



**GIUNTA REGIONALE D'ABRUZZO
DIPARTIMENTO SANITÀ**

**DPF018 - SERVIZIO ACCREDITAMENTO E ACCORDI CONTRATTUALI
UFFICIO CONTRATTI E TETTI EROGATORI PRIVATI DELLA RETE OSPEDALIERA E AMBULATORIALE**

Oggetto: DOCUMENTO ISTRUTTORIO - RISCONTRI OSSERVAZIONI CONTRATTO ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Con la DGR n. 500 del 31.08.2022 "EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI PER L'ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE. APPROVAZIONE TETTI DI SPESA BIENNIO 2022-2023 ED ULTERIORI DISPOSIZIONI." è stato dato avvio alla negoziazione 2022-2023 con le strutture accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale.

Lo schema contrattuale adottato con il predetto atto riproduce, con minime modifiche, quello relativo al biennio 2020-2021, approvato con DGR 153/2021, per altro sottoscritto da tutte le strutture.

Con nota prot.n. RA/ 0339897/22, inviata a mezzo PEC in data 20.9.2022, è stato trasmesso agli erogatori lo schema contrattuale relativo all'area specialistica ambulatoriale, che formerà oggetto di successiva approvazione giunta.

Sono quindi pervenute in riscontro alcune osservazioni, rispettivamente da parte delle seguenti Strutture:

- Bleu (nota prot.n. 0366219/22 del 30/09/2022), Colarossi (nota prot.n.0366498/22 del 30/09/2022) , COPAN (nota prot.n. 0381227/22 del 03/10/2022), Don Orione (nota prot.n. 0366486/22 del 30/09/2022), Fisioter (nota prot.n. 0381373/22 del 30/09/2022), Masci (nota prot.n.0361796/22 del 29/09/2022), Segi (nota del 03/10/2022 prot.n.0382154/22), Lifecare (nota prot.n. 0380890/22 del 03/10/2022), Studio 4R (nota prot.n. 0380907/22 del 03/10/2022), Torino Sciuba (nota prot.n. 0366458/22 del 30/09/2022),Vuza (nota prot.n. 0366438/22 del 30/09/2022),;
- da parte delle Case di cura Santa Camilla (nota prot.n. RA/0381530/22 del 03/10/2022), Villa Serena (nota prot.n. 0381546/22 del 03/10/2022) , Fondazione Padre Alberto Mileno (nota prot. n. RA/0361322/22 del 29/09/2022)
- dalle sigle sindacali ACOP (nota prot.n. RA/0359358/22 del 29/09/2022) e FEDER ANISAP ABRUZZO (nota Prot.n. 0361811/22 del 29/09/2022), che si allegano alla presente come parte non integrante al solo fine di supporto istruttorio.

In seguito, sono poi pervenute delle osservazioni aggiuntive trasmesse in data 7/11/2022 e 14/11/2022, da parte dei seguenti operatori :

- Bleu (nota prot.n. 0486491/22 del 14/11/2022), Colarossi (nota prot.n.0478703/22 dell' 08/11/2022) Masci (nota prot.n.0477610/22 dell'8/11/2022) Sciuba (nota prot.n. 0477661/22 dell'8/11/2022)FEDER ANISAP ABRUZZO (nota Prot.n. 04477651/22 dell'8/11/2022).

In disparte la considerazione che molte delle predette osservazioni sono già state oggetto di riscontro nelle precedenti tornate contrattuali, si reputa opportuno valutare comunque le contestazioni in oggetto,



anche al fine di definire un'univoca interpretazione sui punti oggetto di rilievi , come d'altronde richiesto dagli stessi operatori privati.

Premesse del contratto

- **ACOP** contesta quanto disposto con la DGR 500/2022 relativa alla distribuzione dei tetti di spesa. *Tale Deliberazione contiene infatti la previsione dell'assegnazione eventuale di risorse aggiuntive per il recupero delle liste d'attesa a strutture non rientranti tra quelle invitate alla presente sottoscrizione.* Tale previsione, viene giudicata inaccettabile dalle strutture rappresentate da ACOP che da anni chiedono incrementi di budget per poter concorrere all'abbattimento delle liste d'attesa, minacciano l'impugnazione della citata disposizione e pertanto l'impossibilità di sottoscrivere il contratto in base alle disposizioni dell'art. 20. Concludono chiedendo la modifica della DGR 500/2022.

Riscontro:

la Regione, attraverso la DGR n. 500, adottata in data 31 agosto 2022 , riconoscendo da una parte la necessità di recepire quanto evidenziato dagli attuali orientamenti della giurisprudenza e dall'altra la necessità di procedere senza ulteriori ritardi alla sottoscrizione dei contratti con le strutture private per l'erogazione di prestazioni assistenziali a seguito della definizione dei tetti di spesa, ha disposto una serie di iniziative volte a risolvere le criticità sopra riportate, prevedendo rispettivamente:

1. di garantire parità di accesso alla negoziazione ex art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. attraverso una diversa distribuzione delle risorse a disposizione del FSR, nell'ambito e nel rispetto della previsione di spesa sostenibile dal SSR allo scopo di preservarne l'equilibrio economico-finanziario;
2. di superare il criterio della spesa storica rideterminando, attraverso una chiara metodologia, i tetti di spesa negoziali attraverso una redistribuzione delle risorse, demandando ad un ristretto gruppo tecnico, di redigere una dettagliata e motivata proposta di documento tecnico, ai fini della definizione dei tetti contrattuali relativi all'immediatamente successiva tornata contrattuale;
3. in attesa di realizzare quanto espresso nel punto precedente, di procedere in via provvisoria alla contrattazione ex art.8 quinquies D.Lgs.n.502/92 e s.m.i. per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale, nei confronti delle strutture già contrattualizzate nel biennio precedente, e limitatamente al biennio 2022- 2023;
4. l'obbligo, da parte delle ASL , di coinvolgere le strutture di nuovo accreditamento, rimaste temporaneamente fuori dalla tornata contrattuale 2022/2023, in sede di attuazione dei Piani di Recupero delle Liste di Attesa ex D.G.R. n. 170 del 04.04.2022.

Quanto sopra a tutela della libera concorrenza, tra gli operatori accreditati "storici" e i "new incomer", allo scopo di consentire a quest'ultimi di acquisire una prima esperienza negoziale con i soggetti pubblici.

Art.2 Durata

Colarossi sostiene che *non è possibile, alla luce della variazione in aumento dei costi generali e delle condizioni nazionali ed internazionali, stabilire i tetti di spesa per un biennio, a meno che non si preveda un ristoro automatico collegato agli stessi incrementi.* Inoltre, a fronte dei mancati introiti subiti a causa del Covid , richiedendo la previsione di ulteriori ristori per il 2022 .



Riscontro: Il quadro delle risorse regionali, già gravato dagli oneri derivanti dai disavanzi certificati della spesa sanitaria, per il recupero dei quali la nostra Sanità è ancora in Piano di rientro, e soggetta a monitoraggio ministeriale, risente anch'esso della situazione di crisi che investe attualmente il nostro Paese. Pertanto, a meno di non dover incrementare il prelievo fiscale nei confronti dei concittadini della nostra Regione, le risorse attualmente disponibili non consentono ulteriori incrementi dei costi.

Inoltre, la delibera della Corte dei Conti n. 135/2022, in sede di esame della spesa regionale per acquisti da operatori privati accreditati ha "raccomandato nuovamente la stipula di accordi che abbiano un consistente respiro temporale" "in grado di assicurare lo svolgimento della necessaria attività di programmazione e di massimizzare il contenimento dei costi".

Art. 3 Volume di prestazioni erogabili e previsione di spesa

Osservazioni aggiuntive di Masci, Colarossi, Bleu, Torino Sciuba, FEDER ANISAP ABRUZZO sul comma 1

Viene richiesto di integrare il comma 1 del medesimo articolo specificando che il tetto complessivo di spesa annuale attribuito ai singoli operatori venga calcolato al netto della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti

Riscontro: Questa osservazione deve essere respinta in quanto ciò comporterebbe un incremento del tetto di spesa della specialistica ambulatoriale, non consentito perché la nostra Regione è in piano di rientro.

Osservazioni aggiuntive di Masci, Colarossi, Bleu, Torino Sciuba, FEDER ANISAP ABRUZZO sul comma 2

Viene richiesto di espungere dal tetto di spesa gli eventuali interventi remuneratori e/o ristoratori stabiliti con provvedimenti ad hoc per fronteggiare l'emergenza pandemica.

Riscontro: Anche tale osservazione è da respingere per le seguenti motivazioni: i c.d. ristori sono stati erogati, sulla scorta del D.L. n. 149/2020, e della successiva OPGR n. 105/2020, per rimborsare i costi fissi sopportati dagli erogatori privati durante il periodo di lock down nazionale a causa dell'emergenza pandemica, nella consapevolezza che ciò non avesse appunto consentito l'erosione dei tetti di spesa. Ad ogni modo l'articolo è integrato facendo riferimento alle eventuali disposizioni che saranno adottate a livello nazionale.

Art.3, comma 2, recante: *Sono altresì ricompresi nel tetto massimo annuale di spesa assegnato eventuali interventi remuneratori e/o ristoratori stabiliti con provvedimenti ad hoc, nonché con eventuali provvedimenti regionali emanati in base all'evoluzione dello stato della pandemia da COVID 19;*

- Rilievi Lifecare sull'art.3, comma 2: l'erogatore chiede l'eliminazione della clausola in quanto viene ritenuto che renderebbe del tutto aleatorio il contratto.

Riscontro: Questa contestazione è fuori luogo in quanto non è possibile stabilire lungo tutto il biennio se si verifichi una recrudescenza della pandemia e se a tal fine sia necessario intervenire con appositi provvedimenti.

Osservazioni Santa Camilla, SEGI e Fisioter, cui si sono aggiunte le ulteriori osservazioni aggiuntive presentate da Masci, Colarossi, Bleu, Torino Sciuba, FEDER ANISAP ABRUZZO:



al comma 3 dell'art.3 ,viene richiesta la modifica del testo introducendo la prenotabilità delle prestazioni sul sistema della struttura privata con l'obbligo da parte della struttura di darne comunicazione al CUP della ASL.

Riscontro: La previsione si conforma alla vigente normativa ed è anche funzionale alla verifica ed al monitoraggio dei LEA.

Ulteriori osservazioni aggiuntive presentate da **Masci ,Colarossi, Bleu ,Torinto Sciuba, FEDER ANISAP ABRUZZO** : viene richiesta l'eliminazione del comma 6 , relativa al divieto di erogazione e di remunerazione delle prestazioni erogate oltre il 100% della capacità produttiva

Riscontro: Detta osservazione è assolutamente da respingere in quanto del tutto in contrasto con la vigente normativa.

Art.6: Modalità di acceso e di erogazione delle prestazioni

al comma 1 art.6 , ultimo capv della lett.c) art.8, comma 3 dell'art.11:

- viene contestato l'assoggettamento dell'erogabilità delle prestazioni alla circostanza dell'avvenuta prenotazione sul CUP aziendale oppure all'impegno dell'erogatore di trasmettere i dati dell'avvenuta prenotazione attraverso il Cup Aziendale, visto che la ricetta consente entrambe le possibilità e alla struttura non può essere sottratta la possibilità di erogare le prestazioni, sempre effettuare tramite ricetta nazionale, ma prenotate presso il Cup della struttura privata.

Riscontro: La previsione delle prenotazioni tramite il CUP aziendale è un obbligo derivante dall'attuazione di normative nazionali recepite dalla Regione. Infatti la nostra Regione , già con DGR n. 265/2019 ha recepito l'Intesa Stato Regioni, sul "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 (PNGLA)", di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, e ha approvato il documento recante "Piano Operativo Regionale 2019-2021 per il governo delle liste di attesa Regione Abruzzo". Tra gli interventi previsti è ricompresa la gestione razionale e trasparente degli accessi ambulatoriali relativi alle prestazioni oggetto di monitoraggio LEA, attraverso l'uso diffuso dei sistemi CUP, in coerenza con le Linee Guida Nazionali CUP, di cui all'Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010 e successivi aggiornamenti, ove viene ribadito che i sistemi CUP devono gestire in maniera centralizzata tutte le Agende delle strutture pubbliche e private accreditate. Quindi è stato previsto l'inserimento e la messa a disposizione di tutta l'offerta sanitaria delle strutture private accreditate in regime SSN sul sistema CUP. Pertanto, tutte le agende di prenotazione delle prestazioni interessate, devono essere integralmente visibili dai CUP aziendali e, in prospettiva, dal CUP integrato regionale, in corso di realizzazione, a cui dovranno essere collegati anche i sistemi di prenotazione delle strutture accreditate.

Art.5 Criteri di ripartizione della spesa preventivata

- **ACOP** formula le seguenti osservazioni:
Relativamente al Comma 1: *è necessario che vengano chiariti i sistemi di calcolo dell'oscillabilità, poiché la previsione, così come indicata ("a condizione che ciò non comporti l'erosione anticipata del budget") viene interpretata da alcune ASL come impossibilità di superamento del progressivo, talché non sarebbe possibile aumentare la produzione del mese di novembre allo scopo di coprire la minore produzione del mese di dicembre.*



in relazione al presente articolo ed ai successivi esposti nelle presenti osservazioni riteniamo necessario vincolare la sottoscrizione del presente contratto alla definizione di un protocollo d'intesa sottoscritto dalle ASL e Regione sui relativi sistemi interpretativi, di valutazione e di applicazione pratica.

Osservazioni sull'art.5 di **Santa Camilla SEGI, Fisioter** :

- *il comma 2 dell'art.5 non consente la remunerazione di prestazioni rese al disopra del tetto mensilizzato, tuttavia se le prestazioni rientrano nell'ambito del tetto di spesa annuale, attribuito all'erogatore, la mera inosservanza della percentuale di oscillabilità non può di certo ostacolare il riconoscimento economico del credito complessivo della struttura, questa parte della disposizione non merita condivisione*

Osservazioni **Lifecare** –

- *Art. 5.3 Si chiede di aggiungere: "...nella misura convenuta, anche in deroga al limite di oscillabilità mensile di cui al paragrafo 5.1, con la ASL di riferimento...";*

Riscontro: In merito all'oscillabilità occorre precisare che il limite previsto ha lo scopo di garantire la continuità delle prestazioni che ciascuna struttura è chiamata ad assicurare per l'intero anno. Fermo restando il rispetto del tetto di spesa complessivo attribuito.

Per quanto concerne la richiesta di definire un protocollo d'intesa sottoscritto dalle ASL e Regione sui relativi sistemi interpretativi, di valutazione e di applicazione pratica, non si può che rimandare all'attuale quadro regolatorio presente nella nostra Regione.

Osservazioni aggiuntive di **Masci ,Colarossi, Bleu ,Torinto Sciuba, FEDER ANISAP ABRUZZO** sul comma 3

Chiedono l'eliminazione di quanto disposto nell'ultimo periodo del medesimo comma, in cui viene esclusa, l'erosione anticipata del tetto massimo annuale nell'ambito della flessibilità consentita .

Riscontro: Si rimanda a quanto riscontrato in precedenza.

Articolo 6: Modalità di erogazione delle prestazioni

- **ACOP** formula le seguenti osservazioni:
In relazione alla previsione riguardante la condivisione delle agende CUP, è necessario chiarire che tale condivisione deve essere prevista solo per le prestazioni per le quali la ASL deve concorrere all'abbattimento delle liste d'attesa e che comunque la ASL deve garantire l'utilizzo delle agende CUP poste a disposizione.
E' necessario che il "disciplinare tecnico" di applicazione delle previsioni dell'Art. 8 sia condiviso al livello Regionale al fine di evitare gravi disparità di trattamento sul territorio.
La disposizione di cui all'art. 11 comma 3 può divenire efficace solo al termine del procedimento di integrazione, con verbale sottoscritto dalle parti che ne attesti il funzionamento e disciplini gli eventuali disservizi.
- **Masci, Copan, Colarossi, Bleu, Fisioter, SEGI, Torinto Sciuba, Vuza** rilevano delle criticità su questo passaggio, relativo alla prenotazione sul CUP



Riscontro: Sul punto si rimanda a quanto sopra già esplicitato ribadendo che la previsione delle prenotazioni tramite il CUP aziendale è un obbligo derivante dall'attuazione di normative nazionali recepite dalla Regione. Ad ogni buon conto si è ritenuto di riformulare il punto 9 del comma 1 dell'art.8, rinviando alle modalità per la condivisione telematica delle agende di prenotazione delle prestazioni che verranno stabilite da ciascuna azienda.

- Art. 6.4

Lifecare chiede di sostituire "imposti dalla buona e diligente pratica professionale" con "secondo quanto previsto dall'art. 11"

Riscontro: La previsione è stata riformulata specificandone meglio il contenuto.

ART:8 Ulteriori obblighi dell' Erogatore

ACOP, Masci, Copan ,Colarossi, Bleu , Fisioter, SEGI,Torinto Sciuba, Vuza evidenziano delle criticità riguardo al recepimento e all'implementazione ,presso il proprio centro aziendale di prenotazione (CUP) delle prestazioni specialistiche nonché all'implementazione del Catalogo Regionale delle prestazioni specialistiche, approvato con DGR n. 646 del 27 agosto 2018 e ss.mm.ii.

Riscontro: La disposizione in commento si ricollega a quanto osservato sopra in riferimento all' art.3 . Il recepimento da parte delle strutture private del Catalogo Regionale delle prestazioni specialistiche, approvato con DGR n. 646/2018 e ss.mm.ii., è ricompreso nell'iter di realizzazione del CUP integrato regionale, che impone la condivisione tra tutte le strutture operanti nel SSR di un unico Catalogo Regionale.

Art. 9: Personale dell'Erogatore e requisiti di compatibilità

- **ACOP** osserva: Per quanto concerne la dichiarazione a carico dell'Erogatore di non incompatibilità del proprio personale, l'Associazione chiarisce di poter certificare solo le dichiarazioni ricevute dai propri dipendenti/collaboratori e non anche la veridicità delle stesse, non essendo, infatti, attribuito alla medesima alcun potere accertativo.

Riscontro: Quanto evidenziato dall'Erogatore merita accoglimento. In ogni caso si ritiene opportuna un'integrazione all'art.9 , comma 2 nei seguenti termini:

2. L'Erogatore garantisce l'impiego, anche per le attività di consulenza, di personale in possesso dei titoli abilitanti che non versi in situazioni di incompatibilità ai sensi della legge 23.12.1996 n.662 e dell'art 53, comma 16 ter del D.lgs. 165/2001 e ss.mm.ii., acquisendo a tal fine specifica autodichiarazione ai sensi degli artt.45 e 46 del DPR 445/2000 e ss.mm.ii.

Articolo 11: Controlli di appropriatezza e congruità

- **L'ACOP** chiede la definizione di un protocollo interpretativo che espliciti l'esecuzione degli articoli 11 e 13 in maniera uniforme sul territorio regionale . Viene inoltre rappresentato che i NOC (Nuclei operativi di controllo) presentano un ritardo nei controlli pari ad almeno 18 mesi .

Riscontro: si osserva che le disposizioni sui controlli sono mutuata dalla vigente disciplina regionale in materia, ampiamente richiamata nelle premesse contrattuali , che sono state più volte oggetto di vaglio da parte del giudice amministrativo . La disciplina è uniforme per il territorio regionale .



Relativamente alla tempestività dei controlli si è ritenuto opportuno inserire al comma 5 la seguente nuova formulazione: I controlli di cui al presente articolo devono essere svolti nei tempi utili a garantire il rispetto dei termini di cui all'art.13, comma 1.

l'ACOP in relazione all'art.11, comma 7, chiede di revocare la disposizione relativa all'emergenza COVID che prevedeva la possibilità di controlli da remoto.

Riscontro: Pur apprezzando i suggerimenti formulati, attinenti le modalità operative dei controlli da parte dei NOC, oggetto di specifica disciplina regionale, si rappresenta che in questa sede non è possibile operare quanto richiesto, e pertanto si rinvia a quanto disposto dalla vigente regolamentazione in materia.

Art. 12: Modalità di fatturazione

ACOP osserva: Definire se vi sia o meno l'obbligo di attendere l'Ordine della ASL per l'emissione della fattura, sull'intero territorio regionale, uniformando le procedure delle ASL.

Riscontro: Sul punto è stato ritenuto di integrare l'art.12 facendo espresso riferimento al Nucleo Smistamento Ordini (NSO), in quanto tutti gli ordini di acquisto della pubblica amministrazione, compresi gli enti del SSN, devono essere effettuati esclusivamente in formato elettronico e trasmessi per il tramite del suddetto NSO, gestito dal Ministero delle Economia e delle Finanze.

Inoltre lo stesso primo comma dell'art.12 richiama espressamente il sistema di fatturazione elettronica, di cui alla piattaforma elettronica SDI, adottata da tutte le pubbliche amministrazioni, la cui disciplina e le relative tempistiche risultano regolate dalla legge n. 244/2007 e successivi DM di attuazione, in ogni caso già in esecuzione da diverso tempo presso le ASL.

-art.13 (controlli sul fatturato, liquidazione e pagamento);

- l'ACOP osserva che la ASL effettua acconti mensili pari all'85% della somma fatturata e procede al saldo della fattura solo a seguito dell'espletamento delle verifiche amministrative e sanitarie, per le quali non è previsto alcun termine. Inoltre ACOP osserva che l'art. 13 comma 6 prevede, per i controlli effettuati oltre termine, il meccanismo giuridico della RIPETIZIONE di indebito, mentre le ASL effettuano il recupero delle somme su quanto dovuto per le annualità successive e ciò non è accettabile. L'ACOP quindi richiede che le ASL effettuino immediatamente i controlli sul corrente e recuperino nel tempo residuo progressivamente le prestazioni precedenti non controllate (2020-2021 e I semestre 2022) per le quali sarà loro facoltà, all'esito delle verifiche, attivare la ripetizione delle somme.

Osservazioni **Santa Camilla**, **SEGI**, e **Fisioter** sull'art.13 commi 2 e 8 :

Il termine di pagamento per gli acconti è di 30 giorni dalla registrazione della fattura; la decorrenza degli interessi viene fatta decorrere dal sessantesimo giorno successivo alla data di registrazione della fattura. Anche queste disposizioni non possono essere condivise poiché - sia il termine per pagamento fissato per gli acconti (30 giorni dalla registrazione della fattura) che la decorrenza degli interessi (60 giorni dalla registrazione) non consentono alla struttura di conseguire in tempi certi il rispetto di tempi certi di pagamento (la ASL potrebbe, difatti registrare le fatture in tempi successivi rispetto alla loro ricezione e né di vedersi tutelata in caso di violazione di detto termine ad opera della ASL non potendo neppure controllare le date nelle quali la ASL stessa effettua la registrazione e la decorrenza del dies a quo per il pagamento, trattandosi di fatti (le registrazioni delle fatture) rimesse



al mero arbitrio delle ente sanitario ed elusive delle disposizioni di cui al vigenti in materia di pagamenti (d.lgs.n.231/2002).

Riscontro: Le suddette osservazioni non possono essere condivise. Lo schema contrattuale contiene già un espresso rinvio a quanto disposto dal D.Lgs 9/10/2002, n.231, così come modificato dal D.lgs. 09/11/2012, n. 192, che stabilisce che il pagamento delle prestazioni debba avvenire entro 60 (sessanta) giorni dalla data di ricezione della fattura/nota contabile di riferimento a cura dell'ASL di competenza, a pena di decorrenza dei relativi interessi moratori. Si rappresenta altresì quanto disposto dall'articolo 1, comma 865, della legge n. 145/2018, che stabilisce l'obbligo di inserire, come specifico obiettivo dei Direttori Generali delle ASL, il rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. Pertanto il rispetto della normativa in questione costituisce un preciso obbligo in capo alle ASL, ferme restando le eventuali responsabilità derivanti in caso di mancato rispetto della vigente normativa.

Osservazioni aggiuntive di **Masci ,Colarossi, Bleu ,Torinto Sciuba, FEDER ANISAP ABRUZZO** sul comma 2:Viene richiesto che le ASL procedano al saldo della fattura entro 30 giorni.

Anche detta osservazione non può essere condivisa per quanto sopra riportato.

ART.14, Tariffe, comma 4, recante : *Le parti concordano che in caso di incremento, a seguito di modificazioni dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, 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.*

Osservazioni aggiuntive di **Masci ,Colarossi, Bleu ,Torinto Sciuba, FEDER ANISAP ABRUZZO:** ne viene chiesta l'eliminazione.

Riscontro: Detta previsione , relativa al regime applicabile in caso di modifica dei valori unitari dei tariffari regionali, riproduce la disposizione di analogo contenuto ,già approvata nella precedente tornata contrattuale , vagliata ed assentita dai Ministeri affiancanti la Regione per l'attuazione del Piano di Rientro. Pertanto detto rilievo è da respingere. In ogni caso l'invarianza del budget in corso d'anno in caso di variazione delle tariffe, è espressamente previsto dalla normativa nazionale (art. 8 quinquies, comma 2, lett. e-bis) D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.).

- Art. 20 ("Clausola di salvaguardia").

Osservazioni **Lifecare e Studio 4R:**

Si chiede l'eliminazione della stessa o, in subordine, di specificare i provvedimenti a cui si fa riferimento stante la genericità della formulazione.

Riscontro: Si osserva che le modifiche richieste non sono accettabili in quanto questo articolo fa esplicito rimando a quanto espresso in modo dettagliato nelle premesse del contratto dove i provvedimenti sono espressamente citati (nello schema che è stato trasmesso in visione sono in bianco i riferimenti alla DGR che



ALLEGATO 2

approva i tetti di spesa del biennio 2022/2023, che è la DGR n.500/2022, e quelli relativi alla presente DGR che approva il presente testo contrattuale)

La legittimità della Clausola di salvaguardia - il cui inserimento è stato richiesto dai Ministeri affiancanti il Piano di Rientro - è stata già vagliata dall'Autorità Giurisdizionale Amministrativa.

Il Responsabile dell'Ufficio

Dott.ssa Emanuela Cortese

Il Dirigente del Servizio

Dott.ssa Rosaria Di Giuseppe