



## REGIONE CALABRIA

### 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 12.3.2015)

DCA n. 172 del 10 OTT. 2018

**OGGETTO:** P.O. 2016-2018 Azione 2.3.1 RAPPORTI CON GLI EROGATORI - Definizione dei livelli massimi di finanziamento per le strutture private accreditate per l'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale con oneri a carico del servizio sanitario regionale - anno 2018 - sentenza TAR Calabria (Sezione Seconda) n. 01640/2018 - determinazioni

Publicato sul Bollettino Ufficiale  
della Regione Calabria n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

DCA n. 172 del 10 OTT. 2018

**OGGETTO:** P.O. 2016-2018 Azione 2.3.1 RAPPORTI CON GLI EROGATORI - Definizione dei livelli massimi di finanziamento per le strutture private accreditate per l'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale con oneri a carico del servizio sanitario regionale - anno 2018 - presa d'atto sentenza TAR Calabria (Sezione Seconda) n. 01640/2018 - determinazioni

**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 30 Luglio 2010, con la quale, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Presidente pro tempore della Giunta della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario di detta Regione e sono stati contestualmente indicati gli interventi prioritari da realizzare;

**RILEVATO** che il sopra citato articolo 4, comma 2, del D.L. n. 159/2007, al fine di assicurare la puntuale attuazione del Piano di rientro, attribuisce al Consiglio dei Ministri - su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni - la facoltà di nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più sub commissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

**VISTO** l'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, il quale dispone che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della predetta legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale.

**VISTI** gli esiti delle riunioni di verifica formulate dal Tavolo interministeriale nei verbali del 19 aprile 2016 e del 26 luglio 2016, con particolare riferimento al Programma Operativo 2016-2018;

**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;

**VISTA** la L. 23/12/2014, n. 190 recante "*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato*" (legge di stabilità 2015) e s.m.i.;

**VISTA** la nota prot. n.298/UCL397 del 20 marzo 2015 con la quale il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha trasmesso alla Regione Calabria la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12.3.2015 con la quale è stato nominato l'Ing. Massimo Scurà quale 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, e successive modificazioni;

**VISTA** la medesima Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015 con la quale è stato nominato il Dott. Andrea Urbani *sub* Commissario unico per l'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;

**RILEVATO** che con l'anzidetta Deliberazione è stato assegnato al Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro l'incarico prioritario di adottare e attuare i Programmi operativi e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle seguenti azioni ed interventi prioritari:

1. adozione del provvedimento di riassetto della rete ospedaliera, coerentemente con il Regolamento sugli *standard* ospedalieri di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 2014 e con i pareri resi dai Ministeri affiancanti, nonché con le indicazioni formulate dai Tavoli tecnici di verifica;
2. monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei nuovi Ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
3. adozione del provvedimento di riassetto della rete dell'emergenza urgenza secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
4. adozione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto specificatamente previsto dal Patto per la salute 2014-2016;
5. razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale;
6. razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi;
7. interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale;
8. definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni, con l'attivazione, in caso di mancata stipulazione 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 disposto dall'art. 15, comma 17, del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012;
9. completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
10. attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
11. interventi sulla spesa relativa alla medicina di base;
12. adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
13. rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della L. 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;
14. tempestivo trasferimento delle risorse destinate al SSR da parte del bilancio regionale;
15. conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all'ASP di Reggio Calabria;
16. 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;

**VISTA** la nota 0008485-01/08/2017-GAB-GAB-A con la quale il Dott. Andrea Urbani, Direttore generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute, ha rassegnato le proprie dimissioni dall'incarico da sub Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi sanitari per la Regione Calabria;

**DATO ATTO** che con DCA n.119 del 4 novembre 2016 è stato approvato il Programma Operativo 2016-2018 (P.O.), predisposto ai sensi dell'art. 2, comma 88, della L. 23 dicembre 2009, n. 191 e s.m.i.;

**PRESO ATTO E CONSIDERATO**, in particolare, che tra gli obiettivi individuati nel P.O. *de quo* rivestono particolare importanza quelli relativi all'acquisto delle prestazioni da privato (ospedaliera, specialistica ambulatoriale e assistenza territoriale), in coerenza con la programmazione regionale 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.;

**PRECISATO** che "i c.d. "programmi operativi", ....., sono atti aventi contenuto generale e programmatico, unilateralmente redatti dal medesimo Commissario *ad acta* (da ultimo, vds. D.C.A. n. 119/16, che ha appro-

vato il Programma Operativo 2016/2018) e, come tali, da questi modificabili in ogni momento, anche in forma implicita" (cfr. sent. TAR per la Calabria Sez. II n. 1336/2017 conferma sent. CdS Sez. III n. 4628/2017); **VISTI** i DDCA n. 72 del 26 marzo 2018, pubblicato sul B.U.R.C. n. 39 del 30/3/2018 e n. 87 del 24 aprile 2018, pubblicato sul B.U.R.C. n. 47 del 7 maggio 2018, con cui sono stati fissati i volumi massimi invalidabili di acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (comprese le prestazioni APA e PAC) e di assistenza ospedaliera, da soggetti privati accreditati;

**VISTA** la sentenza n. 01640/2018 con la quale il Tribunale Amministrativo Regionale per la Calabria (Sezione Seconda), ha accolto il ricorso numero di registro generale 697/2018 ed ha, conseguentemente, annullato i DDCA n. 72 del 26 marzo 2018 e n. 87 del 24 aprile 2018, "salvi i successivi provvedimenti dell'amministrazione";

**PRESO ATTO** che «Il principio dell'efficacia inter partes del giudicato amministrativo non trova applicazione nei confronti delle sentenze di annullamento di particolari categorie di atti amministrativi, ossia di quelli che hanno una pluralità di destinatari, un contenuto inscindibile e che sono invalidi per un vizio che ne inficia il contenuto in modo indivisibile per i destinatari» (T.A.R. Bari, (Puglia) sez. II, 06/04/2017, n.359);

**DATO ATTO** che «Nel sistema sanitario pubblico l'annullamento dell'atto determinativo dei tetti di spesa non determina di per sé ed automaticamente l'insorgenza di un diritto soggettivo pieno dei soggetti erogatori delle prestazioni sanitarie al completo pagamento di tutte le prestazioni comunque erogate, residuando l'esercizio di attività discrezionale e di verifica in capo alle Amministrazioni sanitarie intime» (cfr. T.A.R. Potenza, (Basilicata) sez. I, 14/11/2017, n. 719 e T.A.R. Potenza, (Basilicata) sez. I, 07/12/2017, n.770);

**EVIDENZIATO** che avverso la summenzionata sentenza è in corso la valutazione della proposizione di un eventuale appello dinanzi al Consiglio di Stato, richiesto dalla Struttura Commissariale all'Avvocatura distrettuale dello Stato con nota prot. n. 336950 del 8/10/2018;

**VISTO** il DCA n. 32 del 15/02/2017 con il quale è stato stimato in n. 28.375.502 il fabbisogno regionale di prestazioni di specialistica ambulatoriale e, conseguentemente, i fabbisogni di prestazioni delle singole province sulla base del criterio pro-capite (12 prestazioni per abitante), quale valutazione comprensiva sia delle prestazioni con oneri a carico del SSR che di quelle senza oneri a carico della spesa pubblica (c.d. privato puro), chiarendo al contempo che il relativo finanziamento potrà essere inferiore al fabbisogno teorico definito in modo da renderlo compatibili con le reali risorse disponibili.

**CONSIDERATO** che:

- o da una puntuale analisi dei dati presenti nel modello informativo ministeriale STS.21, aggiornato al mese di luglio del 2018, nel quale vengono rilevate le attività di tutte le strutture pubbliche o private accreditate, interne o esterne a struttura di ricovero, relativamente alla attività clinica, di laboratorio, di diagnostica per immagini e di diagnostica strumentale, è emerso che nell'anno 2017 il numero delle prestazioni per esterni è stato pari a 27.291.805, alle quali devono aggiungersi n. 3.016.122 di prestazioni a valenza clinico-assistenziale eseguite in PS o in area di osservazione breve intensiva da professionisti delle Unità Operative di Medicina d'urgenza o di PS specialistici (modello HSP.24);
- o la scadenza annuale dell'invio al Ministero del predetto modello è fissata al 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento, e, pertanto, non è allo stato possibile verificare il dato delle prestazioni rese nell'anno 2018;
- o nell'anno 2017, considerati i dati presenti nei modelli ministeriali STS.21 e HSP. 24 è, quindi, stato garantito, sotto il profilo della tutela dei livelli di assistenza e delle esigenze ultime dell'utenza, lo standard previsto dal DCA n. 32 del 15/02/2017;

**VISTO** il verbale della riunione tenutasi in data **13 giugno 2018** presso la sede della Struttura Commissariale con i Direttori Generali delle Aziende del SSR con i quali è stato concordato l'aumento del volume delle prestazioni da parte del pubblico con turni aggiuntivi del personale, in considerazione del fatto che tutte le Aziende sono state dotate di personale ed attrezzature tali da poter incrementare in modo considerevole le prestazioni diagnostiche e laboratoristiche;

**DATO ATTO** che tra gli obiettivi assistenziali assegnati e sottoscritti dai Direttori Generali delle Aziende del SSR per il corrente anno, l'obiettivo B2 - Governo delle Liste di Attesa (PESO 15%) riporta la riduzione del tempo medio di attesa delle prestazioni ambulatoriali di I livello e di II livello, secondo il seguente target, il cui il mancato raggiungimento dei predetti obiettivi comporta la decadenza automatica dall'incarico, ai sensi del combinato disposto dal comma 7 bis dell'art. 3-bis del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. e dal comma 81-bis dell'art. 2 della L. 23/12/2009, n. 191 e s.m.i.;

OBIETTIVO B2 - Governo delle Liste di Attesa (PESO 15%)				
OBIETTIVI	PESO	INDICATORI	TARGET 2018	DESTINATARI
Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	15%	Tempo medio di attesa delle prestazioni ambulatoriali di I livello e di II livello	1) 90% Prime Visite cardiologiche, ginecologiche, chirurgiche, dermatologiche, oculistiche, ortopediche, otorinolaringoiatriche: tempi medi di attesa <15 gg 2) 90% delle prestazioni di Diagnostica per Immagine (escluso risonanza magnetica, PET, TAC): tempi medi di attesa <30 gg 3) 90% delle prestazioni connesse a Risonanza Magnetica, PET, TAC: tempi medi di attesa <45 gg	TUTTE LE AZIENDE <sup>(5)</sup>

**DATO ATTO** che coerentemente con gli obiettivi assegnati, le Aziende sanitarie e le aziende ospedaliere hanno effettivamente posto in essere le azioni conseguenti all'attuazione dell'intesa di cui al predetto verbale, incrementando, per effetto dell'aumento del personale, assegnazione di ore di specialistica ambulatoriale, e del miglioramento delle dotazioni tecnologiche, la potenzialità erogativa in modo da salvaguardare l'offerta complessiva di prestazioni di specialistica ambulatoriale, come comunicato dalle stesse Aziende e dimostrato, pur con risultati ad oggi parziali e presunti nella proiezione a fine anno 2018, differenziati da azienda ad azienda, nella sottostante tabella;

**Prestazioni specialistica ambulatoriale diretta**  
**Periodo: 2017 - 2018**

**Regione : 180 - Calabria**

Azienda	numero prestazioni 2017	numero prestazioni gennaio/giugno-luglio-agosto 2018	numero prestazioni proiezione al 31/12/2018	%
	N°	N°	N°	
201 ASP DI COSENZA	2.602.078	1.690.002	2.897.146	11%
202 ASP DI CROTONE	985.543	696.998	1.065.275	8%
203 ASP DI CATANZARO	1.840.664	1.152.559	1.873.491	2%
204 ASP DI VIBO VALENTIA	1.077.637	764.438	1.230.525	14%
205 ASP DI REGGIO CALABRIA	1.029.387	552.713	1.105.426	7%
912 AZIENDA OSPEDALIERA COSENZA	616.429	433.791	743.642	21%
913 AZIENDA OSPEDALIERA PUGLIESE - CIACCIO	767.017	569.408	854.112	11%
914 AZIENDA OSPEDALIERA MATER DOMINI	500.186	378.145	567.218	13%
915 AZIENDA OSPEDALIERA BIANCHI MELACRINO MORELLI	754.205	437.232	(1) 900000	19%
<b>Totale</b>	<b>10.173.146</b>	<b>6.675.286</b>	<b>10.336.835</b>	

(1) I provvedimenti del D.G. stanno avendo effetto solo nell'ultimo quadrimestre

**DATO ATTO** che il costo complessivamente consuntivato nell'anno 2011 per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati di assistenza specialistica ambulatoriale (B.2.A.3.5) e di assistenza ospedaliera (B.2.A.6.4), comprensiva degli APA e PAC, è pari ad € 263.385 €/mln, e che, pertanto, per effetto, dell'applicazione del comma 14 dell'art. 15 del D.L. 95/2012, convertito con modifiche nella L. 135/2012, il finanziamento complessivo, dedotto il 2% (- 5.267,7€/mln), per l'anno 2018, non deve superare l'importo di € 258.117,3 €/mln (compresi APA e PAC);

**RILEVATO** che nel Programma Operativo 2016-2018 il valore programmatico dell'aggregato di spesa annua atteso per l'anno 2018 per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (B.2.A.3.5) e di assistenza ospedaliera (B.2.A.7.4) da privato accreditato, è pari a 257.813 €/mln;

**RITENUTO** necessario al fine di garantire l'equilibrio economico-finanziario in sede di programmazione sanitaria, ricondurre, secondo criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, le prestazioni sanitarie, erogate con oneri a carico del servizio sanitario regionale;

**CONSIDERATO**, quindi, opportuno, vista la citata sentenza TAR Calabria n. 01640/2018 e salvo appello, sulla scorta della rinnovata istruttoria definire l'aggregato di spesa regionale per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, compresi APA e PAC, con onere a carico del SSR, per l'anno 2018 nella misura di € 60.918.681,67, al netto del ticket e della quota fissa per ricetta, comprensivo delle prestazioni erogate per attività extraregionale, garantendo, comunque, l'invarianza dell'effetto finanziario sul quadro economico complessivo delle voci B.2.A.3.5) e B.2.A.7.4), contenuto nel CE programmatico 2018;

**CONSIDERATO** che le risorse fissate nel presente provvedimento, corrispondenti al volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima Azienda sanitaria si impegnano ad assicurare ai pazienti regionali ed extra-regionali, costituiscono il limite di spesa massimo assegnabile e non superabile, che la Regione Calabria può mettere a disposizione per la copertura di contratti per gli erogatori privati ed il cui rispetto è quindi condizione per l'esistenza e validità del contratto;

**RICHIAMATI** i DDCA n. 142 del 31/10/2017 e n. 153 del 20/07/2018;

**VISTI:**

- o 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);
- o 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;
- o il D.L. 78/2015 convertito con modificazioni dalla L. 125/2015, ed, in particolare, il comma 7 dell'art. 9 quater;
- o l'art. 1, comma 171, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311, modificato dall'art. 1, comma 578, L. 28 dicembre 2015, n. 208;
- o l'art. 17, comma 1, lett a) del decreto-legge 6 luglio 2011, n.98, convertito, con modificazioni, nella legge 15 luglio 2011, n.111;
- o il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 (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 D.P.C.M. 12 gennaio 2017;

**DECRETA**

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

**DI DEFINIRE**, fatto salvo l'appello dinanzi al Consiglio di Stato avverso la sentenza n. 01640/2018 del TAR per la Calabria (Sezione Seconda), in € 60.918.681,67 (netto ticket e quota ricetta, stimati sui dati di attività 2017) il livello massimo di finanziamento per l'annualità 2018, da corrispondere alle strutture private accreditate per l'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale, compresi gli Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (A.P.A.) e i Pacchetti Ambulatoriali Complessi (P.A.C.), con oneri a carico del servizio sanitario regionale, secondo la seguente ripartizione territoriale:

Cod.	Azienda	Totale lordo	Ticket stimato	Totale netto
201	ASP DI COSENZA	22.082.549,43	1.203.864,95	20.878.684,48
202	ASP DI CROTONE	7.491.416,68	310.296,22	7.181.120,47
203	ASP DI CATANZARO	5.121.363,87	279.931,61	4.841.432,26
204	ASP DI VIBO VALENTIA	3.911.099,74	177.709,38	3.733.390,36
205	ASP DI REGGIO CALABRIA	26.178.696,01	1.894.641,90	24.284.054,11
<b>Totale</b>		<b>64.785.125,73</b>	<b>3.866.444,06</b>	<b>60.918.681,67</b>

**DI DARE**

**ATTO**

che, nel rispetto dell'aggregato provinciale, i Direttori Generali delle Aziende sanitarie provinciali acquistano dalle strutture insistenti sul proprio territorio, in relazione all'attività di specialistica ambulatoriale per macro, un volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale, compresi APA e PAC, per l'anno 2018 per un controvalore finanziario da determinarsi secondo i seguenti criteri:

- rispetto delle proporzioni numeriche dei volumi di acquisto per macro area in relazione allo standard per abitante previsto per tipologia di prestazione specialistica, così come di seguito indicato, con uno scostamento massimo del 10% rispetto allo *standard* stesso, tendo conto del valore medio del *mix* di prestazioni acquistate per tipologia stessa:

tipologia di prestazione specialistica	n. prestazioni standard /abitante
Clinica	3,1
Diagnostica Strumentale	
Procedure	
Diagnostica per immagini	0,6
Diagnostica di laboratorio	8,3
Totale complessivo	12,0

- garanzia nell'acquisto di prestazioni del *setting* ambulatoriale A.P.A. e P.A.C., di cui alla vigente normativa, per un valore  $\geq 80\%$  dell'importo liquidato nell'anno 2017 alle singole case di cura, per le attività accreditate, purché siano stati mantenuti i requisiti strutturali tecnologici e organizzativi specifici, anche al fine di rispondere a criteri di efficacia, efficienza, appropriatezza ed economicità delle stesse, e in funzione dell'incremento delle attività delle aziende territoriali ed ospedaliere;
- dinamicità nella gestione delle agende di prenotazione necessaria ai Centri Unici di Prenotazione per il contenimento delle liste d'attesa;
- verifiche sui volumi di attività alla luce di quanto previsto in tema di reti di laboratorio;
- potenzialità dei singoli distretti, determinata dalla popolazione residente e dalle prestazioni richieste;
- introduzione di meccanismi di concorrenzialità, al fine di favorire la libera scelta del cittadino del luogo di cura negli ambiti riconosciuti dalla normativa, e migliorare i livelli di efficienza della spesa e di qualità dell'assistenza erogata;

**DI FARE OBBLIGO** ai Direttori Generali delle ASP e delle AO, in solido, previo accordo tra le stesse, in un'ottica di razionalizzazione e rimodulazione dell'offerta, di:

- pianificare, di concerto, azioni di intervento mirate ad aumentare almeno del 20% circa il volume delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate presso 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 il rispetto dei tempi di attesa previsti ;
- garantire l'equilibrio economico e di bilancio delle strutture pubbliche, anche in relazione ai redigenti piani di rientro aziendali, equilibrio che fino ad oggi non è stato assicurato anche per effetto dello spostamento di un numero cospicuo di attività dalla sanità pubblica verso quella privata;

**DI DARE MANDATO** ai Direttori generali delle ASP di:

- sottoscrivere, qualora ciò non fosse già avvenuto in esecuzione del precedente decreto, gli accordi contrattuali *ex art. 8 quinquies* 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, **entro e non oltre 5 giorni** dalla notifica del presente atto. In caso di inottemperanza sarà data formale comunicazione alla Corte dei conti;
- inviare immediatamente alla Struttura Commissariale 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.;
- pubblicare sul proprio sito *web* istituzionale, ai sensi dell'art. 41, comma 4, del Decreto legislativo 14/03/2013, n. 33, gli accordi intercorsi con gli erogatori privati accreditati interessati dal presente provvedimento;

**DI PRECISARE** 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 erogate a residenti fuori regione e a cittadini stranieri;

- le prestazioni potranno essere poste a carico del SSR solo se erogate da strutture private autorizzate, in possesso del titolo di accreditamento e che abbiano sottoscritto l'accordo contrattuale di cui all'art. 8-quinquies del D.Lgs 502/1992 e s.m.i.;
- gli importi iscritti nelle rispettive voci di conto economico non possono superare quanto stabilito dal presente provvedimento e da quanto indicato nelle deliberazioni delle singole ASP, che stabiliscono il livello massimo di finanziamento per singola struttura esclusivamente nell'ambito del livello di finanziamento attribuito alle stesse dal presente provvedimento;
- 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;
- i limiti di spesa per l'anno 2018 per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale da privato accreditato, che saranno definiti dalle ASP nei termini sopra indicati, devono comunque riassorbire la produzione erogata nei mesi precedenti alla determinazione dei limiti medesimi;
- la determinazione del livello massimo di finanziamento, di cui al presente provvedimento, è atto di natura programmatoria, e, pertanto, non determina di per sé comunque, il diritto da parte degli erogatori privati a fornire prestazioni a carico del SSN, fermo restando l'obbligo ASP territorialmente competenti di verificare prima della stipula dei contratti, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici, strutturali e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del Servizio sanitario pubblico nell'ambito dei limiti di spesa fissati dal presente decreto;
- eventuali economie rispetto al tetto di spesa complessivo di cui al presente decreto, scaturenti dalla minore produzione di attività che dovesse verificarsi nel corso dell'anno, costituiranno risparmi per l'esercizio 2018;
- 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;

**DI FARE OBBLIGO** ai Direttori Generali delle AA.SS.PP. di Vibo Valentia e di Cosenza, di trasferire - previa adozione di idoneo e tempestivo atto deliberativo, all'ASP di Crotona, ai fini della stipula con i Legali Rappresentanti delle aggregazioni di reti dei rispettivi contratti ex art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/1992 e s.m.i., competenti ad emettere le relative fatture nei confronti dell'ASP contraente - il corrispettivo del finanziamento relativo all'acquisto di prestazioni di laboratorio, stanziato per il corrente anno, per le strutture "La Praevidentia" con sede in Nicotera (VV) aggregata alla rete 01 - "Rete Alcameone" e Laboratorio analisi cliniche BIOLAB s.a.s." di Pugliese Fabrizio & C. con sede in San Giovanni in Fiore, aggregata alla rete 03 - "BIOS Diagnostics Laboratories", di cui DCA n. 153/2018;

**DI PRECISARE** che, l'importo dei predetti corrispettivi deve essere posto in decurtazione dal finanziamento complessivo aziendale previsto nel presente decreto per le AA.SS.PP. di Vibo Valentia e di Cosenza, con conseguente incremento del finanziamento per l'ASP di Crotona;

**DI DARE ATTO** che nei confronti degli erogatori privati che non intenderanno stipulare il contratto offerto, trovano applicazione le disposizioni di cui all'art. 8-quinquies, comma 2-quinquies, del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

**DI 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 e al superamento delle inadempienze per la verifica degli adempimenti per gli anni antecedenti a quello in corso di valutazione;

**DI DARE MANDATO** alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente atto al Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e agli interessati;

**DI DARE MANDATO** al Dirigente Generale per la pubblicazione del presente provvedimento sul BURC 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 Commissario *ad acta*  
Ing. Massimo Scura

