



Presidenza del Consiglio dei Ministri

REGIONE CALABRIA

DCA n. 178 del 12-12-2018

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 2020 – ed approvazione schema contrattuale per la regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni sanitarie erogate dalla rete specialistica ambulatoriale privata accreditata

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'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;

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;

VISTA la legge 23 dicembre 2009, n. 191 e. in particolare, l'articolo 2, commi 80, 88 e 88 bis;

RICHIAMATA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 Dicembre 2018, con la quale è stato nominato Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario della regione Calabria il Gen. Dott. Saverio Cotticelli;

RICHIAMATA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 19 Luglio 2019 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 stabilito:

a) di confermare il Gen. Dott. Saverio Cotticelli 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 ss.mm.ii;

b) di rinnovare e di rideterminare al Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro l'incarico prioritario di 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 in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, ivi compresa l'adozione e l'attuazione dei Programmi operativi 2019-2021, laddove richiesti dai predetti Tavoli tecnici, 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;

25) puntuale attuazione dei nuovi compiti assegnati al Commissario ad acta dal d.l. 35 del 2019;

c) di prendere atto delle dimissioni da Sub Commissario dell'ing. Thomas Schael presentate con nota del 29 giugno 2019 e aventi decorrenza dal 1 luglio 2019;

d) di nominare la dott.ssa Maria Crocco 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;

e) di incaricare il Commissario *ad acta* a relazionare, con cadenza semestrale, al Presidente del Consiglio dei Ministri ed ai Ministeri affiancanti in merito all'attività svolta, in esecuzione del mandato commissariale, ferme restando le verifiche trimestrali ed annuali previste dalla normativa vigente.

VISTO il Decreto Legge 30 aprile 2019 n.35 "*Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria*" convertito in legge (L. n. 60 del 25 giugno 2019).

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* n. 36 del 22/02/2019 con il quale si è provveduto a definire per l'anno 2019 in Euro 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 S.S.R. per come indicato nella tabella allegata al decreto;

VISTA la nota prot. n. 377008 del 30/10/2019 con la quale si è proceduto a trasmettere ai Ministeri dell'Economica e delle Finanze, ai fini della preventiva approvazione, il Programma operativo 2019-2021, che al punto 19 "Tendenziale e Programmatico 2019-2021 – Sintesi economica delle manovre" stabilisce, nel modello programmatico relativo a "Prestazioni da Privato", il tetto di spesa per l'acquisto delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale dagli erogatori privati per l'anno 2020 in euro 66.754.000,00 in coerenza e nel rispetto dei limiti massimi di spesa, dettati dall'art. 15, comma 4, del D.L. 95/2012, convertito, con modificazioni, nella Legge 7 agosto 2012, n. 135 e s.m.i.;

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;

TENUTO CONTO dell'orientamento giurisprudenziale prevalente in materia che qualifica i provvedimenti del Commissario ad acta quali "ordinanze emergenziali statali in deroga", ossia "misure straordinarie che il Commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro" (sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 trasmessa dal Ministero della Salute in data 03/06/2013 prot. 182-P);

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, o 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;
- le esigenze di tutela delle finanze pubbliche si riversano nel principio di diritto comune del cosiddetto "arricchimento imposto", potendo dunque la pubblica amministrazione eccepire e provare che l'indennizzo non è dovuto laddove l'arricchito ha rifiutato l'arricchimento ovvero non ha potuto rifiutarlo perché inconsapevole dell'*eventum utilitatis* (Cass. sez. 1, 27 giugno 2017 n. 15937; Cass. Sez. 3, 24 aprile 2019, n. 11209);
- la sospensione dell'accreditamento è una conseguenza automatica della mancata stipula degli accordi con le Aziende sanitarie, che segue *ex lege* 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. 111, 4 maggio 2012 n. 2561), T.A.R. Calabria, Catanzaro, sez. I, 24 gennaio 2013 n. 72);

CONSIDERATO che, in tale quadro normativo, spetta al Commissario ad acta provvedere, con atti autoritativi e vincolanti di programmazione, alla fissazione del tetto massimo annuale di spesa

sostenibile con il Fondo Sanitario Regionale assicurando l'equilibrio complessivo del sistema sanitario dal punto di vista organizzativo e finanziario;

DATO ATTO che la fissazione ed il rispetto dei limiti dei tetti di spesa rappresenta, pertanto, un preciso ed ineludibile obbligo dettato da esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica;

RILEVATO che condizione necessaria per l'esercizio del potere di fissazione dei tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati è la concreta individuazione, da parte della Regione, delle somme che ha a disposizione per dette finalità;

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 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

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;

CONSIDERATO, altresì, che al fine di acquisire ogni elemento informativo necessario alla definizione del fabbisogno assistenziale da garantire all'utenza, sia in ordine alla compatibilità economica con le risorse finanziarie a tal fine disponibili, sia in relazione alle prestazioni di specialistica ambulatoriale rese dalle strutture pubbliche, sono state acquisite, dalle ASP regionali, le proposte di fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale da acquistare dalle strutture private accreditate, che sono state oggetto di esame in specifici incontri presso il Dipartimento Tutela della Salute;

VISTI i Decreti commissariali n. 150 del 18/11/2019 e n. 151 del 18/11/2019 con i quali si è provveduto ad approvare i Piani di rientro rispettivamente dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza e dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria, con i quali sono stati previsti un maggior volume di attività sia per l'assistenza ospedaliera che per l'assistenza specialistica ambulatoriale;

VISTA la nota del Commissario ad acta prot. n. 417441 del 4 dicembre 2019 con la quale, a seguito dell'incontro del 3 dicembre 2019 con le Associazioni di categoria della specialistica ambulatoriale privata, si è proceduto a richiedere alle stesse di avanzare la proposta relativa alla contrattualizzazione per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale richieste da privato;

DATO ATTO che risultano pervenute, nei termini indicati, proposte da parte delle seguenti associazioni di categoria: FederLab, Anisap, Uneba – Unindustria Calabria, Asa Calabria e Assipa;

ESAMINATE le stesse;

RILEVATO che condizione necessaria per l'esercizio del potere di fissazione dei tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati è la concreta individuazione, da parte della Regione, delle somme che ha a disposizione per dette finalità;

CONSIDERATO, quindi, necessario fissare il volume massimo ed il correlato limite di spesa per l'anno 2020, per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale da privato accreditato, con oneri a carico del SSR, in complessivi € 66.754.000,00 secondo la ripartizione di cui all'allegato A al presente decreto e che detto importo rappresenta il tetto massimo complessivo di spesa per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale per l'anno 2020 riportato nel Programma Operativo 2019/2021;

DATO ATTO, altresì, che nella ripartizione del tetto di spesa di cui all'allegato A si è tenuto conto di quanto disposto con i Decreti Commissariali n. 2/2019, 36/2019 e 97/2019 in ordine all'acquisto delle prestazioni di laboratorio per le strutture "La Praevidentia" con sede in Nicotera (ASP Vibo Valentia) aggregata alla rete 01 - "Rete Alcameone" dell'ASP di Crotona 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 Crotona;

RITENUTO, altresì, di dover procedere alla definizione di un modello contrattuale specifico per le prestazioni di assistenza di specialistica ambulatoriale, da sottoscrivere tra Direttori Generali ff /Commissari Straordinari delle ASP ed Erogatori privati accreditati, di cui all'allegato B al presente provvedimento;

RILEVATA, inoltre, la necessità di allegare al suddetto schema di contratto il file (Allegato A) contenente il Flusso informativo dell'assistenza specialistica ambulatoriale (flusso ASA);

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, 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, ai fini della sottoscrizione dei contratti che regolamentano i rapporti giuridici ed economici per l'acquisto delle prestazioni di cui al presente decreto:

- i limiti di spesa assegnati dal presente decreto hanno natura programmatica e non determinano, pertanto, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASP territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del SSR nell'ambito del limite massimo prestazionale e di spesa prefissato dal presente decreto;



- 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 notificazioni del relativo provvedimento di sospensione e/o revoca, la struttura interessata non potrà più erogare prestazioni con onere a carico del Servizio Sanitario Regionale, 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;

RITENUTO di fissare la data del 20 gennaio 2020 come termine massimo per la sottoscrizione dei contratti che regolamentano i rapporti giuridici ed economici tra ASP e Struttura Erogatrice per l'anno 2020;

VISTO l'art. 13 della Legge Regionale n. 24 del 18 luglio 2008;

DECRETA

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

DI DEFINIRE nella misura di euro 66.754.000,00 il tetto massimo di spesa relativo all'anno 2020 per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale da privato accreditato, comprese le prestazioni APA-PAC, con oneri a carico del S.S.R. per come indicato nella tabella A allegata al presente atto di cui ne costituisce parte integrante e sostanziale, in favore di pazienti regionali ed extraregionali;

DI STABILIRE la ripartizione del suddetto tetto come indicato nel prospetto di cui all'allegato A al presente decreto;

DI APPROVARE lo schema di contratto negoziale per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, erogate dalle strutture private accreditate, di cui all'allegato B al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale dello stesso, per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le Aziende Sanitarie Provinciali e i soggetti erogatori di prestazione di specialistica ambulatoriale a carico del Servizio Sanitario Regionale;

DI ALLEGARE allo schema di contratto negoziale per le prestazioni di specialistica ambulatoriale per l'anno 2020 il file (Allegato 1) contenente il flusso informativo dell'assistenza specialistica ambulatoriale (flusso ASA)

DI PRECISARE che, nel rispetto dell'aggregato provinciale, i Direttori Generali ff /Commissari Straordinari 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 2020 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

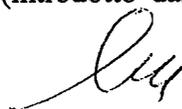
Tipologia di Prestazioni Specialistica	Numero Prestazioni Standard per abitante
Clinica - Diagnostica strumentale - Procedure	3,1
Diagnostica per immagine	0,6
Diagnostica di laboratorio	8,3
Totale	12,0

- 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 necessarie 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;

DI FARE OBBLIGO ai Direttori Generali ff/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 2019, 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;

DI FISSARE la data del 20 gennaio 2020 come termine ultimo per la sottoscrizione dei contratti, precisando che le ASP potranno procedere alla firma del contratto a decorrere dal giorno successivo al ricevimento del presente provvedimento;

DI STABILIRE che per gli erogatori privati accreditati che non sottoscrivano il contratto ai sensi dell'art. 8 quinquies, in mancanza di titolo contrattuale, dal 21/01/2020 cesserà la remunerazione delle prestazioni specialistica ambulatoriale a carico del servizio sanitario pubblico 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);



DI 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 regionale e sia eventuali discrasie rispetto ai bisogni assistenziali della popolazione di riferimento;
- a tutti gli erogatori d'inviare i flussi informativi relativi alle prestazioni rese dalle strutture private accreditate, secondo le modalità e le tempistiche previste dalla normativa vigente in materia, così come indicato nell' Allegato 1 allo schema di contratto;
- alle Aziende Sanitarie Provinciali, ai sensi della legge regionale del 15 dicembre 2015, n. 27, prima di procedere alla liquidazione e al pagamento delle somme richieste, quale corrispettivo per le prestazioni rese, di acquisire in via ordinaria da parte delle strutture interessate, apposita dichiarazione, da rendersi nei modi di legge, di non aver ceduto il credito, se non previa autorizzazione regionale.

DI PRECISARE:

- che le prestazioni 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. secondo il modello di cui all'allegato B al presente decreto;
- che i Direttori Generali f.f/Commissari Straordinari delle ASP dovranno sottoscrivere 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 contratto approvato con il presente provvedimento;

DI TRASMETTERE al Dirigente Generale del Dipartimento regionale Tutela della Salute il presente provvedimento per la relativa attuazione nonché per la notifica ai soggetti interessati.

DI INVIARE il presente decreto, ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, per la relativa validazione, attraverso l'apposito sistema documentale "Piani di Rientro".

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.

VISTO

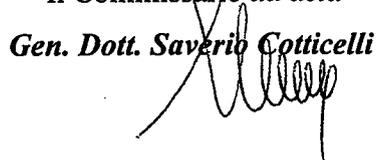
Il Sub Commissario

Dott. ^{su} Maria Crocco



Il Commissario *ad acta*

Gen. Dott. Saverio Cotticelli



ALLEGATO A

Azienda	Assegnazione 2020	Assegnazione aggiuntiva per TAC, RM e ECO	Assegnazione aggiuntiva per radioterapia KR	Assegnazione per reti laboratorio strutture VV e KR	Assegnazione aggiuntiva per diagnostica di laboratorio	Assegnazione aggiuntiva per branche a visita	Totale generale assegnazione 2020
201- ASP COSENZA	20.878.684	1.000.000	-	-	387.573	551.975	22.818.233
202- ASP CROTONE	7.181.120	500.000	1.500.000	160.145	111.318	-	9.452.584
203-ASP CATANZARO	4.841.432	250.000	-	-	345.245	197.682	5.634.359
204-ASP VIBO VALENTIA	3.733.390	250.000	-	81.037	-	116.808	4.181.235
205-ASP REGGIO CALABRIA	24.284.054	250.000	-	-	-	133.536	24.667.590
TOTALE REGIONE CALABRIA	60.918.682	2.250.000	1.500.000	241.182	844.136	1.000.000	66.754.000

[Handwritten signature]

**SCHEMA DI CONTRATTO PER L'EROGAZIONE
DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE
ANNUALITA' 2020**

L'anno _____ il giorno _____ del mese
di _____ in _____

TRA

L'Azienda Sanitaria Provinciale di _____ con sede legale
in _____, Via _____, n. _____, in persona
del Direttore Generale/Commissario Straordinario e legale rappresentante pro tempore, C.F.
_____, P.I. _____ (di seguito per
brevità "ASP"),

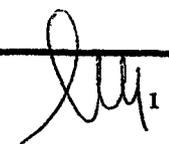
E

La Struttura _____, in persona del legale
rappresentante p.t. C.F. _____, P.I.
_____, con sede legale in _____,
Via _____, n. _____, (di seguito per brevità "Erogatore" o "Struttura"),
titolare di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale giusta provvedimento
n. _____ del _____;

L'ASP e l'Erogatore sono di seguito congiuntamente denominati anche "parti" o, singolarmente,
"parte"

Premesso che:

- con D.G.R. n. 845 del 16 dicembre 2009, ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima Regione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009, è stato approvato il programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, per il triennio 2010-2012 (c.d. Piano di Rientro);
- con D.G.R. n. 908 del 23.12.2009, successivamente integrata dalla D.G.R. n. 97 del 12/02/2010, è stato recepito l'Accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e la Regione Calabria, per il Piano di rientro del Servizio Sanitario Regionale ai sensi dell'art. 1, co. 180, della L. 30.12.2004, sottoscritto in data 17 dicembre 2009;
- con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 19 Luglio 2019, 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 stabilito di confermare il Gen. Dott. Saverio Cotticelli 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 ss.mm.ii, rinnovando e rideterminando al Commissario l'incarico prioritario di 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 in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità;



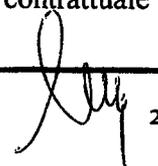
-
- con la medesima Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 19 Luglio 2019 la dott.ssa Maria Crocco è stata nominata Sub Commissario unico nell'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;
 - con nota prot. n. 377008 del 30/10/2019 è stato trasmesso ai Ministeri dell'Economica e delle Finanze, ai fini della preventiva approvazione, il Programma operativo 2019-2021;
 - in coerenza con gli obiettivi posti dal Programma Operativo, la Regione Calabria intende porre su basi di maggiore e compiuta certezza i rapporti tra le Aziende Sanitarie Provinciali e gli erogatori privati, attraverso l'utilizzo di un modello contrattuale uniforme per la disciplina dell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
 - gli obiettivi possono essere perseguiti, tra l'altro, attraverso l'acquisizione da parte della ASP competente della documentazione elencata all'articolo 2) del presente accordo;
 - che le tariffe regionali applicate sono quelle *ratione temporis* vigenti;
 - che la definizione dei *budget* rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR, nell'ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate ai sensi della normativa vigente di riferimento e nei limiti massimi di finanziamento stabiliti con provvedimento del Commissario ad acta.

Visti :

- il comma 2 dell'art. 8 *quater* del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., ai sensi del quale la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo alcuno per le Aziende Sanitarie di corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
- l'art. 8 *quater*, comma 8, del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
- l'art. 8 *quinquies*, comma 2, D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
- l'art. 8 *quinquies*, comma 2, lettera *e-bis* D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
- l'art. 8 *quinquies*, comma 2-*quater* D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
- l'art. 8 *quinquies*, comma 2 *quinquies*, D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. che prevede espressamente: "in caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accredito istituzionale di cui all'articolo 8-*quater* delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale interessati è sospeso"
- l'art. 8 *octies* D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
- la L.R. 24 del 18 luglio 2008 e s.m.i.;
- il Regolamento Regionale n. 13 dell'01/09/2009;
- il DCA n. 81 del 22/07/2016, recante "Programma Operativo 2016-2018, Intervento 2. 3.1.1 "Autorizzazioni e Accreditamento" – Approvazione Nuovo Regolamento Attuativo della L.R. n. 24/2008 – Approvazione Nuovi Manuali di Autorizzazione e Nuovi manuali di Accreditamento";
- il Decreto Legge 30 aprile 2019 n. 35 "Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria" convertito, con modificazioni, dalla legge del 25 giugno 2019, n. 60;

Preso atto:

- del DCA n. ____/2019, avente ad 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 2020 – ed approvazione schema contrattuale per la



2

regolamentazione dei rapporti in materia di prestazioni sanitarie erogate dalla rete specialistica ambulatoriale privata accreditata”, con il quale sono stati definiti lo schema contrattuale e i tetti di spesa da proporre alle strutture di specialistica ambulatoriale per l’annualità 2020;

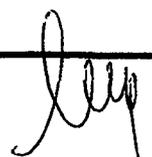
Tutto ciò premesso e considerato, parte integrante e sostanziale del presente accordo, le Parti convengono quanto segue:

Art. 1 Oggetto

1. Il presente contratto regola sotto il profilo sia giuridico che economico l’acquisto da privato nell’anno 2020 delle prestazioni sanitarie programmate di specialistica ambulatoriale.
2. Per il 2020 il Servizio Sanitario Regionale affida all’Erogatore l’erogazione delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale di cui all’art. 4 del presente contratto.
3. Nel rispetto dei limiti e delle condizioni previste dal presente accordo:
 - l’ Erogatore si obbliga ad erogare le prestazioni di cui all’art. 4;
 - la A.S.P. si obbliga a remunerarle, previa verifica del rispetto degli obblighi e degli adempimenti previsti dal presente contratto e dalla normativa vigente.
4. Le prestazioni sono erogate, in favore degli utenti aventi diritto, regionali ed extraregionali, che, esercitando la libera scelta, decidono di accedervi nei limiti del tetto di spesa massimo assegnato all’Erogatore nell’intera annualità.
5. L’Erogatore accetta di erogare le prestazioni di specialistica ambulatoriale per le quali è stato accreditato per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR), nei limiti delle risorse assegnate, delle direttive del Dipartimento Tutela della Salute e dell’ASP. A tal fine, ferma restando l’acquisizione della documentazione di cui al successivo articolo 3, l’Erogatore dichiara:
 - a. di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta e che nessun procedimento relativo è stato avviato nei suoi confronti, salvo i casi in cui sia in corso un procedimento giudiziario per il risanamento e la prosecuzione dell’attività di impresa;
 - b. di aver/non aver presentato domanda di concordato preventivo;
 - c. che non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all’articolo 67 del D.Lgs. 159/2011 (codice antimafia) in capo al legale rappresentante, ai componenti del Consiglio di Amministrazione e ai soggetti con poteri di gestione;
 - d. di essere titolare di autorizzazione all’esercizio e di accreditamento istituzionale, quest’ultimo rilasciato con provvedimento n. _____ del _____ relativa alla struttura sita in _____ Via _____ (indicare sede operativa);
 - e. di possedere alla data odierna tutti i requisiti strutturali, impiantistici, tecnologici ed organizzativi necessari per l’esercizio, presso la propria struttura della specialistica ambulatoriale, impegnandosi a garantire la permanenza di detti requisiti per tutta la durata del presente Contratto, fatti salvi caso fortuito e forza maggiore.

Art. 2 Durata

1. Il presente accordo contrattuale regola le prestazioni rese a decorrere dal 01 gennaio 2020 fino al 31 dicembre 2020.
2. Non è ammesso il rinnovo tacito.
3. Nel caso in cui il contratto venga sottoscritto dopo il primo gennaio 2020 le prestazioni già rese, appropriate, sono da intendersi assorbite nel budget assegnato.

 3

Art. 3

Documentazione e adempimenti

1. L'ASP è tenuta ad acquisire, per tramite della struttura, ovvero direttamente, in considerazione di quanto previsto dall'art. 15 della L.12/11/2011, n. 183 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2012)", la seguente documentazione:

a. certificazione di iscrizione in CCIAA per i soggetti iscritti al Registro delle Imprese; per i soggetti non iscritti al Registro delle Imprese (Fondazioni ed Enti *no profit*) l'iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo (REA.);

b. per i soggetti non iscritti al Registro delle Imprese (Fondazioni ed Enti *no profit*) la dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l'insussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previsti dall'art. 67 della normativa antimafia del legale rappresentante, dei componenti del Consiglio di Amministrazione e dei soggetti con poteri di gestione;

c. per i soggetti iscritti al registro delle Imprese:

c.1. i cui contratti non superino il valore indicato all'art. 83, lettera e) del D.Lgs. n. 159/2011 (attualmente pari a € 150.000,00), oltre a quanto dichiarato dal legale rappresentante all'art. 1 lettera c), la dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l'insussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previsti dall'art. 67 della normativa antimafia, da parte di tutti i soggetti di cui all'art.85, comma 1) e 2);

c.2. i cui contratti superino il valore indicato all'art. 83, lettera e) del D.Lgs. n. 159/2011 e s.m.i. (attualmente pari a € 150.000,00), oltre a quanto dichiarato dal legale rappresentante all'art.1 lettera c), deve essere acquisita la documentazione antimafia, ai sensi degli articoli 84 e 85 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n.159 (come da ultimo modificato dal D.Lgs. 15 novembre 2012, n.218); a tale proposito i soggetti di cui ai commi 1) e 2), dell'art. 85 del citato codice antimafia rilasciano dichiarazione sostitutiva sottoscritta con le modalità di cui all'articolo 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000. n. 445, relativa ai dati dei propri familiari conviventi;

d. dichiarazione rilasciata dal legale rappresentante della struttura, attestante l'ottemperanza agli obblighi informativi in materia di diritto al lavoro dei disabili secondo le modalità di cui all'art. 9 L. 12 marzo 1999, n. 68, come modificato dall'art. 40 del D. L. 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2008, n. 133;

e. dichiarazione sostitutiva, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, e s.m.i., del certificato generale del casellario giudiziario dei soggetti che hanno la rappresentanza legale della struttura.;

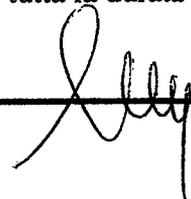
f. dichiarazione attestante l'avvenuta adozione del modello organizzativo di cui al D.Lgs. n. 231/2001 in materia di prevenzione dei reati;

g. autocertificazione, da parte di ciascun socio persona fisica che, in ultima istanza, possieda le quote o le azioni, dell'insussistenza di situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 4, comma 7, L. 412/1991;

h. dichiarazione circa l'osservanza della normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro, circa l'avvenuta valutazione dei rischi nell'ambiente di lavoro e, in ogni caso, dell'adempimento a tutte le prescrizioni di cui al Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81.

2. L'erogatore è tenuto a trasmettere tutte le dichiarazioni sopra richieste, e i dati anagrafici di tutti i soggetti per i quali deve essere acquisita la documentazione antimafia entro il _____;

3. Su richiesta dell'ASP o del Dipartimento Tutela della Salute, l'Erogatore fornirà all'ASP ogni ulteriore eventuale documento che non sia già in possesso della amministrazione richiedente, comprovante il possesso dei requisiti predetti ed il loro mantenimento per tutta la durata del presente Contratto.



-
4. Ciascuna ASP è tenuta a verificare la documentazione nel termine di 30 giorni dalla data di ricezione della documentazione e comunque entro e non oltre il _____;
 5. In caso di mancata produzione della documentazione, ovvero delle indicazioni e dichiarazioni necessarie, l'ASP diffida la struttura ad adempiere entro e non oltre 15 giorni; in caso di inottemperanza si applica quanto previsto al successivo articolo 12, comma 5.

Articolo 4

Volume di prestazioni erogabili e corrispettivo massimo annuale

1. L'Erogatore si impegna a garantire per l'annualità 2020, le prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale, incluse nei LEA e a carico del SSR, afferenti alle specialità accreditate, nei limiti del tetto massimo di spesa di cui al presente articolo e nel rispetto del piano delle prestazioni di cui all'allegato A. L'erogatore accetta, come corrispettivo massimo annuale per l'acquisto di prestazioni in favore di pazienti regionali e extraregionali il tetto di spesa complessivo di euro (...../00).
2. Il Direttore Generale ff/Commissario Straordinario territorialmente competente ha l'obbligo:
 - nel piano delle prestazioni di cui al punto precedente di individuare, in via prioritaria, le prestazioni caratterizzate da elevati tempi di attesa;
 - di rendere tutte le prestazioni erogabili attraverso la prenotazione sul sistema CUP dell'ASP.
3. La produzione eccedente il tetto massimo annuale di spesa assegnato all'Erogatore di cui al punto 1 non può essere remunerata in nessun caso e ad alcun titolo e, pertanto, è considerata inesigibile.
4. Sono considerate rese al di fuori del contratto e si dichiarano fin da ora non coperte dal tetto di spesa e, quindi, non remunerabili e non esigibili, le prestazioni eseguite in misura superiore al 100% della capacità produttiva massima giornaliera.
5. In caso di mancata sottoscrizione del presente accordo sarà avviata nei confronti dell'erogatore la procedura di sospensione dell'accreditamento, ai sensi dall'art. 8-quinquies, comma 2, quinquies, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.;
6. Ai fini del riconoscimento della remunerazione effettiva a consuntivo, oltre che del monitoraggio di cui all'art. 7, l'Erogatore è tenuto al rispetto delle procedure di validazione, verifica e controllo esterno di cui alla vigente normativa. All'erogatore viene riconosciuta la produzione, nei limiti del budget, da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte.

Art. 5

Requisiti e modalità di erogazione delle Prestazioni Sanitarie

1. Le Prestazioni Sanitarie dovranno essere erogate nella piena osservanza delle disposizioni normative e regolamentari, nazionali e regionali in materia di appropriatezza e qualità.
2. L'Erogatore dichiara e garantisce, inoltre, l'adeguatezza e il perfetto stato d'uso delle apparecchiature, fatti salvi caso fortuito e forza maggiore, e si impegna a tenere a disposizione dell'ASP e della Regione Calabria, per consentire i relativi controlli, i contratti di manutenzione e/o la documentazione delle attività di manutenzione effettuata.
3. L'erogazione della prestazione sanitaria, ammessa alla remunerazione a carico del S.S.R, è subordinata:
 - alla richiesta compilata su Ricettario del SSN a cura del medico prescrittore in conformità a quanto previsto dalla normativa nazionale ed in particolare dal DM 17 marzo 2008 e s.m.i. , dal DM 350/1988 , dal DM 2 novembre 2011, dal D.L. n. 179 del 18/10/2012 convertito con Legge 17 dicembre 2012 n. 221 oltre che dalle disposizioni regionali in materia;
 - alla prenotazione attraverso il sistema CUP aziendale resa possibile dalla ASP ai sensi dell'art. 4 comma 2 del presente contratto.



-
4. L'Erogatore s'impegna a svolgere le prestazioni sanitarie nel pieno rispetto del Regolamento Eu 2016/679 e del D.Lgs. 101/2018, obbligandosi di osservare tutte le misure di sicurezza ivi previste.
 5. Le prestazioni sanitarie dovranno essere erogate da personale operante presso la struttura che sia munito dei titoli professionali previsti dalla normativa e che non versi in situazione di incompatibilità secondo la normativa vigente in materia.

Art. 6

Criteri di ripartizione della spesa preventivata

1. A garanzia della previsione di spesa concordata con il presente contratto e a tutela della continuità nell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, le parti convengono che il tetto annuale di spesa, di cui all'art. 4 del presente accordo, è frazionato in mensilità.

Art. 7

Controlli e obblighi informativi dell'Erogatore

1. Al fine di verificare che le prestazioni siano rese conformemente alle prescrizioni di legge e nel rispetto dal contratto, l'ASP e la Regione Calabria potranno in qualunque momento dare corso a ogni forma di verifica e controllo delle prestazioni erogate, con modalità che non siano di ostacolo all'ordinario svolgimento delle attività sanitarie dell'Erogatore e con preavviso di almeno 24 ore.
2. Le verifiche si svolgeranno alla presenza del legale rappresentante dell'Erogatore il quale, in caso di impedimento, dovrà delegare la relativa funzione. A tal fine, l'Erogatore si impegna a:
 - a. predisporre condizioni organizzative tali da consentire l'acquisizione da parte dell'ASP e della Regione, anche attraverso gli strumenti informatici, di ogni dato ritenuto utile a legittimamente verificare il corretto adempimento;
 - b. conservare la documentazione relativa alle Prestazioni Sanitarie rese, in funzione della sua successiva consegna all'ASP e alla Regione;
3. In ogni caso, l'Erogatore s'impegna a consentire lo svolgimento dei controlli esterni come disciplinati dalle norme tempo per tempo vigenti.
4. La struttura s'impegna a conservare, anche mediante archivio informatico, tutta la documentazione amministrativa relativa alle prestazioni rese in favore degli utenti del servizio sanitario per un periodo non inferiore a quello previsto dalle vigenti disposizioni e dagli atti di prassi nazionali e regionali. E' fatto salvo il periodo di conservazione prescritto per la documentazione sanitaria (circolare del Ministero della Sanità n. 61 del 19/12/1986 e s.m.i.).
5. La struttura si impegna a fornire tutta la documentazione richiesta dall'ASP ovvero dalla Regione onde consentire lo svolgimento di controlli, verifiche, nonché consentire il monitoraggio continuo delle prestazioni e del numero di pazienti trattati.
6. Di ciascun accesso preordinato all'acquisizione della documentazione, ovvero allo svolgimento dei controlli e delle verifiche, potrà essere redatto verbale di cui copia spetterà alla struttura.
7. La documentazione dovrà essere fornita, dalla struttura, entro il termine di 15 giorni dalla richiesta.
8. L'erogatore si impegna a rispettare, nei tempi e nei modi previsti, gli obblighi dalle normative nazionali ministeriali (NSIS) e regionali. L'omissione dei suddetti obblighi Informativi, se protratta per due mesi consecutivi o mantenuta nell'arco di complessivi 90 giorni dell'anno di riferimento, costituisce inadempimento grave e causa di risoluzione del presente contratto ai sensi dell'art 12.
9. L'erogatore ha l'obbligo di conservare, nel rispetto del D.Lvo. 196/2003 e s.m.i in materia di privacy, tutta la documentazione sanitaria e amministrativa relativa a ciascun assistito.
10. Le operazioni sui dati personali e sanitari del cittadino, necessarie per l'alimentazione e l'utilizzo del FSE, rientrano tra i trattamenti di dati sensibili effettuati mediante strumenti elettronici in coerenza



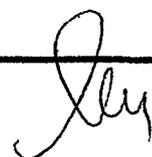
con le misure di sicurezza espressamente previste dalla normativa in materia di privacy sopra richiamata.

Art. 8
Tariffe e Corrispettivi

1. Per ciascuna Prestazione Sanitaria resa nel rispetto della normativa applicabile e del presente Contratto, l'ASP sarà obbligata a corrispondere all'Erogatore, entro i limiti del budget annuale assegnato, un importo calcolato facendo applicazione delle tariffe *ratione temporis* vigenti.
2. Il corrispettivo così stabilito è onnicomprensivo e remunerativo di ogni onere, costo e spesa che l'Erogatore dovrà sostenere per l'esercizio delle Prestazioni Sanitarie.
3. Al presente accordo si applica, comunque, quanto disposto dall'art. 8 *quinquies*, comma 2, lett. e bis)
del D.Lgs. 50211992, a mente del quale *"le modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che in caso di incremento a seguito di modificazioni comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato"*.
4. Resta espressamente convenuto che il pagamento dei corrispettivi per le Prestazioni Sanitarie sarà sospeso in caso di tardiva trasmissione dei dati di cui al precedente articolo 3, e sino all'intervenuta trasmissione dei dati medesimi.
5. Le parti convengono che gli importi della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti e della c.d. quota fissa per ricetta, ed eventuali maggiorazioni di dette quote, sono incassate dall'erogatore a titolo di anticipazione e l'ASP ne tiene conto all'atto del pagamento, corrispondendo solo la differenza tra quanto già riscosso dall'Erogatore privato a titolo di anticipazione e l'importo fatturato al lordo. Le parti stabiliscono che l'eventuale aumento di quote di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti comporterà che gli importi derivanti dalle stesse verranno portati in decremento rispetto al budget annuale assegnato e verranno appresi dall'Erogatore a titolo di anticipazione non costituendo in nessun caso fonte di remunerazione aggiuntiva.

Art. 9
Modalità di fatturazione, liquidazione e termini per il pagamento dei corrispettivi

1. L'istruttoria amministrativo - contabile verrà eseguita secondo i relativi provvedimenti regionali ed è condizionata alla presentazione della fattura e degli allegati che diano conto delle prestazioni erogate. L'Erogatore si impegna a fatturare secondo il formato di fatturazione elettronica in adempimento a quanto previsto dal D.Lgs. 24/04/2014 n. 66.
2. La successiva validazione delle fatture, la liquidazione, la certificazione e il pagamento dovranno avvenire in conformità alla normativa nazionale e regionale vigenti, nel rispetto, in ogni caso, delle modalità e dei tempi di volta in volta in uso presso la Regione.
3. La mancata emissione delle note di credito da parte della struttura in caso di errata fatturazione ovvero in caso di fatturazione eccedente il budget costituisce grave inadempimento e causa di risoluzione del presente contratto previa formale diffida. La nota di credito verrà decurtata sulla liquidazione immediatamente successiva alla data di ricezione della stessa.

 7

4. La procedura di liquidazione avrà ad oggetto anche la verifica della posizione di ciascuna impresa in relazione a quanto disposto dall'art. 48-bis D.P.R. 29 settembre 1973, n. 602, come attuato dal Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 18 gennaio 2008 n. 40 e da ultimo interpretato dalla Circolare MEF n. 29 dell'8 ottobre 2009 (Art. 48-bis") nonché la verifica della regolarità contributiva prevista dal Decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale del 24 ottobre del 2007 ("D.M. 24 ottobre 2007") e ss. mm. e ii.

Art. 10

Cessione del contratto

Il presente Contratto non potrà essere ceduto in tutto o in parte senza il consenso della Regione Calabria. La cessione costituisce grave inadempimento ai sensi dell'art. 12) e causa di risoluzione del contratto.

Art. 11

Cessione dei crediti

1. Nel caso di cessione, a qualsiasi titolo, dei crediti dell'Erogatore derivanti dal presente Contratto, l'Erogatore medesimo dovrà notificare l'atto di cessione all'ASP competente (al domicilio indicato) a mezzo ufficiale giudiziario o, in alternativa a mezzo plico raccomandato con avviso di ricevimento. Entro il termine di 45 giorni dalla ricezione dell'atto, trasmesso con le modalità di cui sopra, l'ASP è tenuta a comunicare espressamente, al domicilio indicato nel presente accordo o all'indirizzo di posta elettronica certificata, l'adesione o il diniego alla cessione. Decorso tale termine, la cessione avrà, comunque, efficacia nei confronti dell'ASP, anche ai fini dei controlli dovuti ai sensi della normativa vigente. L'amministrazione può opporre al cessionario tutte le eccezioni apponibili al cedente in base al presente contratto.
2. L'ASP s'impegna a comunicare l'accettazione della cessione del credito.
3. Restano fermi e impregiudicati gli eventuali ulteriori adempimenti connessi all'accordo tra ASP e struttura, avente ad oggetto i crediti sanitari.

Art. 12

Risoluzione per grave inadempimento

1. Fermo ogni altro rimedio previsto nel Contratto e nella normativa applicabile, il presente Contratto s'intenderà risolto *ipso iure*, su dichiarazione della Regione Calabria, in osservanza della procedura di cui in appresso, qualora intervenga uno o più delle ipotesi di seguito indicate:
 - a. falsità di alcuna delle dichiarazioni rese all'art. 3) lettere a), b) e c) del presente Contratto;
 - b. accertata sussistenza delle cause di incompatibilità di cui all'art. 3) lettera g);
 - c. violazione dell'art. 10 in materia di cessione del contratto;
 - d. diniego definitivo e/o revoca dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento definitivo;
2. Il presente Contratto s'intenderà, altresì, risolto, in osservanza della procedura di cui in appresso, qualora intervenga una o più delle ipotesi di seguito indicate che siano di rilevanza tale da determinare un grave inadempimento dell'erogatore:
 - a. esistenza di precedenti condanne definitive a carico del legale rappresentante per reati contro la pubblica amministrazione;
 - b. Accertata violazione delle norme in materia di protezione infortunistica, sicurezza sui luoghi di lavoro idonei ad incidere gravemente sull'esecuzione delle prestazioni sanitarie (art. 3 lettera h);
 - c. ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni di cui all'art. 5);
 - d. impedimento al controllo esercitato da ASP o Regione Calabria ai sensi dell'art. 7);

-
- e. inosservanza degli obblighi di trasmissione dei dati di cui all'art. 7);
f. inosservanza di quanto previsto dall'art. 11) in materia di cessione del credito.
3. In caso di sospensione dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento si determina l'automatica sospensione degli effetti del presente contratto.
4. Qualora l'ASP ravvisi una delle condotte sopra indicate, ne fa contestazione scritta all'Erogatore, concedendo termine di 15 (quindici) giorni al medesimo per la produzione di documentazione e deduzioni scritte a eventuale confutazione. Trascorso tale termine, l'ASP invierà la propria contestazione e le eventuali deduzioni scritte dell'Erogatore, con la relativa documentazione, alla Regione. La Regione potrà quindi procedere alla risoluzione del contratto, ovvero, per i casi di cui al comma 2, anche tenuto conto delle giustificazioni oltre che della entità della violazione, diffidare l'Erogatore alla regolarizzazione, assegnando al medesimo un termine congruo per provvedere. In difetto di adempimento, la Regione dichiarerà risolto il contratto ai sensi dell'art. 1456 cc.
5. Fermo e impregiudicato quanto sopra, la mancata trasmissione della documentazione di cui al superiore art. 2) lettere b), c), d), e), g), h) nei termini ivi determinati, senza congrua giustificazione da parte delle Strutture interessate, comporterà l'adozione, da parte della ASP, di un atto formale di diffida ad adempiere entro 15 giorni. La mancata ottemperanza preclude la stipula del contratto ovvero, in vigenza di contratto, è idonea a determinarne la sospensione automatica a decorrere dal primo giorno del mese successivo a quello di scadenza del quindicesimo giorno prescritto per l'adempimento. La sospensione non consente di porre a carico del SSR la produzione erogata dalla struttura; trascorsi sei mesi, nel caso di persistente inadempimento, la Regione procede alla risoluzione del contratto stesso per inadempimento di obblighi informativi.
6. Resta fermo, in ogni caso, il diritto dell'ASP e, conseguentemente, della Regione Calabria al risarcimento dei danni derivanti dall'inadempimento dell'Erogatore.
7. Fermo quanto sopra, in caso di sussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previste dall'art. 67 della normativa antimafia il contratto sarà risolto *ipso iure* su dichiarazione dell'ASP senza concessione di termini per dedurre.
8. Resta inteso che, in caso di risoluzione, la struttura s'impegna a non ricoverare pazienti salvo che, su richiesta dell'ASP territorialmente competente, per esigenze indifferibili.

Art. 13

Controversie

Tutte le controversie relative o derivanti dal presente contratto saranno rimesse alla competenza del Foro nella cui giurisdizione ha sede l'ASP che sottoscrive il presente Contratto, con esclusione di ogni Foro concorrente.

Art. 14

Clausola di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la Struttura accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto.
- 1.bis In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati al comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili.



-
2. Resta inteso che l'Erogatore si impegna ad adeguarsi a eventuali ulteriori requisiti che fossero richiesti per effetto di normativa nazionale e/o regionale intervenuta successivamente alla stipula del presente contratto, come pure ad adeguarsi a prescrizioni dettate da norme imperative.

Art. 15
Registrazione

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

Art.16
Elezione di domicilio

1. Le parti eleggono domicilio ad ogni effetto di legge e, segnatamente, per l'esecuzione del presente contratto presso i rispettivi indirizzi in epigrafe emarginati.

→ L'Erogatore elegge, altresì, il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:

.....

L'ASP elegge il proprio domicilio informatico alla casella PEC

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

Letto, approvato e sottoscritto

L'Azienda sanitaria Provinciale _____

L'Erogatore _____



Flusso informativo dell'assistenza specialistica ambulatoriale (flusso ASA)

ALLEGATO 1

Il flusso della specialistica ambulatoriale strutture private convenzionate è un flusso regionale utilizzato per la compensazione economica. Oggetto della rilevazione è l'assistenza specialistica ambulatoriale resa ai singoli pazienti esterni, in ambito ospedaliero e territoriale, dagli erogatori pubblici e privati accreditati. L'identificazione delle prestazioni si effettua secondo il Nomenclatore Tariffario Regionale.

Si considerano appartenenti al mese di riferimento le prestazioni specialistiche ambulatoriali che sono avvenute in una data compresa nel mese e, per le prestazioni a ciclo, quelle che si sono concluse nel mese, indipendentemente dalla data di inizio alla quale si deve far riferimento esclusivamente per la determinazione dell'importo della partecipazione del cittadino alla spesa (ticket).

A questo adempimento si provvede mediante il flusso ASA che deve garantire la cadenza mensile.

Prestazioni erogate nei periodi	Scadenza per il conferimento dei dati
1-31 gennaio	28 febbraio (anno di riferimento)
1-28 febbraio	31 marzo (anno di riferimento)
1-31 marzo	30 aprile (anno di riferimento)
1-30 aprile	31 maggio (anno di riferimento)
1-31 maggio	30 giugno (anno di riferimento)
1-30 giugno	31 luglio (anno di riferimento)
1-31 luglio	31 agosto (anno di riferimento)
1-31 agosto	30 settembre (anno di riferimento)
1-30 settembre	31 ottobre (anno di riferimento)
1-31 ottobre	30 novembre (anno di riferimento)
1-30 novembre	31 dicembre (anno di riferimento)
1-31 dicembre	31 gennaio (anno successivo)
1 gennaio – 31 dicembre (recupero)	31 marzo (anno successivo)

Riferimenti normativi

- DM 23/12/1996 e s.m.;
- Art. 50, legge n. 326 del 24/11/2003 e s.m.

