



REGIONE CALABRIA

Proposta di DCA n. 36 del 21.02.2019
Registro proposte del Dipartimento Tutela della Salute

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 07.12.2018)

DCA n. 36 del 22 FEB. 2019

OGGETTO: Definizione livelli massimi di finanziamento alle Aziende Sanitarie Provinciali per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con oneri a carico del SSR - ANNO 2019

**Il Dirigente Generale
Dott. Antonio Belcastro**

**Publicato sul Bollettino Ufficiale
della Regione Calabria n. _____ del _____**



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DCA n. 36 del 22.02.2019

OGGETTO: Definizione livelli massimi di finanziamento alle Aziende Sanitarie Provinciali per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con oneri a carico del SSR – ANNO 2019

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO l'articolo 120 della Costituzione;

VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n.131;

VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del D.L. 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, firmato tra il Ministro della salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e il Presidente p.t. della Regione in data 17 dicembre 2009, poi recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010;

RICHIAMATA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 Dicembre 2018, con la quale, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali, è stato nominato Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio Sanitario della Regione Calabria il Gen. Dott. SavarioCotticelli;

RICHIAMATA la medesima deliberazione del Consiglio dei Ministri con la quale è stato nominato Thomas Schael sub commissario unico nell'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della Regione Calabria con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

RICHIAMATA la medesima deliberazione del Consiglio dei Ministri con la quale sono stati contestualmente indicati gli interventi prioritari da realizzare per proseguire nell'attuazione dei Programmi operativi 2016-2018 nonché di tutti gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, ivi compresa l'adozione e l'attuazione dei Programmi Operativi (PO) 2019-2021, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle seguenti azioni ed interventi prioritari:

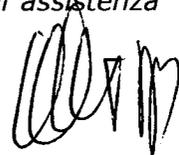
1. Adozione di ogni necessaria iniziativa al fine di ricondurre il livello di erogazione dei livelli essenziali di assistenza agli standard di riferimento, in particolare con riguardo all'adesione agli screening oncologici, all'assistenza territoriale ed alla qualità e sicurezza dell'assistenza ospedaliera;
2. Completamento ed attuazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete di emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti, in coerenza con il fabbisogno assistenziale, in attuazione del regolamento adottato con decreto del Ministero della salute del 2 aprile 2015 n. 70, ed in coerenza con le indicazioni dei Tavoli tecnici di verifica;
3. Definizione ed attuazione delle reti cliniche specialistiche;
4. Monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei nuovi ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
5. Revisione ed attuazione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente e con le indicazioni dei Tavoli tecnici di verifica;
6. Completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;

7. Completa attuazione delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita (Conferenza Unificata Rep. Atti 137/CU del 16/12/2010);
8. Razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale in coerenza con l'effettivo fabbisogno, in applicazione della normativa vigente in materia;
9. Razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi in ottemperanza alla normativa vigente;
10. Interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale;
11. Definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni, con l'attivazione, in caso di mancata stipula del contratto, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies, comma 2-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente;
12. Adozione di ogni necessaria iniziativa al fine di pervenire alla completa implementazione dei flussi informativi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario in termini di completezza e qualità, ivi inclusa l'implementazione del nuovo sistema informativo contabile regionale;
13. Sottoscrizione degli accordi interregionali bilaterali in materia di mobilità sanitaria ai sensi dell'articolo 9, comma 3, del Patto per la salute 2014-2016 sancito con Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 e dell'articolo 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 e sm.i.;
14. Attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
15. Definizione e stipula del protocollo d'intesa con l'Università degli Studi "Magna Grecia" di Catanzaro in coerenza con la normativa vigente;
16. Interventi per la razionalizzazione della spesa relativa alla medicina di base;
17. Adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
18. Rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e i provvedimenti aziendali che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro e dei successivi Programmi operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espressi dai Tavoli tecnici di verifica e dai Ministeri affiancanti;
19. Puntuale monitoraggio di quanto previsto dal Titolo II del decreto legislativo 118/2011 con riferimento alle rilevazioni del bilancio regionale riferite alle risorse destinate al Servizio Sanitario Regionale;
20. Puntuale verifica dell'ordinato trasferimento da parte del bilancio regionale al SSR delle risorse ad esso destinate;
21. Conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all' ASP di Reggio Calabria e delle ulteriori poste debitorie eventualmente presenti negli altri enti del Servizio Sanitario Regionale;
22. Puntuale riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192/2012;
23. Prosecuzione e tempestiva conclusione delle azioni previste per la puntuale attuazione del Percorso attuativo della certificabilità;
24. Programmazione degli investimenti per interventi edilizi e/o tecnologici in coerenza con quanto previsto dall'articolo 25, comma 3, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 e secondo gli indirizzi di programmazione coerenti con il decreto del Ministero della salute del 2 aprile 2015 n. 70 e con le misure di razionalizzazione ed efficientamento del patrimonio immobiliare strumentale e non strumentale;

DATO ATTO che con DCA n. 119 del 4/11/2016 è stato approvato il Programma Operativo 2016-2018, predisposto ai sensi dell'art. 2, comma 88, della L. 23 dicembre 2009, n. 191 e s.m.i. e che nell'attesa dell'adozione e attuazione dei Programmi Operativi (PO) 2019-2021 il vigente Piano Operativo 2016/2018 di cui al citato DCA 119/2016 resta in vigore e dovrà essere completato.

DATO ATTO che tra le azioni e gli interventi prioritari assegnati al Commissario ad acta con la citata deliberazione del CdM sono indicati:

- al punto 6 è indicato il "Completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza



specialistica ambulatoriale”;

- al punto 11 la *“Definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni, con l’attivazione, in caso di mancata stipula del contratto, di quanto prescritto dall’articolo 8-quinquies, comma 2-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente*;

ATTESO che il contenuto del presente atto è pienamente coerente con gli obiettivi del vigente Programma Operativo 2016-2018 - Adempimento 2.3. "Area autorizzazione accreditamento e rapporto con gli erogatori" nonché con gli interventi e le azioni prioritari assegnati al Commissario ad acta;

VISTO il Patto per la salute 2014-2016 di cui all’Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) e, in particolare l’articolo 12 di detta Intesa;

ESAMINATO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni”* e, in particolare:

- l’art. 8-bis, comma 1, che stabilisce che *“le Regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all’art. 1 avvalendosi dei Presidi direttamente gestiti dalle Aziende Sanitarie, dalle Aziende Ospedaliere, dalle Aziende universitarie e dagli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell’art. 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all’art. 8-quinquies”*;
- l’art. 8 quater, comma 2, che prevede che la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali di cui al suddetto art. 8-quinquies;
- l’art. 8 quater, comma 8, per cui, in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le regioni e le unità sanitarie locali attraverso gli accordi contrattuali di cui all’art. 8 *quinquies*, sono tenute a porre a carico del servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi di programmazione nazionale;

RICHIAMATI i consolidati assunti giurisprudenziali, secondo i quali:

- la stipula degli accordi ex art. 8-quinquies del citato D.Lgs. è condizione indispensabile per l’erogazione di prestazioni sanitarie con oneri a carico del Servizio sanitario regionale;
- la prassi degli operatori economici accreditati, che, pur rifiutandosi di sottoscrivere l’accordo proposto loro dalle Aziende sanitarie locali, continuano ad eseguire prestazioni sanitarie con oneri a carico del Servizio sanitario regionale (oltre a configurare, in ipotesi, una fonte di responsabilità per danno erariale, in quanto finisce per porre a carico del bilancio regionale spese non legittimamente impegnate) non è più compatibile con l’attuale ordinamento giuridico;
- la determinazione dei limiti e delle condizioni delle prestazioni che l’Azienda sanitaria è disposta ad acquistare costituisce un vincolo contrattuale che il soggetto accreditato può liberamente accettare o rifiutare, se l’accordo non viene ritenuto conveniente, per cui, in definitiva, l’erogazione di prestazioni per conto del Servizio Sanitario Regionale è, comunque, frutto di una scelta della struttura privata. In tale contesto, non sussiste possibilità alcuna per costringere uno dei contraenti (nella specie, l’Azienda sanitaria) ad impegnare somme superiori rispetto alle risorse disponibili. L’unico rimedio a disposizione della struttura privata accreditata - al cui titolare (che ha piena autonomia di gestione) compete di provvedere alla copertura di eventuali perdite - è che essa, a differenza delle strutture pubbliche, non ha l’obbligo di rendere le prestazioni agli assistiti se non nel quadro di un accordo contrattuale con l’Azienda sanitaria ed entro il limite di spesa da questo contemplato” (ex pluribus Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio (Sezione Terza Quater) sentenza n. 10624/2018;
- la sospensione dell’accreditamento è una conseguenza automatica della mancata stipula degli accordi con le Aziende sanitarie, che segue *ex legge* ad essa, *senza che alcuna valutazione discrezionale sia riservata all’Amministrazione*, in quanto, nel sistema dell’accreditamento delle



strutture sanitarie private l'assenza della sottoscrizione degli accordi di cui all'art. 8-*quinquies* del d.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, a prescindere dall'imputabilità del mancato accordo all'una o all'altra parte, comporta che l'attività sanitaria non può essere esercitata per conto e a carico del Servizio sanitario regionale (cfr. Consiglio di Stato, sez. Iii, 4 maggio 2012 n. 2561; T.A.R. Calabria, Catanzaro, sez. 1,24 gennaio 2013 n. 72);

CONSIDERATO, in particolare, che tra gli obiettivi individuati nel vigente P.O. rivestono particolare importanza quelli relativi all'acquisto delle prestazioni da privato, in coerenza e nel rispetto dei limiti dettati dall'art. 15, comma 14, del D. L. 95/2012 convertito, con modificazioni, nella L. 7 agosto 2012, n. 135 e s.m.i;

DATO ATTO che la fissazione ed il rispetto dei tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni da privato accreditato rappresenta un preciso ed ineludibile obbligo dettato da esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica nonché di rispetto dei vincoli di finanza pubblica al riguardo specificatamente stabiliti;

RILEVATO che, in tale quadro normativo, spetta alle Regioni di provvedere, con atti autoritativi e vincolanti di programmazione, alla fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il Fondo Sanitario Regionale e di distribuire le risorse disponibili per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché di provvedere alla determinazione dei tetti preventivi annuali delle prestazioni, assicurando l'equilibrio complessivo del sistema sanitario dal punto di vista organizzativo e finanziario;

CONSIDERATO che in attesa dell'adozione del provvedimento commissariale relativo al completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale si rende comunque necessario fissare il limite massimo di spesa per l'anno 2019 per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale da privato accreditato con oneri a carico del SSR.

VISTI gli standard, utilizzati sia nel PSN che in tutte le attività di programmazione, riferiti allo Standard nazionale quale esito del Progetto Mattoni SSN - Standard minimi di quantità di prestazioni - Standard di sistema per le prestazioni ambulatoriali - Milestone 1.4 del Ministero della Salute, con definizione di un intervallo di tasso di consumo nazionale attraverso un percorso metodologico i cui risultati per le prestazioni specialistiche ambulatoriali prevedono n.12 prestazioni procapite articolate per tipologia di prestazione specialistica, per come di seguito rappresentati:

Tipologia Prestazioni Specialistica	Numero Prestazioni Standard per abitante
Clinica - Diagnostica strumentale - Procedure	3,1
Diagnostica per immagine	0,6
Diagnostica di laboratorio	8,3
Totale	12,0

VISTO il DCA n. 32 del 15/02/2017 con il quale è stato approvato il fabbisogno regionale di prestazioni di specialistica ambulatoriale totali, ovvero con oneri a carico del SSR e senza oneri a carico del SSR, in complessivi 28.375.502 prestazioni di cui 23.646.252 con oneri a carico del SSR e 4.729.250 senza oneri a carico del SSR;

DATO ATTO che lo stesso DCA n. 32/2017 approva il fabbisogno stimato di prestazioni ambulatoriali anche per singola ASP così per come indicato nelle tabelle analitiche riportate nello stesso DCA;

VALUTATO che i Direttori Generali e Commissari delle ASP e delle AO in coerenza con gli obiettivi agli stessi assegnati in materia di riduzione del tempo medio di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale dovranno ulteriormente porre in essere azioni e interventi necessari a garantire nelle strutture pubbliche l'erogazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, anche per l'effetto dell'aumento di personale conseguente alle specifiche autorizzazioni rilasciate dal Commissario ad acta pro tempore, dell'assegnazione di ore di specialistica ambulatoriale interna e del miglioramento



delle dotazioni tecnologiche, in modo da salvaguardare ed incrementare l'offerta complessiva di prestazioni di specialistica ambulatoriale;

CONSIDERATO, in particolare, che tra gli obiettivi individuati nel vigente P.O. rivestono particolare importanza quelli relativi all'acquisto delle prestazioni da privato, in coerenza con la programmazione regionale e nel rispetto dei limiti massimi di spesa dettati dall'art. 15, comma 14, del D. L. 95/2012 convertito, con modificazioni, nella legge 7 agosto 2012, n. 135 e s.m.i;

RILEVATO che, in tale quadro normativo, spetta alle Regioni di provvedere, con atti autoritativi e vincolanti di programmazione, alla fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il FSR e di distribuire le risorse disponibili per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché di provvedere alla determinazione dei tetti preventivi annuali delle prestazioni, assicurando l'equilibrio complessivo del sistema sanitario dal punto di vista organizzativo e finanziario.

CONSIDERATO che in attesa dell'adozione del provvedimento commissariale relativo al completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente, si rende comunque necessario fissare il limite massimo di spesa per l'anno 2019 per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale da privato accreditato con oneri a carico del SSR.

RITENUTO che in attesa della revisione ed attuazione del provvedimento di completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale per l'anno in corso:

- è valutato congruo il limite massimo di spesa già programmato e finanziato per l'anno 2018;
- è considerata coerente e necessaria, anche ai fini della garanzia dei LEA omogeneamente su tutto il territorio regionale, una integrazione dei limiti di finanziamento già stabiliti per l'anno 2018 finalizzata all'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per le quali si registra una capacità produttiva delle strutture pubbliche rispetto agli incrementi attesi e per le quali si registrano ancora tempi di attesa significativamente rilevanti, con particolare riferimento a prestazioni TAC - RMN - ECOGRAFIA, nonché all'acquisto di prestazioni di radioterapia **per complessivi 4 milioni di euro di cui 1,5 milioni per la radioterapia** dell'Asp di Crotone da erogare ai pazienti oncologici residenti nella stessa;
- sono state esaminate le integrazioni indicate nelle proposte di piani di acquisto trasmesse dalle ASP alla struttura commissariale e da questa valutate positivamente sia in relazione ai livelli di assistenza da garantire all'utenze sia alla riduzione dei tempi di attesa sia alle risorse finanziarie disponibili;

CONSIDERATO

- che l'articolazione e l'analisi del fabbisogno assistenziale nelle varie tipologie e setting dell'assistenza specialistica ambulatoriale, ivi comprese le prestazioni APA (Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali) e PAC (Pacchetti Ambulatoriali Complessi), nasce da una approfondita verifica della realtà sanitaria e sociosanitaria territoriale derivante anche dal coinvolgimento attivo nella fase istruttoria del presente atto delle ASP in quanto committenti delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- che al fine di acquisire ogni elemento informativo utile alla definizione dei limiti massimi di spesa per l'acquisto di prestazioni da privato accreditato per l'anno 2019 si sono svolti presso la sede del Dipartimento Regionale Tutela della Salute specifici incontri con i Direttori Generali e i Commissari delle ASP e che le stesse azienda, per come richiesto dalla struttura commissariale, hanno trasmesso specifiche proposte di piani di acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale da privato accreditato per l'anno 2019.
- che le stesse proposte di piani di acquisto di prestazioni trasmesse dalle ASP sono state oggetto di specifica valutazione in ordine sia ai fabbisogni assistenziali da garantire all'utenza, ivi comprese le prestazioni rese dalle strutture pubbliche, sia in ordine alla compatibilità economica con le risorse finanziarie a tal fine disponibili;

RITENUTO che in ordine alla modalità di quantificazione del budget delle strutture private accreditate calcolato al "lordo" o al "netto" dei ticket incassati, anche alla luce del parere protocollo 196-P del 23.05.2011 reso dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, occorre precisare, al fine di evitare il permanere di possibili elementi di criticità ancora esistenti, quanto di seguito indicato:



- il ticket non è un elemento che incide sul valore programmato delle prestazioni acquistate dalle strutture private accreditate, bensì sulle risorse per finanziare il SSR e sul debito della Regione nei confronti del singolo erogatore;
- la definizione del budget da assegnare ad ogni erogatore rappresenta il principale momento di programmazione sanitaria nel quale la Regione, in base al fabbisogno complessivo di prestazioni, tenuto conto delle risorse disponibili, definisce in che modo il SSR possa garantirne il soddisfacimento, infatti mediante la quantificazione dei volumi delle prestazioni e del tetto economico con le singole strutture, la Regione concretizza la rete dell'offerta di prestazioni, contestualmente definendone il valore economico, e ciò indipendentemente dalla quota che poi sarà pagata rispettivamente dal SSR ovvero dai cittadini a titolo di compartecipazioni alla spesa;
- **il budget è quindi determinato al "lordo"** delle compartecipazioni a carico del cittadino, che la struttura erogatrice trattiene a titolo di anticipazione;
- nel rapporto fra SSR e strutture private accreditate il ticket costituisce una anticipazione introitata dalla struttura erogatrice, che non incide sul budget contrattualizzato, il quale resta comunque invalicabile, qualunque modificazione dovesse intervenire nel corso del rapporto contrattuale, a seguito, ad esempio, di variazioni del regime tariffario o della quota di compartecipazione a carico del cittadino, e che pertanto non è preventivamente quantificabile;

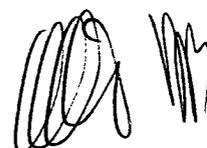
DATO ATTO

- che prima dell'adozione del presente atto, in appositi e specifici incontri tenutosi presso la sede del Dipartimento regionale Tutela della Salute, si sono svolti specifici incontri tra la struttura commissariale, il dipartimento della salute e i rappresentanti delle associazioni degli erogatori privati accreditati per l'erogazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale maggiormente rappresentative su scala regionale, in ordine alla definizione dei livelli massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per l'anno 2019, ovvero in ordine ad altre e rilevanti argomenti trattati e valutati le cui posizioni in merito sono riportati nei relativi verbali controfirmati dalle parti e custoditi in atti presso il dipartimento tutela della salute;
- che a seguito degli incontri sopra richiamati le risorse finanziarie assegnate, quale limite massimo di spesa per l'anno in corso, sono state **ulteriormente integrate per un importo complessivo di € 2.500.000**, accogliendo la proposta delle associazioni;
- Che detto importo è stato ripartito in misura pari al 75% (Euro 1.875.000,00) per il fabbisogno assistenziale non ancora soddisfatto, ed in misura pari al 25% (Euro 625.000,00) in proporzione alla popolazione residente per ogni Asp;
- Che il citato 75% di cui sopra (Euro 1.875.000,00) viene ripartito come di seguito indicato :
 - o Euro 875.000,00 per le prestazioni di diagnostica di laboratorio
 - o Euro 1.000.000 per branche a visita;

RITENUTO pertanto, che, in attesa dell'adozione del provvedimento di completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale, è valutato congruo determinare **per l'anno 2019, in € 67.418.681,68 il limite massimo di finanziamento per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale da privato accreditato, comprese le prestazioni APA- PAC**, con oneri a carico del SSR ripartito per ciascuna ASP per come indicato nella tabella allegata al presente atto di cui costituisce parte integrante e sostanziale.

RITENUTO di fissare la data del 28 febbraio 2019 quale termine ultimo per la sottoscrizione dei contratti che regolamentano i rapporti giuridici ed economici tra ASP e Struttura erogatrice per l'anno 2019;

STABILITO che per gli erogatori privati accreditati che non sottoscrivano il contratto ai sensi dell'art. 8-*quinquies*, in mancanza di titolo contrattuale, dal 1 marzo 2019 cesserà la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con oneri a carico del SSR e si applicherà la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-*quinquies*, comma 2-*quinquies*, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal



comma 1-*quinquies* dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);

ESAMINATI

il DCA n. 81 del 22 luglio 2016 con il quale è stato approvato il nuovo regolamento attuativo della L.R. n. 24/2008 e s.m.i. e i nuovi Manuali di Autorizzazione e Accreditamento e in particolare l'Allegato recante requisiti specifici strutture di specialistica ambulatoriale;

PRECISATO

- che la definizione e l'attribuzione del livello massimo di finanziamento rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR, entro il quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate in conformità con la normativa vigente e nei limiti massimi di finanziamento stabiliti dal presente DCA;
- che le competenti ASP dovranno vigilare sulla corrispondenza tra le prestazioni rese e le attività effettivamente autorizzate e accreditate;
- che le Aziende Sanitarie dovranno sottoscrivere il contratto che regola i rapporti giuridici ed economici tra le strutture private accreditate e l'ASP sulla base dello schema tipo di contratto definito con DCA n. 92/2015 e s.m.i. e per come da ultimo modificato dal DCA 153/2018 e s.m.i. e dal DCA n. 174 del 15/10/2018 e s.m.e i.;
- che i limiti di spesa assegnati dal presente decreto hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASP territorialmente competente di verificare periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti stabiliti dalla normativa regionale vigente in materia necessari affinché ciascuna struttura privata accreditata possa erogare le prestazioni nell'ambito del limite massimo prestazionale e di spesa prefissato dal presente decreto;
- che le strutture sono tenute all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto, modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno;
- che in caso di contenzioso, l'ASP accantonerà a valere sul limite di spesa le somme eventualmente spettanti alla struttura ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso;
- che è fatto obbligo alle ASP di trasmettere e monitorare i relativi flussi informativi previsti dalle vigenti disposizioni regionali e nazionali in materia e di verificare la piena corrispondenza tra i flussi regionali e nazionali anche ai fini della garanzia dei LEA.

RICHIAMATI i DCA n. 142 del 31/10/2017 e n.153 del 20/07/2018 recanti il riordino della rete della rete laboratoristica regionale;

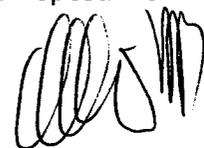
RICHIAMATO il DCA n. 1 del 10.01.2019 e il DCA n. 2 del 23 gennaio 2019;

VISTI:

- il D.Lgs.30 dicembre.1992, n.502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L.23 ottobre 1992,n.421);
- il D.L. 95/2012, convertito con modificazioni dalla L. 135/2012, ed in particolare il comma 14 dell'art. 15, come modificato dall'art. 1, comma 574, della L. 208/2015;
- il D.L. 78/2015 convertito con modificazioni dalla L. 125/2015, ed, in particolare, il comma 7 dell'art. 9 quater;
- l'art. 1, comma 171, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311, modificato dall'art. 1, comma 578, L. 28 dicembre 2015, n. 208;
- l'art. 17, comma 1, lettera a) del decreto-legge 6 luglio 2011, n.98, convertito, con modificazioni, nella legge 15 luglio 2011, n.111;
- il DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo in Gazzetta Ufficiale recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, ed in particolare l'art. 64 comma 2;

ATTESO che ad oggi non risulta intervenuta alcuna modifica del quadro normativo su evidenziato, secondo quanto disposto dall'art. 64, comma 2, del citato D.P.C.M.12 gennaio 2017;

CONSIDERATO che l'adozione del presente atto riveste carattere di urgenza stante la necessità di addivenire in tempi rapidi alla preventiva definizione dei limiti massimi di spesa e



conseguentemente alla stipula dei contratti che regolamentano i rapporti giuridici ed economici tra le ASP e le strutture private accreditate;

DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui s'intendono riportate quale parte integrante e sostanziale di:

STABILIRE che i limiti massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale da privato accreditato di cui al presente provvedimento sono definiti in attesa dell'adozione del provvedimento di completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale di cui al punto 6 delle azioni e interventi prioritari assegnati al Commissario ad acta dalla deliberazione del CdM del 7 dicembre 2018.

DEFINIRE per l'anno **2019 in € 67.418.681,68** il limite massimo di finanziamento per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale da privato accreditato, comprese le prestazioni APA- PAC, con oneri a carico del SSR per come indicato nella tabella allegata al presente atto di cui costituisce parte integrante e sostanziale.

PRECISARE che, nel rispetto dell'aggregato provinciale, i Direttori Generali e i Commissari delle Aziende Sanitarie Provinciali acquistano dalle strutture private accreditate, operanti sul proprio territorio, in relazione all'attività di specialistica ambulatoriale per macrovoci, un volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale, compresi APA e PAC, per l'anno 2019 per un controvalore finanziario da determinarsi secondo i seguenti criteri:

- a) Rispetto delle proporzioni numeriche dei volumi di acquisto per macro area specialistiche in relazione allo standard per abitante previsto per tipologia di prestazione specialistica, così come di seguito indicato

Tipologia di prestazioni specialistica	Numero prestazioni standard per abitante
Clinica - Diagnostica strumentale - Procedure	3,1
Diagnostica per immagine	0,6
Diagnostica di laboratorio	8,3
Totale	12,0

- b) Predisposizione di specifico piano di acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con indicazione di volumi e branche specialistiche delle singole strutture erogatrici private accreditate e del limite massimo di finanziamento per l'acquisto delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per l'anno in corso.
- c) Priorità e uniformità in ciascun territorio aziendale nell'acquisto delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per le branche per le quali è stata considerata coerente e necessaria una **integrazione del finanziamento, specificamente finalizzata** all'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, per le quali si registrano ancora tempi di attesa significativamente rilevanti, con particolare riferimento a prestazioni di **diagnostica per immagine quali TAC, RMN ed ECOGRAFIA**
- d) Nell'acquisto di prestazioni del setting ambulatoriale APA-PAC, tenuto anche conto di quanto già al riguardo contenuto nella nota n. 235022 del 5 luglio 2018 e nella successiva nota n. 279012 del 9 agosto 2018 a firma del Commissario ad acta pro tempore, si precisa che nelle strutture private accreditate i cui posti letto sono stati totalmente riconvertiti in posti letto per post acuzie, in attuazione della nuova rete ospedaliera di cui al DCA n. 64/2016, non possono essere erogate prestazioni APA-PAC, essendo venuto meno, con la riconversione, nelle medesime strutture, la presenza di posti letto per acuti e, quindi, i correlati requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici preesistenti alla riconversione, che pertanto non avendo più posti letto per acuti, hanno contestualmente perso i requisiti, ciò fatte salve le strutture che, invece, hanno mantenuto posti letto per acuti e/o specifica autorizzazione e accreditamento per le preesistenti branche specialistiche e che quindi possono erogare le prestazioni APA-PAC, in via provvisoria e nelle more dei controlli specifici e dell'accREDITAMENTO definitivo;



- e) Obbligo per le ASP di prevedere nei piani di acquisto di prestazioni di assistenza specialistica dalle strutture private accreditate il rispetto dei limiti massimi di finanziamento complessivo e di quello specifico per ciascun gruppo di tipologia di prestazioni specialistiche nei limiti massimi stabiliti dal presente provvedimento, tenuto conto delle integrazioni per come sopra indicato;
- f) Obbligo per le strutture pubbliche e private di trasferimento e gestione delle agende di prenotazione necessaria ai Centri Unici di Prenotazione per il governo delle liste d'attesa;
- g) Verifiche sui volumi, tipologia delle prestazioni e requisiti previsti per le attività, alla luce di quanto previsto in tema di reti di laboratorio;

FARE OBBLIGO ai Direttori Generali e Commissari delle ASP e delle AO, in solido, previo accordo tra ASP e AO presenti nella stessa area provinciale, in un'ottica di razionalizzazione e rimodulazione dell'offerta, di pianificare, di concerto, azioni di intervento mirate ad aumentare ulteriormente, rispetto all'anno 2018, il volume delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate presso le strutture pubbliche, sia ospedaliere che territoriali, garantendo un'offerta congrua rispetto alla domanda e soprattutto efficiente, efficace ed appropriata ai bisogni di salute della popolazione e soprattutto per il rispetto dei tempi di attesa previsti dalle vigenti disposizioni regionali in materia;

STABILIRE che in via provvisoria, per come già previsto nel DCA n. 2/2019, nel finanziamento per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale dell'ASP di Crotone sono ricomprese le risorse finanziarie per l'acquisto di prestazioni di laboratorio per le strutture "La Praevidentia" con sede in Nicotera (ASP Vibo Valentia) aggregata alla rete 01 - "Rete Alcameone" dell'ASP di Crotone e per la struttura Laboratorio analisi cliniche BIOLAB s.a.s. di Pugliese Fabrizio & C. con sede in San Giovanni in Fiore (ASP di Cosenza), aggregata alla rete 03 - "BIOS Diagnostics Laboratories", dell'ASP di Crotone e di cui DCA n. 153/2018; precisando che, l'importo dei predetti corrispettivi è posto in decurtazione dal finanziamento complessivo aziendale previsto nel presente decreto per l'ASP di Vibo Valentia e per l'ASP di Cosenza, fatte salve la eventuale opzione delle predette strutture di aggregazione a reti di laboratorio già esistenti presso le rispettive ASP di Vibo Valentia e di Cosenza;

PRECISARE

- che la definizione e l'attribuzione del livello massimo di finanziamento rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR, entro il quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate in conformità con la normativa vigente e nei limiti massimi di finanziamento stabiliti dal presente DCA;
- che le competenti ASP dovranno vigilare sulla corrispondenza tra le prestazioni rese e le attività effettivamente autorizzate e accreditate;
- che le Aziende Sanitarie dovranno sottoscrivere il contratto che regola i rapporti giuridici ed economici tra le strutture private accreditate e l'ASP sulla base dello schema tipo di contratto definito con DCA n. 92/2015 e s.m.i DCA n. 153/2018 e s.m.i. e per come da ultimo modificato dal DCA n. 174 del 15/10/2018 e s.m.i.;
- che le strutture sono tenute all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto, modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno;
- che è fatto obbligo alle ASP di trasmettere e monitorare i relativi flussi informativi previsti dalle vigenti disposizioni regionali e nazionali in materia e di verificare la piena corrispondenza tra i flussi regionali e nazionali anche ai fini della garanzia dei LEA.
- che i livelli massimi di finanziamento fanno riferimento anche alle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e alle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extracomunitari) e che pertanto, l'acquisto delle prestazioni e il conseguente finanziamento che sarà attribuito dalle ASP alle strutture private insistenti sul proprio territorio, dovranno comprendere anche le prestazioni eventualmente erogate a residenti fuori regione e a cittadini stranieri;
- che le prestazioni potranno essere poste a carico del SSR solo se erogate da strutture private autorizzate ed accreditate e che abbiano sottoscritto l'accordo contrattuale di cui all'art. 8-quinquies del D.Lgs 502/1992 e s.m.i.;
- che nel rispetto dei limiti massimi di finanziamento assegnati a ciascuna ASP con il presente



provvedimento le ASP medesime dovranno indicare per ciascuna struttura erogatrice operante nel proprio territorio volumi e tipologie di prestazioni e importi assegnati che non potranno superare in ogni caso l'importo complessivo stabilito dal presente provvedimento e dal piano di acquisto delle singole ASP per l'anno 2019, che stabilisce il livello massimo di finanziamento di ciascuna struttura erogatrice;

- che il livello massimo di finanziamento assegnato alle singole ASP deve ritenersi limite invalicabile, così come è invalicabile il limite massimo di finanziamento assegnato dalle ASP alle singole strutture private accreditate che insistono sul proprio territorio;

PRECISARE, ai fini della sottoscrizione dei contratti che regolamentano i rapporti giuridici ed economici tra ASP ed erogatori privati accreditati per l'acquisto delle prestazioni di cui al presente decreto, quanto segue:

- che i limiti di spesa assegnati dal presente decreto hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASP territorialmente competente di verificare periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti stabiliti dalla normativa regionale vigente in materia necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del SSR nell'ambito del limite massimo prestazionale e di spesa prefissato dal presente provvedimento;
- qualsiasi provvedimento di sospensione e/o revoca dell'accreditamento è idoneo a determinare l'automatica sospensione e/o revoca dell'attribuzione del livello massimo di risorse assegnabili, con la conseguenza che, a far data dalla notificazione del relativo provvedimento di sospensione e/o revoca, la struttura interessata non potrà più erogare prestazioni con onere a carico del SSR, fatto salvo quanto previsto nei singoli provvedimenti commissariali di sospensione o revoca del titolo di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale;
- in caso di contenzioso, l'ASP accantonerà a valere sul limite di spesa le somme eventualmente spettanti alla struttura ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso;

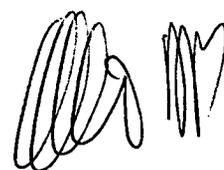
FISSARE la data del 28 febbraio 2019 come termine ultimo per la sottoscrizione dei contratti che regolamentano i rapporti giuridici ed economici tra strutture private e ASP per l'anno 2019;

DARE MANDATO ai Direttori Generali e ai Commissari delle ASP:

- di sottoscrivere i contratti ex art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i con gli erogatori privati accreditati interessati dal presente provvedimento, secondo lo schema di accordo/contratto approvato con DCA n. 92/2015 e s.m.i, entro e non oltre la data del 28 febbraio 2019 precisando che in caso di inottemperanza sarà data formale comunicazione alla Corte dei Conti;
- di sottoscrivere i contratti entro e non oltre la data del 28 febbraio 2019 precisando che in caso di inottemperanza sarà data formale comunicazione alla Corte dei Conti;
- di inviare immediatamente alla Struttura Commissariale e al Dipartimento Regionale Tutela della Salute la comunicazione della sottoscrizione o della rinuncia alla sottoscrizione del accordo/contratto da parte dell'erogatore ai fini dell'attivazione della procedura di sospensione dell'accreditamento ai sensi dall'art. 8-quinquies, comma 2-quinquies, D.Lgs.n.502/92 e s.m.i.;
- di pubblicare sul proprio sito web istituzionale, ai sensi dell'art. 41, comma 4, del Decreto legislativo 14/03/2013, n. 33, i contratti stipulati con gli erogatori privati accreditati interessati dal presente provvedimento;

STABILIRE che per gli erogatori privati accreditati che non sottoscrivano il contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies del del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., in mancanza di titolo contrattuale, dal 1 marzo 2019 cesserà la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e si applicherà la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2-quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);

PRECISARE che i limiti massimi di spesa 2019 definiti con il presente provvedimento per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale da privato accreditato devono comunque assorbire la produzione appropriata erogata nei mesi di gennaio e febbraio 2019 per come già stabilito con DCA n. 1 del 10.01.2019.



FARE OBBLIGO

- alle ASP di monitorare l'andamento delle prestazioni erogate dalle strutture accreditate e contrattualizzate sia al fine di segnalare eventuali scostamenti rispetto alla programmazione della rete territoriale e sia eventuali discrasie rispetto ai bisogni assistenziali della popolazione di riferimento proponendo eventualmente opportuni correttivi ai limiti massimi di finanziamento assegnati.
- a tutti gli erogatori d'inviare i flussi informativi relativi alle prestazioni rese dalle strutture territoriali private accreditate di cui trattasi, secondo le modalità e le tempistiche previste dalla normativa nazionale e regionale vigente in materia;

PRECISARE

- che le prestazioni di cui trattasi potranno essere poste a carico del SSR solo se erogate da strutture private autorizzate e accreditate e che abbiano sottoscritto il contratto di cui all'art. 8-quinquies del D.Lgs 502/1992 e s.m.i.;
- che le strutture sono tenute all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto, modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno;
- che il volume delle prestazioni erogabili nei limiti del tetto di spesa stabilito con il presente atto, deve essere distinto per tipologia assistenziale;

INVIARE il presente decreto, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, attraverso l'apposito sistema documentale "Piani di Rientro", dedicato alla documentazione relativa ai Piani di rientro.

DARE MANDATO al Dirigente Generale del dipartimento regionale Tutela della Salute per la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale Regione Calabria ai sensi della Legge Regionale 6 aprile 2011, n. 11, nonché sul sito istituzionale della Regione Calabria ai sensi del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Il Sub Commissario
Thomas Schael



Il Commissario ad acta
Gen. Dott. Saverio Cotticelli



TABELLA ALLEGATA AL DCA N. 36 DEL 22.02.2019

AZIENDA	ASSEGNATO 2018	ASSEGNAZIONE AGGIUNTIVA PER IL 2019 PERTAC, RM, ECO	ASSEGNAZIONE AGGIUNTIVA PER IL 2019 PER RADIOTERAPIA RESIDENTI ASP KR	ASSEGNAZIONE PER RETI LABORATORIO STRUTTURE VV E CS AGGREGATE A RETI 1 E 3 ASP KR	ASSEGNAZIONE AGGIUNTIVA PER IL 2019 PER DIAGNOSTICA DI LABORATORIO IN FUNZIONE DEL FABBISOGNO RESIDUO	ASSEGNAZIONE AGGIUNTIVA PER IL 2019 PER BRANCHE A VISTA (CLINICA, DIAGNOSTICA E PROCEDURE) IN FUNZIONE DEL FABBISOGNO	ASSEGNAZIONE AGGIUNTIVA PER IL 2019 IN FUNZIONE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE NELLE ASP	TOTALE GENERALE ASSEGNAZIONE 2019
201 - ASP COSENZA	€ 20.878.684,48	€ 1.000.000,00			€ 401.743,71	€ 551.975,00	€ 226.371,80	€ 23.058.774,99
202 - ASP CROTONE	€ 7.181.120,47	€ 500.000,00	€ 1.500.000,00	€ 250.000,00	€ 115.388,43		€ 55.917,54	€ 9.602.426,44
203 - ASP CATANZARO	€ 4.841.432,26	€ 250.000,00			€ 357.867,86	€ 197.681,60	€ 115.253,17	€ 5.762.234,89
204 - ASP VIBO VALENTIA	€ 3.733.390,36	€ 250.000,00			€ -	€ 116.807,50	€ 51.390,76	€ 4.151.588,62
205 - ASP REGGIO CALABRIA	€ 24.284.054,11	€ 250.000,00			€ -	€ 133.535,90	€ 176.066,73	€ 24.843.656,74
TOTALE REGIONE CALABRIA	€ 60.918.681,68	€ 2.250.000,00	€ 1.500.000,00	€ 250.000,00	€ 875.000,00	€ 1.000.000,00	€ 625.000,00	€ 67.418.681,68
						€ 2.500.000,00		