torace con mdc
- * TC dell'addome e della pelvi con mdc + ecografia addominale
- * TC del fegato, in caso di dubbio alla TAC, per la valutazione di eventuali metastasi
- * La Tomografia ad emissione di positroni con fluorodeossiglucosio (FDG-PET), non rappresenta un esame di routine nella pratica clinica ma deve essere richiesta nei casi in cui l'esito dell'esame comporti una variazione della strategia terapeutica.

In aggiunta i pazienti con carcinoma rettale devono ricevere:

- * risonanza magnetica (RM) ad alta risoluzione pelvica per valutare il grado di estensione locale di malattia o l'eventuale coinvolgimento dei linfonodi peri-rettali
- * L'ecografia endorettale ha la sua indicazione maggiore nei casi in cui è importante discriminare l'interessamento dei vari strati della parete rettale. Inoltre l'ecografia endorettale rappresenta un'alternativa se la risonanza magnetica è controindicata o non disponibile.

Lo staging non dovrà superare i 30 giorni e la responsabilità organizzativa del rispetto di tale tempistica rientra nelle competenze della Direzione Sanitaria Aziendale.

A conclusione del percorso diagnostico si possono presentare due scenari possibili:

- A) Malattia operabile
- B) Malattia non operabile

Nel caso A) il GICO ha il compito di valutare la possibilità dell'intervento in base ai seguenti fattori:

- stadiazione del tumore,
- idoneità del paziente a ricevere un intervento chirurgico,
- stato nutrizionale,
- analisi del rischio operatorio sulla base di specifiche scale valutative del rischio di morbilità e mortalità

La gran parte delle ultime linee guida raccomandano che tutti i pazienti candidati ad intervento chirurgico devono essere sottoposti a valutazione del rischio di Trombocombolismo venoso (TEV).

In questa fase del PDTA si possono delineare tre possibili situazioni cliniche

- 1) tumore del colon
- 2) tumore del retto
- 3) malattia metastatica operabile

1) In caso di Tumore del Colon in prima istanza si effettua l'intervento chirurgico con l'acquisizione dell'esame istopatologico del pezzo operatorio.

Il referto istologico è indispensabile per:

- * la conferma diagnostica di carcinoma colon-rettale





PERCORSO DIAGNOSTICO E TERAPIA
 DEI TUMORI DEL TUMORE DEL
 COLON RETTO

- la stadiazione e prognosi del tumore
- la pianificazione di ulteriori trattamenti

Per tutti i pazienti in stadio III e per casi selezionati con stadio II a fronte della presenza di fattori prognostici sfavorevoli (a i seguenti riportati):

- estensione del tumore oltre la sierosa (pT4)
- meno 12 linfonodi esaminati
- grading 3
- invasione linfatica e/o vascolare e/o perineurale presentazione clinica con perforazione

deve essere considerata la CHEMIOTERAPIA ADIUVANTE da iniziare entro 6-8 settimane dall'intervento chirurgico radicale.

Il Paziente dopo l'intervento riceve un'assistenza post- operatoria secondo le raccomandazioni delle ultime linee guida in particolare il supporto psico-sociale da parte di un infermiere o personale specializzato.

Ai pazienti ed ai familiari (o il personale di assistenza) devono essere forniti un numero per contattare un infermiere specializzato al fine di affrontare problemi/preoccupazioni insorti dopo la dimissione dall'ospedale.

Il case manager deve provvedere all'attivazione di procedure al fine di attivare i servizi per i pazienti che possono avere bisogno di aiuto concreto da parte di:

- un infermiere specialista
- personale di assistenza socio-sanitaria
- servizi assistenziali dedicati agli stomizzati

Il paziente in questa fase viene inserito dal GICO nel programma di Follow-up la cui gestione fa capo allo specialista a seconda del programma stesso e può essere:

- a breve termine, che deve concentrarsi su problemi post-operatori, sulla programmazione futura e la gestione dello stomia.

Deve comprendere una colonscopia completa entro 6 mesi dalla dimissione, se questa non fosse stata eseguita prima dell'intervento chirurgico in modo completo, mentre la colonscopia virtuale rappresenta una alternativa non invasiva alla colonscopia per coloro che presentano una controindicazione alla colonscopia.

Inoltre dovrebbe comprendere una TAC del torace e dell'addome, se non fosse stata effettuata prima dell'intervento chirurgico

- a più lungo termine

deve comprendere una colonscopia a intervalli di 1 e 3 anni dall'intervento e quindi ogni 5 anni nel paziente con clean-colon. Nei pazienti senza uno studio del colon preoperatorio, la colonscopia va effettuata entro 6-12 mesi dall'intervento. Nei pazienti con neoplasie del retto la retoscopia va eseguita ogni 6 mesi per i primi due - tre anni.

- deve includere TC dell'addome e del torace ogni 6-12 mesi per i primi 2-3 anni dopo la resezione.

deve includere l'esame fisico e l'antigene carcino-embriionario (CEA e CA 19.9) ogni 6 mesi per 5 anni (se i livelli dei markers sono elevati dopo la resezione eseguire comunque la colonscopia e la TC torace addome-pelvi)

la tomografia ad emissione di positroni con fluoro-18-deossiglucosio (FDG-PET) non deve essere considerata una modalità di routine di follow-up. Può essere considerata in pazienti con CEA elevato con una TC normale.





*PERCORSO DI MONITORIO TERAPIUTICO
ASSISTENZIALE (PDTA) DEL TUMORE DEL
COLON RETTO*

- deve rilevare i tumori metacroni (secondi carcinomi primitivi nel grosso intestino restante)
- deve fornire un sostegno psicologico
- deve facilitare l'audit
- deve fornire consulenza e supporto da parte di un operatore sanitario qualificato per cambiare stile di vita e ridurre il rischio di recidiva.

2) Il retto medio-basso presenta caratteristiche anatomiche-cliniche che rendono diversa la storia naturale e le strategie terapeutiche rispetto al retto alto (che viene assimilato al colon). Viene considerato anatomicamente retto medio-basso la porzione di retto al di sotto della riflessione peritoneale (retto extra-peritoneale).

Nei tumori del retto medio-basso con $>T2$ o/o N positivo la prima fase del percorso deve essere rappresentata dalla Terapia Preoperatoria (Radio-chemioterapica) con le seguenti finalità:

- * diminuire il rischio di recidiva locale
- * ridurre il volume del tumore prima della resezione e favorire una resezione conservativa.

Il trattamento radioterapico può essere somministrato per mezzo di:

- * frazionamento convenzionale
- * breve corso di radioterapia pre-operatoria

Rispetto alla radioterapia post-operatoria riduce il rischio di lesioni da radiazioni del piccolo intestino intrappolato nel bacino a causa di aderenze post-chirurgiche, può rendere possibile la conservazione dello sfintere anale, aumenta la probabilità che possa essere eseguita una anastomosi con il colon (resezione anteriore).

Dopo la fase della terapia preoperatoria il PDTA è uguale a quello già rappresentato per il Tumore del Colon.

La fase di terapia preoperatoria (Radio-chemioterapia), identificata dalla data di indicazione del GICO (verbale) al momento in cui viene effettuata al prima seduta di terapia (Radio-chemioterapia), non deve essere superiore di 30 giorni.

Si ricorda che una delle tecniche chirurgiche adottate per il tumore del retto medio basso è la chirurgia endoscopia trans-ale (TEM-Transanal Endoscopic Microsurgery) che può essere usata per trattare piccoli tumori del retto T1 che abbiano tutte le seguenti caratteristiche:

- * meno di tre centimetri di diametro
- * ben o moderatamente differenziati
- * entro 8 centimetri del margine anale
- * limitati a meno del 30% della circonferenza rettale

La TEM deve essere seguita nel follow-up con risonanza magnetica (RM).

Le sue limitazioni comprendono l'assenza di stadiazione patologica relativa al coinvolgimento linfonodale.

3) Nel caso di malattia metastatica operabile il paziente segue il PDTA del TCR AVANZATO descritto nel paragrafo 6.4

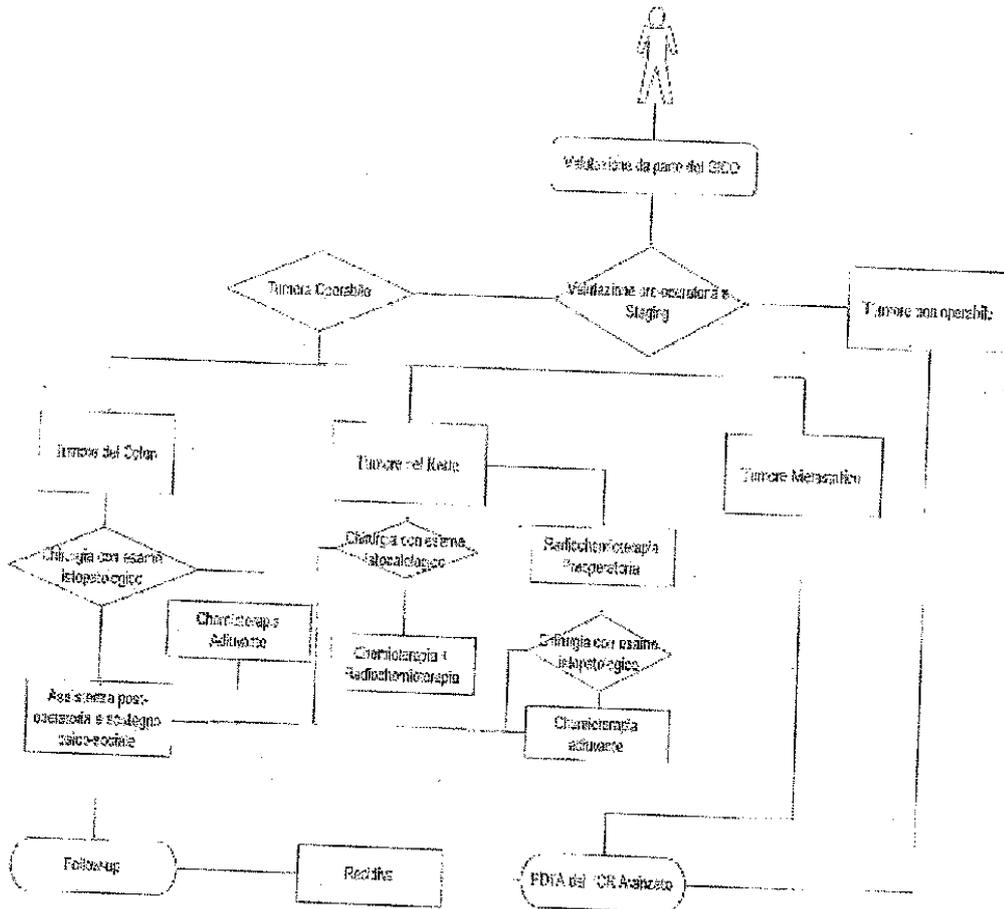
Nel caso B) anche in questo scenario il paziente segue il PDTA del TCR AVANZATO (paragrafo 6.4)





PROGRAMMA REGIONALE PER LA PREVENZIONE
E SOSTENIBILITÀ (PROPR) DEL FINANZIAMENTO DEL
CICLO DI CURA

Figura 2: Flowchart del percorso del paziente con TCS gestito dal CRCC





PERCORSO DI DIAGNOSTICA E TERAPIUTICA
CRISTOFORO COLOMBO (P.D.T.A.) DEL FLOMMARE DEL
CIPOLLO RETTO

6.3 PDIA DEL TCR CON GESTIONE DI URGENZA

Il PDIA è gestito dalla specialista chirurgo.

Il Paziente entra nel PDIA attraverso il Pronto Soccorso a cui vi è attivato o tramite il MMG, o il servizio territoriale del U.E. o di sua spontanea volontà.

Il punto fondamentale di questo PDIA è la stabilizzazione del paziente in quanto solo una volta raggiunta si può procedere all'esecuzione delle indagini diagnostiche.

La resezione chirurgica è sempre il presidio terapeutico preferito nel caso di ostruzione neoplastica del colon.

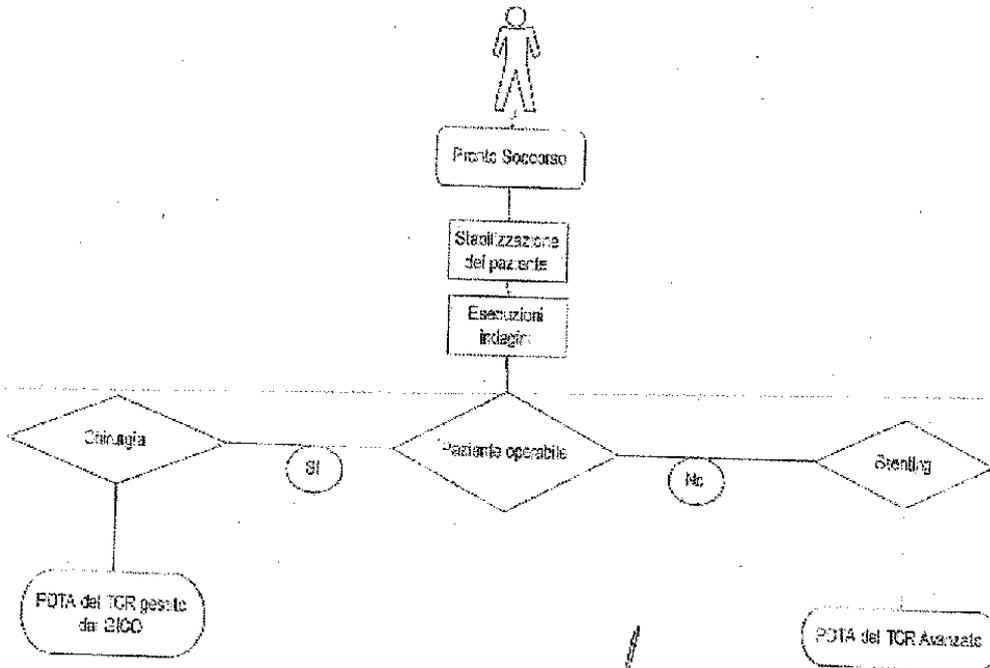
L'impianto di stent in urgenza in pazienti potenzialmente curabili con la resezione è riservato solo a casi selezionati che presentano ostruzione del colon sinistro ad elevato rischio di mortalità post-intervento.

Al contrario, lo stenting deve essere considerato come palliazione per i tumori non operabili.

Dopo la procedura dello Stenting il paziente viene preso in carico dal GICO e segue il PDIA specifico.(Paragrafo 6.2)

Il paziente segue lo stesso percorso descritto nello scenario A) del PDIA del IRC gestito dal GICO, paragrafo 6.2.

Figura 3: Focus del percorso del paziente con TCR con gestione di urgenza





PROCCIANO DI MANTICHI PER OPERATIVO
 ASSISTENZA ALL'OPERAZIONE DEL TRAPIANTO DEL
 COLICORNETTO

LA POTA DEL TCR GESTITO IN FASE A AVANZATA

Il PDTA del TCR gestito in fase avanzata viene attivato da qualsiasi specialista componente del GICO.

La presa in carico del paziente è di tutto il gruppo interdisciplinare ma in particolare dello specialista che lo ha in cura in quella specifica fase del PDTA.

A tutti i pazienti in fase avanzata di malattia devono essere richieste le mutazioni dei geni RAS e BRAF sulla scorta dell'esame istologico di adenocarcinoma del colon-retto al fine di ottimizzare i trattamenti successivi.

I pazienti in fase avanzata di malattia sono definiti come:

- A) pazienti con malattia localmente avanzata, giudicata inoperabile con le indagini strumentali o dal chirurgo al momento dell'intervento;
- B) pazienti con metastasi a distanza (fegato, polmoni, linfonodi, carcinomi peritoneale, ossa, etc);

Ovviamente i quadri A e B possono coesistere nello stesso paziente.

* Percorso dei pazienti in fase A.

I pazienti devono essere studiati, a giudizio del clinico, per definire nel modo migliore l'estensione della malattia locale ed essere quindi avviati ad un trattamento di chemioterapia (CHT) o di CHT + Radioterapia (RT) a seconda delle circostanze. Verranno rivalutati ogni 2-3 mesi al fine di riconsiderarne l'operabilità. Qualora non convertiti ad operabilità continueranno in terapia proposta.

Nei casi in cui si arrivi ad operabilità il GICO valuterà l'opportunità di una terapia successiva "adiuvante".

Qualora in progressione al trattamento di prima linea verranno candidati per una seconda linea di terapia.

* Percorso dei pazienti in fase B.

I pazienti devono essere studiati, a giudizio del clinico, per definire nel modo migliore l'estensione della malattia metastatica. Tutti i pazienti devono avere una TC total body con inde di stadiazione pre-trattamento. Se si tratta di pazienti con tumore primitivo in sede e metastasi a distanza va presa in considerazione la resezione del tumore primitivo. I pazienti metastatici all'esordio devono essere avviati ad un trattamento di CHT e rivalutati ogni 2-3 mesi con la TC; la PET/TC o la RM potranno essere utilizzate nei casi dubbi per la definizione dell'estensione della malattia e nei casi in cui vi può essere l'indicazione a resezione radicale, ad esempio per metastasi epatiche o polmonari.

Nei casi in cui si arrivi ad operabilità il GICO valuterà l'opportunità di una terapia successiva "adiuvante". Qualora in progressione al trattamento di prima linea verranno candidati per una seconda linea di terapia e successivamente di terza linea. Tutti i pazienti con malattia metastatica al fegato o al polmone o a singole sedi metastatiche, devono essere valutati dal GICO per considerare un trattamento locoregionale con intento radicale (chirurgico in prima istanza, radioterapico, etc).

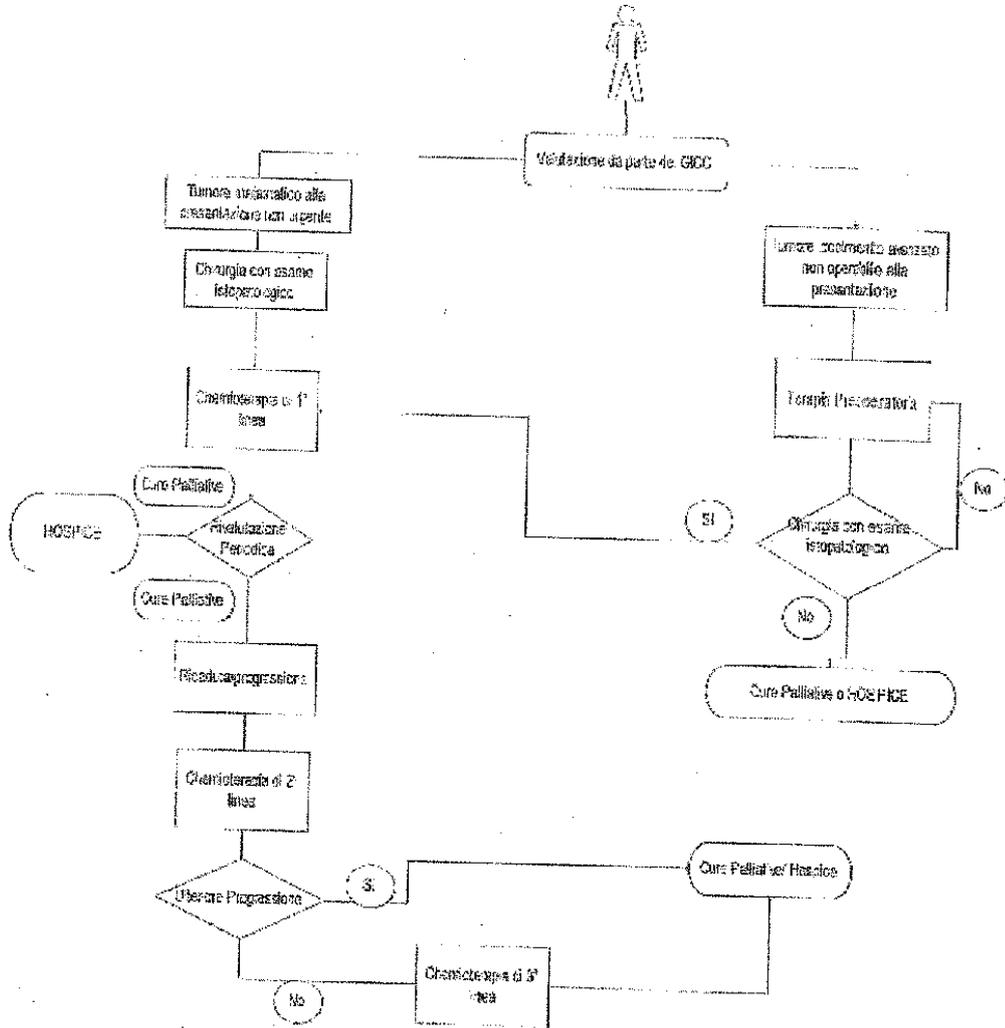
I pazienti non più suscettibili di trattamenti volti al controllo della malattia neoplastica vanno avviati ad un percorso di cure palliative.





PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ED ASSISTENZIALE (PDT) I-RI-TIMONI DEL COLORETTTO

Figura 4: Flowchart del percorso del paziente con TCR in fase avanzata





PATENTE DI ABILITAZIONE TERAPIA DEL TUMORE DEL COLON RETTO (FDS) DEL TUMORE DEL COLON RETTO

7. INDICATORI

7.1 INDICATORI ORGANIZZATIVI

- Assunzione del PDTA regionale per il TCR: Atto aziendale entro 30 giorni dalla trasmissione del Decreto del Commissario ad Acta di recepimento.
- Costituzione del GICO: Atto Aziendale entro 60 giorni dal recepimento da parte dell'Azienda del PDTA regionale
- Protocollo clinico organizzativo aziendale del TCR entro 30 giorni dalla costituzione del GICO
- Conformità del protocollo aziendale per il TCR al PDTA regionale: 100%
- N° di eventi formativi aziendali sul PDTA del paziente con TCR: almeno 1/anno

7.2 INDICATORI DI ATTIVITÀ

- N° dei pazienti con TCR presi in carico dal GICO per anno/ Totale pazienti ricoverati con diagnosi principale per tumore del colon retto (dati ASDO) per anno: 60%
- N° nuovi pazienti con TCR presi in carico dal GICO per anno: almeno 100 casi all'anno
- N° di verbali di incontri del GICO con TCR /anno: minimo 45/anno

7.3 INDICATORI DEL PIANO NAZIONALE ESITI

- volume di interventi chirurgici isolati per tumore maligno del colon
- volume di interventi chirurgici isolati per tumore maligno del colon in laparoscopia
- volume di interventi chirurgici isolati per tumore maligno del retto
- volume di interventi chirurgici isolati per tumore maligno del retto in laparoscopia

Gli indicatori sopra esposti, che verranno monitorati dall'ASR Abruzzo, in condivisione con il gruppo di lavoro regionale, potranno essere implementati a seconda delle criticità rilevate e delle eventuali proposte che potranno esserci da parte dei professionisti coinvolti nel percorso stesso.

L'ASR con cadenza annuale elabora un report che sarà trasmesso al Dipartimento per la Salute e alle ASL e pubblicato sul sito istituzionale.





PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPIUTICO
ASSISTENZIALE (DIP) DEL TUMORE DEL
COLON-RETTO

B. BIBLIOGRAFIA

- * Intesa Stato Regioni del 10 febbraio 2011 "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro per gli anni 2011- 2013"
- * Intesa Stato Regioni del 30 ottobre 2014 "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden di malattia del cancro per gli anni 2014- 2016"
- * Adempimenti Livelli Essenziali di Assistenza: Lettera x) Implementazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDEA)
- * Delibera di Giunta Regionale n.575 del 11.08.2011 "Approvazione Piano Regionale di governo delle Liste di Attesa (PRGLA)
- * Decreto del Commissario ad Acta n.60/2015 del 25 giugno 2015 "Recepimento e avvio del Piano Operativo per il contenimento delle Liste d'Attesa di cui alla Delibera n.9 del 3 febbraio 2015 dell'Agenzia Sanitaria Regionale"
- * Linee guida AIGM: tumori del colon-retto (2015)
- * Primary colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, adjuvant treatment and follow-up. Annals of Oncology 21(Supplement 5): v70- v77, 2010
- * Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale: il carcinoma del colon e del retto Regione Emilia Romagna ANNO 2012
- * Linee Guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte ANNO 2001
- * Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del DIPO di Mantova per il Tumore del colon retto - Regione Lombardia
- * Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale delle neoplasie del colon retto in elezione per la Provincia di Pavia - Regione Lombardia ANNO 2012
- * Percorso diagnostico terapeutico sul Carcinoma del Colon Retto ASL Lanciano-Vasto-Chieti





**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